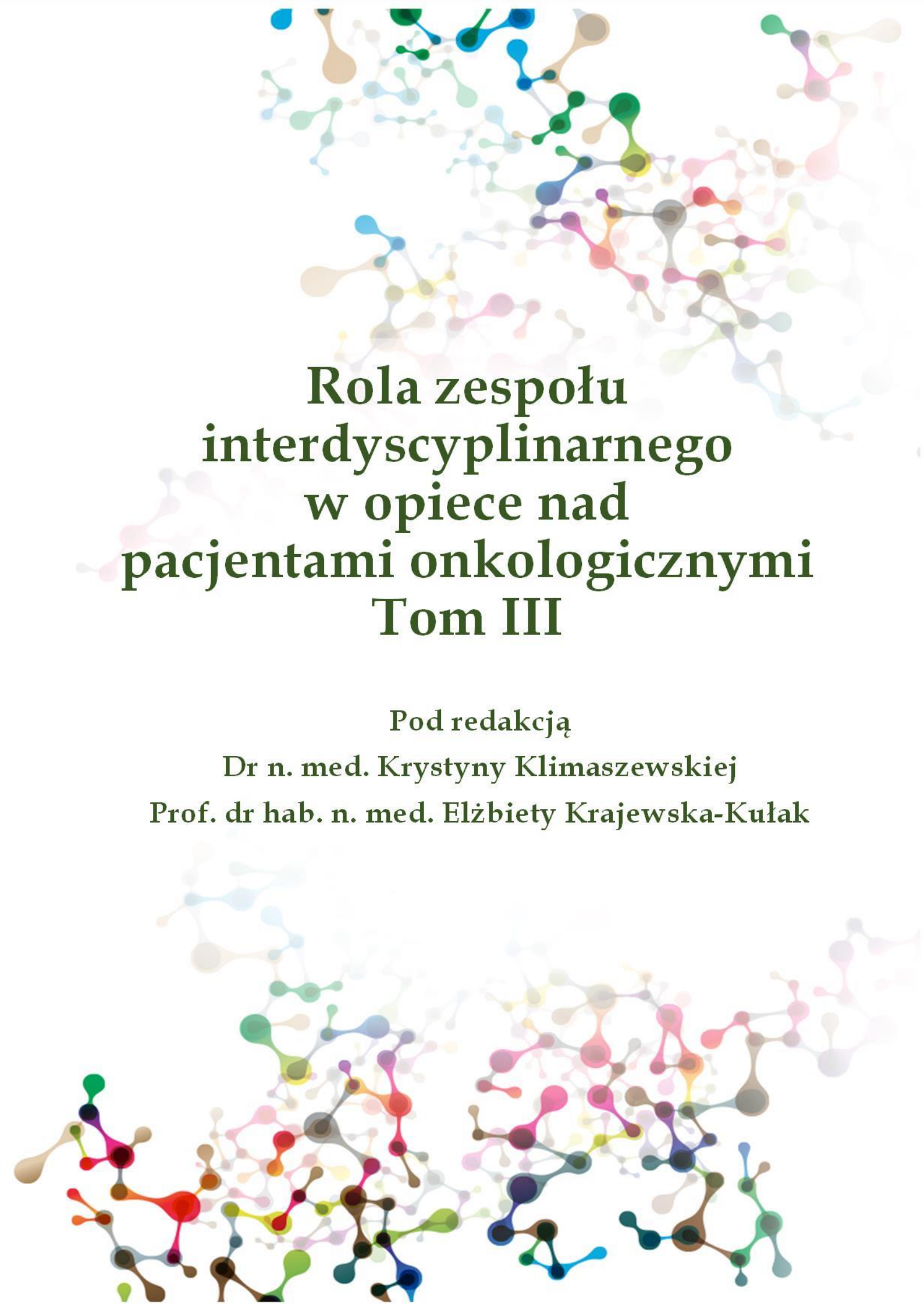


The background of the cover is a complex, abstract molecular structure. It consists of numerous small, colored spheres (nodes) connected by thin, grey lines (edges). The nodes are in various colors including blue, green, yellow, orange, red, pink, purple, and brown. The overall shape is irregular and sprawling, resembling a network or a complex molecule. It is centered on the page and serves as a decorative backdrop for the text.

Rola zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentami onkologicznymi Tom III

Pod redakcją

Dr n. med. Krystyny Klimaszewskiej

Prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewska-Kułak

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



Rola zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentami onkologicznymi

Tom III

Praca zbiorowa pod redakcją

Dr n. med. Krystyny Klimaszewskiej,

Prof. hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej - Kulak

Białystok 2023

RECENZENCI MONOGRAFII

Dr hab. n. o zdr. Katarzyna Van Damme-Ostapowicz

Western Norway University of Applied Sciences, Faculty of Health and Social Sciences,
Førde, Norway

Dr hab. n. o zdr. Halina Doroszkiewicz

Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wydawca

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Kilińskiego1
Białystok

ISBN komplet

978-83-962261-5-0

ISBN III tom

978-83-67454-42-1

Wydanie I

Białystok 2023

Wszelkie prawa zastrzeżone

Opracowanie graficzne

obraz darmowy pobrany z <https://pixabay.com/pl/>

Druk

Monografia wydana w formie elektronicznej i zamieszczona na stronie

https://www.umb.edu.pl/wnoz/o_wydziale/monografie_pracownikow_wnz.

Za zgodność z prawami autorskimi użytych w tekście cytowań, fotografii, rycin i tabel
odpowiedzialność ponoszą autorzy poszczególnych rozdziałów.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, przedrukowywanie i rozpowszechnianie
całości lub fragmentów niniejszej pracy bez zgody wydawcy zabronione

Rola zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentami onkologicznymi

Tom III

WYKAZ AUTORÓW

Antoszuk Anna

Lic. pielęgniarstwa

Absolwentka kierunku pielęgniarstwo I stopnia UMB

Betke Katarzyna

Dr n. o zdr.

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

Brodowicz – Król Magdalena

Dr n. o zdr.

Akademia Zamoyska, Instytut Humanistyczno-Medyczny.

Dombrowska-Pali Agnieszka

Dr n. o zdr.

*Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
Oddział Położniczo –Ginekologiczny Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Ludwika Błazka w Inowrocławiu*

Grunwald Anna

Mgr pielęgniarstwa

Białostockie Centrum Onkologii

Grzegorzcyk Paweł

Lic. pielęgniarstwa

Absolwent Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu.

Humańska Marzena Agnieszka

Dr n. med.

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

Janczaruk Marzena

Mgr pielęgniarstwa

*II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie.
Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu.*

Jastrzębska Anna

Lic. pielęgniarstwa

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu.

Jedlińska Weronika
Lic.

Absolwentka studiów licencjackich, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Wydział Nauki o Zdrowiu

Klimaszewska Krystyna
Dr n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Kowalewska Beata
Dr hab. n. med. i n. o zdr

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Krajewska – Kułak Elżbieta
Prof. Dr hab. n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Kulbaka Ewa
Dr n. med.

Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu.

Ponczek Danuta
Dr n. med.

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

Słomka Iwona
Lic. pielęgniarstwa

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu.

Tokarewicz Justyna
Mgr pielęgniarstwa

Klinika Kardiologii Inwazyjnej z OIOK Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Tylkowska Agata
Lic. Położnictwa

Absolwentka Kierunku Położnictwo I Stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Walukiewicz Aleksandra
Mgr pielęgniarstwa

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach

Wiśniewska Katarzyna
Mgr pielęgniarstwa

Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu.

Woźniak Marta

Lic. pielęgniarstwa

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu.

Zagdan Dorota

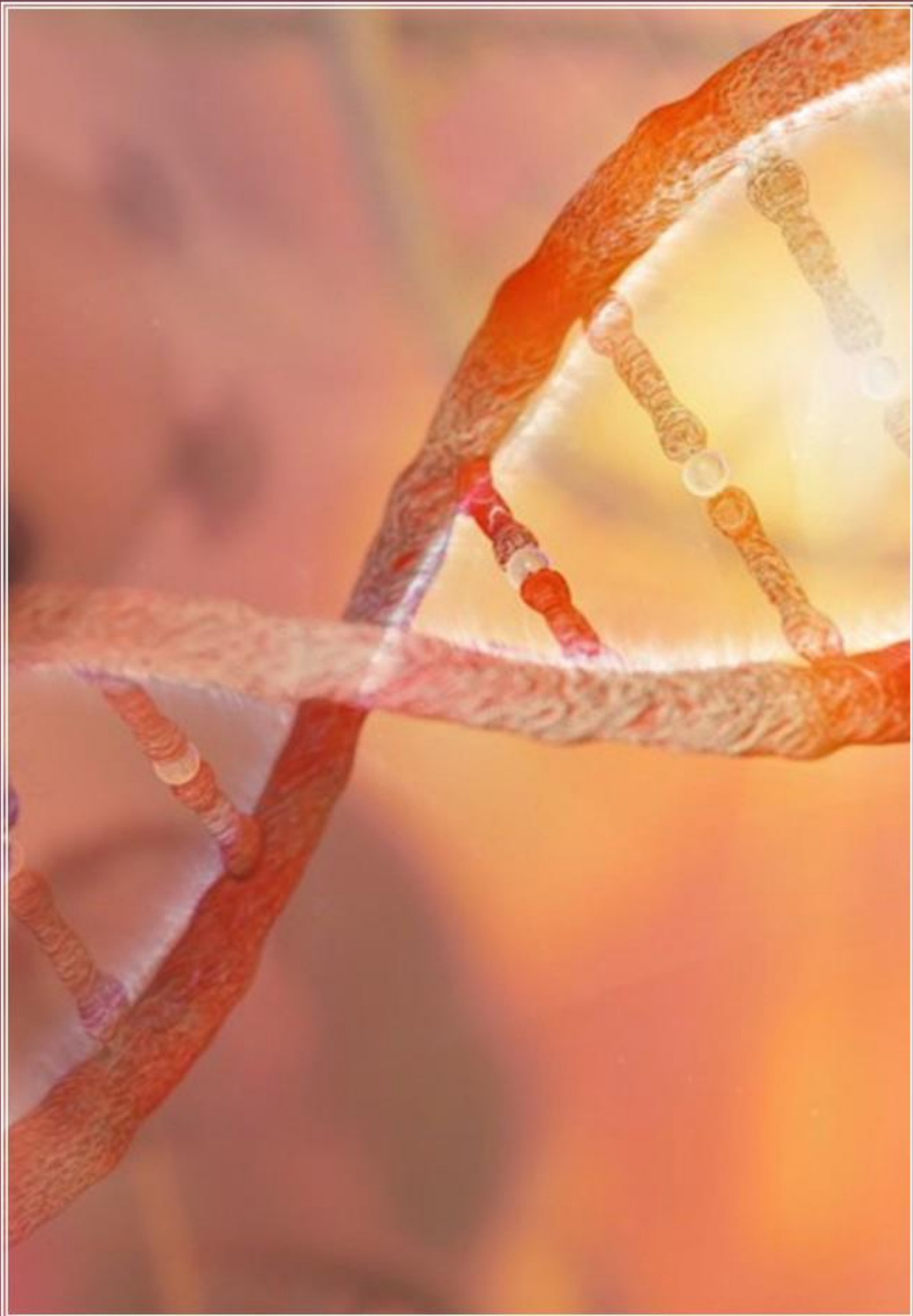
Lic. pielęgniarstwa

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu.

SPIS TREŚCI

<i>OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTKĄ Z GUZEM LIŚCIASTYM PIERSI - STUDIUM PRZYPADKU</i>	16
Katarzyna Betke, Marzena Agnieszka Humańska, Weronika Jedlińska, Danuta Ponczek	
<i>RAK KRTANI – OBJAWY, DIAGNOSTYKA I LECZENIE</i>	41
Justyna Tokarewicz	
<i>OCENA CZĘSTOŚCI WYSTĘPOWANIA RAKA KRTANI W MATERIALE BIAŁOSTOCKIEGO CENTRUM ONKOLOGII W LATACH 2010 – 2013</i>	49
Justyna Tokarewicz	
<i>OPIEKA NAD PACJENTKĄ PO ZABIEGU USUNIĘCIA NIENOWOTWOROWEGO GUZA JAJNIKA-STUDIUM PRZYPADKU</i>	64
Agnieszka Dombrowska-Pali, Agata Tylkowska	
<i>PROFILAKTYKA I LECZENIE NOWOTWORÓW JELITA GRUBEGO</i>	76
Anna Grunwald, Krystyna Klimaszewska	
<i>WIEDZA I ŚWIADOMOŚĆ SPOŁECZEŃSTWA WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO NA TEMAT PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW JELITA GRUBEGO</i>	95
Anna Grunwald, Krystyna Klimaszewska	
<i>ZADANIA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM PO OPERACJI Z POWODU RAKA JELITA GRUBEGO W TRAKCIE RADIOTERAPII</i>	117
Ewa Kulbaka, Marzena Janczaruk, Katarzyna Wiśniewska, Dorota Zagdan	
<i>OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTKĄ PO MASTEKTOMII</i>	129
Magdalena Brodowicz – Król, Marzena Janczaruk, Ewa Kulbaka, Katarzyna Wiśniewska, Anna Jastrzębska	
<i>RAK SZYJKI MACICY- PROFILAKTYKA I LECZENIE</i>	145
Aleksandra Walukiewicz, Krystyna Klimaszewska	
<i>ŚWIADOMOŚĆ KOBIET W WOJEWÓDZTWIE PODLASKIM NA TEMAT PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY</i>	156
Aleksandra Walukiewicz, Krystyna Klimaszewska	
<i>PROBLEMY PIEŁĘGNACYJNE U PACJENTA Z NOWOTWOREM JELITA GRUBEGO</i>	200
Ewa Kulbaka, Katarzyna Wiśniewska, Marzena Janczaruk, Paweł Grzegorzczak	

<i>OPIEKA PIELEŃNIARSKA NAD PACJENTEM PO OPERACJI Z POWODU RAKA JELITA CIENKIEGO, U KTÓREGO WYSTĄPIŁO ZAKAŻENIE MIEJSCA OPEROWANEGO</i>	214
Marzena Janczaruk, Ewa Kulbaka, Katarzyna Wiśniewska, Iwona Słomka	
<i>OPIEKA PIELEŃNIARSKA NAD PACJENTEM Z RAKIEM TRZUSTKI</i>	224
Marzena Janczaruk, Katarzyna Wiśniewska, Ewa Kulbaka2 Marta Woźniak	
<i>OPIEKA PIELEŃNIARSKA NAD KOBIETĄ PO MASTEKTOMII</i>	234
Anna Antoszek, Beata Kowalewska	



Słowo wstępne

Szanowni Państwo

*Samo skierowanie na onkologię,
choćby tylko do przychodni,
odbiera ludziom sen.*

Aleksander Solżenicyn, Oddział chorych na raka

Przez wiele lat badania nad chorobą nowotworową koncentrowały się głównie na pacjentach, natomiast nikt nie zwracał uwagi na rodziny chorego. Zapominano, że to właśnie małżonkowie/partnerzy i dzieci pacjentów muszą sobie radzić z chorobą bliskiej osoby, dbać o życie rodzinne, udzielać emocjonalnego wsparcia oraz wypełniać nie tylko obowiązki domowe, ale także i zawodowe. Ich działanie to nie tylko opieka medyczna, ale także bardzo często podejmowanie trudnych decyzji na temat terapii chorych, ich miejsca pobytu oraz stawianie czoła żałobie po śmierci bliskiej osoby.

W fachowym piśmiennictwie zwraca się szczególną uwagę na czynniki mające negatywny wpływ na cały system rodzinny niezależnie od fazy życia rodzinnego jaka dotknęła członka rodziny i zalicza się do nich brak wizji poradzenia sobie z chorobą, konflikty, nadmierny krytycyzm członków rodziny do siebie, niespójną strukturę systemu rodzinnego, niewielką satysfakcję małżeńską, niewystarczające umiejętności pokonywania problemów, niskie poczucie koherencji i nawet wrogość.

Pojawienie się w rodzinie przewlekłej choroby staje się źródłem cierpienia i bardzo silnych emocji. Nie można zapominać, że rodzinny pacjentów z problemem nowotworowym, tak jak sam pacjent, borykają się z podobnymi skutkami choroby (np. brak apetytu, poczucie bezradności). Problemem są także u nich zaburzenia snu. Okazało się, że poziom lęku doświadczanego u pozostałych członków rodziny jest porównywalny, a nawet w niektórych przypadkach wyższy od odczuwanego przez samego chorego, a jego nasilenie ściśle powiązane z fazą choroby. Wzrasta także ryzyko rozwoju depresji.

Podkreśla się także możliwość wystąpienia zespołu wypalania sil u opiekunów chorych przewlekłe w wyniku przede wszystkim braku chwili wytchnienia, wynikającej z konieczności sprawowania ciągłej opieki, a za jego wyznaczniki uznano: bezsenność, bóle

głowy, brak zainteresowań, nadpobudliwość, negatywne odczucia wobec chorego, niezadowolenie ze swojej sytuacji, obniżoną ocenę jego rozwoju, podwyższony poziom lęku związany z doświadczanym distresem, rezygnację, utratę kontaktów i więzów rodzinnych, zaburzenia układu krążenia i układu pokarmowego.

Nie można więc zapominać, że opieka nad pacjentem będącym u schyłku życia to trudne i traumatyczne doświadczenie. W związku z tym od momentu postawienia diagnozy należy objąć opieką także członków rodzin osób chorujących na nowotwór. W literaturze przedmiotu zachowania wspierające dzieli się na trzy grupy: dostarczanie informacji o poprawności podejmowanych działań; dostępność pomocy - poświęcenie czasu, wysiłku i pieniędzy oraz wyrażanie opieki i emocjonalnej bliskości.

Dr n. med. Krystyna Klimaszewska

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kulak

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTKĄ Z GUZEM LIŚCIASTYM PIERSI - STUDIUM PRZYPADKU

Katarzyna Betke¹, Marzena Agnieszka Humańska¹, Weronika Jedlińska², Danuta Ponczek¹

1/ Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

2/ Absolwentka studiów licencjackich, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Wydział Nauki o Zdrowiu

WPROWADZENIE

Nowotwór piersi jest najczęściej diagnozowanym nowotworem złośliwym wśród Polek, stanowi drugą co do częstości przyczynę zgonów spowodowanych nowotworami złośliwymi u kobiet. Według danych Centrum Onkologii - Krajowego Rejestru Nowotworów - liczba zachorowań przekroczyła w 2020 roku ilość 24000 przypadków rocznie, wzrastając w ciągu dwóch ostatnich dekad o około 10 000 [1]. We wczesnych stadiach rozwoju nowotwór nie wykazuje objawów, zazwyczaj rozpoznawany jest przy samokontroli jako podskórne zgrubienie, często mylone z innymi łagodnymi problemami piersi

Nowotwór piersi jest złośliwym nowotworem powstającym z komórek gruczołu piersiowego, który rozwija się miejscowo w piersi oraz daje przerzuty do węzłów chłonnych i narządów wewnętrznych (np. płuc, wątroby, kości i mózgu). Choroba nowotworowa piersi występuje najczęściej jako złośliwa u kobiet. Stanowi około 23% wszystkich zachorowań związanych z nowotworami złośliwymi u kobiet i około 14% zgonów z tego powodu. Szacuje się, że rocznie diagnozuje się ok. 1,5 miliona nowotworów wśród kobiet na całym świecie, a około 400 tysięcy umiera z jego powodu. Jest to najczęstszy nowotwór złośliwy wśród mieszanek krajów wysoko rozwiniętych, takich jak Stany Zjednoczone, Kanada, Australia czy kraje Europy Zachodniej. Najmniej zachorowań notuje się w południowej Azji i Afryce. Rak piersi należy do najczęstszych nowotworów złośliwych u kobiet, zaś u mężczyzn występuje niezwykle rzadko. Przyczyny powstawania raka piersi są nadal nieznane, ale wyróżnić można wiele czynników, które zwiększają ryzyko jego wystąpienia np. wiek, płeć, uwarunkowania genetyczne, czynniki hormonalne, styl życia, budowa anatomiczna piersi [2].

Guz liściasty piersi to bardzo rzadki nowotwór stanowiący 0,2 do 2% nowotworów piersi. Zainteresowanie tym typem nowotworu wzrosło dopiero w latach 80. ubiegłego wieku. Złośliwa postać guza, często była błędnie kojarzona z innymi rodzajami nowotworu, przez co leczenie nie do końca przynosiło efekty. Jak dotąd odnotowano bardzo małą ilość przypadków guza liściastego, na tyle mało że brakuje źródeł i publikacji na jego temat. Guz liściasty (łac. tumor phylloides, ang. phyllodes tumor, PT) jest to nowotwór gruczołu mlekowego, w większości przypadków odmiany łagodnej. Zmiany złośliwe mają tendencję do miejscowych nawrotów, naciekając błonę łącznotkankową podśluzową. Definicja WHO (World Health Organization) z roku 2012 określa guzy liściaste jako grupę dobrze odgraniczonych nowotworów włókniisto-nabłonkowych przypominających swą budową włókniakogruczolaków wewnątrzkanalikowych, lecz od nich guz odróżnia się większą komórkowością i większą błoną łącznotkankową. Guz liściasty w przekroju przypomina kształtem przekrojoną główkę kapusty, skąd wywodzi się jego nazwa. W większości przypadków guz ma strukturę zrazikową i torbielowatą. Nowotwór ten najczęściej wywodzi się z podścieliska zrazików, rzadziej z gruczolakowłókniaków. Guzy mogą mieć niewielkie rozmiary- średnica 3–4 cm, ale większość osiąga ogromny zakres rozpychając piers [3]. Guz liściasty piersi (GLP) stanowi od 0,2-2% wszystkich nowotworów piersi u kobiet. Według obecnie dostępnych danych ten typ nowotworu posiada większy odsetek nowotworów piersi w krajach azjatyckich w porównaniu do krajów zachodnich. Zachorowalność na ten rodzaj nowotworu wg Bartha, Bernsteina oraz ich współpracowników wynosi 2,1 przypadku na milion kobiet rocznie. Dla porównania w Polsce zachorowalność wynosi 1 na 100 tysięcy przypadków. Występuje on najczęściej między 35. a 55. rokiem życia, a średni wiek zachorowania przypada na 45-49 r.ż [4]. Zdaniem Bouhafa, Matar i ich współpracowników najczęściej guz występuje u nieródek, a pierwszy z tych autorów uważa, że udział w etiologii GLP bierze wiele czynników takich jak: otyłość, urazy, wzrost aktywności estrogenowej. Nie stwierdzono, rodzinnego dziedziczenia nowotworu, ani istotnego wpływu ilości ciąży, porodów, wieku pierwszej miesiączki, palenia tytoniu, karmienia piersią. Według opinii badacza Adama J. Singera etiologia guza liściastego piersi pozostaje nieznana [5]. Nowotwór ten charakteryzuje się bardzo szybkim wzrostem (w ciągu paru tygodni może nastąpić znaczne powiększenie do ogromnych rozmiarów). W badaniu klinicznym u chorych na guz liściasty piersi (GLP) stwierdza się owalny kształt, elastyczny guz, który jest dobrze odgraniczony od otoczenia o wymiarach od 1 cm do 41 cm (najczęściej jest to przedział między 5 a 15 cm). Większość guzów usuwa się operacyjnie, a zmiany złośliwe mogą nawracać. 15% guzów może powodować odległe przerzuty [3]. Kliniczne przypadki guza

liściastego piersi są zazwyczaj niewyczuwalne, wykrywa się je podczas wykonywania mammografii. Niektórzy autorzy sugerują, że najczęstszą lokalizacją GLP jest pierś prawa w kwadrancie górnym zewnętrznym. Skóra piersi ponad guzem zazwyczaj nie jest zmieniona, lecz w przypadku bardzo dużych guzów może ulegać zmianom troficznym m.in. ścięczeniu, atrofii lub stawać się sucha, napięta, a nawet owrzodzona. Guz może naciekać na ściany klatki piersiowej [4].

Według WHO wyróżnia się trzy postacie mikroskopowe GLP (Tabela 1) [4]. Guzy łagodne charakteryzują się równomiernym rozrostem, niewielką komórkowością i niewielkim stopniem atypii. W ich obrazie można zauważyć wyraźne, dobrze odgraniczone brzegi. Pośredni rodzaj guza jest określany mianem postaci granicznej, z kolei złośliwy guz cechuje się maksymalnie nasilonym rozrostem (*stromal overgrowth*), zwiększoną komórkowością, atypią komórek, zwiększoną aktywnością miotyczną i naciekającym brzegiem, z nieostro zaznaczoną granicą. Jest to zupełne przeciwieństwo łagodnej postaci. Istotnym faktem jest, że nie są określone w pełni obiektywne kryteria określające stopień atypii komórek, stopień komórkowości, ponieważ istnieje obecność różnych odmian utkania nowotworu w jednym guzie [6].

Tab. 1.2 Kryteria mikroskopowego podziału GLP [13] Duże pole widzenia o powiększeniu 400x*

Cecha histopatologiczna	Niezłośliwa postać GLP	Graniczna postać GLP	Złośliwa postać GLP
Aktywność miotyczna	> 5/10 DPW*	5-9/10 DPW	≥ 10/10 DPW
Atypia komórek	Niewielka	Umiarkowana lub znaczna	Znaczna
Rozrost podścieliska o charakterze <i>stromal overgrowth</i>	Brak	Brak lub widoczny ogniskowo	Obecny

Typ wzrostu (brzeg guza)	Dobrze odgraniczony	Dobrze odgraniczony, ogniskowo może być naciekający	Naciekający
-----------------------------	---------------------	---	-------------

Diagnostyka

W diagnostyce guza liściastego piersi najczęściej korzysta się z badania mikroskopowego materiału uzyskanego za pomocą biopsji przezskórnej lub śródoperacyjnego badania doraźnego, jednak najczęściej opiera się na badaniu mikroskopowym skrojonego materiału operacyjnego. Inne metody to badania obrazowe, badania molekularne, badania mikroskopii elektronowej. W różnicowaniu nowotworu pojawiają się dwa istotne problemy: odróżnienie niezłośliwej postaci guza od gruczolakowłókniaka i odróżnienie złośliwej postaci guza od mięsaka piersi. Budowa GLP posiada w sobie utkanie heterologiczne mięsaków i gruczolakowłókniaków. Istnieją publikacje, które udowadniają, że diagnostyka tego rodzaju nowotworu jest niezwykle trudna, przykładem takowej jest publikacja Thomasa J. Lawtona i jego współpracowników, którzy zaprezentowali wyniki 21 konsultacji przypadków gruczolakowłókniaków (cellular fibroepithelial lesions), przeprowadzonych przez 10 specjalistów w dziedzinie patologii piersi wraz z użyciem kryteriów WHO. Liczba przypadków w określeniu dokładnego rodzaju nowotworu, w grupie osób z różnymi przypadkami wyniosła 2, jednakże była to grupa chorych określonych mianem szczególnie dyskusyjnych. Oceniono również przypadki gruczolakowłókniaków i niezłośliwych GLP wraz z przypadkami granicznej i złośliwej postaci tego guza, poziom zgodności wszystkich badaczy wyniósł poniżej 53%. [7] Najdokładniejszą metodą zdiagnozowania guza liściastego piersi jest badanie mikroskopowe materiału operacyjnego w postaci usuniętego całkowicie guza z obrębu piersi. Jest to nie tylko metoda diagnostyczna, ale także terapeutyczna w przypadku odmiany łagodnej. Biopsja cienko-, jak i gruboigłowa nie zawsze pozwalają na dokładne określenie szczegółowej postaci i rozpoznania [4,6]. W obrazie mammograficznym phyllodes tumor uwidoczniiony jest jako duży, dobrze odgraniczony, silnie wysycony guz, jego zewnętrzny zarys może być okrągły lub zrazikowy- w jego obrębie nie stwierdza się zwapnień. Badanie ultrasonograficzne pokazuje nam duży, hipoechogeniczny guz lity mogący zawierać przestrzeń płynową. Kształt może być okrągły, owalny lub zrazikowaty z niespecyficznym cieniem akustycznym. Za pomocą rezonansu magnetycznego GLP na

obrazach uwidacznia się jako niejednorodny izo-, lub hipointensywny, a na obrazach T2-zależnych guz jest hipointensywny poza obszarami płynowymi i martwiczymi. Przerzuty do kości powodują, że zauważana jest znaczna zmiana ich wyglądu - opisywana jest jako prześwitująca. Opisywane metody i ich wyniki, nie są jednak na tyle dokładne, aby móc stwierdzić dokładnie z jakim rodzajem guza mamy styczność. Wszystkie te elementy na czele z diagnostyką mikroskopową pozwalają określić wszystkie niezbędne cechy nowotworu [7].

Leczenie nowotworu piersi

Metody leczenia guza łściastego piersi są dostosowane do stopnia zaawansowania choroby:

- wyłuszczenie guza (leczenie chirurgiczne)
- Breast Conserving Therapy (BCT) - zabieg oszczędzający pierś
- mastektomia (radikalne odjęcie piersi)
- radioterapia
- chemioterapia [4].

Każdy ze sposobów leczenia jest obarczony ryzykiem nawrotu choroby lub wystąpieniem powikłań. Odpowiedni sposób leczenia zostaje ustalony po przeprowadzeniu szeregu badań i szerokiej diagnostyki, która pozwoli na określenie rodzaju nowotworu, stopnia zaawansowania oraz pozwoli określić dalszy prawdopodobny przebieg kliniczny choroby [8]. Margines operacyjny jest to zaraz obok postaci mikroskopowej, najważniejszy czynnik, który określa szansę chorego na wyleczenie. Szeroki margines, którym jest brak nacieku nowotworowego jest czynnikiem warunkującym mniejsze ryzyko nawrotu miejscowego i mniejsze ryzyko przerzutów odległych. Dyskusji podlega optymalna szerokość tego marginesu. W przeszłości stosowano szeroki margines wolnego od nacieku nowotworowego. Obecnie dzięki badaniom w tym kierunku wiele opinii, uznaje że wystarczającym marginesem jest $>1\text{mm}$ (wcześniejsze lata sugerowały od 0,1cm do nawet 2cm), przy zachowaniu warunku doszczętności mikroskopowej. Jest to określenie, które nie jest uniwersalne, ponieważ rozwój nowotworu jest nieprzewidywalny i każdy aspekt leczenia dostosowuje się indywidualnie do pacjenta. Niekorzystnym czynnikiem, wpływającym na margines operacyjny jest obecność komórek nowotworowych w obszarze operacyjnym, ponieważ może determinować nawroty miejscowe szczególnie u pacjentek ze złośliwą postacią GLP [9].

Rokowanie

Wielu specjalistów, uznaje że znane czynniki populacyjne i kliniczne nie są niezależnym czynnikiem prognostycznym (wiek, lokalizacja guza, wielkość, stan skóry piersi, stan węzłów chłonnych). Nieliczni, uważają że niekorzystny wpływ na przeżywalność nowotworu mają: zaawansowany wiek pacjentki, gwałtowny wzrost guza i jego duży rozmiar. Jedynym powszechnie uznawanym jako niezależny czynnik prognostyczny jest postać mikroskopowa guza tj. czy jest niezłośliwa, graniczna lub złośliwa. Nieprzewidywalny bieg choroby uniemożliwia, znalezienie pełnej współzależności pomiędzy cechami mikroskopowymi nowotworu, a czynnikami prognostycznymi i jego budową. Aktualne domniemanie i próby określenia czynników prognostycznych opierają się na opiniach badaczy takich jak Grenier, Tan, Khosravi-Shahi, i uwag WHO [10], którzy uważają że niekorzystnymi czynnikami prognostycznymi są:

- duży przerost podścieliska
- liczba mitoz
- atypia
- obecność lub brak ognisk martwicy
- komórkowość

Wyniki leczenia chorych na GLP zostały uzyskane przez wielu różnych autorów. Przeżycia długoletnie na przestrzeni lat badań wahają się w niewielkim stopniu. Przeżycie bezobjawowe w granicach 5-10 lat w przeciągu ostatnich 20 lat wahało się między 60 a 90% (w zależności od czasu i grupy badanych). W 2007 roku Grabowski i wsp. opublikowali analizę California Cancer Registry, która dotyczyła 752 chorych na złośliwą odmianę phyllodes tumour leczonych w latach 1988-2003 roku. Autorzy badania podkreślili, że rokowanie w tej grupie chorych jest dobre, a zwłaszcza w guzach, które posiadają ograniczone zaawansowanie miejscowe. Wykazano że po 10 latach leczenia przeżycie pacjentek ze złośliwą postacią GLP jest równe przeżyciu całej populacji [11].

CEL PRACY

Celem pracy było przedstawienie problemów pielęgnacyjnych pacjentki ze zdiagnozowanym guzem liściastym piersi po mastektomii i radioterapii uzupełniającej oraz stworzenie wzorcowego modelu procesu pielęgnowania w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®).

MATERIAŁ I METODY

W pracy wykorzystano metodę studium przypadku. Proces pielęgnowania 63-letniej pacjentki z guzem liściastym piersi został zaplanowany na podstawie: obserwacji, szczegółowego wywiadu pielęgniarskiego, wykonanego badania fizykalnego, analizy dokumentacji medycznej oraz wyników badań.

Opis przypadku

Pacjentka lat 63, od 2003 roku choruje na raka piersi lewej. Chora zgłosiła się na badanie mammografem, organizowane dla kobiet w wieku między 50-69 lat. Pacjentkę skierowano na diagnostykę do Regionalnego Centrum Onkologii Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej. Mammografia wykazała obustronne rozsiane zmiany mastopatyczne o niewielkim stopniu nasilenia i łagodną dysplazję sutka- nie określoną. W niedługim czasie zmiany nasiliły się i stwierdzono złośliwy nowotwór sutka. W 2016 roku wykryto złośliwy guz liściasty piersi lewej- wykonano amputację piersi. W stanie po mastektomii prostej stwierdzono wznowę w bliźnie rok później.

Historia choroby

Pacjentka przeżyła BCT (Breast Conserving Treatment) - operację oszczędzającą w raku piersi, polegającą na usunięciu guza wraz z okalającymi go zdrowymi tkankami oraz węzłami chłonnymi w lewym dole pachowym. Kobieta została poddana także zabiegom radioterapii radykalnej oraz brachyterapii HDR na obszar piersi lewej. Po ponad dziesięciu latach u pacjentki zaobserwowano plamiste zaczerwienienia oraz pogrubienie skóry w piersi lewej. Badanie USG piersi i dołów pachowych wykazały obrzęk limfatyczny piersi lewej, poszerzone naczynia limfatyczne, wielokomorową torbiel na pograniczu ogonka Spencea i dołu pachowego oraz zbiornik płynowy. Po pobycie w szpitalu zalecono ochronę miejsc napromieniowanych oraz oszczędzający tryb życia. Pacjentka została poinformowana o diecie i postępowaniu po radioterapii.. Kolejne badania rezonansem magnetycznym w grudniu 2015 roku wykazały pogrubienie skóry oraz rozległe zmiany płynowe w piersi lewej wzmocnione na obwodzie oraz plamiste obszary z naciekiem zapalnym prawdopodobnie nowotworowym. Wyniki badań m.in. BACC (biopsja aspiracyjna cienkoigłowa) sugerowały rozrost komórek nowotworowych w piersi, który klasyfikował się do wykonania mastektomii. Badania histopatologiczne potwierdziły guza liściastego złośliwego piersi lewej. Operacja amputacji piersi odbyła się 10.02.2016 r. Przebieg operacji bez powikłań. Pacjentce zalecono regularne kontrole u lekarza prowadzącego oraz w poradni onkologicznej. We wrześniu 2017 roku przy badaniu odbywającym się w Centrum Onkologii w bocznej części blizny po amputacji piersi

lewej wykazano zmiany włókniste w przyśrodkowej części piersi. Wskaźnik protrombiny w normie, morfologia krwi lekko poniżej normy (erytrocyty, płytki krwi, leukocyty), RTG klatki piersiowej nie wykazało zmian ogniskowych. Zdecydowano o wycięciu wznowy w bliźnie. W Zakładzie Radioterapii w dniu 7.12.2017 roku przyjęto pacjentkę i zaplanowano przeprowadzenie uzupełniającej radioterapii w 28 frakcjach. Ostatnią frakcję podano w styczniu 2018 roku, po czym pacjentka regularnie uczestniczyła w badaniach kontrolnych.. Po 9 miesiącach wykonano USG piersi i dołów pachowych, w obszarze piersi lewej po mastektomii i wycięciu wznowy w bliźnie zlokalizowano pasmowate zmiany włókniste. Pacjentka została skierowana na leczenie operacyjne wznowy w bliźnie po amputacji lewej piersi w Oddziale Klinicznym Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej. Przebieg operacji bez powikłań. Pobrany wycinek poddano badaniom histopatologicznym, które potwierdziły diagnozę guza liściastego złośliwego piersi. 3 tygodnie po przebytej operacji kobieta zgłosiła się na poradę lekarską z powodu całkowitego rozejścia się brzegów rany pooperacyjnej aż do mięśnia piersiowego większego. Zalecono usunięcie szwów oraz kontrolę w poradni.. Zmiana w bliźnie po amputacji piersi lewej wciąż odnawiała się, co skutkowało kolejnymi zabiegami wycinania wznowień. W lipcu 2020 roku stwierdzono wieloogniskową wznowę w bliźnie po mastektomii w badaniu USG piersi i dołów pachowych. W 2020 roku przyjęto pacjentkę na Oddział Kliniczny Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej w celu wycięcia wieloogniskowej wznowy w bliźnie po mastektomii lewostronnej z plastyką ubytku skóry.

Wynik badania histopatologicznego potwierdził wznowy guza liściastego złośliwego oraz ogniskową mastopatię w tkance tłuszczowej.. Pacjentka wypisana w stanie ogólnym dobrym. Przy wypisie kobieta otrzymała zalecenia postępowania z raną pooperacyjną w warunkach domowych. Pacjentkę objęto opieką rehabilitacyjną i psychoonkologiczną. Miesiąc po operacji 63-lotka zgłosiła się do Izby Przyjęć w Centrum Onkologii z powodu rozejścia się rany przy drenie po mastektomii lewej z plastyką. Z powodu. rozejścia się szwów rany pooperacyjnej, bez cech stanu zapalnego, zdecydowano o dołożeniu pojedynczego szwu uszczelniającego (duże napięcie na ranie i ryzyko ponownego rozejścia się rany). Obecnie kobieta poddaje się regularnym wizytom u specjalisty, usunięto dreny, okolice rozejścia się rany zagoiły się. Stan pacjentki jest dobry, stabilny.

Przyjmowane leki

- Valarox 1 tabl. 10mg+160 mg wieczorem
- Metocard 1 tabl. 50 mg rano, 1 tabl. 50 mg wieczorem

- Argadopin 1 tabl. 100 mg rano
- Asertin 1 tabl. 50 mg rano
- Emanera 1 tabl. 20 mg rano
- Furosemid 1 tabl. 40 mg rano
- Miansec 1 tabl. 10 mg wieczorem
- Vigantoletten Max 2000j. 1 tabl. wieczorem

Parametry życiowe w dniu zbierania wywiadu

- temperatura ciała: 36,6°C
- ciśnienie tętnicze krwi: 158/70 mm Hg
- puls: 101 uderzeń/ min
- ilość oddechów: 13/ min
- BMI: 37,5 II stopień otyłości
- ból w skali VAS: 0

Sfera biologiczna pacjentki

- układ nerwowy- stwierdzono u kobiety padaczkę, odruchy głębokie i powierzchniowe w normie, brak objawów oponowych;
- układ krążenia- pacjentka cierpi na kardiomiopatie ciśnieniową, nadciśnienie tętnicze;
- układ pokarmowy- pacjentka przebyła zapalenie błony śluzowej żołądka z nadżerką – zakończone leczenie farmakologiczne, choroba refluksowa przełyku;
- układ oddechowy- symetria klatki piersiowej w normie, symetria ruchów oddechowych klatki piersiowej- rozszerzają się równomiernie i symetrycznie, oddech miarowy, bez cech wysiłku, drżenie piersiowe symetryczne, odgłos opukowy jawny i symetryczny, szmery oddechowe dobrze słyszalne;
- układ hormonalny- wykryto u chorej wole nietoksyczne tarczycy, podczas badań endokrynologicznych oraz USG tarczycy i przytarczyc wykazano powiększenie gruczołu, zmiany w obrębie płata lewego bez cytologicznych cech złośliwości, kobieta przebyła tyreoidektomię;

- układ kostno-stawowo-mięśniowy- scyntygrafia kości wykazała zmiany zwyrodnieniowe w obrębie kręgosłupa, ruchomość w stawach poprawna, siła mięśniowa w normie, złamanie kości przedramienia prawego, ból w obrębie złamanej ręki i ograniczona ruchomość;
- zmysły i powłoka skórna- wzrok- kobieta posiada okulary do czytania, brak zmian chorobowych w obrębie narządu wzroku; słuch- próby słuchowe w normie; węch i smak- w normie; powłoka skórna- wycinano guzki tkanki podskórnej powłok głowy, wycięto guz z okolic skóry sromu, wycięto zmianę melanocytarne z przedramienia, skóra zadbaną, czystą, różową, bez zmian alergicznych, elastyczna, ucieplona odpowiednio i równomiernie, gładka i wilgotna;
- układ moczowo-płciowy; usunięta została macica wraz z przydatkami, układ moczowy bez dolegliwości.

Sfera psychiczna

Pacjentka logiczna, zorientowana co do czasu i miejsca. Kobieta wykazuje spokój, nastrój wesoły, energiczna z dużymi pokładami optymizmu z zachowaniem zdrowego rozsądku. Jest świadoma swojego stanu zdrowia, monitoruje i dba o każdy aspekt swojego życia, samodzielna. Jej stosunek do sytuacji w jakiej się znajduje jest obecnie dobry, ma świadomość zmian zachodzących w jej ciele, jest bardzo dobrze wyedukowana i samodzielnie pozyskuje wiedzę na temat swojej choroby. Czuje niepokój o przyszłość który uzasadnia przebytymi problemami, boi się nieznanego dla niej alternacji, które mogą mieć negatywny wpływ na aktualny stan zdrowia. Gdy chora obserwuje u siebie zmiany w organizmie stara się je konsultować z lekarzem, w jak najszybszym możliwym terminie. Mimo to zawsze stara się zachowywać rozsądne podejście i chętnie pozyskuje informacje. Otrzymuje wsparcie od rodziny i dostateczną opiekę medyczną. Dbą o swój wygląd, przykładają wagę do ubioru i fryzury. Akceptuje swoje ciało pomimo nieposiadania piersi. Odnajduje pozytywne aspekty sytuacji, w której się znajduje. Często żartuje i ma poczucie humoru. Oprócz tego kobieta skarży się na problemy ze snem i choruje na nerwicę.

Funkcjonowanie społeczne

Kobieta mieszka z mężem, jest na emeryturze, ma dorosłą córkę i syna, z którymi utrzymuje bardzo dobre relacje. Chętnie bierze aktywny udział w życiu rodzinnym i towarzyskim. Z obserwacji wynika, iż pacjentka, pomimo trudnej sytuacji zdrowotnej, nie wykazuje objawów depresji. Chętnie rozmawia z innymi ludźmi, jest bardzo komunikatywna

i rozmowna. W okresie letnim kobieta spędza czas na swojej działce rekreacyjnej, często spaceruje. Jest aktywna w gospodarstwie domowym, gotuje i sprawia jej to przyjemność, zajmuje się swoimi wnukami. Odbywa długie rozmowy ze swoją koleżanką, które sprawiają jej dużo radości.

WYNIKI

Proces pielęgnowania jest metodą pozwalającą na planową i konsekwentną pracę z pacjentem. Jego założeniem jest planowanie opieki, w oparciu między innymi o obserwację stanu pacjenta, analizę jego dokumentacji lub też wyników przeprowadzonego badania fizykalnego. Proces pielęgnowania to sekwencja następujących po sobie czynności i zdarzeń związanych ściśle z opieką pielęgniarzką. Zaleca się stosowanie pięciu etapów tj. diagnozę, cel, interwencję, implementację i ewaluację. Na potrzeby utworzenia całego procesu konieczne jest dokonanie oceny, poprzez zgromadzenie danych, istotnych w procesie formułowania diagnozy. Diagnoza może odnosić się zarówno do zdrowotnego statusu fizycznego, psychologicznego i społecznego pacjenta. Następnie określa się cel, pierwotnie jest nim pomoc pacjentowi w osiągnięciu możliwie jak najwyższego stopnia adaptacji do środowiska, przy pomocy należytego oddziaływania na bodziec, czyli eliminacja, osłabienie, wzmocnienie bądź zmiana. W kolejnym kroku procesu dokonuje się wyboru interwencji pielęgniarzkich, poprzez dobór osób, metod i środków. Czwarty etap, implementacja, który zasadniczo oznacza spożytkowanie umiejętności i posiadanej wiedzy w celu zrealizowania założeń planu. Piąty etapem stanowi określenie efektów pracy z pacjentem - ewaluacja [12].

W 1899 roku powstała Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (International Council of Nurses, ICN), organizacja łącząca towarzystwa pielęgniarckie w poszczególnych krajach, reprezentująca pielęgniarki każdego kraju i narodu wobec rządów państw, jak również organizacji pozarządowych. W 2005 roku ICN nakreśliła standard procesu pielęgnowania. Rekomendując tym samym stosowanie odpowiednio pięć etapów tj. assesment (ocena), diagnosis (diagnoza), intervention (interwencje), implementation (implementacje) i evaluation (ewaluację). Międzynarodowa Rada Pielęgniarek stworzyła Międzynarodową Klasyfikację Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP). Obecnie składa się ona z siedmiu osi, w których są uporządkowane terminy referencyjne. Opisane są one przez definicje, dzięki temu łatwiejsze jest zrozumienie ich znaczenia i w konsekwencji przystępniejszego zastosowania diagnozy bądź interwencji. System oferuje diagnozy główne, bardziej ogólne z uszczegółowieniem na przykład lokalizacji i szczegółowe, które dotyczą zjawisk pielęgniarzkich z częstą powtarzalnością [12].

PROCES PIELEGNOWANIA PACJENTKI Z NOWOTWOREM PIERSI

Tab. 1.4 Klasyfikacja ICNP

RP	Diagnoza	Interwencja	Narzędzia	Wynik
1.	[10015133] Ryzyko infekcji	[10002710] Ocenianie kontroli bólu	[10013333] Pielęgniarka	[10028945] Bez infekcji
	[10019265] Rana chirurgiczna	[10002821] Ocenianie podatności na infekcję	[10019323] Szew	[10019876] Całkowity
	[10016467] Negatywna diagnoza i wynik	[10012203] Monitorowanie objawów przedmiotowych i objawów podmiotowych infekcji	[10021227] Opatrunek na ranę	[10014956] Efektywny
	[10029936] Uraz	[10007218] Ewaluacja gojenia się rany	[10002832] Narzędzie do oceny	[10027917] Zredukowany ból
		[10025444] Administrowanie lekiem	[10011866] Lek	[10026692] Poprawa
		[10027154] Identyfikowanie części ciała dotkniętej nieprawidłowymi zmianami przed pozycjonowaniem okołooperacyjnym	[10011866] Usługa zarządzania bólem	
		[10009649] Identyfikowanie postawy wobec opieki	[10019998] Terapia tradycyjna	

		[10004073] Kategoryzowanie rany chirurgicznej [10024116] Nauczanie o chorobie [10002687] Ocenianie postawy wobec zarządzania leczeniem [10026347] Promowanie samoopieki [10011660] Zarządzanie bólem [10006173] Dokumentowanie		
2.	[10012108] Zdolność poruszania [10001120] Trudności w radzeniu sobie [10016467] Negatywna diagnoza i wynik	[10024019] Kierowanie na fizykoterapie [10016576] Kierowanie [10027154] Identyfikowanie części ciała dotkniętej nieprawidłowymi zmianami przed	[10013333] Pielęgniarka [10012300] Technika ćwiczenia mięśni lub stawów [10036434] Fizjoterapia [10014567] Usługa fizjoterapeuty	[10019876] Całkowity [10014956] Efektywny [10027112] Adekwatna wiedza [10026692] Poprawa

	[10043042] Słaba sprawność rąk	pozycjonowaniem okołooperacyjnym [10040125] Nauczanie o ćwiczeniach [10024660] Nauczanie o sposobie zwiększania tolerancji aktywności ruchowej [10002687] Ocenianie postawy wobec zarządzania leczeniem [10006173] Dokumentowanie	[10014109] Bierny zakres ruchu [10000393] Czynny zakres ruchu [10019998] Terapia tradycyjna	
3.	[10003335] Ciśnienie krwi [10022954] Zmienione ciśnienie krwi [10032052] Monitorowanie ciśnienia krwi [10016467] Negatywna diagnoza i wynik	[10005093] Ciągły nadzór [10012183] Monitorowanie statusu fizjologicznego [10025444] Administrowanie lekiem [10024192] Ocenianie postawy wobec choroby [10024116] Nauczanie o chorobie [10006173]	[10013333] Pielęgniarka [10016433] Materiały do czytania [10011251] Materiał dydaktyczny [10005869] Urządzenie [10011866] Lek	[10019876] Całkowity [10014956] Efektywny [10027112] Adekwatna wiedza

		Dokumentowanie		
4.	[10013457] Otyłość [10027290] Problem z wagą [10016467] Negatywna diagnoza i wynik	[10024116] Nauczanie o chorobie [10040125] Nauczanie o ćwiczeniach [10024618] Nauczanie o odżywianiu [10016576] Kierowanie [10024562] Wzmacnianie przestrzegania zaleceń [10006173] Dokumentowanie	[10013333] Pielęgniarka [10016433] Materiały do czytania [10011251] Materiał dydaktyczny [10019998] Terapia tradycyjna	[10019876] Całkowity [10014956] Efektywny [10027112] Adekwatna wiedza [10023583] Kompleksowy [10026692] Poprawa
5.	[10017500] Tkanka bliznowata [10029936] Uraz [10016467] Negatywna diagnoza i wynik	[10009649] Identyfikowanie postawy wobec opieki [10027154] Identyfikowanie części ciała dotkniętej nieprawidłowymi zmianami przed pozycjonowaniem okołoperacyjnym [10004073] Kategoryzowanie rany chirurgicznej	[10013333] Pielęgniarka [10016433] Materiały do czytania [10011251] Materiał dydaktyczny [10012300] Technika ćwiczenia mięśni lub stawów [10036434] Fizjoterapia [10005352] Krem	[10019876] Całkowity [10014956] Efektywny [10027112] Adekwatna wiedza [10026692] Poprawa

		[10012183] Monitorowanie statusu fizjologicznego [10024687] Nauczanie o środkach bezpieczeństwa [10015683] Prewencja urazu mechanicznego [10006173] Dokumentowanie	[10038794] Technika redukcji ryzyka [10014567] Usługa fizjoterapeuty [10014109] Bierny zakres ruchu [10000393] Czynny zakres ruchu	
6.	[10043042] Słaba sprawność rąk [10008210] Złamanie [10043464] Pielęgnacja miejsca złamania [10043486] Nauczanie o pielęgnacji złamania	[10027154] Identyfikowanie części ciała dotkniętej nieprawidłowymi zmianami przed pozycjonowaniem okołooperacyjnym [10009654] Identyfikowanie postawy wobec bólu [10016576] Kierowanie [10040125] Nauczanie o ćwiczeniach [10024660] Nauczanie o sposobie zwiększania tolerancji aktywności ruchowej	[10013333] Pielęgniarka [10012300] Technika ćwiczenia mięśni lub stawów [10036434] Fizjoterapia [10014567] Usługa fizjoterapeuty [10014109] Bierny zakres ruchu [10000393] Czynny zakres ruchu [10016433] Materiały do czytania	[10019876] Całkowity [10014956] Efektywny [10027112] Adekwatna wiedza [10023583] Kompleksowy [10007423] Zakres [10026692] Poprawa

		[10024019] Kierowanie na fizykoterapie [10002687] Ocenianie postawy wobec zarządzania leczeniem [10006173] Dokumentowanie	[10011251] Materiał dydaktyczny	
7.	[10018888] Stres [10015325] Ryzyko utrzymującego się stresu duchowego	[10026415] Kierowanie na terapię zajęciową [10044130] Ocenianie zdolności do zarządzania stresem [10014145] Aktywność pacjenta [10026231] Poradnictwo dotyczące stresu duchowego [10016480] Dodawanie otuchy [10016576] Kierowanie [10041415] Zachęcenie do odpoczynku [10001917] Doradzanie	[10013333] Pielęgniarka [10016229] Kwestionariusz [10011866] Lek [10016433] Materiały do czytania [10011251] Materiał dydaktyczny [10002832] Narzędzie do oceny [10016700] Technika relaksacyjna [10039459] Usługa edukacji	[10019876] Całkowity [10014956] Efektywny [10027112] Adekwatna wiedza [10015789] Postęp [10026692] Poprawa

		[10006564] Edukowanie [10019436] Rozmowa [10027051] Zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10025444] Administrowanie lekiem [10051295] Coaching [10002687] Ocenianie postawy wobec zarządzania leczeniem [10006173] Dokumentowanie	zdrowotnej	
8.	[10027226] Zaburzony sen [10041399] Sen [10010330] Bezsenność [10037615] Ryzyko zaburzonego snu	[10001917] Doradzanie [10006564] Edukowanie [10019436] Rozmowa [10041415] Zachęcenie do odpoczynku [10025444] Administrowanie lekiem [10002687] Ocenianie postawy wobec zarządzania leczeniem	[10013333] Pielęgniarka [10011866] Lek [10016433] Materiały do czytania [10011251] Materiał dydaktyczny	[10019876] Całkowity [10014956] Efektywny [10027112] Adekwatna wiedza [10026692] Poprawa

		[10006173] Dokumentowanie		
9.	[10013071] Nerwowość	[10001917] Doradzanie [10006564] Edukowanie [10019436] Rozmowa [10016480] Dodawanie otuchy [10041415] Zachęcenie do odpoczynku [10014145] Aktywność pacjenta [10025444] Administrowanie lekiem [10002687] Ocenianie postawy wobec zarządzania leczeniem [10006173] Dokumentowanie	[10013333] Pielęgniarka [10016433] Materiały do czytania [10011251] Materiał dydaktyczny [10011866] Lek [10002832] Narzędzie do oceny	[10019876] Całkowity [10014956] Efektywny [10027112] Adekwatna wiedza [10026692] Poprawa
10.	[10000477] Niepokój [10038578] Skrining nowotworu	[10001917] Doradzanie [10006564] Edukowanie [10019436] Rozmowa	[10013333] Pielęgniarka [10002832] Narzędzie do oceny	[10019876] Całkowity [10014956] Efektywny [10027112] Adekwatna wiedza

	[10041745] Ocenianie niepokoju [10031711] Zarządzanie niepokojem	[10004664] Pocieszanie [10041415] Zachęcenie do odpoczynku [10002687] Ocenianie postawy wobec zarządzania leczeniem [10016480] Dodawanie otuchy [10006173] Dokumentowanie	[10016433] Materiały do czytania [10011251] Materiał dydaktyczny [10016700] Technika relaksacyjna	[10026692] Poprawa
11.	[10038578] Skrining nowotworu [10017500] Tkanka bliznowata	[10019436] Rozmowa [10006564] Edukowanie [10007370] Wyjaśnianie [10007256] Wykonywanie badania [10015620] Prewencja [10014145] Aktywność pacjenta [10006173] Dokumentowanie	[10013333] Pielęgniarka [10016433] Materiały do czytania [10011251] Materiał dydaktyczny [10019998] Terapia tradycyjna	[10019876] Całkowity [10014956] Efektywny [10027112] Adekwatna wiedza
12.	[10000477] Niepokój [10031711]	[10001917] Doradzanie [10006564] Edukowanie	[10013333] Pielęgniarka [10019998] Terapia	[10019876] Całkowity [10014956] Efektywny

	Zarządzanie niepokojem [10041745] Ocenianie niepokoju	[10019436] Rozmowa [10041415] Zachęcenie do odpoczynku [10016480] Dodawanie otuchy [10006173] Dokumentowanie	tradycyjna [10016433] Materiały do czytania [10011251] Materiał dydaktyczny	[10027112] Adekwatna wiedza [10026692] Poprawa
13.	[10012242] Motywowanie [10016479] Diagnoza pozytywna [10022378] Efektywne radzenie sobie	[10001917] Doradzanie [10024205] Ocenianie postawy wobec reżimu terapii [10026427] Wzmacnianie [10027051] Zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10016480] Dodawanie otuchy [10006564] Edukowanie [10019436] Rozmowa [10006173] Dokumentowanie	[10013333] Pielęgniarka [10038634] Technika wywiad motywujący [10046956] Wspieranie zarządzania sobą [10046837] Zarządzanie sobą	10019876] Całkowity [10014956] Efektywny [10027112] Adekwatna wiedza [10026692] Poprawa [10010981] Pozytywny lub negatywny osą

DYSKUSJA

Guz liściasty piersi to bardzo rzadki nowotwór, który wyróżniamy u 0,2 do 2% nowotworów piersi. Zainteresowanie tym typem nowotworu wzrosło dopiero w latach 80. ubiegłego wieku. Złośliwa postać guza, często była błędnie kojarzona z innymi rodzajami nowotworu, przez co leczenie nie do końca przynosiło efekty. Jak dotąd odnotowano bardzo małą ilość przypadków guza liściastego, na tyle mało że brakuje źródeł i publikacji na jego temat. Przypadek opisanej pacjentki potwierdza konieczność podejmowania długoterminowego leczenia oraz działań mających na celu poprawę jakości życia kobiety po mastektomii. Pacjentka od 2003r. zmagająca się z nowotworem piersi- złośliwym nowotworem sutka. W 2016r. stwierdzono u kobiety złośliwy guz liściasty piersi lewej i zdecydowano o wykonaniu mastektomii. Rok później wykryto wznowy w bliźnie. Leczenie GLP (guza liściastego piersi) jest dość trudnym zadaniem ponieważ, klinicznie ten guz jest bardzo podobny do swoich pokrewnych odmian, różni go natomiast budowa makroskopowa i reakcja na podane leczenie. Jest to guz, który słabo reaguje na leczenie chemioterapią, jedynie radioterapia uzupełniająca, zabieg radykalny oraz wycinanie wznów miejscowych są skutecznymi metodami walki z nowotworem. Głównymi problemami opisanej pacjentki były wznowy miejscowe w bliźnie, a co za tym idzie rany, pojawiające się w wyniku zabiegu wycinania nawrotów, problemy na tle nerwowym związane z chorobą oraz choroby współistniejące wiążące się z wiekiem kobiety. Porównując inne przypadki pacjentek z nowotworami piersi można znaleźć wiele podobieństw. Zazwyczaj choroba, uaktywnia się w wieku między 50 a 69 rokiem życia, pierwsze objawy fizycznie można zaobserwować w postaci bólu piersi, wyczuwalnych guzków pod skórą, zmiany w wyglądzie sutka. Najczęściej jednak zmiany w obrębie piersi pacjentki, zauważają po wykonaniu mammografii. Następnie diagnostyka niezależnie od rodzaju nowotworu wygląda tak samo tj. biopsja cienkoigłowa, wykonanie badań molekularnych na obecność mutacji genów, wykonanie badania ultrasonografem, rezonansem magnetycznym. Pacjentki odróżnia sposób leczenia, w zależności od rodzaju nowotworu, wprowadza się leczenie za pomocą chemioterapii, radioterapii lub zabiegów radykalnych łączonych z leczeniem adjuwantowym [7,8]. Znalazło to potwierdzenie u pacjentki opisywanej przez Gisterek i publikowali w 2007r. przypadek pacjentki z łagodnym guzem liściastym piersi i naciekającym nowotworem przewodowym piersi [13]. Podobieństwa dotyczą obecności drugiego rodzaju nowotworu, przebiecia radykalnego zabiegu odjęcia piersi i wieku. W przypadku opisywanej pacjentki, wykorzystano radioterapię jako element uzupełniający proces leczenia, a u kobiety z

nowotworem przewodowym naciekającym chemioterapię. Obie kobiety łączą takie same problemy pielęgnacyjne m.in. ryzyko powstania wznów miejscowych, niepomysłne leczenie adjuwantowe, rokowanie. Każda z nich jest w grupie ryzyka osób, które nie będą w stanie zaakceptować zmiany związanej z chorobą, mogą wystąpić zaburzenia depresyjne, lęk, strach, utrata kobiecości i seksualności [4,8].

Kobiety dotknięte nowotworem piersi zmagają się poza wieloma obciążeniami fizycznymi, także problemami natury psychicznej – stanami depresyjnymi objawiającymi się obniżeniem nastroju, niechęcią do wykonywania codziennych czynności, obniżeniem popędu seksualnego, zaniżone poczucie własnej wartości i atrakcyjności, sprzecznością uczuć, strach, lęk. Pacjentki często doświadczają zaburzeń funkcjonowania w sferze psychologicznej, społecznej, rodzinnej, seksualnej i duchowej. Bardzo trudno im zaakceptować te nagłe zmiany, które zachodzą w ich organizmach dlatego, istotne jest wsparcie psychologiczne podczas leczenia. Psycholog, rodzina i pielęgniarka biorą czynny udział we wsparciu chorej [14].

Istotnym elementem w walce z nowotworem piersi jest także prewencja. W ramach profilaktyki w Polsce istnieje program dla kobiet w przedziale wieku od 50 do 69 lat. Jego celem jest obniżenie wskaźnika umieralności w Polsce z powodu raka piersi, podniesienie poziomu wiedzy obywateli i obywaterek na temat profilaktyki raka sutka i wczesnej diagnostyki oraz wprowadzenie na terenie całego kraju jednolitych zasad postępowania diagnostycznego. Instytucją odpowiedzialną za ten program jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Dzięki temu programowi pacjentki mają możliwość wykonania mammografii, która pozwala na wykrycie zmian w obrębie piersi, a co za tym idzie możliwe jak najszybsze wdrożenie leczenia i pokonanie nowotworu [1].

WNIOSKI

1. Nowotwór piersi jest najczęściej diagnozowanym nowotworem złośliwym wśród Polek, stanowi drugą co do częstości przyczynę zgonów spowodowanych przez nowotwory złośliwe u kobiet.
2. Profilaktyka i diagnostyka stały się jednym z największych wyzwań w dziedzinie opieki zdrowotnej na całym świecie, ale także podstawą w walce z nowotworem piersi.
3. Głównymi problemami pacjentek z chorobą nowotworową piersi są brak samoakceptacji, strach, utrata piersi, długotrwałe leczenie onkologiczne, depresja.

4. Profesjonalizm w pielęgniarstwie polega na rozpoznaniu problemów pielęgnacyjnych, postawieniu trafnych diagnoz, zaplanowaniu interwencji i ich implemencacji oraz ewaluacji.
5. Wynikiem zaplanowanych i zrealizowanych działań opieki pielęgniarstwiej była poprawa i utrzymanie dobrego stanu zdrowia pacjentki. Edukacja, szczegółowe udzielanie informacji o chorobie i procedurach medycznych oraz wsparcie psychiczne korzystnie wpłynęły na obniżenie towarzyszącego pacjentce stresu i lęku związanego z wieloletnią chorobą i jej leczeniem.

PIŚMIENNICTWO

1. <https://onkologia.org.pl/pl>, (data pobrania 20.07.2023).
2. Wojciechowska, U., & Didkowska, J.: (2014). Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii–Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie [cytowany 28 listopada 2014]. Adres: <http://onkologia.org.pl/raporty>.
3. Kumar V, Cotran R.S, Robbins S.L.: Patologia. Wyd. Urban & Partner, 2005.
4. Blecharz, P., Harazin-Lechowska, A., Jakubowicz, J. i wsp.: Biblioteka Chirurga Onkologa: Guz liściasty piersi T. 10. Via Medica. Kraków 2017.
5. Bouhafa T., Masbah O., Bekkouch I.: Tumerus phyllodes du sein de 53 cas. Cancer/Radiotherapie 2009; 13: 85-91.
6. Kim S., Kim J., Kim D.H. i wsp.: Analysis of phyllodes tumour recurrence according to the histologic grade. Breast Cancer Res. Treat. 2013; 142:353-363.
7. Cichon, P., Drucis, K., & Magnus, M.: Rola szybkiej diagnostyki w hamowaniu progresji choroby—rozważania w świetle przypadków klinicznych raka piersi i doświadczeń własnych. In Forum Medycyny Rodzinnej 2016; 10(2): 102-109.
8. Mituś, J. W., & Wysocki, W.: Guz liściasty piersi. VM Media Sp z oo VM Group sp. 2016.
9. Więckowska, B., Koń, B., Dagiel, J., & Urbański, F.: Choroby onkologiczne w Polsce—wyniki modelu prognostycznego na lata 2015–2025. [w:] Proces leczenia w Polsce—analizy i modele, pod red. Wieckowska B. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2015: 287 -317.
10. Singer A., Tresley J., Velazquez-Vega J., Yepes M.: Unusual aggressive breast cancer: metastatic malignat phyllodes tumour. J. Radiol. Case Rep. 2013; 7: 24-37
11. Grabowski J., Salzstein S.L., Sadler G.R., Blair S.L.: Malignant phyllodes tumours: a review of 752 cases. Am. Surg. 2007; 73:967-969

12. Kilańska, D., Staszewska, M., Urbanek, N., Andrzejak, A., & Purgał, J.: Planowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP® w Podstawowej Opiece Zdrowotnej—studium przypadku. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2014;22(4): 539-545.
13. Kluzowicz E., Pietras J.: Rehabilitacja osób po mastektomii. *ACTA SCHOLAE SUPERIORIS MEDICINAE LEGNICENSIS*, 2009;1(8):33 - 52.
14. Ośmiałowska E., Świątoniowska N., & Homętowska H.: Jakość życia pacjentek z rozpoznaniem nowotworu piersi. *Palliat Med Pract*, 2018; 3: 143-150.

Justyna Tokarewicz

Klinika Kardiologii Inwazyjnej z OIOK Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

WSTĘP

Nowotwory głowy i szyi stanowią około 12% wszystkich nowotworów złośliwych na świecie, w tym 160.000 przypadków przypada na nowotwór krtani, który jest najczęściej występującym rakiem regionu głowy i szyi. Każdego roku z powodu raków regionu głowy i szyi umiera około 300.000 osób. Największą zapadalność na te nowotwory obserwuje się w Azji (około 66%), natomiast w Europie wynosi ona około 16%. W większości zachorowalność obserwuje się u płci męskiej. Większa śmiertelność występuje w krajach słabo rozwiniętych – około 77%, w porównaniu do krajów bardziej rozwiniętych – około 22%. Powodem może być gorszy dostęp do opieki zdrowotnej oraz jej niższy poziom. Czynnikiem ryzyka dla rozwoju płaskonabłonkowych nowotworów głowy i szyi jest: palenie tytoniu, picie alkoholu, predyspozycje genetyczne, infekcje wirusowe, takie jak: wirus brodawczaka ludzkiego (HPV16 i HPV18), HIV, HSV, występowanie GERD (refluks żołądkowo-przełykowy) i LPR (refluks gardłowo-krtaniowy), słaba higiena jamy ustnej, ekspozycja na niektóre czynniki szkodliwe w miejscu pracy (azbest, kwas siarkowy, nikiel, chrom, środki ochrony roślin). Leczeniem z wyboru u chorych na raka krtani jest leczenie skojarzone – operacja chirurgiczna z chemioradioterapią. Rak krtani (*ang. carcinoma laryngis*) jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym okolic głowy i szyi. Nowotwory złośliwe krtani zostały zakodowane w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Medycznych w 1997 r. pod numerem C 32.

Zachorowalność na raka krtani wykazuje umiarkowaną tendencję wzrostową. Zajmuje on czwarte miejsce w kolejności występowania po raku: płuc, żołądka, prostaty, a siódme miejsce jako przyczyna zgonów z powodu nowotworów [1].

Z danych Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) wynika, że ryzyko zachorowania na raka krtani wzrasta wraz z wiekiem. Najczęściej występującym (około 90%) nowotworem krtani jest rak płaskonabłonkowy, rozwijający się na podłożu wcześniej występujących stanów przedrakowych. W obrębie głośni obserwuje się rak wysoko lub średnio zróżnicowany w górnym piętrze krtani, częściej niż w głośni stwierdza się rak o niskim

stopniu zróżnicowania. Rzadko występującą formą raka płaskonabłonkowego jest postać brodawkzaka, natomiast bardzo rzadko występują nowotwory nienabłonkowe [2].

Mimo obserwowanego w Polsce w ostatnich latach spadku zachorowań na raka krtani, w dalszym ciągu należymy do krajów o najwyższym wskaźniku zachorowalności. Jednakże jeszcze wyższą zachorowalność na raka krtani obserwuje się we Francji, Hiszpanii, Chorwacji, natomiast najniższą w krajach skandynawskich. Najwyższą umieralność wśród mężczyzn obserwuje się w krajach Europy Środkowej oraz Wschodniej, m.in.: Węgry, Rosja, Litwa, a najniższą w Szwecji. Natomiast wśród kobiet najwyższe wartości współczynnika umieralności można zaobserwować na Kubie, w Kolumbii i Macedonii, a najniższą umieralność stwierdza się w krajach skandynawskich [3, 4].

Według prognozy KRN do 2025 roku, w przyszłości zachorowalność oraz umieralność z powodu raka krtani zmniejszy się w populacji mężczyzn (około 30 – 40%), ale wzrośnie w populacji kobiet. Największego spadku współczynników zachorowalności można oczekiwać wśród mężczyzn w wieku 45 – 64 lata. W populacji kobiet przewidywany jest wzrost zarówno zachorowalności, jak i umieralności z powodu raka krtani, z wyjątkiem zachorowalności wśród najstarszych kobiet (po 65. r.ż.), u których prawdopodobnie zachorowalność utrzyma się na stałym poziomie. Natomiast należy zwrócić uwagę na szybko rosnące zagrożenie raka krtani w populacji kobiet w średnim wieku (45 – 64 lata) [5].

Nowotwór krtani można podzielić na łagodny: brodawkzak, chrząstniak, włókniak, naczyniak oraz złośliwy, który w 90% występuje jako rak płaskonabłonkowy o różnym stopniu zróżnicowania. Do czynników wywołujących wyżej wymienione odmiany nowotworów krtani należą, m.in.: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, ekspozycja środowiska (zanieczyszczenie środowiska), ekspozycja zawodowa, refluks żołądkowo – przełykowy (GERD), refluks krtaniowo – gardłowy (LPR), stany przedrakowe, radioterapia (nie wykazano bezpośredniego związku między wpływem radioterapii a rozwojem raka krtani, ale można zauważyć zwiększoną predyspozycję do powstania raka płaskonabłonkowego krtani u osób z rakiem brodawkowatym leczonych napromienianiem), dieta (wady żywieniowe, np.: duże spożywanie konserwantów, przetworów wędzonych, tłuszczy zwierzęcych mają znaczący wpływ na rozwój choroby nowotworowej. Witamina A, β – karoten i α – tokoferol może zmniejszyć ryzyko rozwoju raka krtani), infekcje wirusowe: HPV, HIV, czynniki demograficzne - rak krtani dotyczy 90% mężczyzn. Najczęściej występują po 50. r.ż. (szczyt zachorowalności przypada na 5. i 6. dekadę życia) około 93% u mężczyzn oraz 92% u kobiet. Ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem. Predyspozycje genetyczne, rodzinne, osobnicze. Choroby współistniejące, m.in.: astma oskrzelowa, POCHP,

cukrzyca, gruźlica. Czynnikiem ryzyka są stosowane leki, np.: glikokortykosteroidy, przeciwegruźlicze, ale również objawy chorób, np. w cukrzycy suchość śluzówki mikrourazom. Niedostateczna higiena jamy ustnej: rzadkie mycie zębów oraz mała częstotliwość wizyt u stomatologa może przyczyniać się do powstania raka krtani [6].

Nie ma patognomicznych objawów raka krtani. W początkowym okresie objawy są bardzo skąpe, zbliżone do objawów ostrych i przewlekłych stanów zapalnych błony śluzowej, gruźlicy, guzków głosowych czy polipów fałdów głosowych. Często dochodzi z tego powodu do zlekceważenia pierwszych symptomów raka krtani przez chorego, a nawet lekarza. Lokalizacja raka krtani na niżej wymienionych piętrach powoduje odmienne objawy, przebieg kliniczny, leczenie oraz rokowanie [7].

W pierwszym piętrze krtani, czyli nagłośni w początkowym okresie choroby można zauważyć objawy, takie jak: uczucie suchości, drapanie w gardle, zaburzenia połykania, ból podczas mówienia. Z czasem pojawiają się objawy: drażliwość w gardle podczas przełykania śliny lub pokarmów, kaszel, ból promieniujący do ucha, przy połknięciu śliny i pokarmu (otalgia), trudność w połykaniu pokarmów stałych, krwiotłucie, chrypka i duszność, zajęcie przestrzeni przednagłośniowej powoduje uwypuklenie przedniej powierzchni szyi powyżej wcięcia górnego chrząstki tarczowatej, rozpad guza czy owrzodzenie generują odpływanie cuchnącej i podbarwionej krwią wydzieliny. Takie objawy sugerują znaczne miejscowe zaawansowanie nowotworu z zajęciem sąsiadujących struktur anatomicznych, m.in.: struktur gardła dolnego, nasady języka, okolicy zapierścieniowatej. Rak nagłośni charakteryzuje się szybkim wzrostem miejscowym, wczesnymi przerzutami do węzłów chłonnych. Przerzuty nie są częste, jednak ich ryzyko wzrasta w przypadku raka nisko zróżnicowanego i dużych zmian w węzłach chłonnych. W piętrze środkowym – głośni rak stanowi 40% guzów krtani, powodując: chrypkę, osłabienie głosu, brak dźwięczności głosu, suchy kaszel, duszność wysiłkową, z czasem spoczynkową, bezgłos, świst krtaniowy – związany ze zwężeniem dróg oddechowych na poziomie głośni i świadczy o miejscowym zaawansowaniu choroby. Rak środkowej części głośni charakteryzuje się powolnym wzrostem miejscowym, natomiast przerzuty do węzłów chłonnych szyi we wczesnym raku głośni są rzadko spotykane z powodu uboższego unaczynienia chłonnego tej okolicy. W głośni dostrzega się raki wysoko lub średnio zróżnicowane G1 – G2. Ponad połowa raków głośni jest guzami nie zaawansowanymi. W części dolnej – podgłośni, rak charakteryzuje się umiarkowanym dynamicznym wzrostem miejscowym i daje częstsze niż w głośni przerzuty do węzłów chłonnych szyi i klatki piersiowej. Pierwotne raki podgłośni stanowią nie więcej niż 1%. Rak podgłośni daje bardzo skąpe objawy, z reguły przez długi okres rozwija się bezobjawowo. Rozwija się naciekająco,

powodując: duszność (rosnąca masa nowotworu zwęża pasaż powietrzny krtani), świst krtaniowy, chrypkę [8, 9, 10].

U chorych na raka krtani, ze względu na wspólne czynniki przyczynowe, istnieje ryzyko zachorowania na drugi nowotwór niezależny układu oddechowego, jest to najczęściej rak płuca. Rozpoznanie raka krtani należy zacząć od zebrania wywiadu z pacjentem, ponieważ wywiad może dostarczyć wiele cennych informacji o chorym, np.: o chorobach współistniejących, obciążeniu genetycznym, zachowaniach zdrowotnych czy nałogach. Kolejnym etapem jest badanie przedmiotowe za pomocą oglądania (ustawienie krtani w linii środkowej szyi i jej symetria) oraz obmacywania szyi (określenie ruchomości krtani na boki, stanu układu chłonnego szyi, ruchomości kości gnykowej, stosunku krtani do gruczołu tarczowego - zdrowa krtani porusza się ku górze i dołowi podczas mówienia oraz połykania) [11].

Ważnym elementem jest badanie wewnętrzne krtani za pomocą: Laryngoskopii pośredniej (odbywa się przy użyciu lusterka krtaniowego. Jest to najprostsza metoda rozpoznawania zmian w okolicy krtani oraz części krtaniowej gardła). Laryngoskopii bezpośredniej (wideolaryngoscopia), jest badaniem histopatologicznym materiału pobranego drogą biopsji, odbywa się w znieczuleniu powierzchniowym i neuroleptoanalgezji w znieczuleniu ogólnym po uprzedniej intubacji lub w przypadku zaplanowanej operacji tracheotomii. Bardzo pomocnym narzędziem w rozpoznaniu raka krtani są badania radiologiczne, które uzupełniają diagnostykę nowotworów krtani, m.in.: TK, MRI, USG szyi plus BAC - umożliwia wczesne wykrycie przerzutów w węzłach chłonnych oraz monitorowanie dynamiki zmian, RTG klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej, PET - wykonuje się w celu oceny rozległości guza, przerzutów regionalnych oraz odległych, wykryciu ogniska pierwotnego. Wymienione badania powinny być uzupełnione dodatkowo badaniami, takimi jak: ezofagoscopia, polegająca na wziernikowaniu przełyku, mająca za zadanie zdiagnozowanie nacieków nowotworowych oraz tracheobronchoskopia, polegająca na wziernikowaniu dolnych dróg oddechowych, stosowana jest m.in. do diagnostyki guzów dróg oddechowych [12].

Stopień złośliwości raka ocenia się na podstawie dojrzałości jego komórek. Stopień dojrzałości komórek raka jest odwrotnie proporcjonalny do jego złośliwości. Im bardziej dojrzałe komórki raka, tym nowotwór jest mniej złośliwy. Według WHO wyróżnia się trzystopniowy podział dojrzałości złośliwości raka: I – rak wysoko dojrzały (G1), II – rak średnio dojrzały (G2), III – rak nisko dojrzały (G3) [12].

Ze względu na to, iż występowanie raka płaskonabłonkowego sięga do 95%, stopień zróżnicowania guza w opisie patologicznym można podzielić na: G1 rak płaskonabłonkowy dobrze zróżnicowany (guz zbliżony strukturą do prawidłowego nabłonka, charakteryzujący się perlami rakowymi, mostkami międzykomórkowymi, niewielkiego stopnia atypią komórkową oraz nielicznymi figurami podziału mitotycznego). G2 rak płaskonabłonkowy średnio zróżnicowany (charakteryzujący się wyraźną atypią komórkową, licznymi figurami podziału mitotycznego, a rogowacenie i mostki międzykomórkowe mniej wyraźne). G3 rak płaskonabłonkowy nisko zróżnicowany (struktura guza nie przypomina nabłonka płaskiego, nie dochodzi do rogowacenia w komórkach guza, wykazuje pleomorfizm jądrowy oraz atypowe figury podziału mitotycznego). Do oceny stopnia zaawansowania raka krtani znalazła zastosowanie klasyfikacja TNM, zaakceptowana przez AJCC oraz UICC [12].

Leczenie nowotworu obejmuje jedną albo kilka metod. Przy wyborze metody leczenia należy uwzględnić: lokalizację guza, zaawansowanie narządowe, stopień złośliwości morfologicznej, sposób wzrostu guza, stan układu chłonnego szyi, przerzuty odległe, stan ogólny chorego, warunki anatomiczne w zakresie głowy i szyi, zgodę chorego na proponowane leczenie oraz doświadczenie chirurga i onkologa. Podstawową metodą leczenia raka krtani jest: chirurgia, radioterapia, chemioterapia, które w zależności od celu wyróżniają leczenie: radykalne, paliatywne oraz objawowe. W leczeniu raka krtani chirurgia i radioterapia ma zastosowanie jako metoda leczenia samodzielnego, skojarzonego lub uzupełniającego. Chemioterapia nie jest metodą samodzielnego leczenia, natomiast w skojarzeniu z radioterapią zmierza do zachowania funkcji narządu. Leczenie wczesnych postaci nowotworów złośliwych krtani wiąże się z dużym odsetkiem wyleczenia, natomiast zaawansowane zmiany skutkują gorszym rokowaniem i rzadko pozwalają na zachowanie czynności narządu [13].

Ważnym elementem przy leczeniu chirurgicznym jest doszczętność wycięcia guza z marginesem ok. 5 mm zdrowej tkanki w ocenie histologicznej, przy możliwie najmniejszym okaleczeniu fizycznym i czynnościowym. Niezbędnym elementem postępowania chirurgicznego zazwyczaj jest wycięcie układu chłonnego szyi. W kwalifikacji przedoperacyjnej ważnymi parametrami są: stan ogólny pacjenta, ocena czynności układu oddechowego oraz najistotniejszym elementem jest określenie stopnia zaawansowania nowotworu. Operacja krtani niesie ze sobą wiele konsekwencji czynnościowych i estetycznych. Po operacji może wystąpić problem związany z zaburzeniem przełykania, zachłystywanie się, niedrożność dróg oddechowych w wyniku zwężeń pooperacyjnych. Zabiegi chirurgiczne stosowane w raku krtani można podzielić na: zabiegi

wewnątrzkrtańowe, endoskopowe (za pomocą lasera, mikrolaryngochirurgia); zabiegi zewnątrzkrtańowe z dostępu zewnętrznego; zabiegi częściowe (chordektomie, hemilaryngektomie, operacje nadpierzścienne), zabiegi radykalne (laryngektomia całkowita, pharyngolaryngektomia i operacje węzłów chłonnych szyi) i zabiegi rekonstrukcyjne. Jednak w dalszym ciągu podstawowym postępowaniem w przypadku zaawansowanego raka krtani jest leczenie operacyjne, czyli całkowita laryngektomia uzupełniona radioterapią. Niewątpliwie skuteczność miejscowego leczenia chirurgicznego jest największa. Całkowita laryngektomia stanowi podstawowe znaczenie u chorych z zaawansowanym nowotworem krtani, naciekającymi na nasadę języka lub/i powodującymi destrukcję chrząstek; z przetrwałą zmianą albo wznową procesu nowotworowego pomimo leczenia oszczędzającego; z zaburzeniami czynnościowymi krtani, które są następstwem chemioterapii oraz martwicy popromiennej [9, 14, 15].

Zapobieganie występowania raka krtani, ma na celu eliminację czynników ryzyka, takich jak: palenie, nadużywanie alkoholu, narażenie na promieniowanie UV, jonizujące, unikanie zatrudnienia w warunkach szkodliwych. Propagowanie zdrowego stylu życia: stosowanie diety zawierającej duże ilości owoców i warzyw (co najmniej 5 porcji owoców i warzyw dziennie, około 400 g), bogata w błonnik (minimum 23 g dziennie) oraz uboga w sól i pokarmy konserwowane. Dostosowanie ilości spożywanych kcal i aktywności fizycznej do wymogów zachowania właściwej masy ciała (wskaźnik masy ciała BMI poniżej 25 kg/m²). Szczepienia ochronne przeciw HPV. Wczesne wykrywanie, które polega na upowszechnianiu programów zdrowotnych wykrywania zmian nowotworowych górnych dróg oddechowych, okresowych badaniach kontrolnych chorych po leczeniu operacyjnym czy napromienianiu w celu wczesnego wykrycia ewentualnych wznów procesu nowotworowego oraz ich eliminacji. Chemoprewencja, stosowanie farmakologicznych lub naturalnych czynników w celu zahamowania lub odwrócenia procesu kancerogenezy u osób o wysokim ryzyku rozwoju choroby nowotworowej. Spożywanie: retinolu (witamina A), inhibitorów kaskady kwasu arachidonowego, genisteiny, inhibitorów proteaz, galusanu epigallokatechiny - hamują proces kancerogenezy [8, 9].

PIŚMIENNICTWO:

1. Woźniak A., Szyfter K., Szyfter W., Florek E.: Nowotwory głowy i szyi – historia. Przegląd Lekarski 2012; 69(10): 1079-1083.

2. Kruk-Zagajewska A.: Rak i stany przedrakowe. Otorynolaryngologia. Przewodnik Lekarza, 2002; 9: 87-88.
3. Latkowski B.: Otolaryngologia dla studentów medycyny i stomatologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
4. Zatoński W., Zatoński T.: Epidemiologia nowotworów złośliwych krtani. [W:] Rak krtani i gardła dolnego. Janczewski G., Osuch - Wójcikiewicz E. (red.). α-medica press, Bielsko-Biała 2002: 15-29.
5. Krzakowski M., Kawecki A.: Nowotwory złośliwe. Postępowanie wielodyscyplinarne. Wyd. Czelej, Lublin 2012: 5-10.
6. Piaskowska M., Kukwa A., Sobczyk G.: Rola zakażenia *Helicobacter pylori* i hipersekcji kwasu solnego w patogenezie przewlekłego nieżytu gardła i krtani. Nowa Medycyna, 1997; 4(18): 39-40.
7. Jassem J., Kawecki A.: Nowotwory nabłonkowe narządów głowy i szyi. [W:] Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2009 rok. Krzakowski M., Herman K., Jassem J. (red.). Via Medica, Gdańsk 2009: 24-26.
8. Pawlak W. Z., Górnasiowa M., Zaucha R., Mądrzak J., Barzał J., Leśniewski- Kmak K., Szczylik C., Kornulik J.: Nowa klasyfikacja zaawansowania nowotworów złośliwych. Omówienie zmian wprowadzonych w szóstym wydaniu AJCC Cancer Staging Manual. Współczesna Onkologia, 2003; 7(10): 798-807.
9. Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w Polsce - wskaźniki 5.- letnich przeżyć według województw. KRN, Warszawa 2010: 190-21.
10. Bień S.: Zasady diagnostyki i chirurgicznego leczenia nowotworów głowy i szyi [W:]. Szawłowski A.W., Szmidt J. (red.): Zasady diagnostyki i chirurgicznego leczenia nowotworów w Polsce. Wydany przez Fundację – Polski Przegląd Chirurgiczny, Warszawa 2003: 152-171.
11. Bonner J.A., Harari P.M., Giralt J., Giralt J., Azarnia N., Shin D M., Cohen R B., Jones C U., Sur R., Raben D., Jassem J., Ove R., Kies M S., Baselga J., Youssoufian H., Amellal N., Rowunsky E K., Kian K : Radiotherapy plus cetuximab for locoregionally advanced head and neck cancer: 5-years survival data from phase 3 randomized trial, and relation between cetuximab- induced rash and survival. Lancet Oncol., 2010; 11(1): 21-28.
12. Olbowski B.: Krtani i gardło dolne [W:] Nowotwory. Zarys patologii onkologicznej. Kordek R., Woźniak L., Biernat W. (red.). Zakład Patologii Nowotworów, AM Łódź 2001: 39-43.

13. Lachowska M., Osuch- Wójcikiewicz E.: Ocena skuteczności onkologicznej leczenia raka głośni metodą chordektomii klasycznej i laserowej. *Otarynolaryngologia*, 2008; 7(2): 85-89.
14. Wójtowicz J. G., Kopeć T., Szyfter W.: Laser w chirurgii krtani. *Postępy w chirurgii głowy i szyi*, 2006; 1: 26-30.
15. Lachowska M., Osuch- Wójcikiewicz E.: Ocena skuteczności onkologicznej leczenia raka głośni metodą chordektomii klasycznej i laserowej. *Otarynolaryngologia*, 2008; 7(2): 85-89.

OCENA CZĘSTOŚCI WYSTĘPOWANIA RAKA KRTANI W MATERIALE BIAŁOSTOCKIEGO CENTRUM ONKOLOGII W LATACH 2010 – 2013

Justyna Tokarewicz

Klinika Kardiologii Inwazyjnej z OIOK Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

WSTĘP

Rak krtani jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym okolic głowy i szyi oraz zdecydowanie występuje częściej wśród mężczyzn i stanowi około 4% zachorowań na nowotwory złośliwe. Najwyższą zachorowalność stwierdza się wśród osób powyżej 50. r. ż. (szczyt zachorowalności przypada na 5. i 6. dekadę życia) i występuje ona u około 93% u mężczyzn oraz 92% u kobiet. Zachorowalność na raka krtani wykazuje umiarkowaną tendencję wzrostową. Zajmuje on czwarte miejsce w kolejności występowania po raku płuc, żołądka i prostaty, natomiast siódme jako przyczyna zgonów z powodu nowotworów [1].

Z patomorfologicznego punktu widzenia rak krtani stanowi grupę względnie homogeną. Zdecydowaną większość (ponad 95% wszystkich przypadków) stanowią nowotwory nabłonkowe – raki. Najczęściej występuje rak płaskonabłonkowy, którego punktem wyjścia jest błona śluzowa narządów głowy i szyi [2].

ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

Czynnikami kancerogennymi są: ekspozycja na dym nikotynowy, wysokoprocentowy alkohol, infekcje wirusowe: HPV16 i HPV18, HIV, HSV, predyspozycje genetyczne, występowanie GERD i LPR, słaba higiena jamy ustnej, dieta, ekspozycja na niektóre czynniki szkodliwe w miejscu pracy, np.: azbest, kwas siarkowy, nikiel, chrom, środki ochrony roślin. Oddziaływanie wspólnych czynników kancerogennych o dużej mocy działania przekłada się na wysokie ryzyko zachorowania na drugi, niezależny nowotwór, dotyczący głównie układu oddechowego [6].

Celem pracy była: Ocena częstości występowania raka krtani, analiza czynników ryzyka raka krtani, ocena metod leczenia oraz diagnostyki raka, ocena występowania chorób współistniejących u pacjentów BCO w latach 2010 – 2013.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

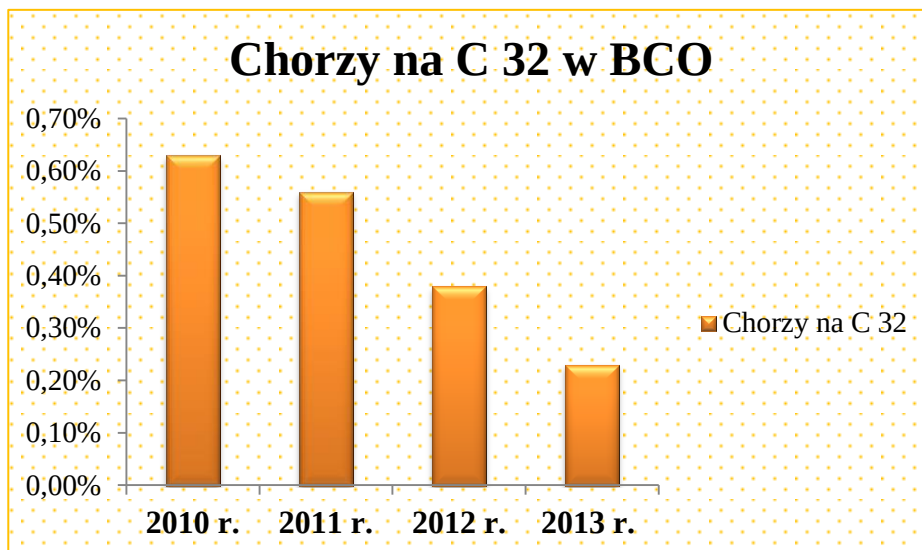
W pracy przeanalizowano 150 historii chorób pacjentów leczonych w Białostockim Centrum Onkologii w latach 2010 – 2013 z powodu raka krtani. W pracy zastosowano metodę analizy dokumentacji medycznej. Analiza obejmowała dokumentację medyczną pacjentów: wywiad lekarski; wywiad w kierunku palenia tytoniu, spożywania alkoholu, diety, chorób współistniejących, predyspozycji genetycznych, leczenia; badanie przedmiotowe: badania obrazowe: Laryngoskopię bezpośrednią, RTG klatki piersiowej, TK oraz MRI głowy i szyi, USG szyi i węzłów chłonnych, Bronchofiberoskopię, Mikrolaryngoskopię.

Podstawowym narzędziem badawczym, służącym do dokumentowania danych, był arkusz własny do gromadzenia danych o pacjencie, skonstruowany dla celów niniejszej pracy.

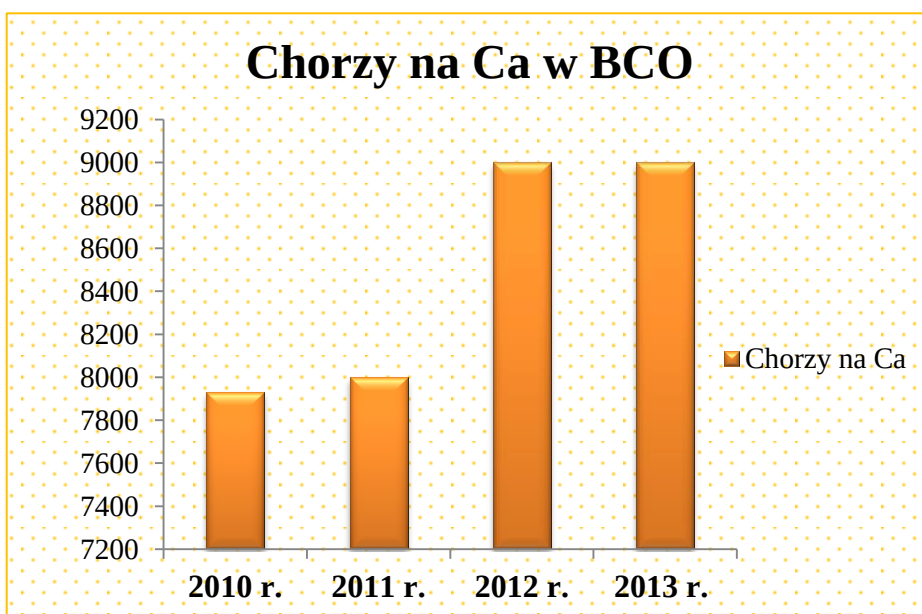
Arkusz do gromadzenia danych zawierał następujące informacje: inicjały pacjenta, rok i numer historii choroby, wiek, płeć, zawód/wykształcenie, miejsce zamieszkania, palenie papierosów, spożywanie alkoholu, występowanie refluku żołądkowo – przełykowego i refluku krtaniowo – gardłowego, infekcje wirusowe, m.in.: HPV, HSV, HIV, predyspozycje genetyczne, dietę, choroby współistniejące, higienę jamy ustnej, stany przedrakowe, przebytą radioterapię, diagnostykę oraz sposób leczenia.

WYNIKI

Liczba ogólna pacjentów leczonych w Białostockim Centrum Onkologii w 2010 roku wyniosła 7930, z czego 0,63% byli to chorzy ze zdiagnozowanym rakiem krtani. W 2011 roku w BCO leczyło się 8000 pacjentów, a 0,56% stanowili chorzy z rakiem krtani. W latach 2011 i 2012 liczba pacjentów, która podjęła leczenie w Białostockim Centrum Onkologii wzrosła do 9000, natomiast odsetek pacjentów leczonych z powodu raka krtani wynosił odpowiednio: 2011 – 0,38%, 2012 – 0,23%. Szczegółową analizę danych przedstawia Rycina 1 i 2.



Ryc. 1. Występowanie raka w BCO w latach 2010 - 2013



Ryc. 2. Występowanie raka krtani w BCO w latach 2010 – 2013

Analizie poddano 150 historii chorób pacjentów leczonych w Białostockim Centrum Onkologii w latach 2010 – 2013. Pacjenci posiadali zdiagnozowaną chorobę C 32 – rak krtani.

Badaną grupę stanowiło 10 kobiet (7%) oraz 140 mężczyzn (93%). Występowanie raka krtani, w zależności od płci przedstawia. Wiek pacjentów mieścił się w przedziale 42 – 89 lat (u kobiet 55 – 78 lat, natomiast u mężczyzn 42 – 86 lat). Średnia wieku dla obojga płci

wyniosła 62,35 lata. Dla kobiet średnia wieku wyniosła 60,9 lata, a dla mężczyzn 63,8 lata. Najwięcej chorych było w przedziale wiekowym 54 – 59 lat (24%) oraz 60 – 65 lat (21%).

Ze względu na małą grupę kobiet, analizę przeprowadzono w odniesieniu do całej grupy badanej (łącznie dla kobiet i mężczyzn).

Analizując uzyskane wyniki badań wykazano, iż większość pacjentów – 55% zamieszkiwało obszary miejskie. Natomiast – 45% chorych pochodziło z obszarów wiejskich.

Jedynie w dwóch historiach chorób (1%) zawarto informacje dotyczące wykonywanego zawodu. Był on związany z budownictwem i wykonywali go mężczyźni. 99% historii chorób nie zawierało danych o wykonywanym zawodzie oraz wykształceniu.

Zebrane dane dotyczące palenia oraz spożywania alkoholu wykazały, że 70% chorych paliło papierosy, jedynie 30% nie posiadało tego nałogu. Natomiast 15% nadużywało alkoholu, a 85% nie spożywało go w ogóle.

W przeprowadzonym badaniu wykazano, że 19% chorych posiadało refluks żołądkowo – przełykowy. Nie stwierdzono natomiast, w badanej grupie refluksu krtaniowo – gardłowego.

U jednej kobiety wykryto wirus z grupy papillomavirus – HPV oraz jeden mężczyzna był zarażony wirusem HIV.

W badanej grupie chorych określono występowanie predyspozycji genetycznych. U 35% pacjentów występowały predyspozycje genetyczne, u 61% badanych nie stwierdzono występowania predyspozycji genetycznych, natomiast 4% badanych nie podało informacji na ten temat.

W populacji chorych na raka krtani przeanalizowano stosowanie diety. Najwięcej pacjentów – 45% nie stosowało żadnej diety, 34% badanych stosowało dietę ogólną, 9% lekkostrawną, 6% cukrzycową, 2% bezmleczną oraz po 1% płynną i wątrobową. W siedmiu historiach chorób nie uzyskano danych na temat stosowanej diety.

Populację przebadano pod względem występowania chorób współistniejących. U 65% badanych występowały choroby współistniejące, natomiast u 35% takie choroby nie wystąpiły. Najczęściej występowały zdiagnozowane choroby sercowo – naczyniowe 35% (w tym nadciśnienie tętnicze). U 9% badanych występowała cukrzyca typu 2. W 8% przypadków wystąpił rak płuca, w 7% przewlekła obturacyjna choroba płuc, w 6% przerost gruczołu krokowego. Nieco rzadziej – 4% zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, 3% żylaki kończyn dolnych, 3% gruźlica płuc, 3% niewydolność nerek, 2% wrzody żołądka, 2% astma oskrzelowa, 2% WZW typu B oraz 2% marskość wątroby, potwierdzona spożywaniem alkoholu. Jeszcze rzadziej, ponieważ po 1% występowały zdiagnozowane choroby

współistniejące, takie jak: rak nerek, rak nadnerczy, rak pęcherza moczowego, retinopatia oraz nefropatia cukrzycowa, cukrzyca insulinooporna, rak migdałków, jaskra oraz zaćma, rak zatoki szczęki, rak skóry, niedokrwistość, przewlekłe zapalenie ucha środkowego, wrzody dwunastnicy, rozedma płuc, nadczynność tarczycy, wole guzkowate tarczycy, rak wątroby, dyslipidemia aterogenna, choroby skórne, reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), WZW typu A, borelioza, anemia, rak mózgu, depresja, epilepsja, rak jelita grubego, samoistna odma opłucnowa, przewlekła białaczka limfatyczna.

W populacji chorych przeanalizowano kwestię przestrzegania właściwej higieny jamy ustnej. Szesnaście historii chorób zawierało dane na temat higieny jamy ustnej, z czego dziewięciu chorych nie przestrzegało higieny jamy ustnej, a siedmiu badanych respektowało właściwą higienę jamy ustnej.

Badaną populację przebadano pod względem przebytej radioterapii. 47 historii chorób zawierało dane dotyczące przebytej radioterapii, z czego 32% badanych przebyło wcześniejszą radioterapię z powodu wystąpienia innych nowotworów, takich jak: rak płuc, rak wątroby, rak skóry, rak nerek, rak nadnerczy, rak pęcherza moczowego, rak zatoki szczęki, rak mózgu, natomiast 68% nie miała wcześniej radioterapii.

Sprawdzono rodzaj wykonywanych specjalistycznych badań u pacjentów z nowotworem krtani. U 97% chorych wykonano badanie Tomografii Komputerowej, u 76% pacjentów wykonano Laryngoskopię bezpośrednią, 73% przypadków miało wykonaną Laryngoskopię pośrednią. W 52% przypadków wykonano badanie RTG klatki piersiowej, u 33% chorych wykonano USG szyi i węzłów chłonnych, a u 15% było konieczne wykonanie Biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej celowanej. 11% badanych miało wykonaną Bronchofiberoskopię, 3% chorym wykonano Rezonans Magnetyczny głowy i Scyntyografię, natomiast u 2% przypadków wykonano Mikrolaryngoskopię.

Przeanalizowano rodzaj leczenia w badanej populacji z wykrytym rakiem krtani. 76% chorych miało wykonaną Radioterapię radykalną IMRT, która obejmowała obszar napromienienia krtani oraz obszar szyi z węzłami chłonnymi (obojczykowymi i podobojczykowymi) o dawce całkowitej 45 – 70 Gy. Radioterapię paliatywną zastosowano 16% badanych, a chemioterapię wykonano 31% chorym. 55% pacjentów miało wykonaną Tracheotomię, 42% wykonano Laryngektomię całkowitą natomiast 33% wykonano Limfadenektomię całkowitą. 7% przypadków miało wykonaną Chordektomię, po 1% chorych miało wykonane Laserowe usunięcie krtani oraz Mikrochirurgiczną dekortykację fałdu głosowego. Zaskakującym faktem jest to, iż 5% badanych nie wyraziła zgody na dalsze leczenie. Szczegółowe dane dotyczące podjętego leczenia przedstawia.

DYSKUSJA

Rak krtani jest najczęściej występującym rakiem w okolicach głowy i szyi. Zajmuje on 4. miejsce w kolejności występowania (po raku: płuc, żołądka, prostaty), a 7 miejsce jako przyczyna zgonów z powodu nowotworów złośliwych. Rokowania chorych z wykrytym rakiem krtani nie są obiecujące ze względu na to, iż nie występują wczesne oraz specyficzne objawy procesu chorobowego, a z tym idzie w parze późne zgłaszanie się chorych do lekarza. Nie należy lekceważyć pierwszych objawów, które mogą prognozować występowanie raka krtani. Do takich objawów można zaliczyć: uczucie suchości, drapanie w gardle, zaburzenia połykania oraz ból podczas mówienia [1].

Według danych KRN w Polsce w 2010 roku odnotowano 140564 chorych na nowotwory, w tym 2201 osób chorych na nowotwór krtani (1924 mężczyzn i 277 kobiet). Odsetek chorych na raka krtani wynosił 1,56%. Zanotowano 92611 zgonów z powodów nowotworów, a 1527 osób zmarło z powodu raka krtani. W 2011 roku w Polsce liczba chorych na nowotwory wzrosła o 3772 chorych i wyniosła 144336 osób. Natomiast liczba chorych na raka krtani zmniejszyła się – 2197 osób (1925 mężczyzn i 272 kobiet). Odsetek pacjentów z rakiem krtani wynosił 1,52%. Odnotowano 92198 zgonów z powodów nowotworów, w tym 1445 zgonów z powodu raka krtani [2].

Badania wykazują, iż rak krtani częściej występuje u płci męskiej. Jak donosi Bernacka, Miłosek, Treszer [1] mężczyźni chorują częściej niż kobiety, a szczyt zachorowań przypada na 5. i 6. dekadę ich życia.

Analiza historii chorób 150 pacjentów leczonych w BCO z powodu raka krtani C 32 wykazała, iż 93% badanych stanowili mężczyźni, natomiast 7% - kobiety, co potwierdza dane przedstawione przez innych autorów.

Jurkiewicz, Dżaman i Rapejko [3] dowodzą, że średni roczny wzrost zachorowania na C 32 w Polsce wynosi 2,8%, liczba nowych zachorowań sięga 5 tysięcy na rok, natomiast wskaźnik zachorowania mężczyzn na raka krtani sięga 13,9/100 tys.

W badaniach własnych wykazano, że liczba pacjentów leczonych w Białostockim Centrum Onkologii w 2010 roku wyniosła 7930, w 2011 roku 8000 pacjentów, w latach 2011 i 2012 liczba pacjentów wzrosła do 9000. Pacjenci ze zdiagnozowanym rakiem krtani stanowili odpowiednio: 0,63%, 0,56%, 0,38% oraz 0,23%. Zaobserwowano, iż liczba pacjentów leczonych w BCO na nowotwory wzrosła, natomiast liczba chorych na C 32 obniżyła się.

Według Bienia [4] w 1996 roku odnotowano 13,9 zachorowań na 100 tysięcy mężczyzn oraz 1,4 zachorowań na 100 tysięcy kobiet, a w 2002 roku odnotowano 11,8 zachorowań na 100 tysięcy mężczyzn oraz 1,5 zachorowań na 100 tysięcy kobiet. W ciągu ostatnich 25 lat stosunek zachorowalności kobiet do mężczyzn zmienił się na niekorzyść kobiet i wynosi 1,0:7,7.

Według Krajowego Rejestru Nowotworów [2] w 2010 roku C 32 stanowił u mężczyzn około 2,7% zachorowań, natomiast 0,4% zachorowań u kobiet i stanowi ryzyko zachorowania 8 razy większe u mężczyzn niż u kobiet. Średnia wieku u mężczyzn wyniosła 50,9 lata i 62,7 lata u kobiet.

Natomiast w przeprowadzonych badaniach, które obejmowały 140 chorych poniżej 45. r.ż., leczonych operacyjnie z powodu C 32, Tomik [5] wykazał, że 96% operowanych stanowili mężczyźni i 4% kobiety, a najmłodszy chory miał 18 lat.

Kruk – Zagajewska i wsp. [6] w przeprowadzonych badaniach podkreślili, że największa zachorowalność występuje u mężczyzn i kobiet między 55. a 69. r.ż. i stwierdza się zachorowalność na C 32 między 20. i po 80. r.ż. Najmłodszy mężczyzna miał 22 lata natomiast kobieta liczyła 18 lat.

Według badań przeprowadzonych w latach 2001 – 2005 w Dziale Otolaryngologii Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii przez Bień, Ziółkowską, Klimas zdecydowaną większość stanowili pacjenci płci męskiej – 97%, a średni wiek mężczyzn był o 10 lat wyższy w porównaniu z płcią żeńską [4].

Badania własne wykazały, że wiek badanych mieścił się w przedziale 42 – 89 lat. W analizowanej grupie pacjentów nie stwierdzono osób w wieku poniżej 40 lat. Średnia wieku wynosiła: dla kobiet 60,9 lat, a dla mężczyzn 63,8 lat. Szczyt zachorowania w badanej grupie przypadał między 54. – 59. r.ż. oraz 60 – 65 r.ż. Potwierdza to dane innych autorów, że szczyt zachorowania na raka krtani przypada na 5. i 6. dekadę życia [1].

Największą zapadalność na C 32 stwierdza się u mieszkańców miast, które są znacznie uprzemysłowione, według badań KRN w 2010 r [3]. W krajach wysoko uprzemysłowionych, takich jak Francji, Hiszpanii, Chorwacji C 32 występuje najczęściej. Kruk – Zagajewska [6] podkreśla, że zachorowalność w Polsce notuje się jako wysoką.

W badaniu własnym wykazano, że wśród badanej populacji większość pacjentów – 55% zamieszkiwało obszary miejskie, a 45% chorych pochodziło z obszarów wiejskich. Województwo podlaskie jest regionem rolniczym, stąd prawdopodobnie tak duży odsetek chorych pochodzących z obszarów wiejskich. Bowiem, jednym z czynników wpływających

na występowanie choroby jest narażenie na środki ochrony roślin, które w rolnictwie są szeroko stosowane.

Schwartz i Wenig wykazują, że czynnikami mogącymi zwiększać ryzyko zachorowalności na C 32 jest kontakt z czynnikami ryzyka zawodowego, m.in. pył drzewny, produkty destylacji węgla, nikiel, produkty przemysłu garbarskiego, farby, rozpuszczalniki, spaliny olejów napędowych [7].

Bernacka, Misiołek, Treszer również wymienili potencjalnie wpływające na wystąpienie raka krtani czynniki szkodliwe w miejscu pracy, do których zaliczyli: ekspozycja na pył azbestowy, kwas siarkowy, nikiel, chrom, środki ochrony roślin, produkty spalania materiałów pędnych oraz praca w przemyśle drzewnym, garbarskim [1].

Według Kruk – Zagajewskiej [6] czynniki środowiskowe pracy (substancje smołowe, związki chromu i niklu, pyły azbestu, cementu, drewna, wapna, pary kwasu azotowego) mogą zwiększać ryzyko zachorowalności na C 32. Przemysł metalochirurgiczny, tworzyw sztucznych i gumowych ma znaczący wpływ na rozwój raka krtani. Autorka stwierdziła też, iż na częstsze występowanie C 32 ma wykształcenie – u osób z niższym wykształceniem częściej obserwuje się występowanie raka krtani. W badaniach własnych nie udało się potwierdzić tego doniesienia, ponieważ w analizowanych historiach chorób nie było informacji dotyczących wykształcenia pacjentów.

Natomiast Wilczyńska i Szeszenia – Dąbrowska [8] w przeprowadzonych badaniach dotyczących nowotworów pochodzenia zawodowego w Polsce w latach 1995 – 2003 wykazały, że nowotwory pochodzenia zawodowego orzekane był średnio u 125 osób rocznie, a w latach 1995 – 2003 stwierdzono w Polsce 1124 przypadków nowotworów pochodzenia zawodowego, w tym 212 osób zachorowało na raka krtani (204 mężczyzn i 8 kobiet). Najczęstszym umiejscowieniem nowotworu pochodzenia zawodowego 78,1% były narządy oddechowe: płuco, krtań, opłucna. Wśród czynników mogących przyczynić się do rozwoju raka krtani największy wpływ miał kontakt z azbestem, chromem, kwasem siarkowym, smołą, promieniowaniem jonizującym. Pacjenci, u których został zdiagnozowany rak krtani w większości przypadków byli związani z przetwórstwem przemysłowym, budownictwem, ochroną zdrowia i opieką społeczną, górnictwem, a średni czas trwania ekspozycji zawodowej wyniósł 20 lat.

Maier, Dietz, Gewelke, Heller w przeprowadzonych badaniach we Francji między styczniem 1989 r. a kwietniem 1991 r., które obejmowały 528 przypadków płci męskiej wykazali, że wykonywany zawód: rolnictwo, górnictwo, pracownicy kamieniołomu, hydraulicy, garncarstwo, operator sprzętu transportowego, hodowcy zwierząt oraz

niewykwalifikowani pracownicy częściej chorują na raka krtani. Również znaczący wpływ na występowanie C 32 ma promieniowanie jonizujące [9].

W badaniu własnym jedynie w dwóch historiach chorób (1%) zawarto informacje dotyczące wykonywanego zawodu. Był on związany z budownictwem i wykonywali go mężczyźni, natomiast 99% historii chorób nie zawierało danych o wykonywanym zawodzie. W związku z powyższym, nie można ocenić wpływu czynników środowiska zawodowego na występowanie raka krtani w badanej populacji.

Jak podaje literatura, do podstawowych czynników zwiększających ryzyko zachorowania na raka krtani zalicza się palenie papierosów zarówno czynne, jak i bierne oraz spożywanie alkoholu. Jak podaje Jurkiewicz, Dżaman i Rapejko [3], dym papierosowy zwiększa częstość występowania nowotworów w okolicy krtani. 98% chorych ze zdiagnozowanym rakiem krtani stanowią palacze, którzy wypalali 20 albo więcej papierosów dziennie. Palenie papierosów w dużym stopniu przyczynia się do występowania raka we wnętrzu krtani, a spożywanie alkoholu zwiększa zachorowalność na raka nadgłośni i gardła dolnego. Autorzy podkreślili, że nie sam czysty alkohol bierze udział w mutagenezie, a dodane do niego substancje chemiczne.

Koch i wsp. w 1999 roku przeprowadzili badania na temat czynników powodujących raka krtani w grupie 305 pacjentów (46 – niepalących, 29 – dawnych palaczy i 230 – palących). U 9% pacjentów niepalących stwierdzono pierwotne ognisko raka w krtani, a odsetek ten zwiększa się u chorych palących aż o 39% [10].

Natomiast Kruk – Zagajewska i wsp. [11] stwierdzają, iż wypalanie 30 – 60 papierosów dziennie podnosi ryzyko zachorowalności na C 32. Narażeni na powstanie raka krtani są też tzw. bierni palacze. Również spożywanie alkoholu prawdopodobnie zwiększa zachorowalność na C 32, jednak mechanizm szkodliwego wpływu alkoholu nie został w pełni poznany. W badanej grupie chorych na C 32, aż 50% nadużywało alkoholu.

W przebadanym materiale własnym 70% chorych paliło papierosy, jedynie 30% nie posiadało tego nałogu. Potwierdza to doniesienia o wpływie palenia papierosów na występowanie tej jednostki chorobowej. Natomiast tylko 15% pacjentów nadużywało alkoholu, a 85% nie spożywało go w ogóle.

Składniki żółci, czyli kwas żółciowy i trypsyna oraz składniki soku żołądkowego – kwas solny i pepsyna odgrywają kluczową rolę w powstaniu raka krtani. Krtań jest bardzo wrażliwa na substancje kwaśne (3 epizody refluksu mogą doprowadzić do silnego stanu zapalnego oraz uszkodzenia nabłonka krtani) [12].

Według Jurkiewicz, Dżaman i Rapejko [3], zarzucanie kwaśnej treści żołądkowej do dróg oddechowych może przyczynić się do powstania przewlekłego stanu zapalnego krtani, a w rezultacie doprowadzić do wystąpienia raka krtani.

Lewin, Gaillenwater i wsp. oceniają występowanie LPR (reflaks krtaniowo – gardłowy) jako potencjalny czynnik powodujący powstanie C 32, jednakże powiązanie LPR i raka krtani nie zostało w ciągu dalszym udowodnione. W dokonanej analizie dokumentacji medycznej stwierdzili u 85% pacjentów występowanie LPR.

Również w przeprowadzonym badaniu własnym wykazano, że 19% chorych posiadało reflaks żołądkowo – przełykowy. Nie stwierdzono natomiast w badanej grupie reflaksu krtaniowo – gardłowego.

Predyspozycje genetyczne są związane z przekazywaniem z pokolenia na pokolenie zaburzeń w naprawie DNA i kontroli cyklu komórkowego. Uszkodzenie i mutacje (delecja 18q21, złamanie 3p14, amplifikacja 11q13, delecja 17p i 9p, utrata chromosomu Y) materiału genetycznego mogą przyczyniać się do powstania raka krtani [3]. U chorych z obciążeniem rodzinnym można zauważyć większą wrażliwość materiału genetycznego na mutagenzę stymulowaną bleomycyną. Takie osoby mają zwiększone predyspozycje do niestabilności chromosomów, w rezultacie dochodzi do złamań chromosomów pod wpływem kancerogenu.

W przebadanym materiale własnym wykazano występowanie predyspozycji genetycznych u 35% pacjentów, u 61% badanych nie stwierdzono występowania predyspozycji genetycznych, a 4% nie podało informacji na ten temat.

Stosowanie diety zawierającej duże ilości owoców i warzyw (co najmniej 5 porcji owoców i warzyw dziennie, około 400 g), bogatej w błonnik (minimum 23 g dziennie) oraz ubogiej w sól i pokarmy konserwowane zmniejsza ryzyko zachorowania nie tylko na raka krtani, ale na wszystkie nowotwory [13].

De Stefani, Boffetta, Oreggia i wsp. [14] w badaniu, które obejmowało 148 pacjentów, u których wykryto komórki raka krtani między 1998 – 1999 rokiem w Urugwaju wykazali, że spożywanie owoców, surowych warzyw i roślin strączkowych obniżały ryzyko zachorowania na raka krtani nawet o 70%. Co więcej pomidory, pomarańcze, rośliny strączkowe miały najkorzystniejszy efekt w przeciwdziałaniu nowotworom. Palenie oraz niskie spożywanie wyżej wymienionych produktów zwiększało ryzyko zachorowania na raka krtani.

W badaniach własnych 45% pacjentów nie stosowało żadnej diety, 34% badanych stosowało dietę ogólną, 9% lekkostrawną, 6% cukrzycową, 2% bezmleczną oraz po 1% płynną i wątrobową. W 17 historiach chorób nie uzyskano danych na temat stosowanej diety, nie było również możliwości uzyskania danych na temat spożywania określonych produktów.

Choroby współistniejące, np. astma oskrzelowa, POCHP, cukrzyca, gruźlica, HPV, HIV są kolejnym czynnikiem zwiększającym zachorowalność na raka krtani [3].

W przeprowadzonych badaniach w latach 2002 – 2007 w Toruniu przez Mackiewicz – Nartowicz i wsp. [15] wykazano, że 27 pacjentów było hospitalizowanych z powodu brodawczaka krtani typu dorosłego, u których wcześniej wykryto wirusa brodawczaka ludzkiego. U chorych z agresywnie przebiegającym brodawczakiem krtani może wystąpić transformacja nowotworowa zmian chorobowych.

Ludzki wirus niedoboru odporności (HIV) nie ma bezpośredniego wpływu na ryzyko wystąpienia raka krtani. Upośledzenie odporności i wpływ wirusa na reakcje immunologiczne może, ale nie musi przyspieszać rozwój raka płaskonabłonkowego przy współdziałaniu dodatkowych czynników ryzyka powstania raka [3].

W badaniach własnych wykazano, że u 65% badanych występowały choroby współistniejące, natomiast u 35% takie choroby nie wystąpiły. Najczęściej występowały zdiagnozowane choroby sercowo – naczyniowe (35%, w tym nadciśnienie tętnicze). U 9% badanych występowała cukrzyca typu 2, w 7% przewlekła obturacyjna choroba płuc, 3% gruźlica płuc, 2% astma oskrzelowa oraz inne choroby, które mogą nie mieć związku z powstaniem raka krtani. Jedna kobieta i jeden mężczyzna byli zarażeni wirusem HPV i HIV.

Czynnikiem mogącym powodować występowanie raka krtani jest niewłaściwa higiena jamy ustnej. W badaniu, które oceniało stan uzębienia oraz higienę jamy ustnej u chorych na nowotwory głowy i szyi, w tym 44% chorych na C 32 wykazano, iż pacjenci rzadko przestrzegali zasad prawidłowej higieny jamy ustnej, dodatkowo częstość wizyt u stomatologa była niewątpliwie mierna [16].

W badaniach własnych, szesnaście historii chorób zawierało dane na temat higieny jamy ustnej, z czego dziewięć osób nie przestrzegało higieny jamy ustnej, a siedmiu badanych respektowało właściwą higienę jamy ustnej.

Wpływ radioterapii na rozwój raka płaskonabłonkowego krtani wykazuje brak bezpośredniego związku. Jednakże napromieniowanie pacjentów z łagodnymi zmianami głowy i szyi powinno zostać wykonywane z ostrożnością [17].

W przebadanym materiale własnym, 47 historii chorób zawierało dane dotyczące przebytej radioterapii, z czego 32% badanych przebyło wcześniejszą radioterapię z powodu wystąpienia innych nowotworów, takich jak: rak płuc, rak wątroby, rak skóry, rak nerek, rak nadnerczy, rak pęcherza moczowego, rak zatoki szczęki, rak mózgu, natomiast 68% nie przeszła wcześniejszej radioterapii.

Jak donosi Bernacka, Miłosek, Treszer [1] chorzy z podejrzeniem C 32 w pierwszej kolejności muszą mieć wykonaną laryngoskopię pośrednią oraz laryngoskopię bezpośrednią z pobraniem wycinka guza. Należy również pamiętać, że przed podjęciem leczenia chory powinien przejść badania, m.in.: TK, MRI, USG szyi i węzłów chłonnych, ale również ezofagoskopię czy tracheobronchoskopię.

Kruk – Zagajewska [13] podaje, że w rozpoznaniu raka krtani na samym początku należy przeprowadzić badanie podmiotowe, a później przedmiotowe, na które składa się: ocena stanu ogólnego chorego, jego odżywienia, masy ciała, układu chłonnego szyi. Następnie należy wykonać oglądanie i badanie palpacyjne szyi. Wnętrze krtani określa się za pomocą lusterka krtaniowego albo laryngoskopu. W następnym etapie wykonuje się badanie endoskopowe krtani w znieczuleniu powierzchniowym oraz neuroleptoanalgezji. Mikroskopia wg Kleinsassera może dostarczyć bardzo cennych informacji dotyczących umiejscowienia, zaawansowania zmian nowotworowych w krtani. Również należy wykonać badania radiologiczne, takie jak: laryngotomografia fonacyjna krtani, TK, MRI. Rozstrzygającym badaniem jest pobranie wycinków guza poprzez laryngoskopię pośrednią i bezpośrednią, BAC.

W badaniu własnym wykazano, że u 97% chorych wykonano badanie Tomografii Komputerowej, u 76% pacjentów wykonano Laryngoskopię bezpośrednią, 73% przypadków miało wykonaną Laryngoskopię pośrednią. W 52% przypadków wykonano badanie RTG klatki piersiowej, u 33% chorych wykonano USG szyi i węzłów chłonnych, a u 15% było konieczne wykonanie Biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej celowanej. 11% badanych miało wykonaną Bronchofiberoskopię, 3% chorym wykonano Rezonans Magnetyczny głowy i Scyntygrafię, natomiast u 2% przypadków wykonano Mikrolaryngoskopię.

Bień [18] uważa, że w leczeniu C 32 chirurgię oraz radioterapię należy stosować jako metody samodzielne, skojarzone albo uzupełniające. Wydolność radioterapii oraz wydolność chirurgiczna jest zbliżona, natomiast chemioterapia powinna pozostawać jako metoda samodzielna. Chemioterapia indukcyjna czy też adiuwantowa w skojarzeniu z radioterapią stosowana jest stosowana jako metoda oszczędzania narządu.

W materiale własnym, na podstawie uzyskanych danych, 76% chorych miało wykonaną Radioterapię radykalną IMRT, która obejmowała obszar napromienienia krtani oraz obszar szyi z węzłami chłonnymi. Radioterapię paliatywną zastosowano u 16% badanych, a chemioterapię – u 31% chorych. 55% pacjentów miało wykonaną Tracheotomię, 42% wykonano Laryngektomię całkowitą, natomiast u 33% wykonano Limfadenektomię

całkowitą. U 7% przypadków wykonano Chordektomię, po 1% chorych miało wykonane Laserowe usunięcie krtani oraz Mikrochirurgiczną dekortykację fałdu głosowego.

Niepokojący jest fakt, że 5% chorych nie wyraziła zgody na dalsze leczenie.

Wydaje się, że eliminacja czynników ryzyka, szczepienia ochronne przeciwko HPV, zwrócenie uwagi na wystąpienie chrypki lub/i powiększenie węzłów chłonnych, utrzymujących się ponad dwa tygodnie mimo podjętego leczenia, wykonywanie okresowych badań kontrolnych mogą zapobiegać powstaniu raka krtani.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Występowanie raka krtani w materiale BCO wykazało niewielką tendencję spadkową (z 0,63% w 2010 roku do 0,23% w 2013 roku).
2. Zdecydowaną większość chorych na raka krtani stanowili mężczyźni.
3. Najwięcej zachorowań odnotowano w przedziale wiekowym 54 – 59 lata oraz 60 – 65, wśród mieszkańców miasta.
4. Czynnikiem zwiększającym powstanie raka krtani mogło być palenie tytoniu oraz spożywanie alkoholu.
5. Nie stwierdzono w badanej populacji występowania refluku krtaniowo – gardłowego. Jednakże 19% chorych posiadało refluks żołądkowo – przełykowy.
6. U 1/3 pacjentów występowały predyspozycje genetyczne.
7. Niemal połowa pacjentów nie stosowała żadnej diety.
8. U większości badanych występowały choroby współistniejące, takie jak: cukrzyca typu 2, przewlekła obturacyjna choroba płuc, gruźlica płuc, astma oskrzelowa, które mogły być czynnikiem powodującym wystąpienie C 32.
9. Ponad połowa badanych nie przestrzegała właściwej higieny jamy ustnej.
10. Jedna trzecia badanych przeżyła wcześniejszą radioterapię z powodu wystąpienia innych nowotworów, takich jak: rak płuc, rak wątroby, rak skóry, rak nerek, rak nadnerczy, rak pęcherza moczowego, rak zatoki szczęki, rak mózgu.
11. W celu diagnostyki raka krtani najczęściej wykonano: badania TK, Laryngoskopię bezpośrednią, Laryngoskopię pośrednią oraz RTG klatki piersiowej.
12. Podstawową metodą leczenia raka krtani było wykonanie Radioterapii Radykalnej IMRT. U niemal połowy chorych wykonano Laryngektomię całkowitą.

Postulat: eliminacja czynników ryzyka; szczepienia ochronne przeciwko HPV; zwrócenie uwagi na wystąpienie chrypki lub/i powiększenie węzłów chłonnych, utrzymujących się ponad dwa tygodnie mimo podjętego leczenia; wykonywanie okresowych badań kontrolnych mogą zapobiegać powstaniu raka krtani.

PIŚMIENICTWO

1. Bernacka K., Misiołek A., Treszer M., Misiołek M.: Rak krtani i krtaniowej części gardła. *Problemy Medycyny Rodzinnej*, 2012; 14(3): 58-63.
2. <http://onkologia.org.pl/rak-krtani/>, pobrano dnia 07.06.2023 r.
3. Jurkiewicz D., Dżaman K., Rapiejko P.: Czynniki ryzyka raka krtani. *Pol. Merk. Lek.*, 2006;121(21):94-97.
4. Bień S.: Zasady diagnostyki i chirurgicznego leczenia nowotworów głowy i szyi [W:]. Szawłowski A.W., Szmidt J. (red.): *Zasady diagnostyki i chirurgicznego leczenia nowotworów w Polsce*. Wydany przez Fundację – Polski Przegląd Chirurgiczny, Warszawa 2003: 152-171.
5. Tomik J.: Ocena wyników chirurgicznego leczenia chorych w wieku poniżej 45 roku życia operowanych z powodu raka krtani z przerzutami do węzłów chłonnych szyi. *Otarynolaryngologia*, 2006; 5: 36-40.
6. Kruk-Zagajewska A.: Rak i stany przedrakowe. *Otarynolaryngologia. Przewodnik Lekarza*, 2002; 9: 87-88.
7. Schwartz G.J., Wenig B.L.: *Clinical Considerations for Neoplasms of the Larynx*. [W:] *Head and Neck Pathology with Clinical Correlations*. Fu Y-S., Wenig B M., Abemayor E., Wenig B L (red.). Churchill Livingstone, New York 2001: 330-68.
8. Wilczyńska U., Szeszenia – Dąbrowska N.: Nowotwory pochodzenia zawodowego w Polsce w latach 1995 – 2003. *Medycyna Pracy*, 2005; 56(2): 113-120.
9. Majer H., Dietz A., Gewelke U., Heller W. D.: Occupation and risk for oral pharyngeal and laryngeal cancer a case control study. *Laryngo – Rhino - Otologie*, 1991; 70(2): 93-98.
10. Koch W.M., Lango M., Sewell D., Zahurak M., Sidransky D.: Head and neck cancer in non- smokers: a distinct clinical and molecular and entity. *Laryngoscope*, 1999; 109(10): 1544-1550.

11. Kruk-Zagajewska A., Wierzbicka M., Leszczyńska M., Kordylewska M., Szyfter W.:
Rozpoznawanie i leczenie raka krtani. Postępy w chirurgii głowy i szyi, 2006; 1: 5-15.
12. Chmiel K., Niškiewicz I., Krela – Kaźmierczak I., Łykowska – Szuber L., Linke K.:
Pozaprzęłkowe objawy refluku żółdkowo – przęłkowego. Nowiny Lekarskie,
2009; 78(3-4): 216-221.
13. Kruk-Zagajewska A.: Rak i stany przedrakowe. Otorynolaryngologia. Przewodnik
Lekarza, 2002; 9:87-88.
14. De Stefani E., Boffetta P., Oreggia F., Brennan P., Ronco A., Deneo – Pellegrini H.,
Mendilaharsu M.: Plant foods and risk of laryngeal cancer a case – control study in
Uruguay. Int. J. Cancer, 2000; 87: 129-132.
15. Mackiewicz – Nartowicz H., Doroszyńska – Tomczyk M., Laskowska K.:
Transformacja nowotworowa brodawczaków krtani u dorosłych. Otorynolaryngologia,
2008;7(3): 143-147.
16. Majer H., Zoller J., Herrmann A., Kreiss M., Heller W. D.: Dental status and oral
hygiene in patients with head and neck cancer. Otolaryngol. Head Neck Surg., 1993;
108(6): 655-661.
17. Bradley P. J.: Radiation – induced tumors of the head and neck. Curr. Opin.
Otolaryngology Head Neck Surgery, 2002; 10: 97-103.
18. Bień S.: Zasady diagnostyki i chirurgicznego leczenia nowotworów głowy i szyi.
Magazyn ORL, 2005;1(13): 7-14.

OPIEKA NAD PACJENTKĄ PO ZABIEGU USUNIĘCIA NIENOWOTWOROWEGO GUZA JAJNIKA-STUDIUM PRZYPADKU

Agnieszka Dombrowska-Pali^{1,2}, Agata Tylkowska³

1/ Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

2/ Oddział Położniczo –Ginekologiczny Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu

3/ Absolwentka Kierunku Położnictwo I Stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

WSTĘP

Rozpoznanie choroby nowotworowej wiąże się z wieloma konsekwencjami, w tym z przewlekłym stresem, a przystosowanie pacjentów do choroby jest indywidualnym procesem [1]. Najczęstszą metodą leczenia z wyboru nienowotworowego guza jajnika jest zabieg operacyjny. Liczba i skala problemów pielęgnacyjnych występujących u pacjentek po operacji jest duża. Rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych pacjentek z guzem jajnika jest podstawą i warunkiem do stworzenia prawidłowego planu opieki. Pielęgniarka/położna sprawująca opiekę nad pacjentką powinna prawidłowo postawić diagnozę pielęgnarską, a następnie dobrać odpowiednie metody rozwiązania problemów pielęgnacyjnych.

CEL PRACY

Celem pracy jest rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych w opiece nad pacjentką po zabiegu usunięcia nienowotworowego guza jajnika oraz opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgnarskiej.

MATERIAŁ I METODY

Na przeprowadzenie badania uzyskano pisemną zgodę pacjentki oraz zgodę Komisji Bioetycznej nr 678/2021 przy Collegium Medicum w Bydgoszczy. Studium przypadku zostało opracowane na podstawie analizy dokumentacji medycznej uzyskanej od pacjentki, przeprowadzonego wywiadu oraz dokonanych pomiarów i obserwacji.

WYNIKI

36-letnia pacjentka przyjęta w Oddział Ginekologiczno-Położniczy z powodu usunięcia nienowotworowego guza prawego jajnika. W wywiadzie zgłasza ostre bóle brzucha, wzdęcia od dwóch miesięcy, nieregularne cykle miesiączkowe (24-28 dni), miesiączki obfite i bolesne trwające 5-7 dni. Choroby współistniejące neguje. Pacjentka rodziła dwukrotnie siłami natury (w wieku 20 i 23 lat). Zarówno w pierwszej ciąży jak i w drugiej przebieg ciąży był niepowikłany, okres połogu również przebiegł prawidłowo. Obciążony wywiad rodzinny: rak jajnika u babci, rak płuc u dziadka. W dniu przyjęcia do szpitala stan ogólny dobry.

Opieka położnicza nad pacjentką obejmowała wczesny (24 godziny od momentu zakończenia operacji) i późny okres pooperacyjny (do IV doby).

Pacjentka w stanie ogólnym dobrym została przewieziona po laparotomii na salę pooperacyjną. Operację wykonano metodą Pfannenstiela profilaktycznie usuwając prawy jajnik i jajowód w znieczuleniu ogólnym. Parametry życiowe w normie: RR – 125/70 mm Hg, HR – 89 u/min, temperatura - 36,7°C. Kontakt z pacjentką słowno-logiczny, chora zorientowana co do miejsca w którym przebywa, czasu i własnej osoby. Na ranie pooperacyjnej czysty, suchy jałowy opatrunek. Z rany pooperacyjnej wyprowadzono dren. Pacjentka w lewym zgięciu łokciowym ma założone wkłucie obwodowe. Przez cewnik Foleya spływa czysty mocz o barwie słomkowej – 2200 ml. Do momentu powrotu perystaltyki jelit pacjentce przetoczono płyny dożylnie zgodnie ze zleceniem lekarza według indywidualnej karty zleconych leków (PWE 2 x 500 ml i.v., 0,9% NaCl 2 x 500 ml i.v.). Pacjentce również przetoczono leki przeciwbólowe zgodnie ze zleceniem lekarza: (Ketonal 3 x 50 mg i.v., Pyralgin 3 x 1 g i.v, Poltram 50 mg co 6h). Ze względu na wystąpienie nudności i wymiotów podano dożylnie Metoclopramid 0,5% 2x 5 mg oraz Ondasetron w dawce 3x4mg. Pacjentkę ułożono w pozycji półwysokiej.

Podczas pobytu na oddziale zastosowano profilaktykę przeciwzakrzepową (Clexane s.c. 1x0,04 mg na zlecenie lekarza, zmiana ułożenia pacjentki, gimnastyka oddechowa - polecenie wykonania pacjentce kilku głębokich oddechów, przypomnienie pacjentce o poruszaniu stopami a następnie całymi dolnymi kończynami). Pacjentka przez 12 godzin po operacji pozostawała w łóżku. Każda próba pionizacji powodowała ból, dlatego pacjentka niechętnie podejmowała próby poruszania się.

Okres hospitalizacji charakteryzuje się licznymi problemami pielęgnacyjnymi. Na podstawie obserwacji, wywiadu przeprowadzonego z pacjentką oraz na podstawie analizy wyników badań i analizy dokumentacji medycznej rozpoznano problemy opiekuńczo-

pielęgnacyjne i edukacyjne. Były one podstawą do określenia celu opieki pielęgniarskiej i zaplanowania działań pielęgniarskich. Problemy dotyczyły sfery fizycznej i psychicznej.

➤ **1. Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko wystąpienia powikłań krążeniowo-oddechowych po znieczuleniu ogólnym.**

✓ **Cel opieki:**

- Wczesne wykrycie objawów niewydolności krążeniowo-oddechowej.
- Zminimalizowanie możliwości wystąpienia niewydolności krążeniowo-oddechowej.

✓ **Interwencje pielęgniarskie**

- Ocena świadomości, monitorowanie parametrów życiowych.
- Zastosowanie tlenoterapii po zabiegu operacyjnym.
- Obserwacja opatrunku na ranie pooperacyjnej w kierunku przesiąkania wydzieliną (co 15 min przez pierwszą godzinę, przez kolejne 2 co 30 min, następnie co 60 min oraz po wystąpieniu kaszlu i wymiotach).
- Obserwacja ilości, rodzaju i zabarwienia wydzieliny w drenażu (w pierwszej dobie powinna być krwista i <100 ml). Sprawdzenie drożności drenażu.
- Obserwacja i ocena zabarwienia skóry (sinoszare zabarwienie na palcach, wargach świadczy o niedotlenieniu, szybkość powrotu kapilarnego powinna wynosić 1–2 sekundy, wydłużenie może oznaczać stan hipowolemii i niedotlenienia).
- Obserwacja i pomiar diurezy-pacjentka do zabiegu miała założony cewnik Foleya (diureza mierzona co godzinę po zabiegu przez 12 godzin, a w następnych dobach co 4 godziny).
- Zapewnienie prawidłowego mikroklimatu w sali pooperacyjnej.
- Obserwowanie zachowania, nastroju pacjentki, zgłaszanie nieprawidłowości lekarzowi dyżurnemu.

✓ **Ocena podjętych działań:**

Zwiększenie poczucia bezpieczeństwa pacjentki. Przeprowadzone działania pielęgniarskie zmniejszyły lęk pacjentki przed możliwością wystąpienia powikłań krążeniowo-oddechowych. U pacjentki nie wystąpiły powikłania krążeniowo-oddechowe.

➤ **2. Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko wystąpienia krwotoku uwarunkowanego techniką wykonywanego zabiegu operacyjnego.**

✓ **Cel opieki:**

- Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia krwotoku po zabiegu usunięcia guza jajnika.
- Monitorowanie stanu ogólnego pacjentki i wczesne wykrycie stanu zagrożenia życia.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские**
- Obserwacja, pomiar i dokumentacja podstawowych parametrów życiowych pacjentki (ciśnienie tętnicze, tętno, temperatura ciała, saturacja) oraz zabarwienia powłok skórnych, diurezy, barwy skóry i błon śluzowych.
- Kontrola świadomości pacjentki.
- Ocena czynników ryzyka wystąpienia krwotoku pooperacyjnego.
- Zabezpieczenie miejsca wkłucia obwodowego.
- Doraźne podanie tlenu przez cewnik lub przez maskę/tlenoterapia zgodnie z zaleceniami lekarza.
- Obserwacja pacjentki, czy są obecne objawy wstrząsu hipowolemicznego takie jak: bladość powłok skórnych, skurczowe ciśnienie tętnicze < 90 mm Hg, tachypnoe, tachykardia, powrót kapilarny < 2 s., skąpomocz, lęk i splatanie pacjentki.
- Obserwacja pacjentki, czy występują objawy krwotoku wewnętrznego takie jak: krew w kale, wymioty z krwią, ból w klatce piersiowej, ból brzucha, krwimocz, obrzęk jamy brzusznej, krwawienie z pochwy.
- Pobranie materiału do badań laboratoryjnych (kontrola stężenia potasu we krwi pacjentki) - zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Podaż płynów infuzyjnych drogą dożylną wg zlecenia lekarskiego.
- Podaż leków hemostatycznych na zlecenie lekarza.
- Zapewnienie bezpiecznej dla pacjentki pozycji: wysokie ułożenie z pochyleniem do przodu i zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego, zabezpieczenie łóżka poręczami.
- ✓ **Ocena podjętych działań:**

Parametry stanu ogólnego w normie. Pacjentka jest świadoma, co do miejsca i czasu. U pacjentki nie wystąpił krwotok uwarunkowany techniką wykonywanego zabiegu operacyjnego.

➤ **3. Diagnoza pielęgniarская: Dyskomfort i zmęczenie spowodowane nudnościami oraz wymiotami jako powikłanie znieczulenia ogólnego.**

- ✓ **Cel opieki:**
- Zmniejszenie nudności, utrzymanie równowagi wodno-elektrolitowej, poprawa samopoczucia pacjentki.

✓ **Interwencje pielęgniarские**

- Zapewnienie świeżego powietrza, spokoju, komfortu psychicznego oraz warunków intymności podczas wymiotów.
- Przygotowanie miski nerkowatej oraz ligniny w zasięgu ręki pacjentki.
- Ułożenie pacjentki w pozycji półwysokiej a następnie na boku z nieco uniesioną głową.
- Pomoc przy toalecie jamy ustnej, podanie płynu do płukania jamy ustnej.
- Monitorowanie ilości, częstości oraz treści wymiotów.
- Obserwacja pacjentki pod kątem odwodnienia (suchość błon śluzowych, obniżone napięcie skóry, tachykardia, tętno nitkowane).
- Podawanie nawodnienia dożylnego oraz leków przeciwwymiotnych (podano 3x10 mg Metoclopramid i.v. oraz Ondasetron w dawce 3x4mg i.v. wg zlecenia lekarskiego).
- Prowadzenie karty obserwacji i karty bilansu płynów.
- Usunięcie nieprzyjemnych i drażniących pacjentkę zapachów.
- Wietrzenie pomieszczenia i polecenie wykonania głębokich oddechów.
- Pobranie krwi do zbadania poziomu elektrolitów w surowicy krwi na zlecenie lekarza

✓ **Ocena podjętych działań:**

Samopoczucie pacjentki poprawiło się. Nudności i wymioty po włączeniu farmakoterapii ustąpiły.

➤ **4. Diagnoza pielęgniarская: Ból w okolicy rany pooperacyjnej z powodu urazu nerwów somatycznych i założonych szwów skórnych.**

✓ **Cel opieki:**

- Zmniejszenie dolegliwości bólowych.
- Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentce.

✓ **Interwencje pielęgniarские**

- Rozmowa z pacjentką na temat natężenia bólu, rodzaju, zastosowanie skali do oceny bólu - skala VAS.
- Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych.
- Ułożenie pacjentki w wygodnej pozycji, niepowodującej ucisku rany pooperacyjnej, okrycie dodatkowym kocem.

- Zastosowanie niefarmakologicznych metod podnoszenia progu bólowego (zapewnienie spokoju, ciszy, wypoczynku, komfortu psychicznego, rozmowa, relaksacja).
- Obserwowanie symptomów bólu: (bładość/zaczerwienienie powłok skórnych, wzrost lub spadek ciśnienia krwi, tachykardia).
- Obserwacja i kontrola rany pod kątem możliwego rozejścia się brzegów rany.
- Nauka efektywnego kaszlu, odksztuszania i pionizacji.
- Zastosowanie środków przeciwbólowych według zlecenia lekarskiego, obserwacja i reagowanie na objawy werbalne i pozawerbalne odczuwania bólu.

✓ **Ocena podjętych działań:**

Podjęte działania spowodowały, że ból w okolicy rany zmniejszył się. Pacjentka została wyedukowana w zakresie prawidłowej techniki pionizacji i kaszlu co ma wpływ na minimalizowanie odczuwalnego bólu.

➤ **5. Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko wystąpienia zakażenia rany pooperacyjnej lub miejsca założenia drenu w wyniku przerywania ciągłości tkanek oraz obniżenia odporności pacjentki w okresie pooperacyjnym.**

✓ **Cel opieki:**

- Zminimalizowanie ryzyka zakażenia rany pooperacyjnej lub miejsca wyprowadzenia drenu oraz wczesne wykrycie ewentualnych symptomów zakażenia.

✓ **Interwencje pielęgniarskie**

- Stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki.
- Zmiana opatrunku raz na dobę lub częściej, jeśli ulegnie zabrudzeniu lub zawilgoceniu, obserwacja.
- Obserwacja rany pooperacyjnej pod kątem wystąpienia bólu, zaczerwienienia, obrzęku, sączącej się wydzieliny, rozejścia się brzegów rany.
- Obserwacja rany w kierunku cech zapalenia (obrzęk, zaczerwienienie brzegów rany, ból, gorączka).
- Odpowiednie odkażanie rany pooperacyjnej.
- Obserwacja ilości i charakteru wydzieliny z drenu.
- Zabezpieczenie drenu założonego do rany pooperacyjnej przed zaginaniem, mechanicznym drażnieniem.

- Zapewnienie zamkniętego systemu drenującego i utrzymanie go poniżej poziomu łóżka.
- Wymiana pojemnika połączonego z drenem z zachowaniem zasad aseptyki raz na dobę, a w razie potrzeby częściej.
- Stosowanie procedur postępowania pielęgniarskiego i standardów zapobiegania zakażeniom.
- Codzienna zmiana bielizny osobistej i pościelowej- pomoc przy toalecie całego ciała.

✓ **Ocena podjętych działań:**

Podjęte działania spowodowały, że nie wystąpiło zakażenie rany pooperacyjnej lub miejsca wyprowadzenia drenu. Rana pooperacyjna sucha, bez wysięku. Dren usunięto w drugiej dobie po operacji.

➤ **6. Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko wystąpienia zakażenia układu moczowego z powodu założonego cewnika Foleya.**

✓ **Cel opieki:**

- Zminimalizowanie ryzyka zakażenia układu moczowego oraz wczesne wykrycie ewentualnych symptomów zakażenia układu moczowego.

✓ **Interwencje pielęgniarskie**

- Higiena okolicy ujścia cewki moczowej i okolic intymnych, stosowanie środków odkażających podczas zabiegów higienicznych.
- Stała kontrola drożności cewnika: obserwacji ilości i jakości moczu.
- Dokumentacja ilości i jakości moczu w karcie intensywnego nadzoru pooperacyjnego i bilansu płynów.
- Obserwacja miejsca założenia cewnika w kierunku infekcji (ból, pieczenie okolicy cewki moczowej, ból okolicy nadłonowej, gorączka).
- Umieszczenie zbiornika na mocz poniżej pęcherza moczowego.
- Opróżnianie worka na mocz zgodnie z zasadami.
- Kontrola ilości i zabarwienia moczu.
- Zapewnienie odpowiedniej podaży płynów.
- Podawanie pokarmów z dużą zawartością witaminy C.
- Przestrzeganie zasad higieny osobistej i otoczenia, kilkakrotne, dokładne wykonywanie zabiegów higienicznych w ciągu dnia.
- Przy prawidłowej diurezie i dobrym stanie ogólnym pacjentki usunięcie cewnika Foleya z pęcherza moczowego w ciągu 24 godzin.

✓ **Ocena podjętych działań:**

- Podjęte działania spowodowały, że nie wystąpiło zakażenie układu moczowego.

➤ **7. Diagnoza pielęgniarstwa: Ryzyko wystąpienia zakażenia w miejscu wkłucia obwodowego.**

✓ **Cel opieki:**

- Niedopuszczenie do zakażenia miejsca wkłucia obwodowego, wczesne wykrycie objawów zakażenia.

✓ **Interwencje pielęgniarstwa**

- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas wykonywania procedury kaniulacji żyły obwodowej.
- Stosowanie się do zasad obowiązujących w opiece nad wkłuciem: dezynfekcja rąk przed manipulacją, właściwe postępowanie ze użytym zestawem, jałowe przygotowywanie i podawanie leków.
- Obserwacja miejsca wkłucia pod kątem cech zapalenia (zaczerwienienie, krwihak podskórny, obrzęk, niedrożność, ból, ucieplenie, gorączka). W momencie wystąpienia któregoś z powyższych objawów należy wymienić kaniulę obwodową na nową.
- Wnikliwa obserwacja parametrów życiowych pacjentki mogących świadczyć o rozwijającym się zakażeniu.
- Unikanie namoczenia miejsca wkłucia podczas toalety pacjentki, dbanie o czystość skóry wokół miejsca wkłucia.
- Zmiana plastra oklejającego raz dziennie lub gdy jest wilgotny/zabrudzony.
- Zabezpieczenie zastawki jałowym korkiem, wymienianym po każdej manipulacji.
- Prowadzenie Karty Obserwacji Wkłuć Obwodowych.

✓ **Ocena podjętych działań:**

Podjęte działania postępowania z wkłuciem obwodowym spowodowały, że nie wystąpiło zakażenie w miejscu wkłucia obwodowego.

➤ **8. Diagnoza pielęgniarstwa: Ryzyko wystąpienia odleżyny, odparzenia lub uszkodzenia tkanek w skutek otarć i ucisku jako powikłanie unieruchomienia i ograniczonej sprawności ruchowej po zabiegu operacyjnym.**

✓ **Cel opieki:**

- Niedopuszczenie do wystąpienia odleżyny lub uszkodzenia tkanek.

✓ **Interwencje pielęgniarstwa**

- Codzienna ocena ryzyka rozwoju odleżyn wg. skali Norton.
 - Zmiana pozycji ułożenia ciała pacjentki co 2-3 godziny z zastosowaniem technik obracania oraz zastosowaniem sprzętu pomocniczego.
 - Staranne ścielenie łóżka.
 - Pielęgnacja skóry z jej dokładną oceną, myciem, natłuszczaniem, nacieraniem stworzeniem odpowiedniego mikroklimatu w sali.
 - Obserwacja skóry pod kątem zmian na skórze po każdej zmianie pozycji ułożeniowej i przy toalecie całego ciała.
 - Żywienie pacjentki powinno być bogate w dietę białkową.
 - Stosowanie zabiegów poprawiających ukrwienie skóry np. masaż 2 razy dziennie.
- ✓ **Ocena podjętych działań:**

Podjęte działania spowodowały, że nie wystąpiła odleżyna ani uszkodzenie tkanek w skutek otarcia.

➤ **9. Diagnoza pielęgnarska: Możliwość wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej z powodu unieruchomienia pacjentki po zabiegu operacyjnym.**

✓ **Cel opieki:**

- Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej. Wczesne uruchomienie pacjentki po operacji.

✓ **Interwencje pielęgnarskie**

- Prowadzenie profilaktyki przeciwzakrzepowej przed operacją (zastosowanie pończoch elastycznych, podawanie heparyny drobnocząsteczkowej według zlecenia lekarza).
- Pomoc w wykonywaniu ćwiczeń kończyn dolnych, gdy pacjentka pozostaje w łóżku (m. in. uniesienie kończyn dolnych powyżej poziomu serca, krążenie stóp, zgięcie kończyn dolnych w stawach kolanowych, biodrowych).
- Wczesne uruchomienie pacjentki (w pierwszej dobie po zabiegu podjąć próbę krótkiej pionizacji, kontrolując czynność układu krążenia i eliminując pracę mięśni brzucha: pacjentka najpierw układa się na boku, przesuwa podudzia poza łóżko, opierając się na kończynach górnych unosi tułów, siada z opuszczonymi nogami, następnie wstaje z asekuracją).

Wyjaśnienie pacjentce znaczenia stopniowego zwiększania samodzielności w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb codziennych i mobilizowanie do działania.

✓ **Ocena podjętych działań:**

Podjęte działania spowodowały, że nie wystąpiła choroba zakrzepowo-zatorowa.

➤ **10. Diagnoza pielęgnarska: Dyskomfort spowodowany wzdęciami na skutek gromadzenia się gazów w jelitach.**

✓ **Cel opieki:**

- Zminimalizowanie dyskomfortu spowodowanego wzdęciami.
- Uzupełnienie wiedzy pacjentki na temat odpowiedniej diety w przypadku wystąpienia wzdęć i zaparc.

✓ **Interwencje pielęgnarskie**

- Przetaczanie płynów w kroplowych wlewach dożylnych według karty zleceń.
- Zapewnienie podaży płynów niegazowanych drogą doustną.
- Kontrola powrotu perystaltyki jelit i dokumentowanie wypróżnień w karcie gorączkowej.
- Rozszerzanie diety wg standardu po konsultacji z dietetyczką.
- Podawanie produktów, które pobudzają perystaltykę jelit.
- Zastosowanie diety bogato reszkowej, zawierającej m.in.:
 - produkty zbożowe: kasza gryczana, jęczmienna, chleb razowy i żytni, otręby;
 - owoce i warzywa: jabłka, agrest, poziomki, ogórki, winogrona, suszone śliwki, rzepa, buraki, rzodkiewki, pomidory;
 - tłuszcze- masło, oliwa z oliwek [2].
- Zalecenie spożywania posiłków częściej i w małych ilościach.
- Unikanie produktów powodujących zaparcia, tj. czekolady.
- Rozmowa z rodziną chorej na temat urozmaicenia diety dla pacjentki.
- Po jedzeniu zalecenie odpoczynku przynajmniej przez 2 godziny w pozycji siedzącej.
- Zalecenie zwiększenia aktywności ruchowej w łóżku, częsta zmiana pozycji, ćwiczenia oddechowe.
- Po konsultacji z lekarzem prowadzącym proponowanie przyjmowania łagodnych ziół przeczyszczających, a w przypadku braku wypróżnienia zastosowanie środków farmakologicznych przeczyszczających i preparatów rozluźniających .

✓ **Ocena podjętych działań:**

Podjęte działania spowodowały, że rytm wypróżnień uległ poprawie. Pacjentka nie skarży się na problemy z wzdęciami. Poinformowano pacjentkę o konieczności przestrzegania diety.

➤ **11. Diagnoza pielęgniarstwa: Obniżenie nastroju pacjentki spowodowane pobylem w szpitalu i brakiem możliwości samodzielnego zaspokojenia potrzeb fizjologicznych.**

✓ **Cel opieki:**

- Pomoc pacjentce w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych.
- Poprawa nastroju pacjentki.

✓ **Interwencje pielęgniarstwa**

- Okazanie wsparcia i zrozumienia, wysłuchanie pacjentki.
- Pomoc i asekuracja pacjentki podczas wykonywania czynności dnia codziennego (toaleta, ubieranie się, zmiana bielizny osobistej itp.).
- Oklepywanie i nacieranie klatki piersiowej, prowadzenie gimnastyki oddechowej.
- Motywowanie pacjentki do ćwiczeń i wczesnej pionizacji.
- Stałe monitorowanie pacjentki pod względem jej zachowań i potrzeb.

✓ **Ocena podjętych działań:**

Podjęte działania spowodowały, że pacjentka czuje się zaopiekowana, jej potrzeby fizjologiczne w pierwszych dobach po operacji zostały zaspokojone dzięki pomocy położnej. W kolejnych dobach po operacji pacjentka w pełni samodzielna.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa: Obniżenie nastroju pacjentki spowodowane przebytem zabiegiem, rozpoznaniem choroby, lęk przed konsekwencjami leczenia.**

✓ **Cel opieki:**

- Poprawa nastroju pacjentki, zminimalizowanie odczuwalnego lęku.

✓ **Interwencje pielęgniarstwa**

- Określenie zapotrzebowania na wsparcie oraz stworzenie atmosfery bezpieczeństwa.
- Informowanie o wszystkich czynnościach wykonywanych wokół pacjentki, o ich celowości i zasadności.
- Mobilizowanie do aktywnego współdziałania w procesie terapii.
- Okazanie zainteresowania oraz udzielenie wsparcia psychicznego.
- Umożliwienie rozmowy z psychologiem.
- Rozmowa z pacjentką na temat niepokoju oraz obniżonego nastroju, zastosowanie do oceny lęku i depresji Szpitalnej Skali Depresji i Lęku – HADS.

✓ **Ocena podjętych działań:**

Podjęte działania spowodowały, że nastrój pacjentki uległ poprawie. Pacjentka skorzystała z możliwości rozmowy z psychologiem. Pacjentka czuje się dobrze zaopiekowana.

Podsumowanie

Pacjentka po wykonanym zabiegu usunięcia nienowotworowego guza jajnika potrzebowała kompleksowej opieki, która obejmowała sferę fizyczną oraz psychiczną, co przyspieszyło proces rekonwalescencji. Personel medyczny otoczył pacjentkę holistyczną opieką, co istotnie wpłynęło na poprawę jakości życia i funkcjonowania pacjentki po przebytym zabiegu.

PIŚMIENNICTWO

1. Religioni U., Czerw A., Deptała A.: Przystosowanie psychiczne pacjentów do wybranych chorób nowotworowych. *Psychiatria Polska*, 2018; 52(1): 129-141.
2. Talarska D., Zozulińska-Ziółkiewicz D., *Pielęgniarstwo internistyczne*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2017: 147-166,

PROFILAKTYKA I LECZENIE NOWOTWORÓW JELITA GRUBEGO

Anna Grunwald¹, Krystyna Klimaszewska²

1/ Białostockie Centrum Onkologii

2/ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Rak jelita grubego stanowi trzecią z najczęstszych nowotworowych przyczyn zgonów na świecie. Corocznie odnotowuje się ok 2 mln zachorowań i ok 1 mil zgonów. Kilkukrotnie częściej chorują mieszkańcy krajów rozwiniętych niż rozwijających się [1]. Największą zapadalność stwierdza się m.in. w Europie Zachodniej i Ameryce Północnej, a najmniejszą w Afryce i Południowo Centralnej Azji. Polska należy do rejonów o średniej zachorowalności i umieralności. W 2017 roku zachorowało na raka jelita grubego ok. 18 tys. osób, a zmarło z tego nowotworu ok 12 tys. osób [1].

Zaobserwowano również zróżnicowanie zachorowalności na nowotwór jelita grubego ze względu na płeć. Według Krajowego Rejestru Nowotworów Złośliwych nowotwór jelita grubego występuje około 1,5-2 razy częściej u mężczyzn niż u kobiet.

Nowotwór jelita grubego zajmuje drugie miejsce pod względem zachorowalności u kobiet (po raku piersi), jak i u mężczyzn (po raku płuc) oraz stanowi drugą przyczyną zgonów z powodu choroby nowotworowej [2].

W patogenezie raka jelita grubego duże znaczenie mają predyspozycje genetyczne oraz czynniki środowiskowe związane zwłaszcza z nawykami dietetycznymi. Do głównych czynników ryzyka możemy zaliczyć: polipy gruczolowe jelita grubego, choroby zapalne jelita grubego, wiek ponad 50 lat, występowanie w rodzinie raka jelita grubego i otyłość, cukrzyca lub insulinooporność, dieta z przewagą czerwonego, wysoko przetworzonego mięsa i tłuszczów nasyconych, palenie papierosów, otyłość, mała aktywność fizyczna, picie alkoholu.

Ograniczenie zachorowania na nowotwory, w tym na raka jelita grubego, jest możliwe tylko przy aktywnym współdziałaniu całego społeczeństwa, sukces osiągnąć można głównie przez zmianę stylu życia, szczególnie przestrzeganie diety, a także dzięki systematycznej kontroli stanu zdrowia i czynnemu udziałowi w programach profilaktycznych [2].

ROZWINIĘCIE

Większość nowotworów jelita grubego (75%) umiejscowiona jest w esicy (około 25%) i odbytnicy (około 50%) [3]. Aż 70% z tych nowotworów powstaje z polipów gruczolakowych jelita grubego. W polipach o charakterze gruczolowym może nastąpić nieprawidłowy rozrost komórek. Prawidłowy nabłonek błony śluzowej ulega transformacji – jest to stan przedrakowy, nazywany dysplazją [4]. Takie przekształcanie się zmiany niezłośliwej w złośliwą może trwać nawet 10 lat. W ogólnym zarysie, sekwencja zdarzeń, która prowadzi do rozwoju nowotworu prezentuje się następująco: najpierw zachodzi zmiana genetyczna (mutacja) w komórkach nabłonkowych jelita grubego, która następnie przekazywana jest komórkom potomnym, a te z kolei zaczynają rozmnażać się w niekontrolowany sposób.

Epidemiologia

Rak jelita grubego (Colorectal Cancer, CRC) jest jednym z najczęściej wykrywanych nowotworów złośliwych w Polsce. Obecnie nowotwory jelita grubego w strukturze zachorowań (najczęściej właśnie rak) zajmują drugie miejsce w przypadku obu płci – mężczyźni – 11,9%, a kobiety – 10,3%. Rocznie w naszym kraju rozpoznawanych jest około 13 tys. zachorowań na nowotwory złośliwe jelita grubego i ponad 9 tys. zgonów (2004 r. dane pochodzą z Krajowego Rejestru Nowotworów). Natomiast w całej Unii Europejskiej notuje się ok. 297,2 tys. zachorowań oraz 139,4 tys. zgonów. W 2005 roku liczba zanotowanych w Polsce zachorowań wyniosła ponad 7000 u mężczyzn i ponad 6000 w przypadku kobiet, a nowotwory jelita grubego były drugą u mężczyzn i trzecią u kobiet przyczyną zgonów nowotworowych. Wskaźniki przeżycia 5-letniego są znacznie niższe w Polsce niż w Europie zachodniej (55%) i wynoszą tylko około 20% [5, 6].

Etiologia i czynniki ryzyka

Rak jelita grubego jest jednym z najlepiej poznanych nowotworów, a mechanizmy odpowiadające za kancerogenezę były i nadal są przedmiotem wielu badań. W ogólnym zarysie, sekwencja zdarzeń, która prowadzi do rozwoju nowotworu prezentuje się następująco: najpierw zachodzi zmiana genetyczna (mutacja) w komórkach nabłonkowych jelita grubego, która następnie przekazywana jest komórkom potomnym, a te z kolei

zaczynają proliferować w niekontrolowany sposób. Ważne znaczenie w rozwoju raka okrężnicy i odbytnicy odgrywają choroby zapalne jelit [7]. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego trwające około 20 lat o 5% zwiększa ryzyko rozwoju raka jelita grubego, natomiast trwające 25 lat — o 12%. Największe ryzyko rozwoju raka występuje u chorych z zapaleniem całego jelita grubego. U pacjentów z pancolitis, po 30 latach choroby prawdopodobieństwo rozwoju raka jelita grubego wynosi 35%. Również choroba Leśniowskiego-Crohna zwiększa ryzyko rozwoju raka okrężnicy i odbytnicy, ale w mniejszym stopniu niż wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Ze względu na ich pochodzenie oraz cechy histologiczne Światowa Organizacja Zdrowia wyróżnia szereg typów [7, 8]:

1. Nowotwory pochodzenia nabłonkowego:

- gruczolak (adenoma)
 - a) cewkowy (tubulare),
 - b) kosmkowy (villosus),
 - c) kosmkowo-cewkowy (tubulo-villosus),
 - d) ząbkowany (serratum),
- Śródnabłonkowa dysplazja związana z przewlekłymi chorobami zapalnymi
 - a) niskiego stopnia (low-grade glandular intraepithelial dysplasia),
 - b) wysokiego stopnia (high-grade glandular intraepithelial dysplasia),
- rak (carcinoma)
 - a) gruczolowy (adenocarcinoma),
 - b) gruczolowy śluzotwórczy (adenocarcinoma mucinosus),
 - c) sygnetowokomórkowy (signet-ring cell carcinoma),
 - d) rak drobnokomórkowy (carcinoma microcellulare),
 - e) łuskowokomórkowy (squamous cell carcinoma),
 - f) gruczolowo-łuskowy (adenosquamous carcinoma),
 - g) rdzeniasty (medullary carcinoma),
 - h) niezróżnicowany (carcinoma nondifferentiatum),

- rakowiak (carcinoid)

a) dobrze zróżnicowany nowotwór endokrynnny produkujący serotonin

b) rakowiakogruczolakorak (carcinoid-adenocarcinoma)

2. Nowotwory pochodzenia nienabłonkowego:

- tłuszczak (lipoma),
- mięśniak gładkokomórkowy (leiomyoma),
- nowotwór podścieliskowy (GIST gastrointestinal stromal tumor),
- mięśniakomięsak gładkokomórkowy (leiomyosarcoma),
- naczyniakomięsak (angiosarcoma),
- mięsak Kaposiego (Kaposi sarcoma),
- czerniak złośliwy (melanoma malignum),
- inne,

3. Chłoniak (lymphoma);

4. Polip nienowotworowy (hiperplastyczny, Peutz-Jeghersa lub młodzieńczy [5].

Czynniki ryzyka które zwiększają prawdopodobieństwo zachorowania na raka jelita grubego można podzielić na dwie główne grupy – wewnętrzne (osobnicze) oraz zewnętrzne (środowiskowe). Do czynników osobniczych zalicza się dziedziczne i rodzinne predyspozycje, takie jak zespół Lyncha I, II i III, czyli niezwiązaną z polipowatością postać raka jelita grubego (inaczej HNPCC – Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer); rodzinną polipowatość gruczolakową – zespół FAP (Familial Adenomatous Polyposis) oraz rodzinnie występujący rak jelita grubego (FCC – Familial Colorectal Cancer), który polega na występowaniu nowotworu u krewnych bez klasycznego dla dziedzicznych zespołów predyspozycji układu zachorowań w rodzinie. Ponadto, do wewnętrznych czynników należą również inne zespoły polipowatości i choroby predysponujące, takie jak polipowatość Peutz-Jeghersa, gruczolaki, polipowatość młodzieńcza, zespół Gardnera, Turcota, Zanca; choroby zapalne jelita grubego np. wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Leśniowskiego-Crohna, czy występowanie innych nowotworów złośliwych – macicy, jajnika [4]. Do

wewnętrznych uwarunkowań są również wiek oraz przynależność rasowa i etniczna. Wykazano bowiem, że bardziej narażeni na złośliwe nowotwory jelita grubego są Żydzi oraz Afroamerykanie [9].

Do zewnętrznych czynników zwiększających zachorowalność na nowotwór jelita grubego najważniejszą grupę stanowią czynniki żywieniowe. Nowotworom jelita grubego sprzyjają znaczna zawartość tłuszczów w codziennej diecie, zwłaszcza tłuszczów zwierzęcych, bogatych w nasycone kwasy tłuszczowe oraz niskie spożycie warzyw i owoców, a tym samym niedobór w diecie błonnika (włókna pokarmowego). Prawdopodobieństwo zachorowania na raka jelita grubego jest znacznie wyższe u ludzi otyłych oraz tych, których codzienna dieta obejmuje nadmierną w stosunku do zapotrzebowania ilość składników energetycznych [9]. Dieta bogata w czerwone i przetworzone mięso jest jednym z najczęściej wymienianych czynników ryzyka raka jelita grubego. Osoby spożywające codziennie czerwone mięso są trzykrotnie bardziej narażone na rozwój raka jelita grubego niż osoby jedzące czerwone mięso sporadycznie. Istotną rolę ochronną w stosunku do rozwoju raka jelita grubego jest błonnik. Potencjalny korzystny wpływ błonnika wynika z jego pobudzającego działania na perystaltykę jelit, co skraca kontakt substancji szkodliwych zawartych w masach kałowych ze ścianą jelit. Zwiększone ryzyko zachorowania powiązane również z niedoborem wapnia, przeciwutleniaczy (witamin A, C, E oraz kwasu foliowego) i pierwiastków, takich jak selen czy cynk w diecie oraz nadużywaniem napojów alkoholowych. Najistotniejszym czynnikiem poza żywieniowym jest palenie tytoniu – w dymie tytoniowym stwierdzono obecność wielu substancji kancerogennych, które mogą częściowo przedostawać się do światła przewodu pokarmowego. Dodatkowymi czynnikami, zwiększającymi ryzyko zachorowania na nowotwór jelita grubego są brak aktywności fizycznej, powtarzające się zaparcia oraz kontakt ze szkodliwymi substancjami zawartymi w otaczającym środowisku – w pożywieniu, wodzie, powietrzu [4, 7, 9].

Objawy

We wczesnej fazie rozwoju raka jelita grubego jest brak klinicznych objawów choroby, są one zróżnicowane, niespecyficzne i pojawiają się dość późno [10, 11]. W literaturze wymieniono wiele objawów charakterystycznych dla nowotworu jelita grubego są to: bóle brzucha, wzdęcia, zmiana częstości wypróżnień, krew w stolcu, osłabienie, niedokrwistość oraz zmniejszenie masy ciała. Zależą od lokalizacji guza w odcinku jelita grubego i stopnia zaawansowania nowotworu, czyli głębokości naciekania [12].

Nowotwory po prawej stronie objawiają się niedokrwistością mikrocytarną wynikającą z niedoboru żelaza, osłabieniem oraz z obecnością ciemnej krwi w stolcu, w wyniku utajonego krwawienia do światła przewodu pokarmowego. Niespecyficznym i mało swoistym objawem jest ból po prawej stronie brzucha, w okolicy pępka, podbrzusza lub nadbrzusza [12].

Objawami guza po lewej stronie, w zstępnicy i esicy wiążą się z występowaniem świeżej krwi w stolcu oraz zmianą rytmu wypróżnień. Charakterystycznymi objawami w tej części jelita są również wzdęcia, nudności, wymioty i bóle kolkowe, wynikające z ograniczonej drożności jelita. Objawami nowotworu jelita grubego w odbytnicy są jawne krwawienia, uczucie niepełnego wypróżnienia się, bolesne oddawanie stolca, ból brzucha, osłabienie i zmiana rytmu wypróżnień (naprzemienne występowanie biegunek i zaparc). Objawem procesu nowotworowego w obrębie odbytnicy lub odbytu jest stolec zwężony, tzw. ołówkowaty. W zaawansowanym stadium choroby objawy stają się nieco bardziej charakterystyczne. Zaparcia, z towarzyszącymi wzdęciami oraz bóle brzucha pojawiają się w późnym stadium rozwoju raka jelita grubego. Wynikają one z upośledzenia drożności przewodu pokarmowego, nadmiernego rozdęcia pętli jelitowych oraz rosnącej masy guza. Niepokojącym objawem jest brak apetytu i znaczne osłabienie, które stwierdza się w zaawansowanej chorobie nowotworowej z obecnością przerzutów odległych [13, 14]. Objawy raka jelita grubego zależą od jego lokalizacji (tab. 1) i stopnia zaawansowania.

Tab. 1 Symptomatologia raka jelita grubego [Potemski P., Polkowski W., Bujko K., Didkowska J., Guzel Z., Herman R., Lacko A., Olszewski, Jakub W., Pałucki J., Reguła J.].

Objawy	Lewa połowa jelita grubego (%)	Prawa połowa jelita grubego (%)	Łącznie (%)
Krwawienie utajone	76	76	76
Bóle brzucha	57	60	59
Zmiana rytmu wypróżnień	60	37	56
Krwawienia jawne	66	14	52
Chudnięcie	35	42	36
Niedokrwistość	25	74	34
Wyczuwalny guz	8	32	14
Wzdęcie brzucha	12	16	13
Brak łaknienia	8	26	11
Gorączka	10	12	11
Niedrożność	7	5	6

Rozpoznanie

We wczesnym rozpoznaniu raka jelita grubego największe znaczenie mają badania przedmiotowe i podmiotowe jamy brzusznej. Po zebraniu wywiadu i badaniu fizykalnym lekarz może wykonać badanie per rectum (badanie odbytnicy palcem). Jest to podstawowe badanie, które może wykryć nawet 70% guzów odbytnicy i 30% wszystkich guzów raka jelita grubego. Zaletą tego badania jest jednoczesne zbadanie gruczołu krokowego [15]. Podstawę diagnostyki raka jelita grubego stanowią badania endoskopowe, do których zaliczamy kolonoskopię, rektoskopię oraz sigmoidoskopię [16]. Badania te umożliwiają pobranie wycinków, wykrycie guza oraz kontrolę pozostałej części jelita (guzy synchroniczne).

Kolonoskopia jest badaniem w trakcie którego ogląda się jelito grubego od środka. Wykonuje się je miękką, giętką rurką grubości małego palca (kolonoskop), którą lekarz wprowadza przez odbyt do oczyszczonego jelita grubego. W przypadku stwierdzenia podczas badania polipów, zostaną one usunięte za pomocą pętli wprowadzonej do jelita przez kolonoskop. Usunięcie polipów jest niebolesne i bezpośrednio po jego przeprowadzeniu

można wrócić do domu lub pracy [Berner, Piekarski, 2013]. Badania endoskopowe można rozszerzyć do rektoskopii. Jest to badanie polegające na zobrazowaniu odbytnicy i końcowego odcinka okrężnicy esowatej, zaś sigmoidoskopia odbytnicy i dystalnej części okrężnicy (do zgięcia śledzionowego) [11]. Do badań endoskopowych każdy pacjent musi odpowiednio się przygotować. Tydzień przed powinien przestrzegać diety lekkostrawnej. Natomiast dwa dni przed badaniem spożywać posiłki płynne. W dniu badania oraz w dniu poprzedzającym badanie od godzin popołudniowych chory jest na ścisłej diecie oraz wypija środek przeczyszczający. Odpowiedni proszek przepisany jest przez lekarza. Przygotowuje i spożywa roztwór według instrukcji podanych w ulotce danego produktu. Przygotowanie do zabiegu ma na celu wyczyszczenie jelita z mas kałowych w celu dokładnego i efektywnego wykonania badania. Jeśli u pacjenta występują choroby np. cukrzyca, gdzie występuje ryzyko spadku poziomu cukru z powodu długiej przerwy żywieniowej i utraty wody z organizmu istnieje możliwość skierowania chorego do szpitala w celu przygotowania do zabiegu [17].

Kolejnym podstawowym sposobem obrazowania raka jelita grubego należą badania: USG, KT jamy brzusznej i miednicy, MR oraz EUS. Badanie USG pozwala ocenić obecność przerzutów w wątrobie, określając ich położenie oraz uwidocznienie płynu w jamie brzusznej, wskazując na rozsiew do otrzewnej [13]. Każdy pacjent który ma zdiagnozowany nowotwór jelita grubego powinien mieć wykonane KT jamy brzusznej, miednicy i klatki piersiowej. Celem oceny stopnia zaawansowania nowotworu, obecności powiększonych węzłów chłonnych, przerzutów odległych i stopnia zagrożenia niedrożnością [12]. Tomografia komputerowa również odgrywa główną rolę w rozpoznaniu powikłań raka jelita grubego, m.in. niedrożności, krwawienia, przetoki, wodobrzusze czy wodonercze. Rezonans magnetyczny MR w porównaniu do tomografii komputerowej osiąga wyższą dokładność oceny stopnia zaawansowania oraz naciekania nowotworów dolnego odcinka odbytnicy. Badanie radiologiczne jelita grubego z podwójnym kontrastem polega na wprowadzeniu przez odbyt do okrężnicy baru i powietrza w celu zobrazowania wewnętrznej powierzchni odbytnicy i okrężnicy. Umożliwia to ocenę odcinka jelita grubego w sytuacjach, gdy wprowadzenie kolonoskopu jest utrudnione przez zwężenie wywołane nowotworem [13].

Badania laboratoryjne oraz badania w kierunku krwi utajonej w kale są bardzo ważne w kierunku diagnostyki raka jelita grubego [16]. W przypadku zaawansowanym stadium raka jelita grubego pomocne jest badanie morfologii i biochemii krwi oraz oznaczenie stężenia antygenu nowotworowego CEA w surowicy. Podwyższony marker CEA u większości chorych na raka jelita grubego, przekraczający 20ng/ml świadczy o obecności przerzutów

odległych oraz jest złym czynnikiem rokowniczym. Podstawowe znaczenie w rozpoznaniu nowotworu jelita grubego mają badania na krew utajoną w kale. Amerykańskie Towarzystwo do Walki z Rakiem informuje, że wykonanie tego badania raz w roku może zwiększyć wyleczenie i zmniejszyć o 15-33% umieralność z powodu raka jelita grubego. Przed podjęciem decyzji o leczeniu operacyjnym, w celu wykluczenia innych, nie widocznych w KT ognisk rozsiewu wykonuje się badanie PET-KT. Badanie wykonuje się głównie u chorych z podejrzeniem przerzutów w badaniu KT, kiedy obraz jest nie jasny i brak jest możliwości weryfikacji [7, 16].

Ostateczne rozpoznanie nowotworu jelita grubego ustala się na podstawie badania histopatologicznego wycinka uzyskanego w trakcie kolonoskopii. Ocena pobranego materiału umożliwia określenie typu i podtypu nowotworu, zwiększa szansę na wykrycie wczesnej postaci raka oraz dobranie odpowiedniego i indywidualnego sposobu leczenia [17].

Leczenie

W przeciągu ostatnich lat można zauważyć znaczący rozwój w leczeniu raka jelita grubego. Leczenie nowotworów jelita grubego obejmuje przede wszystkim zabiegi chirurgiczne oraz radio- i chemioterapię w zależności od stopnia zaawansowania choroby w momencie jej rozpoznania. Do opracowania nowych rozwiązań terapeutycznych w głównej mierze mogło dojść dzięki udoskonaleniu technik diagnostycznych, molekularnych, farmakologii i nanotechnologii. Udoskonalono leczenie chirurgiczne resekcji guza, w szczególności metodę laparoskopową [18].

Powyższe metody leczenia mogą być wykorzystane osobno bądź jednocześnie jako tak zwane leczenie skojarzone lub kolejno po sobie.

Ocena zaawansowania klinicznego nowotworu jelita grubego

Ocena zaawansowania choroby i guza nowotworowego jelita grubego dokonuje się w celu dobrania odpowiedniego leczenia. Do takiej oceny używa się kwalifikacji TNM (ang. Tumor, Nodus, Metastases) Międzynarodowej Unii do Walki z Rakiem. TNM opiera się na dwóch aspektach odnosząca się do obrazu klinicznego i histopatologicznego. Kwalifikacja opiera się na trzech cechach (Tabela 2, Tabela 3.):

- T (Tumor)- głębokość naciekania guza pierwotnego
- N (Nodus)- stan naciekających przez nowotwór regionalnych węzłów chłonnych

- M (Metastases)- określa występowania przerzutu odległego [19].

Tabela 2. Klasyfikacja TNM raka jelita grubego [19].

Cecha T	
Tx	Nie można ocenić guza pierwotnego
T0	Brak dowodów na obecność guza pierwotnego
Tis	Carcinoma in situ: rak wewnątrz nabłonkowy z zajęciem blaszki właściwej błony śluzowej
T1	Guz nacieka błonę śluzową
T2	Guz nacieka mięśniówkę właściwą
T3	Guz nacieka mezorektum poprzez mięśniówkę właściwą
T4a	Guz nacieka błonę surowiczą
T4b	Guz nacieka sąsiadujące struktury lub narządy
Cecha N	
NX	Nie można ocenić regionalnych węzłów chłonnych
N0	Obecność przerzutów w regionalnych węzłach chłonnych
N1	Przerzuty obecne w 1-3 regionalnych węzłach chłonnych
N1a	Przerzut obecny w 1 regionalnym węźle chłonnym
N1b	Przerzuty obecne w 2-3 regionalnych węzłach chłonnych
N1c	Depozyt nowotworowy raka w warstwie podsurowiczej, krezce, w niepokrytej otrzewną tkance okrężniczej lub okołodbytniczej, bez przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych;
N2	Przerzuty obecne w ponad 3 regionalnych węzłach chłonnych
N2a	Przerzuty obecne w 4-16 regionalnych węzłach chłonnych

N2b	Przerzuty obecne w ponad 6 regionalnych węzłach chłonnych
Cecha M	
M0	Brak przerzutów odległych
M1	Są przerzuty odległe
M1	Są przerzuty w 1 organie/okolicy (wątroba, płuco, jajnik, poza regionalne węzły chłonne
M1b	Są przerzuty w więcej niż 1 organie/okolicy lub w otrzewnej

Tabela 3. Klasyfikacja TNM- stopnie zaawansowanie nowotworu jelita grubego [19].

Stadium	T	N	M
0	Tis	NO	MO
I	T1	NO	MO
	T2	NO	MO
IIA	T3	NO	MO
IIB	T4a	NO	MO
IIC	T4b	NO	MO
IIIA	T1-2	N1/N1c	MO
	T1	N2a	MO
IIIB	T3-T4a	N1/N1c	MO
	T2-T3	N2a	MO
	T1-T2	N2b	MO
IVA	Każde T	Każde N	M1a
IVB	Każde T	Każde N	M1b

Leczenie chirurgiczne

Leczenie chirurgiczne polega na usunięciu zmiany nowotworowej z maksymalnie szerokim marginesem tkanki prawidłowej. W ten sposób minimalizuje się możliwość pozostawienia komórek nowotworowych w miejscu lokalizacji guza pierwotnego. Nie całkowite wycięcie guza może skutkować że w przyszłości nastąpi jego wznowa miejscowa. W przypadku objęcia procesem nowotworowych regionalnych węzłów chłonnych, zasięg wycięcia rozszerza się na regionalny układ chłonny. Przedstawione metody nazywamy leczeniem radykalnym, które ma na celu całkowite wyleczenie choroby nowotworowej [20].

W leczeniu raka okrężnicy, najczęściej wykonuje się odcinkową resekcję tego narządu, czyli wycięcie odcinka jelita, w którym znajduje się guz nowotworowy. W trakcie zabiegu należy usunąć co najmniej 12- 15 węzłów zlokalizowanych w okolicy guza. W wyniku resekcji usunięte zostaje 1/4 - 1/3 długości okrężnicy, w zależności od wielkości guza i jego lokalizacji proporcja resekcji może ulec zmianie [9]. Wśród guzów zlokalizowanych w okrężnicy oprócz resekcji odcinkowej i całkowitej stosuje się hemikolektomię lewostronną lub prawostronną, polegającą na wycięciu prawej lub lewej połowy okrężnicy. Gdy guz jest położony blisko zwieracza wykonuje się operację sposobem Hartmana. Zabieg ten wiąże się często z koniecznością wyłonienia czasowej stomii, co daje możliwość odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego w późniejszym czasie.

Zawsze kiedy nowotwór nacieka na zwieracze odbytu lub znajduje się w ich bezpośrednim położeniu wówczas wykonuje się wycięcie brzuszno – kroczone (ang. abdominoperineal resection- APR). W trakcie zabiegu usuwa się zarówno zwieracz odbytu jak i sam odbyt. W przypadku APR ze względu na wycięcie odbytu i zwieracza koniecznością jest wytworzenie trwałej kolostomii [21].

W przypadku zmian o małym zaawansowaniu, położonym w bezpośrednim sąsiedztwie szpary odbytu, usunięcie ich możliwe jest za pomocą wprowadzonego przez odbyt endoskopu. W zależności od charakteru zmiany wykonuje się polipektomię lub wycięcie miejscowe [9].

Inne metody leczenia

Raport patomorfologiczny wycinka pooperacyjnego jest podstawą do dalszego postępowania terapeutycznego. Do decydujących cech mikroskopowych należą: typ histologiczny nowotworu, stopień zaawansowania nowotworu według klasyfikacji TNM, naciekanie naczyń krwionośnych, stan marginesów chirurgicznych oraz liczba znalezionych węzłów chłonnych. Najlepsze korzyści leczenia uzupełniającego odnoszą pacjenci w III stopniu zaawansowania nowotworu. Leczenie takie trwa zazwyczaj pół roku, lecz warunkiem tego jest rozpoczęcie terapii nie później niż po 6-8 tygodniach od operacji. Schemat leczenia w zależności od umiejscowienia nowotworu obejmuje uzupełniającą: chemioterapię (guzy okrężnicy i odbytnicy powyżej załamka otrzewnej) lub chemioradioterapię (guzy odbytnicy poniżej załamka otrzewnej) [21].

Chemioterapia uzupełniająca polega na zastosowaniu 5-Fluorouracylu z dodatkiem folinianu wapniowego w postaci wstrzyknięć lub krótkotrwałych wlewów dożylnych przez okres 6 miesięcy. Chemioterapia wiąże się z ogólnoustrojowymi efektami ubocznymi, dlatego dużą uwagę poświęcono opracowaniu nowych metod dostarczania leków o kontrolowanym uwalnianiu substancji. W tym celu wykorzystuje się nanocząsteczki obdarzone zdolnością miejscowego dostarczania środków chemioterapeutycznych. Przykład stanowi wprowadzenie 5-fluorouracylu (5-FU) do hydrożelu magnetycznego nanokompozytu hydrożelowego chitozan/kwas poliakrylowy/Fe3O4 (CS/PAA/ Fe3O4) [18].

Kolejną metodą terapeutyczną w leczeniu raka jelit i odbytnicy jest chemioradioterapia, która stanowi kombinację chemio i radioterapii. Która jest najczęściej stosowana przed resekcją guza, aby zmniejszyć jego rozmiary lub po operacji, aby zredukować ryzyko nawrotu. Chemioterapeutyki wykorzystywane w chemioradioterapii mają na celu uwrażliwienie komórek nowotworowych na działanie promieniowania, najczęściej stosowanymi substancjami są 5-fluorouracyl i kapecytabina. Neoadiuwantowa chemioradioterapia polega na poddaniu pacjenta promieniowaniu w łącznej dawce 45 Gy przez 28 dni z jednoczesną podażą kapecytabiny w dawce 825mg/m² na dobę lub 5-fluorouracylu w dawce 200mg/m². Przedoperacyjna chemioradioterapia stanowi preferowaną metodę leczenia u pacjentów z miejscowo zaawansowanym rakiem odbytnicy [18, 22].

Radioterapia jest również ważnym elementem leczenia zarówno przed jak i pooperacyjnego nowotworu jelita grubego zlokalizowanego głównie w odbytnicy. Polega na wykorzystaniu do niszczenia komórek nowotworowych promieniowania jonizującego. Może stanowić samodzielną metodę leczenia, podczas której pacjent otrzymuje 25 Gy, czyli 5 frakcji napromieniania po 5 Gy lub w skojarzeniu z chemioterapią. Badania wykazały, że

zastosowanie radioterapii przedoperacyjnej w porównaniu do samego zabiegu chirurgicznego powoduje zmniejszenie o 10-11% do 4-6% odsetka nawrotów miejscowych [9].

Teleterapia i brachyterapia również jest podawana pacjentom z rakiem jelita grubego, które różnią się lokalizacją źródła promieniowania. Teleterapia wykorzystuje źródło promieniowania znajdujące się w pewnej odległości od skóry chorego. Stosuje się jednak w taki sposób aby większość energii dotarła dokładnie do guza. Brachyterapia jest radioterapią wewnętrzną wykorzystuje ona promieniowanie jonizujące emitowane przez drobiny materiału radioaktywnego, umieszczonego bezpośrednio w guzie nowotworowym. Stosowana jest u chorych z rakiem odbytnicy, zwłaszcza w złym stanie ogólnym lub w podeszłym wieku, dla których radykalny zabieg chirurgiczny byłby zbyt dużym obciążeniem [9].

Profilaktyka

Nowotwory złośliwe jelita grubego w Polsce są drugą przyczyną zgonów, zaraz po chorobach układu krążenia. Dane epidemiologiczne wskazują, że liczba ta ciągle wzrasta u obu płci. Profilaktyka jest jedną z metod, która jest w stanie poprawić tę sytuację. To dzięki niej możemy ukierunkować dalsze postępowanie terapeutyczne. Powszechnie znane jest stwierdzenie, że lepiej zapobiegać niż leczyć. Jest to możliwe dzięki profilaktyce. Profilaktyka raka jelita grubego składa się z trzech etapów. Etap pierwszy, czyli profilaktyka pierwotna, polega na zapobieganiu rozwojowi choroby przez eliminację zewnętrznych czynników ryzyka lub zmniejszenie narażenia na nie. Drugi etap to profilaktyka wtórna, której celem jest wczesne wykrycie nowotworu. Trzeci rodzaj profilaktyki dotyczy pacjentów, u których choroba występuje w stadium klinicznym. Działania profilaktyki późnej (trzeciorzędowej) mają na celu zmniejszenie ryzyka zgonu oraz niedopuszczenie do poważnych i trwałych skutków choroby pod postacią różnego stopnia inwalidztwa [23].

Profilaktyka pierwotna

Profilaktyka pierwotna, polega na zapobieganiu wystąpieniu choroby nowotworowej poprzez ograniczenie lub eliminację modyfikowalnych czynników rozwoju raka jelita grubego, związanych głównie ze stylem życia i codzienną dietą.

Jednym z najważniejszych czynników predysponujących do rozwoju choroby nowotworowej jelit są nieprawidłowe nawyki żywieniowe. Czerwone i przetworzone mięso jest jednym z najczęściej wymienianych czynników ryzyka raka jelita grubego. Osoby, które

spożywają codziennie czerwone mięso są trzy krotnie bardziej narażone na rozwój raka niż osoby jedzące sporadycznie. Dietoprofilaktyka opiera się również na unikaniu mięsa smażonego, solonego, przetworzonego, z dodatkiem środków konserwujących.

Regularne spożywanie warzyw i owoców przyczynia się w znaczący sposób na obniżenie ryzyka rozwoju raka jelita grubego. Warzywa i owoce są źródłem wielu składników bioaktywnych, przeciwutleniaczy takich jak karotenoidy, fenole, flawonoidy oraz mikroelementów. Związki te działają antykarcinogennie poprzez możliwość wychwytu i neutralizacji wolnych rodników oraz zahamowanie aktywności niektórych enzymów [24]. Również codzienne spożycie warzyw i owoców zmniejsza ryzyko rozwoju raka jelita grubego o 50%. Działanie to związane jest głównie ze zwiększeniem objętości stolca, regulacją perystaltyki jelit, obniżeniem pH stolca, a także korzystnym działaniem błonnika na mikroflorę bakteryjną w jelicie grubym [25]. W każdej diecie nie powinno zabraknąć również witamin, głównie takich jak A, C, E oraz selen.

Ważnym aspektem w zapobieganiu nowotworu jelit po za dietą jest prowadzenie zdrowego trybu życia. Nadwaga i otyłość to jeden z czynników sprzyjających rozwojowi choroby. Można zaobserwować dużą zależność między poziomem BMI a zachorowalnością na raka jelit. Według badań wzrost BMI o 5kg/m², oraz BMI powyżej 30 kg/m² zwiększa ok 40% ryzyko zachorowania. Wysokie wskaźnik masy ciała nie tylko podwyższają predyspozycje, ale też ryzyko zgonu i złego rokowania, dlatego w profilaktyce tak ważna jest reedukacja masy ciała. Nadwaga oraz zaburzenia metaboliczne też są czynnikami rozwoju nowotworu jelit. Udział insuliny w procesach kancerogennych prowadzi do proliferacji i jednocześnie hamując apoptozę zmutowanych komórek.

Palenie papierosów jest kolejnym czynnikiem wystąpienia raka jelita grubego. Rakotwórcze substancje zawarte w dymie tytoniowym, przez układ krążenia docierają do jelita grubego i uczestniczą w procesie kancerogenezy. Oczywiście ryzyko raka wzrasta wraz z ilością wypalanych papierosów. Spożywanie alkoholu również przyczynia się do rozwoju raka jelita grubego. Dobowa dawka przekraczająca 30g etanolu wiąże się z 1,2 – 1,5 krotnie większym ryzykiem wystąpienia guza jelita grubego [26].

Profilaktyka wtórna

Profilaktyka wtórna opiera się na prowadzeniu badań przesiewowych tzw. badań skriningowych, których celem jest wykrycie choroby w początkowym, bez objawowym stadium. Dzięki czemu nowotwór może być leczony wcześniej, skuteczniej. W Polsce od

2000 roku wdrożono Program Badań Przesiewowych dla Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego wchodzący w skład Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Program ten obejmuje wykonanie raz na 2 lata testu na krew utajoną w stolcu (FOBT) oraz na 10 lat kolonoskopię [23]. Do zalecanych badań przesiewowych w kierunku CRC u kobiet i mężczyzn po przekroczeniu 50. roku życia w grupie średniego ryzyka, czyli osób bez objawów lub w przypadku nowotworu w wywiadzie rodzinnym należą:

- coroczne badanie na krew utajoną w kale;
- kolonoskopia raz na 10 lat
- sigmoidoskopia raz na 5 lat;
- kontrastowy wlew barytowy raz na 5 lat.

Wskazaniami do badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego u kobiet i mężczyzn w grupie podwyższonego ryzyka są:

- krewni pierwszego stopnia, u których wykryto raka jelita grubego albo polip gruczolakowaty;
- polipowatość rodzinna konieczne jest wykonanie badań genetycznych,
- w dziedzicznej polipowatości gruczolowej sigmoidoskopia co rok, począwszy od 10.–12. roku życia;
- dziedziczny niepolipowaty rak jelita grubego - kolonoskopia co 1–2 lata, począwszy od 20.–25. roku życia lub 10 lat wcześniej niż najwcześniejsze zachorowanie w rodzinie;
- choroby zapalne jelit (choroba Leśniowskiego Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego) - kolonoskopię z biopsją należy rozpocząć 7 - 8 lat po rozpoznaniu choroby i powtarzać co 2 lata.

Test na krew utajoną w kale pozwala wykryć niewidoczną makroskopowo krew w stolcu. Jest najmniej inwazyjną, najtańszą oraz najczęściej stosowaną metodą badania przesiewowego wczesnego rozpoznania raka jelita grubego [11]. Kolonoskopia uznana jest za najbardziej efektywną metodę wykrycia choroby we wczesnym stadium zaawansowania oraz usunięcia gruczolaków (polipów), czyli zmian na podłożu których może rozwinąć się rak [27].

ZAKOŃCZENIE

Profilaktyka nowotworu jelita grubego polega na stosowaniu prozdrowotnych zachowań, do których zaliczamy zmniejszenie narażenia na czynniki kancerogenne oraz wykonywanie regularnie badań przesiewowych. Czynniki te są najważniejsze, które zmniejszają ryzyko rozwoju nowotworu jelita grubego, pozwalające na szybsze jego wykrycie, wyleczenie oraz wydłużenie czasu przeżycia chorych.

PIŚMIENNICTWO

1. Potemski P., Bujko K., Wyrwicz L.: Nowotwory układu pokarmowego [w:] Onkologia kliniczna. Tom 2, pod red. Krzakowski K., Potemski P., Warzocha K., Wysocki P. Via Medica, Gdańsk 2015: 572-642.
2. Śliwczyński, A. Tkacz, A. Kowalski, Wójcik-Klikiewicz B., Biliński P., Piyush V., Krajewski-Siuda K., Krzakowski M., Paszkiewicz J.: Nowotwory złośliwe jelita grubego w świetle danych Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2006- 2009. Nowotwory. Journal of Oncology 2011; 61 (3): 252-261
3. Klimczak A., Kubiak K., Malinowska K., i wsp.: Badanie aktywności wybranych enzymów antyoksydacyjnych u chorych na raka jelita grubego. Pol Merk Lek 2009; 26(162): 470-473
4. Klimczak A., Kubiak K., Cybulska M., i wsp.: Etiologia raka jelita grubego oraz bariera antyoksydacyjna ustroju. Pol Merk Lek 2010; 28 (165): 223-226.
5. Nowacki M. P., Nowakowska D., Rutkowski A.: Rak jelita grubego (w): Krzakowski M., red. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych. Via Medica, Gdańsk 2009: 197-214.
6. Stec R.: Badania przesiewowe w raku jelita grubego. Współcz Onkol 2006; 10 (3): 6-102
7. Potemski P., Polkowski W., Bujko K., Didkowska J., Guzel Z., Herman R., Łacko A., Olszewski Jakub W., Pałucki J., Reguła J.: Nowotwory układu pokarmowego 2015.
8. Szmeja J., Szmyt K., Krokiewicz Ł., Banasiewicz T.: Co nowego w leczeniu chirurgicznym nowotworów okrężnicy i odbytnicy? Chirurgia po Dyplomie 2019; 9: 6-10.
9. Wronkowski Z., Brużewicz S., red. Nowotwory jelita grubego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008: 17-59.
10. Koper A.: Pielęgniarstwo onkologiczne. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2011: 137-151.

11. Musińska M., Minkiewicz M., Wasielica-Berger J., Kidrycki K., Kurek K.: Badania przesiewowe w profilaktyce raka jelita grubego. *Medycyna Rodzinna* 2018; 21 (3): 232-244.
12. Berner A., Piekarski J.: Rak jelita grubego [w:] *Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy*, pod red. Kordka R.. Via Medica, Gdańsk 2013: 179-184
13. Deptała A., Wojtukiewicz M.: Rak jelita grubego. Termedia. Wydawnictwo Medyczne, wyd. 1, Poznań 2012.
14. Nowaczyk P., Połom K., Murawa D., Cegielska E.: Objawy kliniczne raka jelita grubego a stopień zaawansowania nowotworu. *Farmacja Współczesna* 2011; 4: 103-108
15. Dziukowa J., Jarosz J., Kawecki A. i wsp. *Onkologia w praktyce lekarza rodzinnego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
16. Markowska A., Górka J., Grochans E., Szkup M.: Ocena wiedzy wybranych grup społecznych na temat profilaktyki raka jelita grubego. *Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu* 2016;22(4): 303-306
17. Dołoto K., Antos E., Wojciechowska M.: Kolonoskopia w profilaktyce raka jelita grubego- Działania pielęgniarские w przygotowaniu do badania. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2017; 50(1): 102-106.
18. Bednarski J., Bałabuszek K., Mroczek A., Pawlicka M.; *Nowoczesne techniki diagnostyczne i terapeutyczne*.Wyd. Instytut Promocji Kultury i Nauki Dr Jerzy Bednarski, Lublin 2019:45- 50.
19. Jeziorski A., Rutkowski P., Wysocki W.: *Chirurgia Onkologiczna 3*. PZWL, Warszawa 2019.
20. Herman J.: Wybór metody operacyjnej we wczesnym raku jelita grubego. *Chirurgia po Dyplomie* 2018; 6: 29-35.
21. Świeboda-Sadlej A.: Skojarzone leczenie nowotworów- współpraca chirurga i onkologa klinicznego w zakresie leczenia raka piersi, jelita grubego i płuca. *Chirurgia Polska* 2011;13(1): 59-68.
22. Strąg-Lemanowicz A., Leppert W.: Rola onkologicznego leczenia systemowego u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową. *Medycyna paliatywna w Praktyce* 2014; 8(1): 11-22.
23. Herman R., Reguła J., Pałucki J., Polkowski W., Potemski P.: Rak okrężnicy [w:] *Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych – praca zbiorowa* 2013, tom 1, pod red. Krzakowski K., Warzocha K.. Via Medica, Gdańsk 2013: 179-195.

24. Kałędkiewicz Emilia, Doboszyńska A.: Dietoprofilaktyka raka jelita grubego. *Onkologia w Praktyce Klinicznej* 2012; 8(5): 171-177.
25. Putowski M., Piróg M., Padała O., Pieciewicz-Szczęsna H., Zukow W.: Wybrane składniki diety w profilaktyce najczęściej występujących nowotworów w Polsce- przegląd aktualnych wyników badań. *Journal of Education, Health and Sport* 2015; 5(8): 73-84.
26. Raczyńska G., Jędrzejewska B., Sykut A., Dobrowolska B: Udział pielęgniarki w działaniach grubego. *Journal of Education Health and Sport* 2016; 11(6): 195-204.
27. Stefanowicz A., Kulik T. B., Skórzyńska H., Środa M.: Wiedza o programie profilaktyki raka jelita grubego wśród osób w wieku 50-65 lat. *Geriatrics* 2017; 11: 259-264.

WIEDZA I ŚWIADOMOŚĆ SPOŁECZEŃSTWA WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO NA TEMAT PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW JELITA GRUBEGO

Anna Grunwald¹, Krystyna Klimaszewska²

1/ Białostockie Centrum Onkologii

2/ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Rak jelita grubego stanowi trzecią z najczęstszych nowotworowych przyczyn zgonów na świecie. Corocznie odnotowuje się ok 2 mln zachorowań i ok 1 mil zgonów. Kilkukrotnie częściej chorują mieszkańcy krajów rozwiniętych niż rozwijających się [1]. Największą zapadalność stwierdza się m.in. w Europie Zachodniej i Ameryce Północnej, a najmniejszą w Afryce i Południowo Centralnej Azji. Polska należy do rejonów o średniej zachorowalności i umieralności. W 2017 roku zachorowało na raka jelita grubego ok. 18 tys. osób, a zmarło z tego nowotworu ok 12 tys. osób [1]. Zaobserwowano również zróżnicowanie zachorowalności na nowotwór jelita grubego ze względu na płeć. Według Krajowego Rejestru Nowotworów Złośliwych nowotwór jelita grubego występuje około 1,5-2 razy częściej u mężczyzn niż u kobiet [2]. Nowotwór jelita grubego zajmuje drugie miejsce pod względem zachorowalności u kobiet (po raku piersi), jak i u mężczyzn (po raku płuc) oraz stanowi drugą przyczyną zgonów z powodu choroby nowotworowej [3].

CEL PRACY

Rak jelita grubego należy do najczęściej występujących nowotworów złośliwych w Polsce i na świecie.

Obecnie jest on dużym wyzwaniem dla współczesnej medycyny, stanowiąc poważny problem cywilizacyjny i społeczny. Z uwagi na skalę problemu, jakim jest rak jelita grubego, znaczącą rolę w zapobieganiu i wczesnym rozpoznawaniu odgrywa wiedza na temat tej choroby, czynników ryzyka i profilaktyki.

Celem pracy była:

1. Analiza wiedzy mieszkańców województwa podlaskiego na temat czynników ryzyka wystąpienia nowotworu jelita grubego.
2. Ocena poziomu wiedzy społeczeństwa na temat profilaktyki raka jelita grubego.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badania dobrowolne i anonimowe zostały przeprowadzone wśród 100 losowo wybranych mieszkańców województwa podlaskiego. Respondenci mieszczą się 5 grupach wiekowych <18, 18-35 lat, 36- 50 lat, 51-65 lat oraz powyżej 65lat.

W badaniu wykorzystano sondaż diagnostyczny, natomiast narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. Udział w badaniu był dobrowolny oraz ankietowani mogli zrezygnować na każdym etapie jego trwania bez konieczności podawania przyczyny, o czym zostali poinformowani.

Uzyskane wyniki w trakcie badania zostały uogólnione i przedstawione w formie zbiorowych opracowań statystycznych w postaci opisowej oraz w formie tabel. Zebrane dane poddano analizie statystycznej w programie SPSS Statistics 25.0 celem oceny poziomu wiedzy i świadomości społeczeństwa województwa podlaskiego na temat profilaktyki nowotworów jelita grubego oraz próby wskazania czynników warunkujących ten poziom.

WYNIKI

W grupie 100 respondentów biorących udział w badaniu oceny poziomu wiedzy i świadomości społeczeństwa województwa podlaskiego na temat profilaktyki nowotworów jelita grubego, najwyższy odsetek grupy stanowiły kobiety (76,24%), osoby w wieku 18-35 lat (35,64%) i 36-50 lat (33,66%), osoby w związku małżeńskim (63,37%) oraz osoby mieszkające w mieście (69,31%).

Tabela 1. Rozkład odpowiedzi ankietowanych na pytania o płeć, wiek, stan cywilny i miejsce zamieszkania

		<i>N</i>	%
Płeć	Kobieta	77	76,24%
	Mężczyzna	24	23,76%

Wiek	<18	1	0,99%
	18-35	36	35,64%
	36-50	34	33,66%
	51-65	19	18,81%
	>65	11	10,89%
Stan cywilny	Mężatka/Żonaty	64	63,37%
	Panna/Kawaler	27	26,73%
	Wdowa/Wdowiec	10	9,90%
Miejsce zamieszkania	Miasto	70	69,31%
	Wieś	31	30,69%
	Razem	101	100,00%

Analizując status społeczno-demograficzny badanej grupy wykazano, że najwyższy odsetek grupy stanowiły osoby z wykształceniem wyższym (62,38%), osoby pracujące fizycznie (40,59%) lub umysłowo (36,63%) oraz osoby deklarujące dobre warunki bytowe (61,39%).

Tabela 2. Rozkład odpowiedzi ankietowanych na pytania o wykształcenie, sytuację zawodową i bytową

		<i>N</i>	%
Wykształcenie	Podstawowe	2	1,98%
	Zawodowe	6	5,94%
	Średnie	30	29,70%
	Wyższe	63	62,38%
Sytuacja zawodowa	Pracownik fizyczny	41	40,59%
	Pracownik umysłowy	37	36,63%
	Bezrobotny	3	2,97%
	Emeryt/Emerytka	11	10,89%
	Uczeń/Student	4	3,96%

	Inne	5	4,95%
Warunki bytowe	Bardzo dobre	22	21,78%
	Dobre	62	61,39%
	Średnie	16	15,84%
	Złe	1	0,99%
	Razem	101	100,00%

Analiza danych w odpowiedziach ankietowanych na pytania o zachowania zdrowotne. Najwyższy odsetek grupy stanowiły osoby jedzące 3-4 posiłki w ciągu doby (49,50%), osoby niepalące papierosów (61,39%) i nienadużywające alkoholu (91,09%) oraz osoby ze średnią częstością aktywności fizycznej (43,56%).

Tabela 3. Rozkład odpowiedzi ankietowanych na pytania o zachowania zdrowotne

		<i>N</i>	%
Ilość posiłków spożywanych w ciągu doby	1-2	2	1,98%
	3-4	50	49,50%
	5-6	15	14,85%
	Zależy od dnia	34	33,66%
Palenie papierosów	Tak	39	38,61%
	Nie	62	61,39%
Nadużywanie alkoholu	Tak	9	8,91%
	Nie	92	91,09%
Częstość aktywności fizycznej	Bardzo często	9	8,91%
	Często	17	16,83%
	Średnio	44	43,56%
	Nie uprawiam	31	30,69%
	Razem	101	100,00%

Doświadczenia ankietowanych związane z nowotworem jelita grubego

Jednym z pytań było doświadczenia osobiste związane z nowotworem jelita grubego. Najwyższy odsetek grupy stanowiły osoby, które nigdy nie miały wykonywanego badania przesiewowego w kierunku nowotworu jelita grubego (68,32%). Jedynie 17,82% ankietowanych wykonało takie badanie, a 13,86% planuje wykonać. Nowotwór jelita grubego w rodzinie wystąpił w przypadku 21,78% osób, najczęściej w przypadku rodziców (12,87%), szczególnie ojca (9,90%).

Tabela 4. Rozkład odpowiedzi ankietowanych na pytania o doświadczenia osobiste związane z nowotworem jelita grubego

		N	%
Wykonywanie badania przesiewowego w kierunku nowotworu jelita grubego	Tak, kilka razy	1	0,99%
	Tak	17	16,83%
	Nie	69	68,32%
	Nie, ale zamierzam je wykonać	14	13,86%
Występowanie w rodzinie nowotworu jelita grubego	Tak	22	21,78%
	Nie	58	57,43%
	Nie wiem	21	20,79%
U kogo wystąpił nowotwór	Matka	3	2,97%
	Ojciec	10	9,90%
	Rodzeństwo	2	1,98%
	Dziadkowie	4	3,96%
	Wujek	3	2,97%
	Nie dotyczy	79	78,22%
	Razem	101	100,00%

Wiedza ankietowanych na temat profilaktyki nowotworów jelita grubego

Badanych zapytano o dostępność informacji dotyczących nowotworów jelita grubego. Wykazano iż największy odsetek grupy stanowiły osoby czerpiące informację z Internetu (51,49%), rzadziej natomiast od personelu medycznego (21,78%), rodziny (16,83%) i innych (9,90%). Ankietowani dobrze oceniali dostępność informacji dotyczących nowotworów jelita grubego (61,39%).

Tabela 5. Rozkład odpowiedzi ankietowanych na pytania o dostępność informacji dotyczących nowotworów jelita grubego

		<i>N</i>	%
Źródła informacji ¹	Internet	52	51,49%
	Personel medyczny	22	21,78%
	Prasa	1	0,99%
	Rodzina	17	16,83%
	Telewizja	6	5,94%
	Znajomi	3	2,97%
Dostępność informacji	Bardzo dobra	8	7,92%
	Dobra	62	61,39%
	Zła	31	30,69%
	Razem	101	100,00%

¹ Pytanie wielokrotnego wyboru

Badając samoocenę ankietowanych na temat profilaktyki nowotworów jelita grubego. Najwyższy odsetek grupy stanowiły osoby deklarujące posiadanie wiedzy, czym jest nowotwór jelita grubego (76,24%), co to są badania przesiewowe (81,19%) i na czym polega kolonoskopia (89,11%). Ankietowani w większości przeciętnie oceniają stan swojej wiedzy na temat profilaktyki nowotworów jelita grubego (52,48%), choć spory odsetek osób wskazał także ocenę bardzo dobrą i dobrą (łącznie 37,62%).

Tabela 6. Rozkład odpowiedzi ankietowanych na pytania o samoocenę wiedzy na temat profilaktyki nowotworów jelita grubego

		N	%
Czy wie Pan/Pani czym jest nowotwór jelita grubego?	Tak	77	76,24%
	Nie	9	8,91%
	Nie wiem	15	14,85%
Czy wie Pan/Pani co to są badania przesiewowe?	Tak	82	81,19%
	Nie	19	18,81%
Czy wie Pan/Pani na czym polega badanie Kolonoskopia?	Tak	90	89,11%
	Nie	6	5,94%
	Nie wiem	5	4,95%
Jak ocenia Pan/Pani swój stan wiedzy na temat nowotworów jelita grubego?	Bardzo dobry	5	4,95%
	Dobry	33	32,67%
	Przeciętny	53	52,48%
	Zły	10	9,90%
	Razem	101	100,00%

Analiza zgromadzonych danych wykazała iż badanie przesiewowe w kierunku nowotworów jelita grubego. Najwyższy odsetek grupy stanowiły osoby, które słyszały o występowaniu badań przesiewowych w kierunku nowotworów jelita grubego (64,36%), ale negatywnie oceniły jego dostępność (55,45%).

Tabela 7. Rozkład odpowiedzi ankietowanych na pytania o badanie przesiewowe w kierunku nowotworu jelita grubego

		N	%
Czy słyszał/a Pan/Pani o występowaniu badań przesiewowych w kierunku nowotworów jelita grubego?	Tak	65	64,36%
	Nie	36	35,64%

Czy według Pana/Pani badania przesiewowe w kierunku	Tak	45	44,55%
nowotworów jelita grubego są łatwo dostępne?	Nie	56	55,45%
	Razem	101	100,00%

Tabela 8 przedstawia rozkład odpowiedzi ankietowanych na pytania o czynniki ryzyka nowotworu jelita grubego. Najwyższy odsetek grupy stanowiły osoby prawidłowo wskazujące na czynniki ryzyka nowotworu jelita grubego tj. płeć (46,53%), wiek (70,30%) oraz spożywanie alkoholu, polipowatość jelit, otyłość (69,31%)

Tabela 8. Rozkład odpowiedzi ankietowanych na pytania o czynniki ryzyka nowotworu jelita grubego

		N	%
Czy płeć ma wpływ w zachorowalności na nowotwór jelita grubego?	Tak	47	46,53%
	Nie	27	26,73%
	Nie wiem	27	26,73%
Czy wiek może zwiększyć ryzyko zachorowania na nowotwór jelita grubego?	Tak	71	70,30%
	Nie	14	13,86%
	Nie wiem	16	15,84%
Które spośród niżej wymieniony grup czynników ryzyka są predysponujące do występowania nowotworów jelita grubego?	Prawidłowa aktywność fizyczna, hemoroidy, palenie tytoniu	12	11,88%
	Spożywanie alkoholu, polipowatość jelit, otyłość	70	69,31%
	Spożywanie owoców oraz warzyw, nadwaga, niska aktywność fizyczna	4	3,96%
	Obciążenie genetyczne, prawidłowy wskaźnik BMI, spożywanie produktów wysoko-węglowodanowych	53	52,48%
	Razem	101	100,00%

Jednym z pytań wielokrotnego wyboru stawianym uczestnikom ankiety było pytanie o objawy nowotworu jelita grubego. Ponad połowa ankietowanych poprawnie wskazywała na objawy tj. bóle brzucha (64,36%), krwawe stolce (74,26%), zaparcia (60,40%), utrata masy ciała (65,35%). Najczęściej błędnie wskazywano na wzdęcia (30,69%) i biegunki (36,63%).

Tabela 9. Rozkład odpowiedzi ankietowanych na pytanie o objawy nowotworu jelita grubego

		N	%
Objawy nowotworu jelita grubego ¹	Wzdęcia	31	30,69%
	Bóle brzucha	65	64,36%
	Bóle stawów	4	3,96%
	Gorączka	6	5,94%
	Krwawe stolce	75	74,26%
	Brak łaknienia	14	13,86%
	Zaparcia	61	60,40%
	Biegunki	37	36,63%
	Utrata masy ciała	66	65,35%
	Anemia	20	19,80%

¹ Pytanie wielokrotnego wyboru

Zbadano również czy ankietowani znają jak zapobiegać zachorowaniu na nowotwór jelita grubego. Ponad połowa grupy poprawnie wskazywała, że wczesne wykrycie nowotworu jelita grubego ma wpływ na efekty leczenia (93,07%), oraz że można zapobiegać zachorowaniu poprzez rezygnację z używek (53,47%), dietę z dużą zawartością błonnika (54,46%), regularną aktywność fizyczną (60,40%) i wykonywanie badań przesiewowych (84,16%)

Tabela 10. Rozkład odpowiedzi ankietowanych na pytania o zapobieganie zachorowaniu na nowotwór jelita grubego

		N	%
W jaki sposób można zapobiegać zachorowaniu na nowotwór jelita	Dieta wysokobiałkowa	3	2,97%
	Dieta z dużą zawartością mięsa	2	1,98%

grubego? ¹	czerwonego		
	Dieta wysokokaloryczna	1	0,99%
	Rezygnacja z używek	54	53,47%
	Dieta z dużą zawartością błonnika	55	54,46%
	Regularna aktywność fizyczna	61	60,40%
	Wykonywanie badań przesiewowych	85	84,16%
Czy wczesne wykrycie nowotworu jelita grubego ma wpływ na efekty leczenia?	Tak	94	93,07%
	Nie wiem	7	6,93%
	Razem	101	100,00%

¹ Pytanie wielokrotnego wyboru

Ocenieni respondenci poddani także znajomości badań diagnostycznych w kierunku rozpoznania nowotworów jelita grubego. Ankietowani najczęściej wskazywali poprawnie na badania diagnostyczne nowotworu jelita grubego tj. Kolonoskopia jako (89,11%), USG j. brzusznej (46,53%) i tomografię komputerową (41,58%), rzadziej na badania laboratoryjne krwi (28,71%) i rektoskopię (12,87%). Cechy terminu Kolonoskopii poprawnie wskazywało ponad 50% ankietowanych tj. wymaga dokładnego przygotowania się do badania (66,34%), polega na wprowadzeniu do odbytu cienkiej rurki z kamerą (94,06%), można usunąć polipy (59,41%) oraz można pobrać materiał do badania (61,39%). W przypadku pytania o częstość wykonywania Kolonoskopii w sytuacji wcześniejszego prawidłowego wyniku, niski procent ankietowanych wskazał poprawie na okres raz na 10 lat (28,71%). Najczęściej błędnie wskazywany był okres raz na 5 lat.

Tabela 11. Rozkład odpowiedzi ankietowanych na pytania o badania diagnostyczne w kierunku rozpoznania nowotworów jelita grubego

		N	%
Jakie są badania diagnostyczne w kierunku rozpoznania nowotworów jelita grubego? ¹	Gastroskopia	14	13,86%
	Rektoskopia	13	12,87%
	Kolonoskopia	90	89,11%
	Rezonans Magnetyczny	19	18,81%

	USG j. brzusznej	47	46,53%
	Tomografia Komputerowa	42	41,58%
	Badania laboratoryjne krwi	29	28,71%
Czym cechuje się termin Kolonoskopia?	Wymaga dokładnego przygotowania się do badania	67	66,34%
	Polega na wprowadzeniu do odbytu cienkiej rurki z kamerą	95	94,06%
	Jakość i wynik badania zależy od lekarza wykonującego	13	12,87%
	Można usunąć polipy	60	59,41%
	Można pobrać materiał do badania	62	61,39%
Jak często należy wykonywać	Dwa razy do roku	3	2,97%
Kolonoskopię, jeśli wcześniejszy wynik był prawidłowy?			
	Raz w roku	16	15,84%
	Raz na 5 lat	53	52,48%
	Raz na 10 lat	29	28,71%
	Razem	101	100,00%

¹ Pytanie wielokrotnego wyboru

Analiza uzyskanych wyników na pytanie o sposób leczenia nowotworu jelita grubego wykazała iż, najwyższy odsetek grupy stanowiły osoby poprawnie wskazujące, że wszystkie możliwe odpowiedzi stanowią sposoby leczenia (66,34%).

Tabela 12. Rozkład odpowiedzi ankietowanych na pytanie o sposób leczenia nowotworu jelita grubego

		N	%
Jakie zna Pan/Pani sposoby leczenia nowotworów jelita grubego?	Chemioterapia	4	3,96%
	Radioterapia	1	0,99%
	Zabieg operacyjny	18	17,82%

	Wszystkie wymienione	67	66,34%
	Nie wiem	11	10,89%
	Razem	101	100,00%

Ogólny wskaźnik poziomu wiedzy na temat profilaktyki nowotworów jelita grubego

Na podstawie pytań ankiety własnej zbudowano ogólny wskaźnik poziomu wiedzy na temat profilaktyki nowotworu jelita grubego. Za udzielenie poprawnej odpowiedzi przyznano 1 punkt, za udzielenie błędnej odpowiedzi przyznano 0 punktów. Ze względu na występowanie pytań wielokrotnego wyboru, uzyskać można było wynik w przedziale 0-23 punktów. Zbudowany wskaźnik został przekształcony na skalę 0 -100 przez podzielenie przez maksymalny możliwy wynik (23) i pomnożenie razy 100, a następnie poddany kategoryzacji na trzy poziomy: niski (0-40), przeciętny (41- 70), wysoki (71- 100).

Uzyskana strukturę poziomu wiedzy przedstawia tabela 13. Ankietowani w największym odsetku uzyskali wysoki poziom wiedzy na temat profilaktyki nowotworu jelita grubego (58,42%). Wynik przeciętny uzyskano w 22,77% grupy, a niski 18,81 grupy.

Tabela 13. Poziom wiedzy na temat profilaktyki nowotworów jelita grubego

		<i>N</i>	%
Poziom wiedzy na temat profilaktyki nowotworów jelita grubego	Niski	19	18,81%
	Przeciętny	23	22,77%
	Wysoki	59	58,42%
	Razem	101	100,00%

Czynniki warunkujące poziom wiedzy na temat profilaktyki nowotworów jelita grubego

Sprawdzono, czy istnieje istotna statystycznie zależność między zmiennymi socjodemograficznymi, źródłami wiedzy, doświadczeniami osobistymi, zachowaniami zdrowotnymi a poziomem wiedzy na temat profilaktyki nowotworów jelita grubego. Ze względu na jakościowy charakter danych Zastosowano test niezależności *chi*-kwadrat. Istotność wyników przyjęto na poziomie $p < 0,05$.

Czynniki socjodemograficzne a poziom wiedzy

Analizując status socjodemograficznymi (płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, aktywność zawodową, warunki bytowe) a poziomem wiedzy na temat profilaktyki nowotworów jelita grubego.

Zaobserwowano istotną statystycznie zależność między stanem cywilnym ($p = 0,05$), wykształceniem ($p = 0,001$), miejsce zamieszkania ($p = 0,01$) oraz aktywnością zawodową ($p = 0,01$) a poziomem wiedzy na temat profilaktyki nowotworów jelita grubego. Wysoki poziom wiedzy przejawiały w największym odsetku panny/kawalerowie (70,37%), osoby z wykształceniem wyższym (73,02%), osoby mieszkające w mieście (68,57%) oraz osoby aktywne zawodowo (65,06%).

Nie stwierdzono znaczenia płci, wieku i warunków bytowych ($p > 0,05$).

Tabela 14. Zależność między zmiennymi socjodemograficznymi a poziomem wiedzy na temat profilaktyki nowotworów jelita grubego

		Poziom wiedzy na temat profilaktyki nowotworów jelita grubego						Statystyka testu <i>chi</i> -kwadrat	
		Niski		Przeciętny		Wysoki			
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	χ^2	<i>p</i>
Płeć	Kobieta	14	18,18 %	17	22,08%	46	59,74%	0,23	0,89
	Mężczyzna	5	20,83 %	6	25,00%	13	54,17%		
Wiek	<18	0	0,00%	0	0,00%	1	100,00 %	13,23	0,10
	18-35	4	11,11 %	5	13,89%	27	75,00%		
	36-50	6	17,65 %	8	23,53%	20	58,82%		
	51-65	5	26,32 %	5	26,32%	9	47,37%		
	>65	4	36,36 %	5	45,45%	2	18,18%		

Stan cywilny	Mężatka/Żonaty	15	23,44 %	12	18,75%	37	57,81%	8,59	0,05
	Panna/Kawaler	1	3,70%	7	25,93%	19	70,37%		
	Wdowa/Wdowiec	3	30,00 %	4	40,00%	3	30,00%		
Wykształcenie	Podstawowe	1	50,00 %	1	50,00%	0	0,00%	23,12	0,001
	Średnie	9	30,00 %	9	30,00%	12	40,00%		
	Zawodowe	4	66,67 %	1	16,67%	1	16,67%		
	Wyższe	5	7,94%	12	19,05%	46	73,02%		
Miejsce zamieszkania	Miasto	8	11,43 %	14	20,00%	48	68,57%	11,41	0,01
	Wieś	11	35,48 %	9	29,03%	11	35,48%		
Aktywność zawodowa ¹	Nie	7	38,89 %	6	33,33%	5	27,78%	9,29	0,01
	Tak	12	14,46 %	17	20,48%	54	65,06%		
Warunki bytowe	Bardzo dobre	2	9,09%	5	22,73%	15	68,18%	8,58	0,20
	Dobre	11	17,74 %	14	22,58%	37	59,68%		
	Średnie	6	37,50 %	3	18,75%	7	43,75%		
	Złe	0	0,00%	1	100,00 %	0	0,00%		
	Razem	19	18,81 %	23	22,77%	59	58,42%		

¹ Ze względu na różnorodność kategorii stworzono dwie grupy: osoby nieaktywne i aktywne zawodowo

Źródła wiedzy a poziom wiedzy

Ankietowani nie wykazują istotnej statystycznie zależności między źródłami wiedzy a poziomem wiedzy na temat profilaktyki nowotworów jelita grubego ($p > 0,05$).

Tabela 15. Zależność między źródłami wiedzy a poziomem wiedzy na temat profilaktyki nowotworów jelita grubego

		Poziom wiedzy na temat profilaktyki nowotworów jelita grubego						Statystyka testu <i>chi</i> -kwadrat	
		Niski		Przeciętny		Wysoki			
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%		
Źródła wiedzy ¹	Internet	9	17,31 %	13	25,00%	30	57,69%	11,32	0,33
	Personel medyczny	4	18,18 %	1	4,55%	17	77,27%		
	Prasa	0	0,00%	0	0,00%	1	100,00 %		
	Rodzina	4	23,53 %	7	41,18%	6	35,29%		
	Telewizja	2	33,33 %	1	16,67%	3	50,00%		
	Znajomi	0	0,00%	1	33,33%	2	66,67%		

¹ Pytanie wielokrotnego wyboru

Doświadczenia osobiste a poziom wiedzy

Badając zależność między doświadczeniami osobistymi (wykonywanie badania przesiewowego w kierunku nowotworu jelita grubego, zachorowanie w rodzinie) a poziomem wiedzy na temat profilaktyki nowotworów jelita grubego. Nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności między wykonywaniem badania przesiewowego w kierunku

nowotworu jelita grubego oraz zachorowaniem w rodzinie a poziomem wiedzy na temat profilaktyki nowotworów jelita grubego ($p > 0,05$).

Tabela 16. Zależność między doświadczeniami osobistymi a poziomem wiedzy na temat profilaktyki nowotworów jelita grubego

		Poziom wiedzy na temat profilaktyki nowotworów jelita grubego						Statystyka testu <i>chi</i> -kwadrat	
		Niski		Przeciętny		Wysoki			
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	χ^2	<i>p</i>
Wykonywanie badania przesiewowego w kierunku nowotworu jelita grubego	Tak, kilka razy	0	0,00%	1	100,00%	0	0,00%	9,34	0,16
	Tak	0	0,00%	4	23,53%	13	76,47%		
	Nie	17	24,64%	15	21,74%	37	53,62%		
	Nie, ale planuję	2	14,29%	3	21,43%	9	64,29%		
Zachorowanie w rodzinie	Tak	3	13,64%	6	27,27%	13	59,09%	7,54	0,11
	Nie	8	13,79%	12	20,69%	38	65,52%		
			%						
	Nie wiem	8	38,10%	5	23,81%	8	38,10%		
	Razem	19	18,81%	23	22,77%	59	58,42%		

Zachowania zdrowotne a poziom wiedzy

Wśród ankietowanych nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności między paleniem papierosów, nauceżywaniem alkoholu, częstością aktywności fizycznej a poziomem wiedzy na temat profilaktyki nowotworów jelita grubego ($p > 0,05$)

Tabela 17. Zależność między zachowaniami zdrowotnymi a poziomem wiedzy na temat profilaktyki nowotworów jelita grubego

		Poziom wiedzy na temat profilaktyki nowotworów jelita grubego						Statystyka testu <i>chi</i> -kwadrat	
		Niski		Przeciętny		Wysoki			
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	χ^2	<i>p</i>
Palenie papierosów	Tak	8	20,51 %	8	20,51%	23	58,97%	0,24	0,89
	Nie	11	17,74 %	15	24,19%	36	58,06%		
Nadużywanie alkoholu	Tak	4	44,44	2	22,22%	3	33,33%	4,52	0,11
			%						
	Nie	15	16,30 %	21	22,83%	56	60,87%		
Aktywność fizyczna	Bardzo często	2	22,22 %	3	33,33%	4	44,44%	5,45	0,49
	Często	3	17,65 %	1	5,88%	13	76,47%		
	Średnio	7	15,91 %	10	22,73%	27	61,36%		
	Nie uprawiam	7	22,58 %	9	29,03%	15	48,39%		
	Razem	19	18,81 %	23	22,77%	59	58,42%		

DYSKUSJA

Rak jelita grubego jest chorobą XXI wieku. Ze względu na zachodzące w Polsce zmiany demograficzne, między innymi przyrost osób w wieku starszym. Obserwuje się że zapadalność na raka jelita grubego rośnie. Prognozuje się również, że ta liczba będzie coraz

większa. W Polsce nowotwór jelita grubego zajmuje drugie miejsce pod względem zachorowalności zarówno u mężczyzn jak i u kobiet [4]. Statystyki i dane epidemiologiczne pokazują, że w Polsce co roku pojawia się ok 13 tys. nowych zachorowań na nowotwór jelita grubego [3, 4]. Niedostateczna wiedza społeczeństwa na temat profilaktyki oraz czynników ryzyka nowotworu jelita grubego, może wiązać się z tym iż wzrasta z roku na rok zachorowalność na ten nowotwór [5].

Badania własne pozwoliły stwierdzić, że ankietowani w największym odsetku uzyskali średni poziom wiedzy na temat profilaktyki nowotworu jelita grubego (58,42%). Wynik przeciętny uzyskano w 22,77% grupy, a niski 18,81% grupy. Gryś A. i wsp. którzy przeprowadzili badania wśród mieszkańców województwa świętokrzyskiego uzyskali podobny wynik na poziomie 61% [6]. Większość badanych stanowiły kobiety ok 76,24%, podobnie jak w badaniach Jurczaka 67% oraz Nowickiego i wsp., u którego również większość stanowiły kobiety (64%) [7].

W obecnym badaniu zaskakujące jest to, że 68,32% respondentów nigdy nie miało wykonywanego badania przesiewowego w kierunku nowotworu jelita grubego. Natomiast jedynie 17,82% ankietowanych wykonało takie badanie, a 13,86% planuje wykonać. Z badań Kuprewicz i wsp. wynika, że 63,7% kobiet i 41,6% mężczyzn poddałoby się badaniu kolonoskopowemu [8].

Analiza danych wykazała, że mieszkańcy wsi udzielili najmniej odpowiedzi poprawnych odróżnieniu od osób zamieszkujących miasto (68,57 %). Porównanie między grupami w zależności od wykształcenia wykazało istotne różnice, osoby z wykształceniem wyższym (73,02%) a z wykształceniem zawodowym (16,67%). Osoby aktywne zawodowo po przeanalizowaniu wyników udzieliły najwięcej poprawnych odpowiedzi 65,06%. Podobne wyniki w badaniach uzyskała Markowska i wsp.[9]. Równie dobrze wypadły osoby będące kawalerami/ pannami co stanowi 70,73 %.

Głównym czynnikiem ryzyka sporadycznego raka jelita grubego jest wiek. Ok. 90% przypadków nowotworu rozpoznaje się po 50 roku życia. Występowanie nieswoistych zapaleń jelit, dodatni wywiad rodzinny oraz obecność polipów gruczolakowatych również zwiększają ryzyko zachorowania. Bardzo duży wpływ ma również prowadzony styl życia, otyłość, palenie papierosów czy nadużywanie alkoholu [10]. Badania własne pokazują, iż badani mają coraz większą świadomość negatywnego wpływu palenia papierosów na zdrowie. Zdecydowana większość 61,39% ankietowanych nie pali papierosów. Badania

własne pokazały, że najwyższy odsetek grupy stanowiły osoby prawidłowo wskazujące na czynniki ryzyka nowotworu jelita grubego tj. płeć 46,53%, wiek 70,30% oraz spożywanie alkoholu, polipowatość jelit, otyłość 69,31%. Podobne wyniki uzyskała również Chrobak-Bień A. i wsp., gdzie respondenci uznali czynniki genetyczne 90% i sposób odżywiania 50 % jako najważniejsze determinanty ryzyka rozwoju raka jelita grubego [11]. W obecnym opracowaniu 93,07 % respondentów wskazywała, że wczesne wykrycie nowotworu jelita grubego ma wpływ na efekty leczenia. Ankietowani w 53,47 % uważają, że rezygnacja z używek oraz dieta z dużą zawartością błonnika 54,46% oraz regularna aktywność fizyczna 60,40 % pomagają w zapobieganiu zachorowania na nowotwór jelita grubego.

W Polsce od 2000 r. (a od 2005 r. na mocy ustawy) rozpoczęto realizację Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, którego jednym z zadań jest Program Badań Przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego [12]. Badania przesiewowe są podstawowymi metodami wykrywania zmian nowotworowych, zarówno tych niezłośliwych, jak i we wczesnym stadium zaawansowania [11]. W przeprowadzonych badaniach własnych 64,36% ankietowanych słyszało o występowaniu badań przesiewowych, ale 55,45% respondentów negatywnie oceniło dostępność badań przesiewowych w kierunku nowotworu jelita grubego, natomiast według Kuprewicz i wsp. ponad połowa tzn. 56% ankietowanych słyszało o obecności badań przesiewowych, jednakże aż 44 % w ogóle nie wiedziało o istnieniu takich badań [8].

W diagnostyce raka jelita grubego bardzo ważna jest znajomość objawów, które mogą wskazywać na wystąpienie tego nowotworu. Symptomami które mogą zaniepokoić każdego i skłonić do wizyty u lekarza to: ból brzucha, wzdęcia, zmiana częstości wypróżnień, krew w kale, osłabienie, niedokrwistość oraz zmniejszenie masy ciała [13]. W obecnie przeprowadzonym badaniu respondenci za najczęstsze objawy raka jelita grubego uznali: krwawe stolce 74,26%, utrata masy ciała 65,35, bóle brzucha 64,36%, zaparcia 60,40%. Zdaniem ankietowanych takie objawy jak wzdęcia 30,69% oraz biegunki 36,63% nie powinny natomiast niepokoić. W publikacjach innych autorów, badani również wskazywali na podobne objawy nowotworu jelita grubego. W badaniach Langenbach i wsp. pacjenci jako objawy raka jelita grubego najczęściej wskazywali: bóle brzucha (55%) i obecność krwi w stolcu 49% [14]. Badania Stapleya i wsp. wykazały, że stwierdzenie u chorych na CRC krwawienia z odbytu jako pierwszego objawu w momencie rozpoznania [15]. Natomiast w badaniach Kuprewicz i wsp. publikuje, że respondenci za najczęstsze objawy nowotworu

jelita grubego uznali: obecność krwi w stolcu, zaparcia na przemian z biegunkami oraz utratę masy ciała i bóle w dole brzucha [8].

Diagnostyka w postawieniu prawidłowej diagnozy i w wykryciu niepokojących zmian w organizmie ma bardzo ważne znaczenie. Obecnie za złoty standard w diagnostyce nowotworu jelita grubego uważana jest kolonoskopia, pozwalająca na wykrycie nie tylko nowotworu we wczesnym stadium, lecz także jednoczesne usunięcie stwierdzonych stanów przedrakowych, czyli polipów gruczolakowych [16]. Analiza zgromadzonych danych wykazała iż badanie przesiewowe w kierunku nowotworów jelita grubego. Najwyższy odsetek grupy stanowiły osoby, które słyszały o występowaniu badań przesiewowych w kierunku nowotworów jelita grubego (64,36%), ale negatywnie przekonanych o tym, że najczęściej wykonywanym badaniem przesiewowym w kierunku raka jelita grubego jest kolonoskopia 89,11%, przy czym 50% ankietowanych potrafiło poprawnie wskazać na czym polega badanie. Porównywalne wyniki uzyskali Chrobak-Bień i wsp. ponieważ 92,5% ankietowanych uważa badanie endoskopowe (kolonoskopię) za najważniejszą metodę diagnostyczną w celu rozpoznania nowotworu jelita grubego [11].

Badania własne pozwoliły stwierdzić, że znajomość sposobów leczenia nowotworów jelit jest na średnim poziomie. Wszystkie odpowiedzi zaznaczyło 66,34% badanych, 17,82% wybrało zabieg chirurgiczny oraz 10,89% nie wie jakie są metody leczenia.

Badania własne pozwoliły stwierdzić, że ogólny poziom wiedzy na temat raka jelita grubego społeczeństwa województwa podlaskiego jest wysoki 58,42%. Wynik przeciętny uzyskało 22,77% ankietowanych, 18,81% oceniło swoją wiedzę na temat raka jelita grubego, jako niską. Wyniki badań własnych są zadowalające ,pomimo to należałoby upowszechnić akcje edukacyjne promujące profilaktykę nowotworu jelita grubego, poprzez dostarczanie wiedzy o czynnikach ryzyka, objawach sugerujących raka jelita grubego oraz badaniach przesiewowych obejmujących wczesną diagnostykę raka jelita grubego.

WNIOSKI

Na podstawie uzyskanych wyników, dotyczących wiedzy na temat profilaktyki nowotworu jelita grubego mieszkańców województwa podlaskiego można sformułować następujące wnioski:

1. Poziom wiedzy na temat na temat raka jelita grubego klasyfikuje się na poziomie wysokim.
2. Poziom wiedzy zależy od miejsca zamieszkania i wykształcenia.
3. Większość badanych uważa, że brak dostępności do badań przesiewowych jest głównym powodem nie poddawania się badaniom profilaktycznym wczesnego wykrywania raka jelita grubego.
4. Należy zwiększyć dostępność informacji o badaniach przesiewowych przy użyciu większego udziału personelu medycznego, co mogłoby zwiększyć poziom wiedzy mieszkańców i w ten sposób wpłynąć na ich zachowania zdrowotne.
5. Należy przygotować programy edukacyjne i profilaktyczne ze szczególnym uwzględnieniem środowisk wiejskich.

PIŚMIENNICTWO

1. Potemski P.: Onkologia. Rak jelita grubego. PZWL Warszawa 2020.
2. Wojciechowska U., Didkowska J., Tarkowski W., Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2004. GUS, Warszawa 2006; 47–48.
3. Śliwczyński, A. Tkacz, A. Kowalski, Wójcik-Klikiewicz B., Biliński P., Piyush V., Krajewski-Siuda K., Krzakowski M., Paszkiewicz J.: Nowotwory złośliwe jelita grubego w świetle danych Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2006- 2009. Nowotwory. Journal of Oncology 2011; 61 (3): 252-261
4. Król S. K., Kapka-Skrzypczak L.: Nowotwory jelita grubego jako poważny problem w Polsce i na świecie – kwestie medyczne i środowiskowe. Medycyna Środowiskowa 2011; 14 (4): 75-80.
5. Tuchowska P., Worach-Kardas H., Marcinkowski J. T.: Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce – główne czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych. Problemy Higieny Epidemiologicznej 2013; 94 (2): 166-171.
6. Gryś A. A., Czarnecka J., Sienkiewicz Z., Krupienicz A.: Wiedza mieszkańców województwa świętokrzyskiego na temat raka jelita grubego. Pielęgniarstwo Polskie 2013; 1 (47): 23-27.
7. Nowicki A, Duda M, Kula Z. Wstępne wyniki programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego realizowanego w Centrum Onkologii w Bydgoszczy w latach 2001–2004. Proktologia 2006; 7(2): 104–117

8. Kuprewicz A, Krajewska-Kułak E, Trochimowicz L. Wiedza na temat raka jelita grubego i preferowane zachowania zdrowotne mieszkańców miasta i wsi. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2016; 2: 74–83.
9. Markowska A., Górska J., Grochans E., Szkup M.: Ocena wiedzy wybranych grup społecznych na temat profilaktyki raka jelita grubego. *Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu* 2016; 22(4): 303-306
10. Korniluk J., Wcisło G., Nurzyński P., i wsp., Leczenie uzupełniające raka jelita grubego. *Współcz. Onkol.*, 2006; 10 (3): 139-140
11. Chrobak-Bień J. Z., Gawor A., Gąsiorowska A.: Wiedza chorych na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka jelita grubego. *Pielęgniarstwo Zdrowia Publicznego* 2016; 6(3): 187-195.
12. Dołoto K., Antos E., Wojciechowska M.: Kolonoskopia w profilaktyce raka jelita grubego- Działania pielęgniarskie w przygotowaniu do badania. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2017; 50(1): 102-106.
13. Berner A., Piekarski J.: Rak jelita grubego [w:] *Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy*, pod red. Kordka R.. Via Medica, Gdańsk 2013: 179-184
14. Langenbach MR, Schmidt J, Neumann J. Delay in Treatment of Colorectal Cancer: Multi-factorial Problem. *World J Surg* 2003; 27: 304-308.
15. Stapley S, Peters TJ, Sharp D, et al. The mortality of colorectal cancer in relation to the initial symptom at presentation to primary care and to the duration of symptoms: a cohort study using medical records. *Br J Cancer* 2006; 95: 1321-1325
16. Bujnowska-Fedak MM, Czajor J, Steciwko A. Współczesne aspekty diagnostyki i terapii raka jelita grubego. *Terapia* 2009; 17: 69-73.

ZADANIA PIELEGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM PO OPERACJI Z POWODU RAKA JELITA GRUBEGO W TRAKCIE RADIOTERAPII

Ewa Kulbaka¹, Marzena Janczaruk², Katarzyna Wiśniewska¹, Dorota Zagdan³

1/ Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu.

2/ II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu.

3/ Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu.

WSTĘP

Rak jelita grubego należy w krajach wysoko rozwiniętych do najczęściej występujących nowotworów. Do 60% zachorowań stwierdza się właśnie w krajach wysoko rozwiniętych. Dwukrotnie częściej chorują mężczyźni niż kobiety. Dane Krajowego Rejestru Chorób Nowotworowych dla Polski wskazują, że od 1980 roku częstość występowania raka jelita grubego zwiększyła się czterokrotnie wśród mężczyzn (trzeci najczęstszy nowotwór w tej grupie) oraz trzykrotnie wśród kobiet (drugi najczęstszy nowotwór w tej grupie). Czynnikiem ryzyka są wiek, dieta uboga w błonnik, wcześniejsze stany zapalne jelita grubego, zespoły metaboliczne i palenie tytoniu oraz obecność polipów w jelicie. Istotne jest także uwarunkowanie genetyczne w zakresie ryzyka zachorowania na chorobę nowotworową. Ze względu na związek zachorowań z wiekiem, można spodziewać się nadal wzrostu liczby przypadków raka jelita grubego, ponieważ należymy do społeczeństw starzejących się [1, 2, 3, 4].

Zagrożenie dla życia związane z zachorowaniem na raka jelita grubego wiąże się z faktem, że ma on zdolność dawania przerzutów. Niestety, najczęściej jest rozpoznawany późno, bo pomimo rozrostu długo nie daje wyraźnych objawów. U 70% pacjentów chorobę rozpoznaje się w dużym stopniu zaawansowania [1, 2].

U większości osób wiedza o chorobach nowotworowych nie jest wysoka, podobnie jak wiedza o zachowaniach zdrowotnych czy o procesie leczenia. Podczas różnych okoliczności związanych z diagnozowaniem i terapią pacjent potrzebuje odpowiednich informacji

przekazanych w zrozumiały sposób, np. o celu i przebiegu kolonoskopii, badaniu per rectum, przygotowaniu do chemioterapii czy zabiegu [3].

Pacjent po operacji brzusznej podlega opiece pooperacyjnej, w której w miarę możliwości stosuje się szybką ścieżkę chirurgiczną: możliwie szybkie włączanie żywienia doustnego, uruchamianie pacjenta i skracanie czasu hospitalizacji. W tym okresie należy zwrócić uwagę na monitorowanie stanu pacjenta pod kątem powikłań pooperacyjnych, odczuwanych dolegliwości bólowych i kontrolowanie parametrów życiowych oraz procesu gojenia się rany pooperacyjnej [4].

W edukowaniu pacjenta w okresie pooperacyjnym co do przebiegu dalszej terapii trzeba brać pod uwagę przekazywanie informacji w różny sposób: ustnie oraz pisemnie, a także upewnianie się, na ile osoba chora zrozumiała przekazywane informacje [5]. To ważne, bo np. w okresie miesiąca po usunięciu nowotworu, który był zlokalizowany w przewodzie pokarmowym, dieta jest dość restrykcyjna. Pacjent powinien jeść 6-8 razy dziennie niewielkie porcje, potrawy gotowane i rozdrabniane, rozcieńczane dodatkowo płynami. Jedzenie powinno odbywać się wolno, a produkty do diety dobiera się uważnie, niskoprzetworzone i jak najbardziej naturalne. Przeciwwskazane jest wprowadzanie do diety potraw smażonych, ale też surowych warzyw i owoców, nasion roślin strączkowych, śmietany, majonezu, słonych i słodkich przekąsek, stosowanie ostrych przypraw, picie kawy, kakao, mocnej herbaty czy napojów gazowanych. W diecie pacjenta powinny znaleźć się drobne makarony i kasze, pszenne pieczywo, gotowane warzywa, rozcieńczone soki, zupy na wywarach warzywnych, kisiele. U niektórych pacjentów pojawiają się po jedzeniu wymioty, nudności, osłabienie, jeśli posiłek jest źle dobrany lub zbyt obfity. Z kolei radioterapia często wpływa na utratę apetytu, nudności, zaburzenia smaku, uczucie suchości w ustach. Chory powinien prowadzić dietę łatwostrawną, a jednocześnie urozmaiconą i z dużą zawartością białka, np. chudego mięsa, chudych ryb, chudego mleka i przetworów mlecznych. Przez około 2 godziny przed sesją radioterapii nie powinno się przyjmować pokarmów, należy ograniczyć ilość tłuszczu w diecie. W razie uczucia wstrętu do jedzenia trzeba rozważyć stosowanie preparatów odżywczych [6, 7].

Pielęgniarka najczęściej spotyka się z pacjentem, opiekuje się nim przez cały czas hospitalizacji. Wykonując podstawowe czynności pielęgnacyjne, może również rozpoznawać problemy niepokojące pacjenta i przekazywać mu informacje [8].

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie zadań pielęgniarki w opiece nad pacjentem chorującym na raka jelita grubego i leczonym metodą radioterapii.

MATERIAŁ I METODY BADAWCZE

W badaniu własnym przyjęto metodę indywidualnego przypadku czyli studium przypadku. Jako techniki zastosowano:

- Wywiad pielęgniarski – zadawanie pacjentowi pytań dotyczących jego sytuacji biopsychospołecznej.
- Obserwację – gromadzenie spostrzeżeń o wyglądzie pacjenta, jego zachowaniach i reakcjach na leczenie.
- Analizę dokumentacji medycznej – czerpano dane z historii choroby, kart obserwacji, kart zleceń lekarskich, wyników badań laboratoryjnych i obrazowych.
- Pomiar – sprawdzano parametry życiowe pacjenta, oceniano dolegliwości bólowe.

Gromadzone dane dokumentowano na użytek pracy, sporządzając notatki, które po zakończeniu badania uporządkowano, przeanalizowano i na ich podstawie przygotowano opis pacjenta i procesu pielęgnowania.

Analizowany przypadek dotyczył pacjenta hospitalizowanego w oddziale chirurgii onkologicznej szpitala na terenie województwa mazowieckiego/ powiatu radomskiego. Pacjent został przyjęty do oddziału w trybie planowym z rozpoznaniem raka jelita grubego, w celu wykonania operacji i rozpoczęcia radioterapii pooperacyjnej.

WYNIKI

Opis studium indywidualnego przypadku nad pacjentem po operacji z powodu raka jelita grubego w trakcie radioterapii – analiza i opis

Pacjent – mężczyzna, lat 68, z rozpoznaniem raka jelita grubego, został przyjęty w trybie planowym na oddział chirurgii onkologicznej w celu poddania się zabiegowi operacyjnemu. Rozpoznanie ostateczne: guz jelita grubego, potwierdzone badaniem kolonoskopowym i wynikami badania histopatologicznego po pobraniu wycinka. Pacjent 11 lat wcześniej był operowany z powodu kamicy dróg żółciowych, podczas poprzedniej hospitalizacji rozpoznano nadciśnienie tętnicze krwi i od tego czasu chory przyjmuje leki hipotensyjne i obniżające poziom cholesterolu. Uczulenia pacjent neguje. Podaje, że ze względu na wcześniejszą pracę w oddaleniu od domu często odżywia się nieregularnie preferując potrawy wysokokaloryczne i z dużą zawartością tłuszczu. Od 20 roku życia palił

papierosy, kilkanaście lat temu ograniczył ilość wypalanych papierosów, podaje, że pali do 10 papierosów dziennie, a alkohol spożywał okazjonalnie.

Diagnozy i plan opieki pielęgniarstwa nad pacjentem po operacji z powodu raka jelita grubego w trakcie radioterapii

➤ Diagnoza pielęgniarstwa 1: Niepokój pacjenta związany z przyjęciem do szpitala i na oddział

✓ **Cel interwencji:** Zmniejszenie niepokoju i lęku pacjenta

✓ **Plan interwencji:**

- Przedstawienie się pacjentowi, wyjaśnienie zaplanowanych czynności podczas przyjęcia na oddział.
- Zapoznanie pacjenta z topografią oddziału i miejscem na sali.
- Wyjaśnienie możliwości kontaktu z rodziną.
- Zapoznanie chorego z prawami pacjenta.
- Udzielenie informacji o harmonogramie doby szpitalnej.
- Wyjaśnienie, jakie czynności będą realizowane w dalszym czasie w dniu przyjęcia.
- ✓ **Ocena interwencji:** Zdenerwowanie pacjenta zostało w pewnym stopniu zmniejszone, rozpoczął się proces adaptacji do hospitalizacji.

➤ Diagnoza pielęgniarstwa 2: Stres pacjenta związany z planowaną operacją i jej konsekwencjami

✓ **Cel interwencji:**

Zmniejszenie stresu pacjenta, zwiększenie poczucia bezpieczeństwa, edukacja dotycząca skutków operacji

✓ **Plan interwencji:**

- Omówienie zmian anatomicznych i fizjologicznych, które będą rezultatem planowanej operacji.
- Przekazanie informacji o możliwych powikłaniach pooperacyjnych.
- Trening ćwiczeń oddechowo-izometrycznych i odkasływania.
- Umożliwienie pacjentowi kontaktu z innymi chorymi, którzy są po podobnej operacji.
- Zaproponowanie kontaktu z psychologiem.
- Zachęcenie do zadawania pytań i wyjaśniania wątpliwości.

✓ **Ocena interwencji:**

Stres pacjenta został zmniejszony, pacjent akceptuje konieczność leczenia operacyjnego.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 3: Dyskomfort pacjenta z powodu bólu w ranie pooperacyjnej w związku z uciskiem opatrunku i założonymi szwami skórnymi**

✓ **Cel interwencji:** Zmniejszenie albo zlikwidowanie bólu

✓ **Plan interwencji:**

— Ocena nasilenia bólu.

— Wygodne ułożenie pacjenta w łóżku z zastosowaniem udogodnień, pozycja zmniejszająca napięcie mięśni brzucha.

— Podanie zleconych leków przeciwbólowych w stałych odstępach czasu.

— Monitorowanie skuteczności leczenia przeciwbólowego, obserwacja reakcji pacjenta.

— Zapewnienie możliwości wypoczynku.

✓ **Ocena interwencji:** Złagodzone dolegliwości bólowe u pacjenta

➤ **Diagnoza pielęgnarska 4: Ryzyko powikłań pooperacyjnych ze strony układu oddechowego**

✓ **Cel interwencji:** Zapobieganie powikłaniom oddechowym

✓ **Plan interwencji:**

— Wykonywanie i dokumentowanie pomiarów parametrów – liczba oddechów co 15 minut, potem co godzinę, saturacja.

— Obserwowanie stanu świadomości pacjenta.

— Obserwowanie zabarwienia skóry.

— Zastosowanie ułożenia w wygodnej, bezpiecznej pozycji.

— Zapewnienie właściwego mikroklimatu w pomieszczeniu.

— Zastosowanie tlenoterapii na zlecenie lekarza.

✓ **Ocena interwencji:** U pacjenta utrzymał się prawidłowy oddech i prawidłowe dotlenienie organizmu

➤ **Diagnoza pielęgnarska 5: Ryzyko powikłań pooperacyjnych ze strony układu krążenia**

✓ **Cel interwencji:** Zapobieganie powikłaniom ze strony układu krążenia.

✓ **Plan interwencji:**

- Pomiar i dokumentowanie ciśnienia tętniczego krwi i tętna.
- Analiza wyników pomiarów.
- Obserwacja zabarwienia skóry.
- Obserwacja opatrunku na ranie pooperacyjnej.
- Obserwacja i dokumentowanie ilości i jakości wydzieliny z drenu.
- ✓ **Ocena interwencji:** Utrzymano parametry krążenia w normie, objawy niewydolności nie wystąpiły

➤ **Diagnoza pielęgnarska 6: Dyskomfort pacjenta z powodu suchości w jamie ustnej w związku nieprzyjmowaniem pokarmów i płynów drogą układu pokarmowego**

- ✓ **Cel interwencji:** Zmniejszenie suchości w ustach i poprawa komfortu pacjenta
- ✓ **Plan interwencji:**
 - Wykonanie toalety jamy ustnej.
 - Systematyczne, częste zwilżanie jamy ustnej przegotowaną wodą.
 - Podawanie pacjentowi rozdrobnionych kostek lodu.
 - Smarowanie ust wazeliną.
- ✓ **Ocena interwencji:** Zmniejszono uczucie suchości w ustach i poprawiono komfort pacjenta

➤ **Diagnoza pielęgnarska 7: Ograniczona ruchomość pacjenta z powodu bólu po operacji**

- ✓ **Cel interwencji:** Pomoc pacjentowi w wykonywaniu ruchów, wsparcie i asystowanie przy wykonywaniu czynności samoobsługi
- ✓ **Plan interwencji:**
 - Ustalenie zakresu czynności, które pacjent chciałby wykonać.
 - Pomoc pacjentowi podczas wstawania z łóżka.
 - Pomoc przy wykonaniu czynności higienicznych.
 - Nauka ćwiczeń oddechowych zmniejszających napięcie mięśni brzucha.
 - Pomoc w przyjęciu dogodnej pozycji.
- ✓ **Ocena interwencji:** Pacjent starał się utrzymać samodzielność, wykonywał czynności ze wsparciem

➤ **Diagnoza pielęgnarska 8: Ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej**

✓ **Cel interwencji:**

Przeciwdziałanie zainfekowaniu rany

✓ **Plan interwencji:**

- Obserwowanie rany pooperacyjnej i okolic rany.
- Zmiana opatrunku z zachowaniem zasad aseptyki.
- Sprawdzanie prawidłowości drenażu.
- Edukowanie pacjenta w kwestii postępowania z opatrunkiem.
- Sprawdzanie i analiza parametrów życiowych pacjenta pod kątem oznak zakażenia – zwiększony ból, zaczerwienienie brzegów rany, obrzęk, nieprawidłowy wysięk, podwyższona temperatura ciała.
- Zapewnienie higieny osobistej pacjenta i jego otoczenia.

✓ **Ocena interwencji:** Rana pacjenta goiła się przez rychłozrost, nie wystąpiło zakażenie

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 9: Obawy pacjenta związane z brakiem wiedzy o radioterapii pooperacyjnej**

✓ **Cel interwencji:**

Uzupełnienie wiedzy pacjenta i zniwelowanie obaw

✓ **Plan interwencji:**

- Wyjaśnienie techniki podania promieniowania jonizującego.
- Wy tłumaczenie pacjentowi, że zastosowana dawka promieniowania nie spowoduje ograniczeń w jego kontaktach z rodziną (chory nie będzie źródłem promieniowania).
- Uzasadnienie konieczności wprowadzenia terapii uzupełniającego dla skuteczności leczenia.
- Zachęcenie do zadawania pytań i wyjaśniania wątpliwości.
- Przekazanie materiałów edukacyjnych.

✓ **Ocena interwencji:** Wiedza pacjenta na temat radioterapii została uzupełniona, pacjent został uspokojony

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 10: Trudności z zaśnięciem spowodowane pobytem w szpitalu.**

✓ **Cel interwencji:** Ułatwienie pacjentowi zaśnięcia.

✓ **Plan interwencji:**

- Rozmowa i ustalenie okoliczności związanych z trudnościami pacjenta.
- Spokojne mówienie, przekazywanie informacji.
- Sprawdzenie, jak pada światło i czy do pomieszczenia nie dochodzi za dużo odgłosów z zewnątrz.
- Pomoc w poprawieniu pośłania i przybraniu wygodniejszej pozycji.
- Wywietrzenie pomieszczenia.
- Zaproponowanie łagodnego środka uspokajającego/nasennego w konsultacji z lekarzem.
- ✓ **Ocena działania:** Skuteczne, pacjent usnął.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 11: Świąd skóry spowodowany sesją radioterapii**

- ✓ **Cel interwencji:** Zmniejszenie dolegliwości pacjenta
- ✓ **Plan interwencji:**
 - Zastosowanie luźnej, bawełnianej bielizny osobistej niepodrażniającej napromieniowanych okolic ciała.
 - Zastosowanie okładów.
 - Nawilżenie skóry.
 - Edukowanie pacjenta na temat postępowania z podrażnioną okolicą skóry.
 - Uspokojenie pacjenta, że wystąpienie takich objawów po radioterapii nie jest oznaką zagrożenia dla zdrowia.
- ✓ **Ocena interwencji:** Dolegliwości skórne pacjenta zostały złagodzone, ale nie ustąpiły

➤ **Diagnoza pielęgnarska 12: Silne skurcze mięśni nóg spowodowane odwodnieniem.**

- ✓ **Cel interwencji:** Usunięcie dolegliwości.
- ✓ **Plan interwencji:**
 - Zebranie informacji o częstotliwości skurczów.
 - Sprawdzenie wyników badań biochemicznych – poziom elektrolitów.
 - Konsultacja z lekarzem.
 - Uzupełnienie płynów.
 - Obserwowanie pacjenta, sprawdzanie, czy dolegliwości skurczowe powracają.
 - Prowadzenie bilansu płynów.
- ✓ **Ocena interwencji:** Dolegliwości skurczowe ustąpiły.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 13: Deficyt wiedzy dotyczący żywienia po przeprowadzonej operacji**

✓ **Cel interwencji:** Uzupełnienie wiedzy pacjenta w zakresie diety

✓ **Plan interwencji:**

- Rozmowa edukacyjna z pacjentem na temat zasad dietetycznych, błędów żywieniowych i ich skutków– produkty zalecane i przeciwwskazane, podaż płynów.
- Omówienie metod przyrządzania potraw.
- Omówienie zasad samoobserwacji reakcji na przyjmowane składniki pokarmowe.
- Edukowanie na temat utrzymania należytej masy ciała.
- Wyjaśnienie, że leczenie uzupełniające radioterapią może wpływać na zaburzenia łaknienia i w jaki sposób radzić sobie z niechęcią do jedzenia.

✓ **Ocena interwencji:** Wiedza pacjenta w zakresie diety została zwiększona

➤ **Diagnoza pielęgnarska 14: Ryzyko zakażenia spowodowane utrzymywaniem wkłucia dożylnego**

✓ **Cel interwencji:** Zapewnienie higieny wkłucia i niedopuszczenie do zakażenia

✓ **Plan interwencji:**

- Kontrolowanie prawidłowości utrzymywanego wkłucia.
- Edukowanie pacjenta na temat ostrożnego postępowania z wkłuciem i poinformowania, jeśli w związku z wkłuciem wystąpią dolegliwości bólowe.
- Zmiana opatrunku wokół wkłucia w razie zabrudzenia lub odklejenia.
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki.
- Prowadzenie dokumentacji wkłucia.

✓ **Ocena interwencji:** Zmniejszono ryzyko zakażenia wkłucia dożylnego

➤ **Diagnoza pielęgnarska 15: Ryzyko zakażenia spowodowane założonym cewnikiem Foleya**

✓ **Cel interwencji:** Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia ZUM

✓ **Plan interwencji:**

- Założenie cewnika zgodnie z procedurami, odpowiednio do zasad aseptyki i antyseptyki.
- Opróżnianie/zmiana worka na moczu zgodnie z procedurami.

- Systematycznie wykonywanie toalety krocza pacjenta.
- Obserwowanie ilości i barwy oddawanego moczu.
- Sprawdzanie drożności cewnika
- Dokumentowanie czynności
- ✓ **Ocena interwencji:** Zmniejszono ryzyko wystąpienia zakażenia układu moczowego

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Podstawą leczenia raka jelita grubego jest zabieg operacyjny, podczas którego wycina się odcinek jelita ze zmianą nowotworową i okoliczne węzły chłonne. Radioterapia jest wdrażana jako leczenie przedoperacyjne, pooperacyjne lub paliatywne, aby złagodzić ból, zmniejszyć krwawienia, objawy niedrożności i ryzyko nawrotów. W pielęgnowaniu pacjenta z rakiem jelita grubego leczonego operacyjnie oraz radioterapią należy zwrócić uwagę na funkcjonowanie biopsychospołeczne podczas terapii, aby opracować indywidualny plan opieki nad chorym. Problem zdrowotny jest dla pacjenta sytuacją kryzysową i zaburza jego funkcjonowanie we wszystkich sferach.

Wśród problemów pielęgnacyjnych, które występują w związku z chorobą oraz postępowaniem terapeutycznym należy wymienić obawę przed leczeniem, niepokój dotyczący zagrożenia zdrowia i życia, dyskomfort powodowany leczeniem operacyjnym i sesjami radioterapii, deficyty w zakresie samopielęgnacji i samoopieki. Ważną kwestią są silne emocje pacjenta: poczucie bezradności, depresja, napięcie. Negatywne uczucia można zauważyć od początku hospitalizacji i mogą pojawiać się wielokrotnie później, także w związku z różnymi dolegliwościami somatycznymi.

Samopoczucie osoby chorej w dużym stopniu zależy od tego, jak terapia wpływa na funkcjonowanie w życiu codziennym i jaki jest poziom wiedzy o chorobie czy leczeniu. Konieczne jest po operacji systematyczne monitorowanie parametrów życiowych i prowadzenie dokładnej obserwacji, aby jak najwcześniej rozpoznać niepokojące objawy i zapobiec wystąpieniu powikłań pooperacyjnych oraz zaspokoić potrzeby pacjenta.

WNIOSKI:

1. W okresie pooperacyjnym pacjent wymaga monitorowania pod kątem możliwych powikłań i prawidłowości gojenia się rany pooperacyjnej. Pielęgniarka podejmuje interwencje, aby wesprzeć pacjenta z ograniczonymi możliwościami samoobsługi i

samo pielęgnacji oraz podejmować czynności w związku z dolegliwościami pacjenta.

2. Po operacji jelita grubego pacjent potrzebuje edukacji w zakresie postępowania z raną pooperacyjną i sposobu żywienia, jaki musi zostać wdrożony po wypisie ze szpitala.
3. W związku z zastosowaniem radioterapii w leczeniu onkologicznym pacjent potrzebuje interwencji pielęgniarki, która łagodzi objawy niepożądane po stosowanym leczeniu.
4. W związku z zastosowaniem radioterapii pacjent potrzebuje edukacji na temat tej metody leczenia i możliwych konsekwencji terapii.

PIŚMIENNICTWO:

1. Bartnik W.: Choroby jelita grubego. Fizjologia [w:] Interna Szczeklika. Podręcznik Chorób Wewnętrznych, Gajewski P. (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2016: 1004-1005.
2. Nasierowska-Gutmejer A.: Zasady postępowania z materiałem operacyjnym u chorych na raka jelita grubego – standardowe i wysokospecjalistyczne badania dodatkowe w raku jelita grubego. Polish Journal of Pathology 2014; 4: 840-850.
3. Markowska A., Górka J., Grochans E., i wsp.: Ocena wiedzy wybranych grup społecznych na temat profilaktyki raka jelita grubego. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2016; 4: 303-306.
4. Szczęsny W., Siewkowska M., Dąbrowiecki S., i wsp.: Stomia jelitowa – podział i powikłania. Problemy Pielęgniarstwa 2013; 2: 260-265.
5. Dołoto K., Antos E., Wojciechowska M.: Kolonoskopia w profilaktyce raka jelita grubego – działania pielęgniarskie w przygotowaniu do badania. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2017; 1: 102-106.
6. Gawor M.: Nowotwór jelita grubego – postępowanie dietetyczne. Gerontologia Współczesna 2014; 4: 180-184.
7. Kostrzewa – Zabłocka E., Danilczuk M., Foryt M.: Częstotliwość występowania chorób nowotworowych jelita grubego, przyczyny oraz problemy pielęgnacyjne pacjenta z kolostomią w powiecie chełmskim. Zdrowie i Dobrostan 2013; 2: 67-79.
8. Pytel A., Kuberka I., Kołtuniuk A., i wsp.: Okołooperacyjna opieka nad chorym z nowotworem jelita grubego z uwzględnieniem Międzynarodowej Klasyfikacji

Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP). Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2017;
2(11): 49-54.

Magdalena Brodowicz – Król¹, Marzena Janczaruk², Ewa Kulbaka³, Katarzyna Wiśniewska³, Anna Jastrzębska⁴

1/ Akademia Zamoyska, Instytut Humanistyczno-Medyczny.

2/ II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu.

3/ Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu.

4/ Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu.

WSTĘP

W Polsce z roku na rok mamy do czynienia ze wzrostem ilości osób dotkniętych rakiem piersi. Zgodnie z danymi statystycznymi, jest to najczęściej występujący złośliwy nowotwór dotyczący kobiety. Przyczyna w większości przypadków jest nieznana [1]. Do czynników ryzyka zaliczamy nosicielstwo mutacji genu BRCA1 oraz BRCA2, starszy wiek (menopauza w późnym wieku), występowanie raka piersi w rodzinie, późny wiek urodzenia pierwszego żywego dziecka, długotrwała terapia hormonalna (antykoncepcja hormonalna), otyłość oraz nadwaga, nadmierne spożycie alkoholu i/lub palenie tytoniu [2]. Najbardziej znaną metodą, aby oszacować ryzyko zachorowania na raka piersi jest skala Gaila. Metoda ta, pomaga kwalifikować kobiety będące w grupie ryzyka do działań profilaktycznych. Uwzględnia ona wiele czynników takich jak: wiek pierwszej miesiączki, liczba wykonanych biopsji piersi, wystąpienie atypowej hiperplazji w materiale pobranym z biopsji, wiek pierwszego żywego porodu, zachorowania na raka piersi u najbliższych krewnych [1, 2]. Leczenie raka piersi jest uzależnione od stadium choroby, postaci histologicznej guza, złośliwość raka, obecność oraz lokalizacja przerzutów, choroby współistniejące oraz choroby przebyte. Wyróżniamy dwie metody leczenia raka piersi zabiegi oszczędzające oraz amputacja (mastektomia). Niestety w Polsce z powodu niskiego poziomu zgłaszalności na badania przesiewowe, a co za tym idzie późnego wykrywania tego nowotworu, mamy ogromny współczynnik umieralności. Wiele kobiet, u których został późno wykryty nowotwór, nie kwalifikuje się do zastosowania terapii oszczędzającej [2, 3].

Opiekowanie się pacjentką, u której rozpoznano raka piersi jest procesem trudnym i skomplikowanym. Aby zapewnić profesjonalną opiekę, pielęgniarka powinna posiadać odpowiednią wiedzę. Amputacja piersi jest ogromnym przeżyciem dla kobiety i niesie za sobą bardzo wiele sytuacji stresowych. Każda z pacjentek przyjmowanych na oddział myśli o bólu z którym będą musiały się zmierzyć, oraz o uzależnieniu od personelu medycznego w pierwszych dniach po zabiegu operacyjnym. Dodatkowym czynnikiem stresującym jest lęk przed śmiercią. Pielęgniarka powinna być przygotowana do przeprowadzania trudnych rozmów z pacjentką. Powinna być wyrozumiała i wykazywać zainteresowanie wszystkimi problemami chorej [1]. Pielęgniarka powinna pamiętać, że każda z kobiet ma imię i nie jest anonimowym przypadkiem chorobowym. Pacjentki są doskonałymi obserwatorami pracy personelu medycznego, do którego albo nabierają zaufania albo je tracą. Każda z kobiet będzie potrzebowała pomocy od pielęgniarki w pierwszym okresie po operacji, dlatego chcą mieć pewność że uzyskają pomoc fachową. Pielęgniarka powinna swoim działaniem a także swoją postawą i wiedzą stworzyć jak najlepsze warunki do regeneracji i powrotu do zdrowia dla pacjentki [1, 4].

W okresie przedoperacyjnym, należy wyrównać stan zdrowia pacjentki, tak aby bezpiecznie wykonać zabieg operacyjny w znieczuleniu ogólnym. Istotną rolę w przygotowaniu chorej do operacji odgrywa sfera psychiczna. Należy zapewnić pacjentce poczucie bezpieczeństwa, zmniejszać poczucie lęku do minimum oraz zapewnić jej indywidualne traktowanie. Zadaniem pielęgniarki jest przekazanie wszystkich niezbędnych informacji chorej, tak aby zniwelować poziom stresu, przed czekającym ją zabiegiem [1, 5]. Wszystkie czynności jakie wykonuje pielęgniarka w bezpośrednim okresie po operacji wynikają ze szczegółowej obserwacji chorej. Zabiegi chirurgiczne są zawsze dużym obciążeniem, dlatego wszelkie zaburzenia należy odpowiednio wcześniej rozpoznać i zapobiegać. Każdy niepokojący objaw należy niezwłocznie zgłosić lekarzowi. Obserwacja pacjentki w pierwszych dobach po operacji, powinna być nastawiona na niebezpieczeństwa związane z wystąpieniem możliwych powikłań pooperacyjnych. Możemy do nich zaliczyć krwotok, wstrząs anafilaktyczny, ostrą niewydolność krążenia i oddechu, zaburzenia rytmu serca, niewydolność nerek oraz obrzęk płuc i zator płucny [1].

Dodatkowo należy zwrócić uwagę na [1, 4]:

- wygodne ułożenie pacjentki w łóżku, uwzględniając zalecenia anestezjologiczne,
- obrzęk limfatyczny oraz nadmierne ruchy w stawie barkowym - kończynę operowaną należy umieścić na specjalnym klinie,

- ranę operacyjną (przesiákanie opatrunku) oraz kontrolę drożności drenu, a także ilość i jakość wydzieliny,
- wczesne uruchamianie – w zależności od stanu i samopoczucia pacjentki oraz decyzji lekarza

W kolejnych dobach po zabiegu, pielęgniarka powinna udzielać pomocy w takim zakresie, aby chora w jak najkrótszym okresie czasu odzyskała zdolność do samoopieki oraz jak najlepszą sprawność. Pielęgniarka swoim zachowaniem powinna wspierać pacjentkę, oraz motywować ją do wykonywania czynności pielęgnacyjnych samodzielnie. Do zadań pielęgniarki w tym okresie możemy zaliczyć [4]:

- asystę przy uruchamianiu chorej,
- pomoc przy codziennej toalecie oraz utrzymaniu odpowiedniej czystości otoczenia,
- pielęgnację oraz obserwację rany operacyjnej,
- udział w farmakologicznym leczeniu pacjentki,
- stała kontrola dolegliwości bólowych, oraz ich niwelowanie ewentualnego bólu/dyskomfortu,
- zapobieganie obrzękowi limfatycznemu poprzez wysokie ułożenie kończyny operowanej, oraz zachęcanie pacjentki do regularnego wykonywania ćwiczeń usprawniających zaleconych przez rehabilitanta,
- zapewnienie emocjonalnego wsparcia chorej,
- rozwiązywanie indywidualnych problemów pielęgnacyjnych występujących u pacjentki.

Opieka nad pacjentką na oddziale nie byłaby możliwa bez rzetelnie postawionej diagnozy pielęgniarskiej. Składają się na nią problemy pielęgnacyjne chorej, rozpoznane przez zajmującą się nią pielęgniarkę. Cały proces pielęgnacyjny opiera się na pomocy pacjentce w odzyskaniu zdolności do samoopieki, a szczególnie do radzenia sobie samodzielnie (lub z pomocą rodziny) z problemami życia codziennego po przeprowadzonym zabiegu operacyjnym. Bardzo istotna jest też współpraca pielęgniarki z członkami całego zespołu terapeutycznego (lekarz, fizjoterapeuta, psycholog), którzy uczestniczą w procesie leczenia i rehabilitacji [1, 6].

Kolejnymi zadaniami pielęgniarki, która opiekuje się pacjentami po przebytych zabiegach mastektomii jest przekonanie do konieczności podejmowania działań, które mają na celu poprawę stanu zdrowia. Należy nauczyć czynności koniecznych do wykonania będących następstwem przeprowadzonego zabiegu oraz zastosowanego leczenia. Zakres edukacji

powinien być dostosowany do zdolności motorycznych pacjentki oraz zakresu wykonanej operacji [4, 5].

Najważniejszymi elementami edukacji powinna być znajomość:

- pielęgnacji rany po zabiegu chirurgicznym,
- właściwego dawkowania oraz przyjmowania leków przepisanych przez lekarza prowadzącego,
- zasad racjonalnego odżywiania,
- prawidłowego wykonywania ćwiczeń rehabilitacyjnych,
- zapobiegania pojawiającemu się obrzękowi limfatycznemu,
- samoobserwacji niepokojących objawów związanych z raną po zabiegowej lub kończyną górną,
- samobadania piersi zdrowej oraz konieczności zgłoszenia się na badania ambulatoryjne po zakończonym leczeniu operacyjnym.
- grup wsparcia kobiet o podobnych problemach zdrowotnych [4, 5].

Każda z kobiet po zabiegu mastektomii lub zabiegu oszczędzającym, podczas wypisu powinna otrzymać poradnik dla amazonki. Kobiety u których zdiagnozowano i usunięto raka piersi powinny mieć poczucie kontroli nad swoim życiem i chorobą. Pozytywne myślenie oraz nadzieję mają ogromne znaczenie w walce z nowotworem. Dlatego ważne jest aby każda kobieta po zabiegu operacyjnym możliwie jak najszybciej wróciła do „normalnego życia”. Choroba powinna stać się jednym z elementów życia pacjentki, ale z pewnością nie czynnikiem dominującym jej dalsze życie [1, 4, 6].

CEL PRACY

Holistyczne podejście do pacjentki chorej na raka piersi jest kluczowym elementem udanej terapii. Leczenie obejmuje nie tylko aspekt fizyczny ale również sferę psychiczną. Głównym celem pracy jest ukazanie roli pielęgniarki podczas procesu pielęgnowania pacjentki po zabiegu mastektomii, ze szczególnym uwzględnieniem całościowej opieki okołoperacyjnej pacjentki.

MATERIAŁ I METODOLOGIA BADANIA

W badaniu została zastosowana metoda indywidualnego przypadku. Do technik badawczych użytych przy tworzeniu niniejszej pracy, możemy zaliczyć: wywiad oraz obserwację pielęgniarską, analizę dokumentacji chorobowej pacjentki, pomiar podstawowych

parametrów życiowych (temperatura ciała, ciśnienie tętnicze krwi, tętno, liczba oddechów, masa ciała oraz wzrost).

Podczas badania wykorzystano następujące narzędzia badawcze: arkusz do gromadzenia danych o pacjencie, klasyfikację nadwagi i otyłości w zależności od BMI (*ang. Body Mass Index*), kryteria dla kategorii opieki, ocenę nudności i wymiotów według kryteriów WHO, skalę Barthel dla oceny stopnia sprawności samoobsługowej, skalę depresji Becka BDI (*ang. Beck Depression Inventory*), skalę akceptacji choroby AIS (*ang. Acceptance of Illness Scale*), skalę numeryczną oceny bólu VAS (*ang. Visual Analogue Scale*).

Badanie zostało przeprowadzone pod koniec czerwca 2022, na Oddziale Chirurgii Onkologicznej Radomskiego Centrum Onkologii w trakcie hospitalizacji pacjentki ze zdiagnozowanym nowotworem piersi, która została zakwalifikowana do amputacji piersi prawej metodą Pateya, polegającą na usunięciu całego gruczołu piersiowego wraz z pachowymi węzłami chłonnymi oraz powięzią mięśnia piersiowego większego.

Zgodę na badanie wyraził ordynator oddziału oraz sama pacjentka. Kobieta została również poinformowana o anonimowości badania i jego celu oraz o tym, że otrzymane wyniki będą służyły tylko do stworzenia niniejszej pracy licencjackiej. Pacjentka została wybrana w sposób losowy na podstawie kwalifikacji do zabiegu mastektomii. Badanie zostało wcześniej zaplanowane oraz podzielone na poszczególne etapy, podczas których gromadzono informację zgodnie z zastosowaniem narzędzi oraz technik badawczych. Pacjentka spokojnie oraz chętnie odpowiadała na wszystkie zadane jej pytania, co pozwoliło w sposób klarowny uzyskać wszelkie informacje o jej stanie zdrowia oraz przeszłości chorobowej. Pozwoliło to na rzetelne ustalenie jej stanu biopsychospołecznego, oraz dokładne zaplanowanie całego procesu pielęgnacyjnego.

Opis indywidualnego przypadku pacjentki po zabiegu mastektomii – analiza i opis.

Podmiotem badania była 45 letnia kobieta z rozpoznaniem nowotworem piersi prawej po przebytej radykalnej mastektomii. Opieka nad chórą obejmowała okres pierwszej doby po przeżytym zabiegu operacyjnym. Stan w jakim znajdowała się pacjentka został uwzględniony i szczegółowo analizowany w opisanym badaniu przedmiotowym.

Nowotwór piersi u pacjentki został potwierdzony w badaniach w październiku 2021 roku. Po dalszej diagnostyce badana została zakwalifikowana do prawostronnej mastektomii metodą Pateya oraz kontynuacją leczenia celowaną chemioterapią. Zabieg radykalnej mastektomii został zaplanowany na 27.06.2022 roku.

Operacja odbyła się bez żadnych komplikacji oraz powikłań. Badana z rany operacyjnej miała wyprowadzony dren Redona, oraz wkłucie obwodowe w lewej kończynie górnej – żyła grzbietowa. Chora na zlecenie lekarza miała podawane płyny drogą dożylną, do momentu pełnego powrotu perystaltyki jelit. Pacjentka po zabiegu miała założony również cewnik Foleya – 1800ml moczu. Kobieta po przeprowadzonym zabiegu chirurgicznym, bardzo niechętnie podejmowała próby pionizacji za każdym razem zgłaszając przy tym ból w okolicy rany pooperacyjnej. Leki przeciwbólowe, każdorazowo zostały podane na zlecenie lekarza. Chorej zostały podane leki przeciwzakrzepowe, oraz w ramach profilaktyki przeciwzakrzepowej kobieta była zachęcana do częstych zmian pozycji w łóżku. Kobieta w zerowej dobie po zabiegu określa stopień natężenia bólu w skali VAS jako 7.

W trakcie wywiadu i obserwacji w pierwszej dobie po zabiegu, badana skarżyła się na problemy ze snem, które były wynikiem nieustannie utrzymującego się bólu rany pooperacyjnej. Podczas wizyty, został wykonany pomiar podstawowych parametrów życiowych, które zostały odnotowane w przewodniku do gromadzenia danych o pacjencie. Pacjentka wyraźnie straciła apetyt, zgłasza ból na poziomie 4 w skali VAS. W pierwszej dobie po zabiegu chora zakwalifikowana do II kategorii opieki. Podczas prób pionizacji chora ma zawroty głowy. Badanej został zmieniony opatrunek. W drenie odnotowano 80ml krwistej wydzieliny. Kobieta w prawidłowym kontakcie logiczno – słownym, początkowo w wyrównanym nastroju. Rozumie swoją sytuację zdrowotną i jest poinformowana o konieczności podejmowanych działań. Niestety jest bardzo zaniepokojona swoim stanem zdrowia i martwi się o dalszy proces leczenia.

W drugiej dobie po zabiegu operacyjnym zastosowano klasyfikację nadwagi i otyłości BMI, skale do oceny sprawności ruchowej Bartel, ocenę nudności i wymiotów według WHO, skalę depresji Beca. Wyniki poszczególnych skal przedstawiono w arkuszu do gromadzenia danych o pacjencie. Dodatkowo zalecono rozpoczęcie zajęć fizjoterapeutycznych – ćwiczenia kończyny górnej – w celu zapobiegania obrzękom limfatycznym. Kobieta została również poinformowana o technice wypełnienia biustonosza, mającej na celu uniknięcie przeciążenia oraz podrażnień miejsca po zabiegu operacyjnym.

WYNIKI

Diagnozy i plan opieki pielęgniarskiej pacjentki po zabiegu mastektomii

Na podstawie zgromadzonych danych uzyskanych na podstawie wywiadu, pomiarów, obserwacji, analizy dokumentów, kwestionariuszy oraz zastosowanych skal, zostały

sformułowane diagnozy pielęgniarские ze szczególnym uwzględnieniem problemów podczas opieki nad chorą z nowotworem piersi po zabiegu prawostronnej mastektomii.

➤ **Diagnoza pielęgniariska 1: Unieruchomienie pacjentki spowodowane bólem rany po przebytej operacji, promieniującym do całej kończyny górnej prawej, osłabienie ręki.**

✓ **Cel opieki pielęgniariskiej:** Zniwelowanie bólu u pacjentki.

✓ **Interwencje pielęgniariskie:**

- lokalizacja oraz ocena stopnia natężenia bólu z zastosowaniem skali VAS,
 - ułożenie chorej w pozycji zmniejszającej dolegliwości bólowe (ułożenie na plecach z tułowiem uniesionym - powyżej 30⁰, pod karkiem umieścić niewielką poduszkę, pod kolanami wałek),
 - systematyczna podaż leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza, każdorazowo odnotowana w indywidualnej karcie pacjentki, oraz obserwacja pod kątem wystąpienia niepożądanych objawów podanego leku przeciwbólowego oraz monitorowanie działania podanych leków,
 - obserwacja pod kątem stopnia natężenia bólu – okazywana w sposób werbalny lub niewerbalny – nauka efektywnego oddechu, mająca na celu łagodzenie dolegliwości bólowych,
 - poinformowanie pacjentki o konieczności nieobciążania prawej ręki, unikaniu gwałtownych ruchów oraz prób podpierania się na operowanej kończynie lub kładzenia się na prawym boku,
 - zapewnienie intymnych warunków dla pacjentki oraz utrzymanie odpowiedniego mikroklimatu w sali (temperatura oraz wilgotność powietrza),
 - próby wczesnej pionizacji oraz uruchamiania pacjentki.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** zlokalizowana źródło bólu, oraz określono stopień jego nasilenia z zastosowaniem skali VAS. Na zlecenie lekarza podano środki przeciwbólowe, które złagodziły odczucia bólowe, co pozytywnie wpłynęło na samopoczucie pacjentki.

➤ **Diagnoza pielęgniariska 2: Deficyt samoopieki po przeprowadzonej operacji mastektomii piersi prawej, widoczny w zmniejszonej ilości wykonywanych ruchów kończyny górnej prawej.**

✓ **Cel opieki pielęgniarskiej:** Przywrócenie zdolności do samoopieki, zachęcanie do samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego, oraz pomoc przy ich wykonywaniu.

✓ **Interwencje pielęgniarskie:**

- określenie zdolności do wykonywania czynności dnia codziennego, oraz wskazanie deficytu samoopieki i samopielęgnacji na podstawie skali Barthel i kategorii opieki,
 - pomoc chorej w codziennej toalecie, oraz zmianie bielizny
 - zachęcenie pacjentki do samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego (toaleta osobista, spożywanie posiłków), wykonywanie prób pionizacji
 - mobilizowanie chorej do wykonywania ćwiczeń oddechowych oraz biernych,
 - zachęcanie pacjentki do zmiany pozycji ułożeniowej co około 2 godziny, celem profilaktyki przeciwoleżynowej, uwzględniając konieczność unikania obciążania prawej strony ciała,
 - edukacja chorej oraz rodziny w zakresie bezpiecznego wykonywania czynności samopielęgnacyjnych,
 - zapewnienie odpowiednich warunków oraz niezbędnych przyrządów podczas czynności z zakresu pielęgnacji,
 - edukacja rodziny na temat prawidłowej pielęgnacji chorej w środowisku domowym, oraz zachęcanie rodziny do nieustannego mobilizowania chorej do aktywnego udziału w czynnościach dnia codziennego,
- ✓ **Ocena podjętych działań:** Problem wymaga dalszej edukacji.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 3: Niechęć do prób pionizacji związana z zawrotami oraz bólem głowy w trakcie prób usprawniania chorej po zabiegu operacyjnym.**

✓ **Cel opieki pielęgniarskiej:** Próby wczesnego usprawniania pacjentki bez wystąpienia skutków ubocznych.

✓ **Interwencje pielęgniarskie:**

- edukacja pacjentki na temat celowości szybkiej pionizacji oraz usprawniania po zabiegu mastektomii,
- ocena stopnia natężenia bólu w skali VAS,
- pomiar podstawowych czynności życiowych każdorazowo przed próbą pionizacji badanej (pomiar tętna oraz ciśnienia),

- mobilizowanie pacjentki do zmiany pozycji w łóżku, powolnego siadania bez konieczności opuszczania nóg, przy jednoczesnym unikaniu obciążania kończyny górnej prawej,
- asekuracja chorej podczas wykonywanych czynności oraz prób pionizacji,
- obserwacja objawów bólowych podczas wykonywania wyżej wymienionych czynności,
- ✓ **Ocena podjętych działań:** Zastosowanie skali VAS w celu określenia natężenia dolegliwości bólowych. Przeprowadzono rozmowę z pacjentką na temat konieczności szybkiej pionizacji po zabiegu operacyjnym. Kobieta samodzielnie siada w łóżku nie opuszczając nóg na podłogę.
- ✓
- **Diagnoza pielęgniarstwa 4: Rozdrażnienie spowodowane bezsennością związana z bólem rany pooperacyjnej oraz koniecznością pobytu w szpitalu.**
- ✓ **Cel opieki pielęgniarstwa:** Próba przywrócenia fizjologicznego snu, bez nocnego wybudzania się pacjentki.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - stworzenie odpowiedniego mikroklimatu w sali chorej (odpowiednia temperatura oraz wilgotność),
 - nauczanie chorej technik relaksacji oraz prawidłowego oddechu przed snem,
 - wykonywanie czynności pielęgniarstwa z uwzględnieniem przerwy nocnej,
 - zapewnienie spokojnego snu w trakcie nocy,
 - rozmowa z pacjentką na temat jej stanu zdrowia, wspieranie jej w trudnych chwilach.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** chora nadal wybudza się w nocy – problem pielęgnacyjny do dalszej obserwacji i podejmowania kolejnych działań.
- ✓
- **Diagnoza pielęgniarstwa 5: Ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej oraz w miejscu założenia drenu w wyniku zmniejszonej odporności immunologicznej.**
- ✓ **Cel opieki pielęgniarstwa:** Zmniejszenie ryzyka zakażenia rany pooperacyjnej.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - kontrola oraz obserwacja opatrunku
 - kontrola oraz obserwacja rany pooperacyjnej oraz skóry otaczającej pod kątem obecności cech zapalenia (zaczerwienie, ból, obrzęk, gorączka),

- sprawdzenie oraz udokumentowanie ilości oraz charakteru wydzieliny z drenażu,
- sprawdzenie drożności drenu w celu zapobiegania pojawienia się zakrzepu,
- ocena podstawowych parametrów życiowych pacjentki (ciśnienie, tętno, saturacja, temperatury ciała oraz oddechów),
- zabezpieczenie drenu przed uszkodzeniem mechanicznym, codzienna wymiana pojemników,
- obserwacja kolorytu oraz wilgotności skóry.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** U chorej nie zaobserwowano żadnych niepokojących objawów, które mogłyby świadczyć o zakażeniu rany pooperacyjnej.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 6: Ryzyko wystąpienia obrzęku limfatycznego w kończynie górnej prawej na skutek przebytego zabiegu mastektomii.**

- ✓ **Cel opieki pielęgnarskiej:** Niedopuszczenie do pojawienia się obrzęku.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - edukacja pacjentki na temat negatywnych skutków pojawienia się obrzęku limfatycznego,
 - ułożenie prawej ręki na klinie w pierwszych dobach po przebytym zabiegu operacyjnym,
 - przystąpienie do systematycznego wykonywania ćwiczeń, mających na celu zniwelowanie ryzyka pojawienia się obrzęku limfatycznego (powolne zaciskanie dłoni w pięść oraz puszczenie, rotowanie nadgarstka, wykonywanie automasażu rozpoczynając od palców dłoni w kierunku pleców),
 - obserwacja pacjentki pod kątem pojawienia się obrzęku limfatycznego,
 - edukacja pacjentki w zakresie obciążania prawej ręki podczas czynności dnia codziennego.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** Przeprowadzono rozmowę z pacjentką na temat usprawniania ręki po zabiegu operacyjnym. Nie zaobserwowano cech obrzęku limfatycznego.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 7: Ryzyko wystąpienia choroby zatorowo – zakrzepowej w wyniku unieruchomienia pacjentki.**

- ✓ **Cel opieki pielęgnarskiej:** Niedopuszczenie do rozwinięcia się choroby.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- wprowadzenie profilaktyki przeciwzakrzepowej przed planowanym zabiegiem operacyjnym – zastosowanie pończoch elastycznych oraz podawanie heparyny drobnocząsteczkowej na zlecenie lekarza,
- wykonywanie ćwiczeń biernych oraz czynnych w łóżku chorej,
wczesne próby pionizacji pacjentki po zabiegu operacyjnym – pierwsza doba – przy jednoczesnym kontrolowaniu podstawowych parametrów życiowych,
edukacja pacjentki w zakresie profilaktyki choroby.

✓ **Ocena podjętych działań:** Brak objawów potwierdzających wystąpienie u chorej objawów choroby zatorowo – zakrzepowej. Chora zna zasady profilaktyki choroby.

➤ **Diagnoza pielęgniarская 8: Dyskomfort spowodowany zaburzeniem motoryki jelit po przeprowadzonym zabiegu operacyjnym oraz na skutek unieruchomienia pacjentki.**

✓ **Cel opieki pielęgniarской:** Pomoc w wydaleniu stolca.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- zastosowanie diety bogatej w błonnik, wdrożenie dietetycznych metod wydalania stolca (np. jogurt, maślanka),
- masaż brzucha dłońią w celu poprawy perystaltyki jelit i niwelowania uczucia pełności,
- na zlecenie lekarza podaż płynów i zastosowanie farmakoterapii,
- kontrola wypróżnień pacjentki.

✓ **Ocena podjętych działań:** Pacjentka oddała stolec.

➤ **Diagnoza pielęgniarская 9: Dyskomfort związany z obrzękiem kończyn dolnych, będący wynikiem zaburzeń gospodarki wodno – elektrolitowej oraz unieruchomienia pacjentki.**

✓ **Cel opieki pielęgniarской:** Zmniejszenie obrzęków kończyn dolnych oraz uruchomienie chorej.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- obserwacja oraz kontrola wielkości obrzęku,
- zastosowanie badania palpacyjnego oraz mierzenie obwodu kończyny dolnej na tej samej wysokości, dokumentacja wyników w indywidualnej karcie pacjenta,

- wdrożenie profilaktyki przeciwobrzękowej poprzez zastosowanie drenażu ułożeniowego (kliny oraz wałki),
- kontrola dobową diurezy, prowadzenie karty bilansu płynów,
- podanie diuretyków na zlecenie lekarza.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** Zastosowano drenaż ułożeniowy oraz prowadzono kontrolę podanych i wydalonych płynów. Obrzęk po kolejnych pomiarach jest nieznacznie mniejszy – problem wymaga dalszej obserwacji.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 10: Osłabienie wynikające z wystąpienia nudności oraz wymiotów, będących wynikiem leczenia okołoperacyjnego i pooperacyjnego.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarstwa:** Niwelowanie dolegliwości dyseptycznych, oraz zapobieganie odwodnieniu organizmu.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - ocena natężenia wymiotów oraz nudności z zastosowaniem skali do oceny nudności i wymiotów według WHO,
 - zapewnienie higieny osobistej pacjentki oraz jej otoczenia poprzez zmianę bielizny pościelowej i osobistej w razie konieczności,
 - zachowanie odpowiedniego mikroklimatu na sali chorych (odpowiednia temperatura oraz wilgotność),
 - kontrola bilansu płynów,
 - kontrola stopnia napięcia skóry, celem weryfikacji pierwszych oznak odwodnienia,
 - podanie leków przeciw wymiotom na zlecenie lekarza.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** Dokonano oceny stopnia natężenia wymiotów oraz nudności według skali WHO. Na zlecenie lekarza podano środki przeciwwymiotne. Problem do dalszej obserwacji pielęgniarstwa.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 11: Niepokój związany z separacją rodzinną, oraz tęsknota za bliskimi osobami.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarstwa:** Próba zniwelowania niepokoju oraz uczucia tęsknoty za bliskimi.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - częste i swobodne rozmowy z chorą, okazanie chorej wsparcia oraz zrozumienia dla sytuacji w której się znalazła,

- okazywanie empatii poprzez każdorazowe wysłuchanie chorej,
- dodanie otuchy badanej oraz zachęcenie do częstych połączeń telefonicznych z rodziną oraz bliskimi.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** Zmniejszenie uczucia niepokoju u chorej.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 12: Zaburzony obraz własnego ciała po zabiegu mastektomii.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarstwa:** Ocena akceptacji choroby pacjentki i jednoczesna ocena depresji.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - ocena akceptacji choroby poprzez zastosowanie skali AIS, oraz zastosowanie skali oceny depresji Beca BDI,
 - rozmowa z pacjentką na temat odpowiedniego dobrania protezy piersi oraz możliwości jej refundacji,
 - poinformowanie chorej o istnieniu grup wsparcia dla kobiet po zabiegu mastektomii – Amazonki,
 - kontakt pacjentki z psychologiem klinicznym,
 - umówienie wizyty męża z psychologiem klinicznym.
- ✓ **Ocena podjętych działań:** Zastosowano skalę AIS do oceny akceptacji choroby, oraz skalę Beca BDI do oceny depresji. Pacjentka akceptuje chorobę na średnim poziomie, oraz wykazuje objawy depresji o łagodnym nasileniu. Problem pielęgniarstwa do dalszej obserwacji.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 13: Brak wiedzy z zakresu samoopieki w warunkach domowych.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarstwa:** Edukacja chorej na temat samoopieki w warunkach domowych. Zwiększenie poziomu wiedzy.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - ocena stanu wiedzy pacjentki w zakresie samoopieki w warunkach domowych,
 - edukacja pacjentki w odniesieniu do samodzielnej pielęgnacji i zabiegów terapeutycznych,
 - przekazanie chorej niezbędnych materiałów edukacyjnych z zakresu samoopieki oraz samopielęgnacji.

- ✓ **Ocena podjętych działań:** Pacjentka posiada wiedzę niezbędną do wykonywania czynności z zakresu samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Głównym celem pracy było ukazanie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentką, u której zdiagnozowano nowotwór piersi oraz poddano zabiegowi mastektomii. Opieka nad pacjentką w okresie okołoperacyjnym ukazuje liczne obawy psychospołeczne wynikające ze złego stanu psychicznego oraz fizycznego. Pielęgniarka odgrywa kluczową rolę w przygotowaniu psychicznym jak też fizycznym pacjentki do przeprowadzonej operacji. To właśnie pielęgniarka powinna w sposób obiektywny i skrupulatny wyjaśnić chorej wszystkie kwestie związane z zabiegiem oraz czekającą ją hospitalizacją (często też z dalszym leczeniem).

Równie ważna jest rola pielęgniarki po wykonanym zabiegu operacyjnym. Praca pielęgniarki rozpoczyna się już w zerowej dobie po operacji. Pielęgniarka na podstawie obserwacji, wiedzy oraz umiejętności, potrafi postawić trafne diagnozy opiekuńczo – pielęgnacyjne związane nie tylko z procesem leczenia, ale również z rekonwalescencją po zabiegową. Zaprezentowane diagnozy pielęgniarskie w niniejszej pracy miały na celu przede wszystkim złagodzenie dolegliwości bólowych po przebytym zabiegu. Kolejnym ważnym elementem było wspieranie pacjentki w wykonywaniu czynności codziennych w sposób samodzielny, co znacznie poprawiało również stan psychiczny badanej. To właśnie okazane zrozumienie i wsparcie przez personel medyczny w trakcie odzyskiwania sprawności fizycznej, daje poczucie własnej wartości oraz niweluje lęk przed powrotem do dotychczasowego życia. Obowiązkiem pielęgniarki jest zadbanie nie tylko o zdrowie fizyczne, ale również o zdrowie psychiczne pacjentki. Każda pielęgniarka pracująca na oddziale onkologicznym, powinna w sposób zaangażowany podejmować opiekę nad pacjentką, na każdym etapie leczenia. Pielęgniarka w sposób klarowny powinna również przekazywać informację dla rodziny na temat choroby, pielęgnacji w domu oraz współuczestniczeniu w wykonywaniu zajęć dnia codziennego. Takie podejście świadczy o wysokim poziomie wiedzy oraz ogromnej odpowiedzialności zawodowej.

Na podstawie przedstawionego przypadku, można wyciągnąć następujące wnioski:

- problemy opiekuńczo pielęgnacyjne związane z wykonanym zabiegiem mastektomii, są głównymi zadaniami pielęgniarki, na które powinna zwrócić szczególną uwagę. Podstawą do prawidłowego postawienia diagnozy jest obserwacja

- chorej. Opieka nad pacjentką powinna być skoncentrowana na łagodzeniu dolegliwości bólowych oraz pomocy w zakresie samoopieki oraz samopielęgnacji,
- działania pielęgniarские, które można przewidzieć, wynikają ze ściśle zaplanowanego procesu pielęgnowania. Pozwalają one na trafne interwencje pielęgniarские z użyciem odpowiednich narzędzi, metod oraz technik,
 - bardzo istotne kwestie, które powinna poruszyć pielęgniarka to samoopieka oraz samopielęgnacja. To właśnie te zagadnienia z zakresu prawidłowej pielęgnacji rany pooperacyjnej, zapobieganiu obrzękom limfatycznym oraz konieczności podejmowanych działań rehabilitacyjnych mają na celu jak najszybszy powrót pacjentki do pełnej sprawności,
 - chora wykazuje łagodne objawy depresji oraz średni poziom akceptacji swojej choroby. Zastosowanie poszczególnych skal ma jedynie pomocniczy charakter i nie mogą zastąpić badania lekarskiego. Mogą jedynie sygnalizować potrzebę dalszej obserwacji lub diagnostyki chorej,
 - pielęgniarka poprzez edukację zachęca do konieczności podejmowania konkretnych działań w zakresie samoopieki oraz samopielęgnacji w środowisku domowym. Najważniejszym elementem jest przekazanie odpowiedniej wiedzy pacjentce i umiejętności praktycznych, niezbędnych do samoopieki. Takie działania prowadzą do zminimalizowania ryzyka wystąpienia powikłań po operacyjnych i pozwalają na pewny powrót pacjentki do życia codziennego.

PIŚMIENNICTWO:

1. Klimaszewska K., Krajewska – Kułak E.: Rola zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentem onkologicznym. Wyd. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2021: 121- 137.
2. Piątek T., Żeruń A,: Wiedza studentów na temat mastektomii i wybranych metod rekonstrukcji piersi u pacjentki po mastektomii. Pielęgniarstwo Polskie 2020; 4(78): 225 – 230.
3. Wysocka J.: Nowa klasyfikacja WHO guzów piersi – wydanie z 2019 roku. Biuletyn Polskiego Towarzystwa Onkologicznego Nowotwory 2020; 5(6): 341 – 343.
4. Koper K. J., Koper A.: Podstawy teoretyczne nowotworów. Pielęgniarstwo onkologiczne. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Wydanie II zmienione, Warszawa 2020: 51 – 60.

5. Szkiela M., Worach-Kardas H., Marcinkowski J.T.: Nowotwór złośliwy piersi epidemiologia, czynniki ryzyka, znaczenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2014; 95(2): 292-302.
6. Łuczyk M., Szadowska-Szlachetka Z., Ślusarska B.: Standardy i procedury w pielęgniarstwie onkologicznym. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.

RAK SZYJKI MACICY- PROFILAKTYKA I LECZENIE

Aleksandra Walukiewicz¹, Krystyna Klimaszewska²

1/ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej W Mońkach

2/ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Szyjka macicy pełni istotną funkcję w ochronie macicy, jajowodów i jajników przed zakażeniami wstępującymi przez pochwę. W kanale szyjki znajduje się gęsty śluz, który stanowi barierę dla flory bakteryjnej. Szyjka macicy jest również ważna dla zajścia w ciążę, donoszenia i porodu dziecka. Pełni rolę kanału dla plemników, umożliwiając im drogę z pochwy do macicy [1].

W czasie ciąży działa jak zwieracz zamykający jamę macicy, natomiast przy porodzie ulega wygładzeniu i ułatwia wydostanie się płodu .

Szyjka macicy podlega zmianom w cyklu miesięczkowym, w fazie niepłodnej jest twarda, sucha i zamknięta, a w miarę zbliżania się do owulacji ujście szyjki otwiera się, a odcinek pochwowy staje się bardziej miękki i unosi się. W tym czasie gruczoły szyjki wytwarzają śluz płodny, który odżywia plemniki i ułatwia im drogę do macicy [1].

Obserwacje położenia szyjki macicy i konsystencji śluzu pozwalają na określenie płodnych i niepłodnych faz cyklu miesięczkowego, co jest wykorzystywane w naturalnych metodach planowania rodziny [1].

ROZWINIĘCIE

Nowotwór szyjki macicy- epidemiologia

Najnowsze statystyki wskazują, że rak szyjki macicy jest trzecim pod względem częstości nowotworem występującym u kobiet. W skali globalnej zajmuje czwarte miejsce jako przyczyna zgonu wśród pań. Jak twierdzi Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej umieralność oraz duża zachorowalność kobiet na nowotwór szyjki macicy stanowią od lat w Polsce problem epidemiologiczny, który jest nierozwiązany. Na terenie naszego kraju nowotwór szyjki macicy wykrywa się u ok. 3 tysięcy kobiet w ciągu roku [2].

Według nowych danych, wskaźnik przeżycia chorych, który jest 5- letni, wynosi 53,6% w latach 2005-2009. Jest on niższy o ok. 17% od statystyk, które odnotowuje się w

Norwegii (71,4%). Jednak statystyki prowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Krajowy Rejestr Nowotworów mówią, że zachorowalność na nowotwór szyjki macicy spada aż o ok. 12% [3].

W Polsce w 2020 roku na raka szyjki macicy zachorowały 3862 kobiety. Odnotowano 2137 zgonów. Oszacowuje się że codziennie 6 kobiet w Polsce dowiaduje się, że choruje na nowotwór [3].

Według Białostockiego Centrum Onkologii województwie podlaskim na raka szyjki macicy w 2019r. zachorowały 93 kobiety. Odnotowano 53 zgony. Według statystyk zachorowalność kobiet w województwie podlaskim na nowotwór szyjki macicy w porównaniu do innych nowotworów złośliwych to aż 17% [4].

Czynniki ryzyka oraz etiologia raka szyjki macicy

Rak szyjki macicy wyróżnia się spośród innych, ponieważ jest pierwszym nowotworem, który występuje u ludzi, a jego czynniki ryzyka są konieczne, aby wystąpił jego rozwój. Chodzi dokładnie o wirus brodawczaka ludzkiego (HPV), który jest przenoszony drogą płciową przez co wywołuje zakażenie przewlekłe. Ponadto wirus HPV ma bardzo wysoki potencjał rakotwórczy [5].

Infekcje, które są spowodowane typami wirusa HPV powodują powstanie nowotworu w nabłonku pochwy oraz sromu. Ponadto powodują go również w odbycie oraz dolnym odcinku jelita grubego. Najczęstszą chorobą, która jest przenoszona drogą płciową to właśnie zakażenie wirusem HPV. Najczęstsze występowanie zakażenia notuje się u kobiet, które nie ukończyły 20 roku życia. Częstość zakażenia spada po 30 roku życia [5].

Istnieje wiele typów wirusa HPV, ale tylko część odpowiedzialna jest za wysokie ryzyko rozwoju raka [5].

Ryzyka zakażeniem wirusem HPV są: inicjacja seksualna we wczesnym wieku, duża ilość partnerów seksualnych, seks analny, palenie wyrobów tytoniowych, inne współistniejące zakażenia. Pozostałymi czynnikami ryzyka są: wiek, ilość porodów, niski status ekonomiczny, dieta, która jest niewłaściwa, obecność raka w rodzinie.

Rozpoznanie choroby

Podstawą rozpoznania nowotworu szyjki macicy jest wykonanie cytologii. Badanie polega na pobraniu nabłonka z szyjki macicy oraz tarczy za pomocą szczoteczki przez lekarza ginekologa. Po tym materiał trafia do cytologa, który ocenia go metodą mikroskopową. Badanie powinno być wykonywane przynajmniej raz na 3 lata przez kobiety, które ukończyły

21 roku życia. Osoby z wyższym ryzykiem wystąpienia raka szyjki macicy powinny wykonywać badanie raz do roku. Dzięki regularnemu badaniu jest możliwość wczesnego wykrycia choroby oraz całkowite wyleczenie [5].

Rak szyjki macicy, który jest inwazyjny potwierdzany jest poprzez wykonanie badania cytologicznego oraz sprawdzenia odchyleń w wykonywanym badaniu fizykalnym. U kobiet, którym wyszedł nieprawidłowy wynik cytologii, mimo prawidłowego wyniku badania fizykalnego wskazana jest kolposkopia. Dysplazja szyjki macicy powoduje, że wynik cytologii wychodzi nieprawidłowy. Jest to zaburzenie zlokalizowane wśród komórek nabłonka wyściełającego powierzchnię warstwę szyjki macicy. Można wyróżnić III stopnie nasilenia dysplazji: małą, średnią oraz dużą dysplazję. Jest to stan przedrakowy. Im wyższy poziom dysplazji, tym ryzyko raka szyjki macicy jest większe [6].

Kluczową rolę w rozwoju nowotworu szyjki macicy ma wirus HPV. W diagnostyce choroby lekarze zalecają wykonanie testów przesiewowych w kierunku występowania tego wirusa w organizmie kobiety. Badanie wykonuje się pobierając wymaz z szyjki macicy, tak jak w badaniu cytologicznym. Takie testy mają większą czułość i wykazują wcześniejszą diagnozę niż badanie cytologiczne [7].

Kolposkopia jest kolejnym etapem diagnostyki raka szyjki macicy. Polega ono na badaniu pochwy, sromu, a także dolnej części kanału macicy metodą wziernikowania. Lekarz używa kolposkopu, które powiększa optycznie obserwowany nabłonek do rozmiaru pięćdziesiąt krotnie większego. Doktor po zbadaniu wydzieliny oczyszcza szyjkę macicy, aby sprawdzić całość nabłonka i wykluczyć ewentualne pominięcia. Jeśli zostanie zauważona zmiana, lekarz jest w stanie pobrać wycinek do badania histopatologicznego. Badanie jest bezbolesne oraz nieinwazyjne, a wyniki pacjentka otrzymuje na miejscu bez długiego czekania [7].

Metody diagnostyczne w diagnostyce onkologicznej są obecnie bardzo szerokim zakresem badań. Do metod wykrywania nowotworu szyjki macicy stosuje się ultrasonografię, w której wykorzystuje się sondy przezbrzuszne oraz dopochwowe, ultrasonografię dopplerowską, tomografię komputerową, rezonans magnetyczny oraz radiologię konwencjonalną. Dzięki rezonansowi magnetycznemu, lekarz może określić wielkość guza oraz obecność nacieku. Badania, które są obrazowe są tylko metodą pomocniczą. Niestety nie służą one do wykrywania zmian patologicznych. Jednak dzięki nim, pacjentka ma świadomość jak duży jest guz oraz jaką ma rozległość w jej ciele [3].

Typy nowotworu oraz rozwój raka szyjki macicy

W 2018 roku została opublikowana aktualna klasyfikacja stopnia zaawansowania nowotworu szyjki macicy przez Międzynarodową Federację Położników i Ginekologów (Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO). Po raz pierwszy dołączyli oni do niej elementy oceny chirurgiczno-patologiczno-radiologicznej. Do tej pory stopień zaawansowania określano poprzez badania przedmiotowe. Po tym ustalano drogę leczenia. Wybierano radioterapię lub leczenie operacyjne. Aktualnie dzięki pracom nad ocenianiem zajęcia węzłów chłonnych, ustanowiono nową klasyfikację stopnia zaawansowania nowotworu szyjki macicy. Badania kliniczne pozostają podstawową formą oceny, ale wprowadzenie zmian poprzez dołączenie elementów chirurgiczno-położniczo-patologicznych zmieniło sposób kwalifikacji [2].

Stopień 1

W nowej klasyfikacji etapu I wprowadzono kilka ważnych zmian. Podobnie jak wcześniej, rozróżnia się między chorobą mikrozagłębieniową (etap IA) i chorobą klinicznie widoczną (etap IB). W klasyfikacji z 2018 roku etap IA nie uwzględnia już wymiarów zmiany (liczy się tylko głębokość inwazji od błony podstawnej płaskiego/nabłonka gruczołowego). W zależności od głębokości inwazji wprowadzono dwie podkategorie: IA1 i IA2, gdzie inwazja do tkanki łącznej wynosi odpowiednio $<3\text{mm}$ i ≥ 3 do $<5\text{mm}$. W przypadku inwazji $\geq 5\text{mm}$ lub dodatnich marginesów po konizacji, stopień zaawansowania podnosi się do IB1. Etap IB obejmuje klinicznie widoczne postacie raka szyjki macicy i zmiany bardziej zaawansowane niż w etapie IA. W zależności od największego wymiaru guza, wyróżniono trzy podkategorie: IB1 $<2\text{ cm}$; IB2 ≥ 2 do $<4\text{ cm}$; IB3 $\geq 4\text{ cm}$ [2].

Uwzględnienie guzów do 2 cm w klasyfikacji i wprowadzenie trzystopniowego podziału etapu IB jest uzasadnione klinicznie. U pacjentek z guzami $<4\text{ cm}$, operowanych zachowawczo (radyczna trachelektomia), wskaźnik nawrotów jest istotnie niższy w przypadku guzów $<2\text{ cm}$ niż zmian o rozmiarze od 2 do 4 cm [2].

Ponadto pacjentki z guzami ≥ 2 do $<4\text{ cm}$ znacznie częściej wymagały wycięcia węzłów chłonnych, radioterapii i miały dwukrotnie wyższe ryzyko zgonu w porównaniu z tymi z zmianami $<2\text{ cm}$ [2].

Stopień 2

W nowej klasyfikacji, stadium II A pozostaje niezmiennione i obejmuje guzy, które wykraczają poza macicę, ale nie dochodzą do dolnej trzeciej części pochwy ani ściany miednicy. Na podstawie oceny parametrium, wyróżnia się dwie podkategorie: stadium IIA (brak zajęcia parametrium) i stadium IIB (zajęcie parametrium bez osiągania ściany miednicy). Największy wymiar guza dalszy podział stadium IIA na IIA1 (<4 cm) i IIA2 ($\geq$ 4 cm) może być oceniany klinicznie lub radiologicznie. Podobnie jak w stadium I, wykrycie przerzutowych węzłów chłonnych zwiększa stopień zaawansowania do IIIC. Zajęcie jajników nie wpływa na stopień zaawansowania choroby i jest wykrywane w mniej niż 1% guzów płaskonabłonkowych i mniej niż 5% guzów nienabłonkowych. Ze względu na częste współwystępowanie niekorzystnych czynników prognostycznych, znaczenie zajęcia jajników jako niezależnego czynnika ryzyka nie zostało jednoznacznie określone [2].

Stopień 3

Wprowadzono nowy system klasyfikacji, który uwzględnia status węzłów chłonnych okołoaortalnych, niezależnie od stopnia nacieku na otaczające struktury. Jeśli węzły chłonne w obrębie miednicy są dotknięte, jest to klasyfikowane jako stadium IIIC1. Ocena patologiczno-chirurgiczna jest standardem złota, ale FIGO pozwala na diagnozowanie stadium IIIC na podstawie badań obrazowych. Biopsja cienkoigłowa powiększonych węzłów chłonnych może być wykonana, jeśli operacja nie jest możliwa, w celu potwierdzenia diagnozy [2].

Oprócz oceny przerzutów węzłów chłonnych histopatologicznie, konieczne jest dokładne określenie ich wymiarów. Tylko makroprzerzuty (> 2 mm) są wystarczające dla diagnozy III stopnia. Obecność pojedynczych rozproszonych komórek nowotworowych (<0,2 mm) lub mikroprzerzuty (0,2-2 mm) w węzłach chłonnych ma niejasne znaczenie kliniczne, a ich obecność nie zmienia stadium choroby, ale powinna być odnotowana [2].

Rak szyjki macicy stopnia III (podobnie jak w poprzedniej klasyfikacji) jest diagnozowany, gdy nowotwór rozprzestrzenił się na okoliczne struktury, oprócz oceny zajęcia węzłów chłonnych miednicy. W stadium III nowotwór obejmuje:

- Dolną 1/3 część pochwy, ale nie dociera do ściany macicy
- Ścianę miednicy i/lub dotyka moczowodu powodując zaburzenia czynności nerek lub wodonercze

Stopień 4

Podobnie jak w poprzedniej klasyfikacji, Stadium IV zostało podzielone na:

- IVA: rak nacieka błonę śluzową pęcherza moczowego lub odbytnicy
- IVB: przerzuty odległe

Jeśli istnieje podejrzenie raka Stadium IV, powinno to zostać potwierdzone badaniem mikroskopowym [2].

Objawy oraz leczenie raka szyjki macicy

Rak szyjki macicy we wczesnym stopniu niestety rzadko daje objawy. Badania ginekologiczne (w tym głównie cytologia), wykonywane systematycznie zgodnie z zaleceniami lekarza są bardzo ważną częścią diagnostyki choroby.

Jeśli nowotwór szyjki macicy jest bardziej zaawansowany może dawać objawy takie jak:

- Krwawienia międzymiesiączkowe,
- Bardziej bólowe miesiączki, które mogą być dłuższe i bardziej obfite,
- Ból, który występuje w trakcie stosunku płciowego,
- Krwawienie występujące po stosunku płciowym,
- Trudności w oddawaniu moczu oraz stolca
- Krwawienia po okresie przekwitania (pomenopauzalne)

Poza tym mogą wystąpić takie objawy jak:

- Ból zlokalizowany w dole brzucha,
- Upławy (z przykrym zapachem, ropne),
- Ból zlokalizowany w okolicy lędźwiowo-krzyżowej.

Jeśli pacjentka zachoruje na rzadki nowotwór, który stanowi 2% wszystkich nowotworów szyjki macicy, którym jest drobnokomórkowy rak neuroendokryny, lekarz może zdiagnozować zespoły paraneoplastyczne, hiperkalcemię, zaburzenia neurologiczne oraz zespół Cushinga [8].

Leczenie raka szyjki macicy, jeśli jest on we wczesnym stadium choroby polega na oszczędzaniu narządu rodno poprzez miejscowe usunięcie zmian nowotworowych. Jeśli u kobiety chorej występuje dysplazja lub rak nienaciekający do stopnia I A1, lekarz stosuje takie postępowanie. Jeśli kobieta jest w młodym wieku oraz planuje w przyszłości zajść w ciążę, zawsze należy rozważyć tę metodę leczenia. Wykonuje się wtedy zabieg konizacji, który polega na wycięciu stożkowym tkanki mieszczącej się wokół kanału szyjki macicy [8].

Radykalna histerektomia, czyli leczenie chirurgiczne polega na usunięciu macicy wraz z węzłami chłonnymi mieszczącymi się regionalnie. Wykonuje się to w przypadku stopnia zaawansowania IA2, IB oraz IIA [8, 9].

Jeśli mamy do czynienia z wyższymi stopniami zaawansowania raka szyjki macicy (IIB, III oraz IVA) stosuje się radiochemioterapię (radioterapia oraz chemioterapia) bez interwencji chirurgicznej [8, 9].

Leczenie chirurgiczne w oparciu o stopień zaawansowania raka szyjki macicy

W przypadku braku nacieku przestrzeni limfatyczno-naczyniowej (LVSI) leczenie raka szyjki macicy stopnia IA1 może polegać na konizacji lub chirurgicznym usunięciu wyłącznie szyjki macicy (trachelektomii). Pozwala to na zachowanie płodności. Jeśli pacjentka zdecydowała się na rezygnację z zachowania płodności, zalecana jest prosta histerektomia (wycięcie macicy). Dla raka szyjki macicy stopnia IA1 z naciekiem LVSI należy rozważyć ocenę węzłów chłonnych miednicy z procedurą wycięcia węzła wartowniczego (SLND).

Dla raka szyjki macicy stopni IA2, IB i IIA zalecana jest radykalna histerektomia (wycięcie macicy i górnej części pochwy) oraz usunięcie jajników, jajowodów i obustronne wycięcie węzłów chłonnych (limfadenektomia) z, lub bez procedury wycięcia węzła wartowniczego, jeśli pacjentka wyraziła zgodę na rezygnację z zachowania płodności. Istnieje możliwość przeprowadzenia operacji otwarcie powłok brzusznych (laparotomia) lub laparoskopowo, z możliwością zastosowania technik z udziałem robota [8, 9].

Radykalna histerektomia przeprowadzona laparoskopowo lub z użyciem robota nie może być uznana za preferowany sposób leczenia w porównaniu z operacją otwartą dla pacjentek ze stopniami FIGO IA2, IB i IIA. Pacjentki powinny być poinformowane o ryzykach i korzyściach związanych z różnymi rodzajami operacji. Zgodnie z aktualnymi

wytycznymi, zabiegi chirurgiczne należy rozważać wyłącznie dla pacjentek z wczesnymi stadiami raka szyjki macicy (do FIGO IIA) [8, 9].

Leczenie raka szyjki macicy, który jest w stadium przerzutowym lub w przypadku wznowienia choroby

Główne miejsca, w których rak szyjki macicy może dać przerzuty, to wątroba, nadnercza, szpik kostny, kości oraz układ nerwowy. W przypadku przerzutowego lub nawrotowego raka szyjki macicy, schemat pierwszej linii leczenia obejmuje paklitaksel i cisplatynę w połączeniu z bewacyzumabem ze względu na dobrą skuteczność i niską toksyczność [10].

W leczeniu objawów wynikających z przerzutów odległych stosuje się radioterapię paliatywną. Radioterapia odgrywa również istotną rolę w leczeniu pacjentek z nawrotem choroby, zwłaszcza w przypadku choroby oligometastatycznej lub przerzutów tylko do węzłów chłonnych w okolicy miednicy, okołoaortalnej i / lub nadobojczykowej, ponieważ wysokodawkowa radioterapia często prowadzi do długotrwałej kontroli i wydłużenia okresu bez progresji choroby [6].

Obserwacja po leczeniu

Wizyty kontrolne powinny odbywać się co 3-6 miesięcy po pierwszych 2 latach, a następnie co 6 oraz 12 miesięcy w kolejnych 3 do 5 lat [10].

Rak szyjki macicy, a ciąża

Stopień zaawansowania raka szyjki macicy jest najważniejszym czynnikiem decydującym o szansach na zachowanie płodności. W niższych stadiach choroby możliwe jest zastosowanie mniej inwazyjnych metod leczenia, które mogą mieć wpływ na możliwości reprodukcyjne [11].

Kandydatkami do leczenia zachowującego płodność są pacjentki z rakiem płaskonabłonkowym lub gruczolowym (wynikającym z infekcji HPV), o wielkości guza równej lub mniejszej niż 2 cm i brakiem przerzutów do węzłów chłonnych [11].

Metody leczenia, które umożliwiają zachowanie płodności, obejmują konizację szyjki macicy oraz prostą lub radykalną trachelektomię. W bardziej zaawansowanych stadiach

choroby wymagane jest bardziej ekstensywne leczenie, takie jak histerektomia i/lub radioterapia lub chemioterapia, które niestety nie pozwalają na zachowanie płodności [11].

Kobiety z rzadkimi i agresywnymi podtypami raka szyjki macicy również nie są kandydatkami do leczenia zachowującego płodność. Próby poczęcia powinny rozpocząć się 6-12 miesięcy po operacji zachowującej płodność, ale ważne jest pamiętanie, że nawet po takim zabiegu istnieje ryzyko problemów z płodnością z powodu blizn pooperacyjnych [11].

Po zakończeniu planów reprodukcyjnych zaleca się ciągłą obserwację i regularne wizyty u ginekologa-onkologa. Pacjentki, które chcą zachować płodność, powinny skonsultować się z specjalistą ds. płodności, oprócz ginekologa-onkologa. Najważniejsze jest omówienie chęci zachowania płodności z lekarzem prowadzącym, aby omówić opcje leczenia zachowującego płodność [11].

Profilaktyka raka szyjki macicy oraz rokowania choroby

Zapobieganie raka szyjki macicy to wieloaspektowe podejście, które ma na celu zapobieganie chorobie oraz wczesne wykrywanie zmian. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne wprowadziło zalecenia mające na celu minimalizację zachorowalności na raka szyjki macicy. Zalecenia są następujące:

1. Kobiety powinny przechodzić badania profilaktyczne, składające się z rocznych badań cytologicznych, po osiągnięciu wieku 25 lat (najpóźniej do wieku 30 lat). Jeśli aktywność seksualna rozpoczyna się wcześnie, badanie cytologiczne powinno być wykonane nie później niż 3 lata po rozpoczęciu aktywności. Przy normalnych wynikach i braku czynników ryzyka raka szyjki macicy badanie przesiewowe powinno być przeprowadzane co 3 lata.
2. Kobiety, u których nie pobrano komórek z obszaru transformacji, endocerviksu lub wcześniejszych badań cytologicznych, które były niejasne z powodu obecności śluzu, krwi lub stanu zapalnego, powinny powtórzyć badanie cytologiczne w ciągu mniej niż 12 miesięcy.
3. Kobiety zakażone wirusem HIV, przyjmujące leki immunosupresyjne, zakażone wysoko rakotwórczymi typami HPV, wcześniej leczone z powodu szyjki macicy wewnątrzprzewodowej neoplazji (CIN 2, CIN 3) lub raka szyjki macicy powinny przechodzić badanie cytologiczne co 12 miesięcy.

Następujące grupy stanowią wyjątek od rocznego badania cytologicznego:

1. Kobiety w wieku 30 lat lub starsze, u których przez trzy kolejne badania cytologiczne stwierdzono normalne wyniki.
2. Kobiety, które przeszły histerektomię z usunięciem szyjki macicy z powodu zmian łagodnych
3. Kobiety z ostatnim badaniem cytologicznym o normalnym wyniku lub podejrzenia raka, ale bez komórek z obszaru transformacji, powinny być ponownie zbadane po 12 miesiącach.

Program zapobiegania i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy na poziomie populacyjnym zapewnia bezpłatne badania cytologiczne dla każdej polskiej kobiety w wieku od 25 do 59 lat, która nie wykonała rozmazu cytologicznego przez ginekologa w ciągu ostatnich trzech lat. Wykonanie cytologii co najmniej raz w życiu każdej kobiety przyczynia się do zmniejszenia liczby zgonów z powodu raka szyjki macicy o 40%. Dodatkowo, jeśli częstotliwość badań cytologicznych jest zachowana co 3 lata, ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy maleje o 91%, około 93% każdego roku i tylko o 83% co 5 la [11].

ZAKOŃCZENIE

Najnowsze statystyki wskazują, że rak szyjki macicy jest trzecim pod względem częstości nowotworem występującym u kobiet. W skali globalnej zajmuje czwarte miejsce jako przyczyna zgonu wśród pań. Jak twierdzi Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej umieralność oraz duża zachorowalność kobiet na nowotwór szyjki macicy stanowią od lat w Polsce problem epidemiologiczny, który jest nierozwiązany.

PIŚMIENNICTWO:

1. Grabowska A.: Szyjka macicy: budowa, funkcje, choroby. Poradnik zdrowie. Warszawa 2019.
2. Piątek S., Bidziński M., Panek G., Wielgoś M.: Rak szyjki macicy — ocena zaawansowania choroby według kryteriów FIGO 2018. Ginekologia i Perinatologia Praktyczna 2019; 4(4): 149-154.

3. Krajowy Rejestr Nowotworu: Zachorowalność na raka szyjki macicy, [online] <https://dane-i-analizy.pl/raport/1707-zielona-ksiega-c53-zachorowalnosc-krn>, [dostęp]: 1.04.2023r.
4. Safiejko K., Oliferuk-Zaborska M., Łapińska J., Topczewska J., Wojciechowska U.: Nowotwory złośliwe w województwie podlaskim w 2019 roku. BCO, Białystok 2021: 7-40.
5. Spławski B.: Co to jest rak szyjki macicy?. Onkologia po dyplomie 2018; 1: 73-77.
6. Stanisławska J., Janikowska K., Stachowska M., Talarska D., Drozd Gajdus E., Szewczyczak M.: Ocena wiedzy kobiet w zakresie profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy Probl. Hig. Epidemiol. 2016; 97(1): 38-44.
7. Malarewicz A.: Podstawy kolposkopii. Onkologia i Radioterapia 2010; 2 (12): 50 – 63.
8. Śniadecki M.: Kryteria rozpoznawania i wczesne objawy chorób nowotworowych. Via Medica, Gdańsk 2015.
9. Baines G., Currie I.: Zapalenie narządów miednicy mniejszej – zasadnicze znaczenie wczesnegoleczenia. The Practitioner, 2018; 262 (1814): 23–26.
10. Gmyrek L., Jońska-Gmyrek J., Kubik P., Socha A.: Leczenie oszczędzające płodność u chorych na raka szyjki macicy. Ginekol. Pol. 2011; 82: 696-699
11. Nowicki A., Borowa I., Maruszak M.: Zachowania zdrowotne kobiet w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania stanów przedrakowych i raka szyjki macicy. Ginekol. Pol. 2008; 79: 840-849

ŚWIADOMOŚĆ KOBIET W WOJEWÓDZTWIE PODLASKIM NA TEMAT PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY

Aleksandra Walukiewicz¹, Krystyna Klimaszewska²

1/ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej W Mońkach

2/ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Rak szyjki macicy jest schorzeniem ściśle powiązanym ze stylem "życia oraz występowaniem związanych z nim czynników ryzyka. Największe znaczenie dla zdrowia ma styl "życia, w którym zawiera się: aktywność fizyczna, sposób odżywiania, umiejętności radzenia sobie ze stresem, używki czy zachowania seksualne. Promocję zdrowia, aby przyniosła efekty, należy rozpocząć już" wśród najmłodszych. Świadomość zdrowotna, to również dysponowanie elementarną wiedzą w zakresie zachowań zdrowotnych, profilaktyki chorób, głównych zagrożeń, czynników szkodliwych dla zdrowia, a także sposobów przeciwdziałania i ich eliminowania [1]. Niewątpliwie wiedza ta powinna być poparta praktycznymi działaniami, umiejętnościami i nawykami prozdrowotnymi.

ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

Najnowsze statystyki wskazują, że rak szyjki macicy jest trzecim pod względem częstości nowotworem występującym u kobiet. W skali globalnej zajmuje czwarte miejsce jako przyczyna zgonu wśród pań. Jak twierdzi Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej umieralność oraz duża zachorowalność kobiet na nowotwór szyjki macicy stanowią od lat w Polsce problem epidemiologiczny, który jest nierozwiązany.

Cel pracy :

- Określenie wiedzy kobiet w zakresie wiekowym 18-25 oraz 40-55 w województwie podlaskim na temat profilaktyki raka szyjki macicy
- Określenie wiedzy kobiet w zakresie wiekowym 18-25 oraz 40-55 w województwie podlaskim na temat czynników ryzyka raka szyjki macicy
- Określenie ogólnej wiedzy kobiet na temat raka szyjki macicy

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badania zostały przeprowadzone wśród 100 kobiet na Oddziale Chirurgii w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Mońkach. Kobiety pochodziły z różnych miast mieszczących się w województwie Podlaskim. Pacjentki były w różnym wieku ze względu na cele pracy, które zawierają zróżnicowanie wiekowe osób badanych. Ponadto kobiety miały różny stopień wykształcenia. Zwrócono również uwagę na miejsce zamieszkania badanych kobiet- czy to była wieś czy miast, a także na status materialny oraz rodzaj utrzymania.

W badaniach zastosowano autorski, anonimowy kwestionariusz skonstruowanego na potrzeby pracy. Ankieta składała się z metryczki, pytań ogólnych z zakresu czynników ryzyka, profilaktyki oraz wiedzy ogólnej na temat raka szyjki macicy. Badania zostały przeprowadzone na Oddziale Chirurgii Ogólnej w Mońkach. Odpowiedzi zostały wprowadzone do platformy Formularze google w celu opracowania wykresów.

Badania realizowano w okresie 1.01.2023-30.04.2023r.

Wyników badań ankietowych zostały opracowane poprzez zastosowanie metody opisu oraz badania współzależności dla cech ilościowych i jakościowych. Zebrane dane zostały opisane poprzez grupowanie ich w kategorie nominalne oraz wykonanie statystyk opisowych dla cech mierzalnych. Wyniki zostały przedstawione za pomocą różnych narzędzi, takich jak rysunki, tabele oraz struktury procentowe i liczbowe. Celem takiego opracowania było określenie prawdopodobieństwa zależności w próbie i odniesienia ich do ogółu grupy badanej.

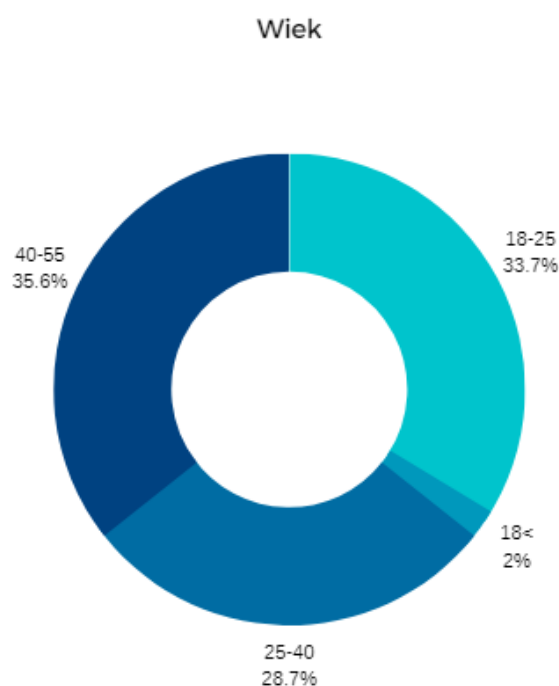
Do porówniania grup wiekowych (18-25 lat oraz 40-55 lat) użyto programu Canva Kreator Wykresów.

WYNIKI

Badania zostały przeprowadzone wśród 100 kobiet na Oddziale Chirurgii w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Mońkach. Kobiety pochodziły z różnych miast mieszczących się w województwie Podlaskim. Pacjentki były w różnym wieku ze względu na cele pracy, które zawierają zróżnicowanie wiekowe osób badanych. Ponadto kobiety miały różny stopień wykształcenia. Zwrócono również uwagę na miejsce zamieszkania badanych kobiet- czy to była wieś czy miast, a także na status materialny oraz rodzaj utrzymania.

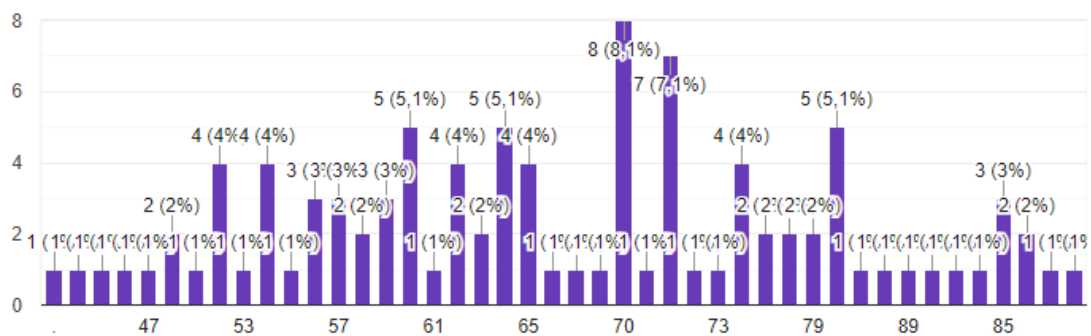
W badaniach zastosowano autorski, anonimowy kwestionariusz skonstruowanego na potrzeby pracy. Ankieta składała się z metryczki, pytań ogólnych z zakresu czynników ryzyka, profilaktyki oraz wiedzy ogólnej na temat raka szyjki macicy.

W badaniach wzięły udział kobiety w różnym wieku. Wykazano, że większość kobiet badanych nie ukończyła 40 roku życia. Kobiety w wieku 18-25 lat stanowiły 33,7% ankietowanych, natomiast kobiety w wieku 40-55 lat stanowiły 35,6% (ryc. 1).

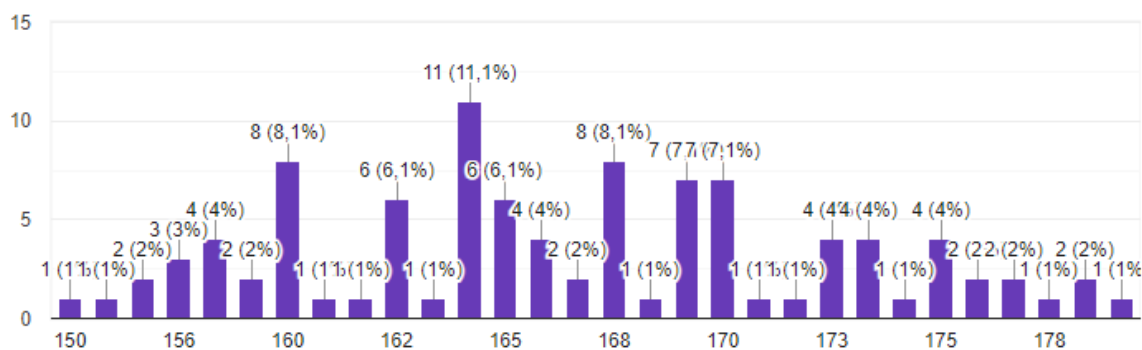


Rycina 1 Wiek badanych

Waga oraz wzrost badanych był również zróżnicowany. Dane zebrane na temat wagi oraz wzrostu kobiet ankietowanych przedstawione są na Rycinie 2 oraz Rycinie 3.

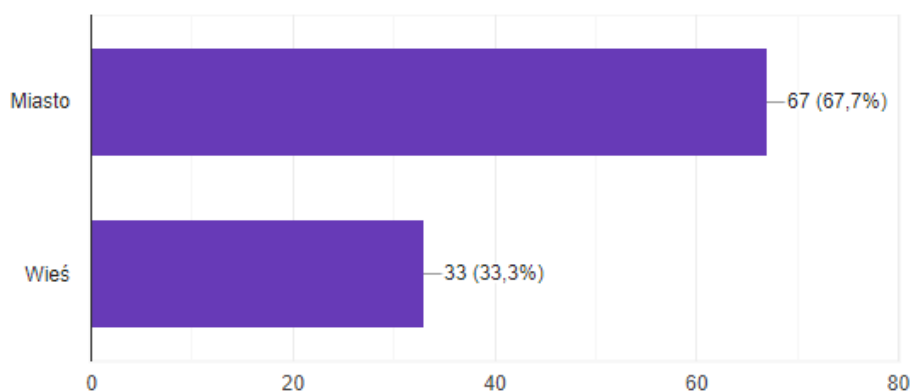


Rycina 2 Waga badanych



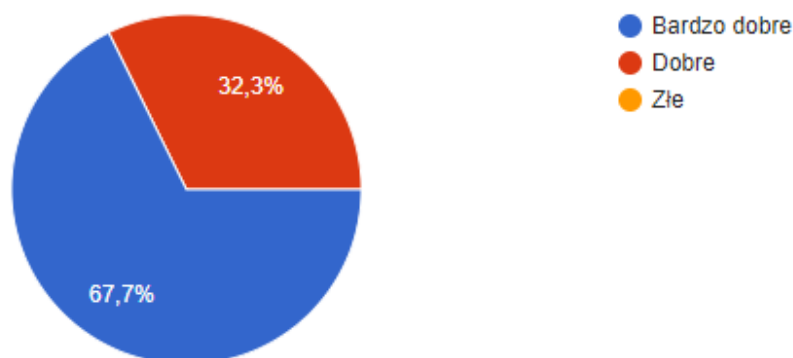
Rycina 3 Wzrost badanych

Z danych przedstawionych na Rycinie 4 wynika, że ponad 67 % kobiet ankietowanych pochodziło z miasta, natomiast kobiety zamieszkujące wieś stanowiły ok. 32%.



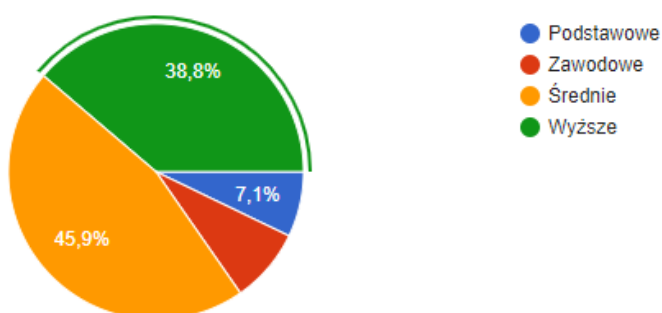
Rycina 4 Miejsce zamieszkania

Z informacji ukazanych na Rycinie 5 wynika, że więcej niż połowa pacjentek badanych (67,7%) oceniło swoje warunki mieszkaniowe na poziomie bardzo dobrym, 32,3% badanych przyznało, że posiada dobre warunki mieszkaniowe. Żadna z kobiet nie oceniła swoich warunków mieszkaniowych jako złe (ryc. 5) .



Rycina 5 Warunki mieszkaniowe

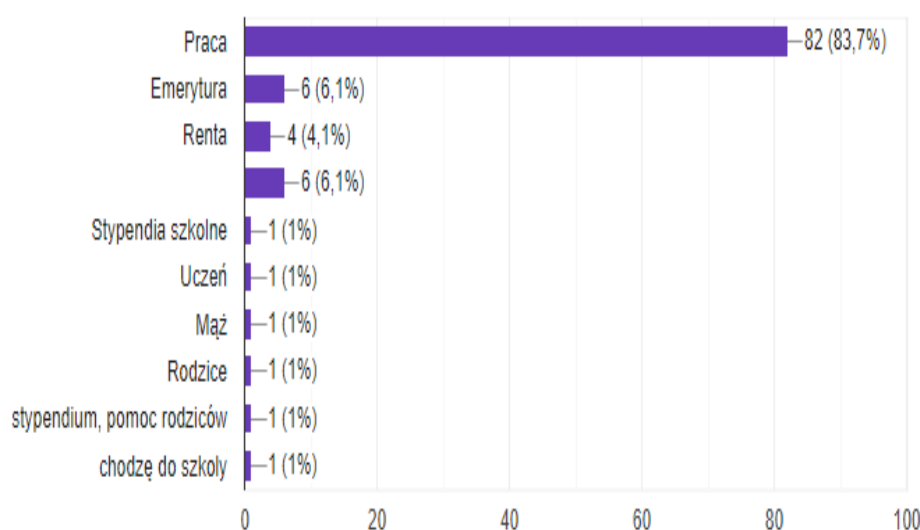
Na podstawie pytania o wykształcenie kobiet badanych w ankiecie uzyskano informacje, że najwięcej pacjentek uzyskało stopień wykształcenia na poziomie średnim (46%). 39% kobiet ankietowanych miało wykształcenie wyższe. Potem kolejno wykształcenie zawodowe 8%, wykształcenie podstawowe-7% (ryc. 6).



Rycina 6 Stopień wykształcenia

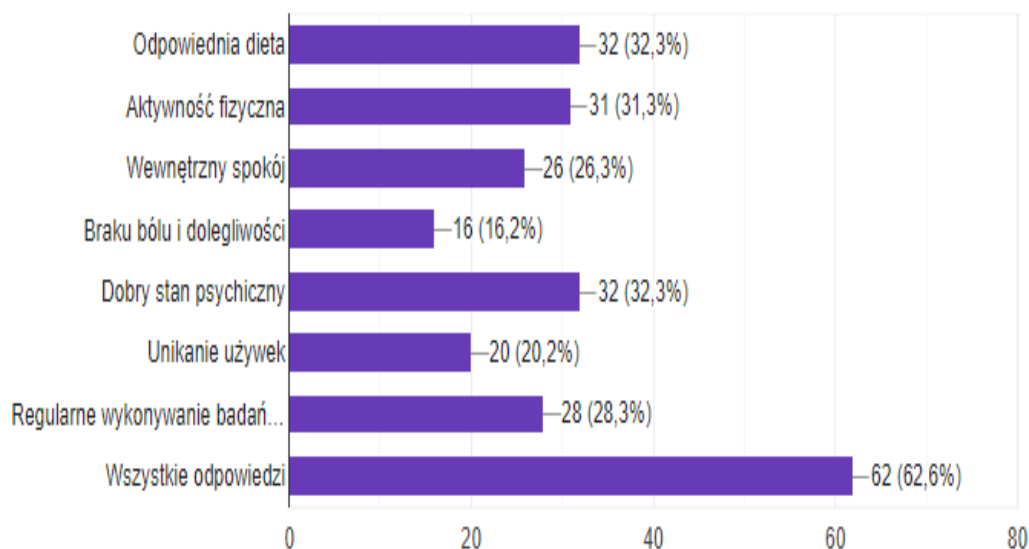
Z danych przedstawionych na Rycinie 7 wynika, że większość respondentów (84%) deklarowało utrzymywanie się z pracy zarobkowej, 6% kobiet stanowiły emerytki, natomiast 4% pacjentek zaznaczyło, że utrzymują się dzięki rencie. Pozostałe kobiety

utrzymywały się ze stypendiów szkolnych (2%), zarobków rodziców (4%) oraz dzięki pracy małżonka (1%).



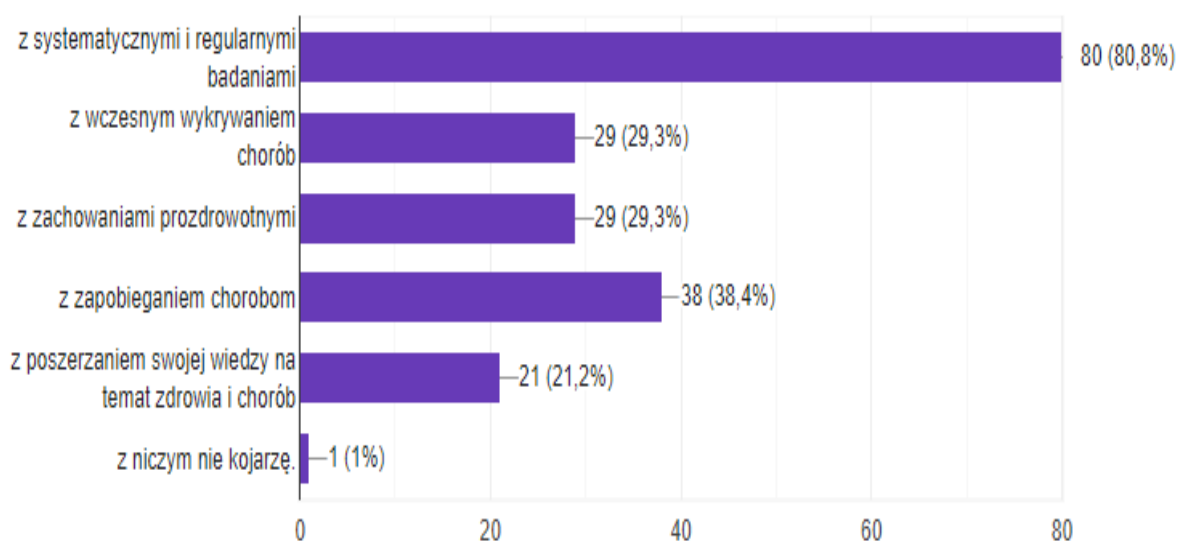
Rycina 7 Źródło utrzymania

Kobiety zapytane o to, co decyduje o dobrym stanie zdrowia w pojęciu ogólnym odpowiadały różnie. Większość ankietowanych (63%) zaznaczyło wszystkie wymienione czynniki. Najwyższe wyniki osiągnęły takie czynniki jak odpowiednia dieta (32%), aktywność fizyczna (31%) oraz dobry stan psychiczny (32%). 26% pacjentek zaznaczyło, że o dobrym stanie zdrowia człowieka decyduje wewnętrzny spokój. Aż 30% kobiet ankietowanych uważa, że regularne wykonywanie badań zapewnia dobry stan zdrowia. 20% respondentów zadeklarowało, że unikanie używek wpływa na stan zdrowia, natomiast 16% uważa że brak bólu i dolegliwości jest istotny w dobrym samopoczuciu. Rycina 8 przedstawia odpowiedzi Pań na to pytanie.



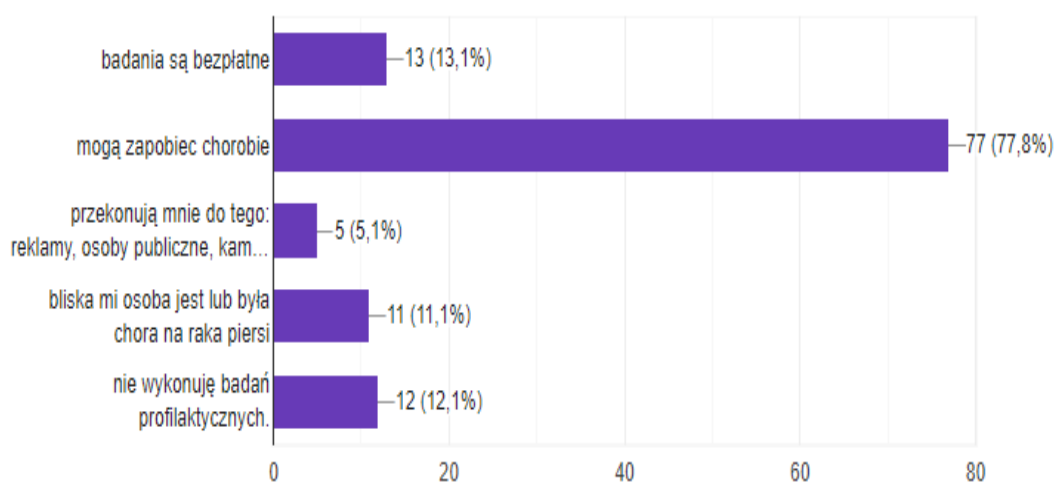
Rycina 8 Czynniki decydujące o dobrym stanie zdrowia

Kobiety zapytane o to z czym kojarzy im się słowo profilaktyka w większości odpowiedziały, że z systematycznymi i regularnymi badaniami (80%). Odpowiedzi: wczesne wykrywanie chorób, zachowania prozdrowotne oraz zapobieganie chorobom również były uważane przez pacjentki ankietowane jako istotne (30%, 30% oraz 38,5%). 21 % kobiet uważa, że poszerzanie wiedzy na temat zdrowia i chorób jest związane z profilaktyką. Tylko 1% ankietowanych zaznaczyło, że nie kojarzy sobie słowa „profilaktyka”. Wyniki przedstawiono na Rycinie 9.



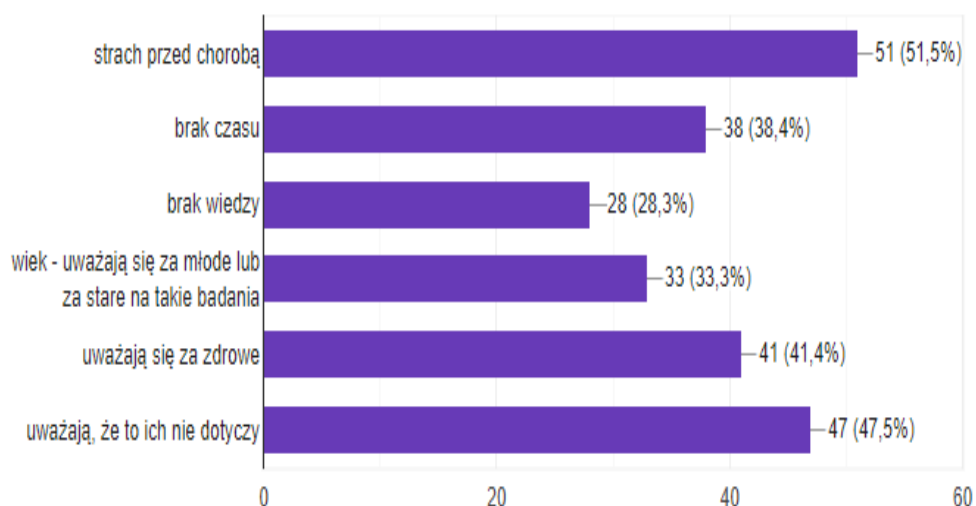
Rycina 9 Skojarzenia ze słowem profilaktyka

Na pytanie dlaczego wykonuje się badania profilaktyczne większość osób ankietowanych odpowiedziało, że badania mogą zapobiec chorobie (78%). 13 % kobiet twierdzi, że korzysta z badań profilaktycznych ze względu na to, że są one bezpłatne. Najmniej kobiet zanaczyło odpowiedź, że przekonują je do tego reklamy oraz media. 12% pacjentek nie wykonuje badań profilaktycznych. Rycina 10 przedstawia odpowiedzi osób ankietowanych na zadane pytanie.



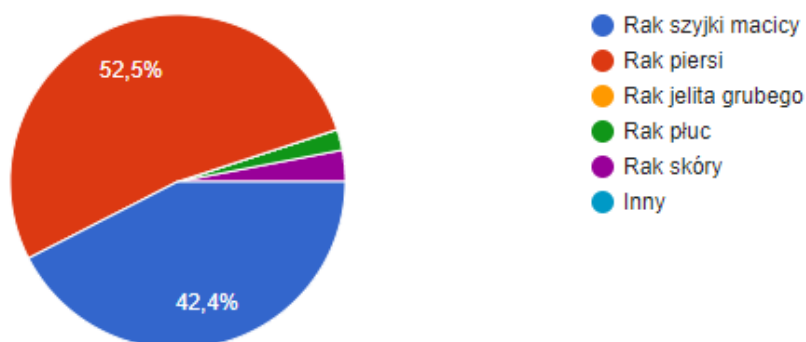
Rycina 10 Powód wykonywania badań profilaktycznych

W odpowiedziach na pytanie „Dlaczego kobiety nie biorą udziału w badaniach profilaktycznych?” najwięcej głosów padło na odpowiedzi: strach przed chorobą (51%), uważają, że są zdrowe (41%) oraz uważają, że to ich nie dotyczy (47%). Kobiety miały wybór zaznaczenia maksymalnie 3 odpowiedzi. Ilość procentowa została przedstawiona na Rycinie 11.



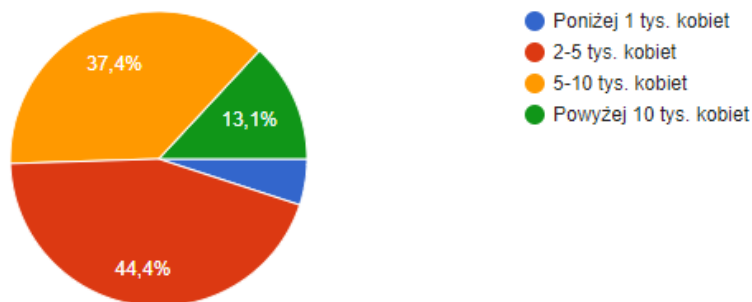
Rycina 11 Powód nie brania udziału w badaniach profilaktycznych

Rycina 12 przedstawia, że ponad połowa ankietowanych stwierdziła, że najczęstszym nowotworem występującym wśród kobiet jest rak piersi (53%). Niewielka różnica wystąpiła między rakiem piersi, a nowotworem szyjki macicy (42,4%). Tylko 2 % osób ankietowanych stwierdziło, że najczęstszym nowotworem występującym wśród kobiet jest rak płuc.



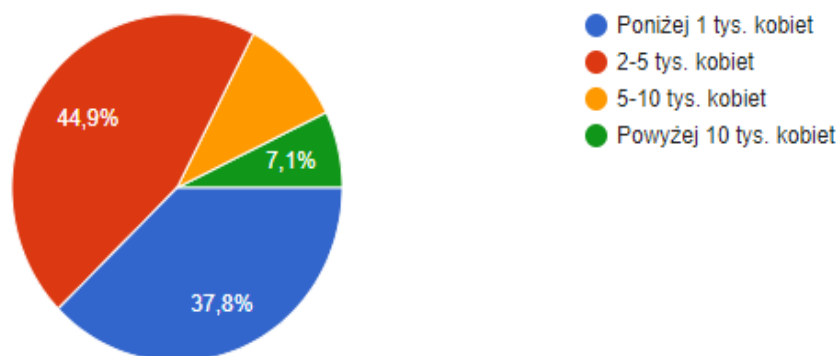
Rycina 12 Jaki nowotwór najczęściej występuje u kobiet?

Na rycinie 13 ukazano, że prawie 45% kobiet ankietowanych twierdzi, że na raka szyjki macicy choruje rocznie od 2 do 5 tysięcy kobiet. Najmniej pacjentek ankietowanych zaznaczyło odpowiedź, że nowotwór wykrywany jest u poniżej 1 tysiąca kobiet w Polsce.



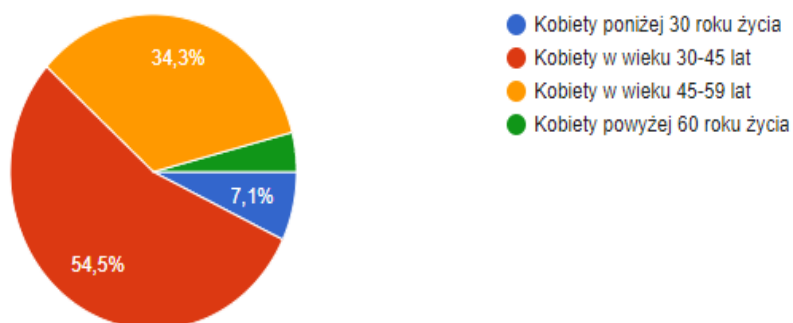
Rycina 13 Zachorowalność na raka szyjki macicy w ciągu roku w Polsce

Prawie połowa ankietowanych (45%) zapytana o umieralność kobiet na raka szyjki macicy w ciągu roku w Polsce zaznaczyła, że jest to od 2-5 tysięcy kobiet. Aż 40% uznało, że liczba ta wynosi poniżej 1 tysiąca kobiet rocznie. Wyniki przedstawiono na Rycinie 14.



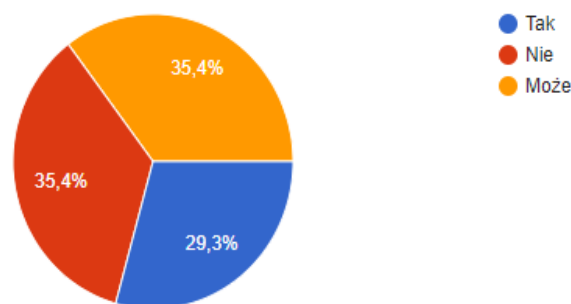
Rycina 14. Umieralność na raka szyjki macicy w ciągu roku w Polsce

Dzięki informacjom zgromadzonym na Rycinie 15, 1/3 pacjentek ankietowanych w odpowiedzi na pytanie w jakim wieku najczęściej chorują kobiety, odpowiedziało, że w wieku 45-59 lat. Ponad 1/2 kobiet stwierdziła, że najczęściej chorują kobiety w wieku 30-45 lat.



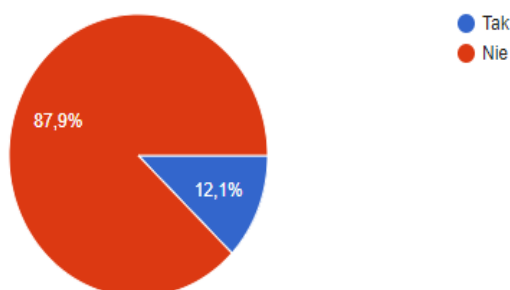
Rycina 15 Wiek, w którym kobiety chorują najczęściej na raka szyjki macicy

Na pytanie czy prowadzi Pani zdrowy tryb życia odpowiedzi ulokowały się na poziomie 1/3 przy każdej odpowiedzi. Jednak odpowiedź „Tak” była najrzadziej wybieraną opcją. Wyniki uzyskane w pytaniu przedstawia Rycina 16.



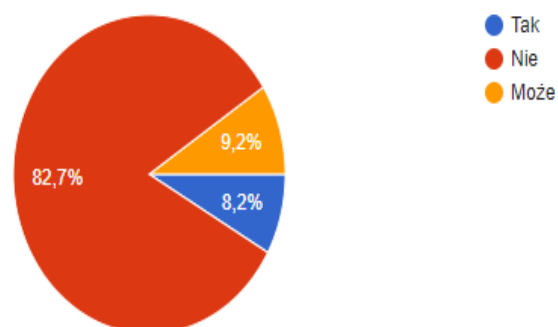
Rycina 16 Prowadzenie zdrowego trybu życia przez kobiety ankietowane

Kolejnym zadaniem pytaniem było „Czy wśród osób z najbliższej rodziny (matka, siostra, babcia) potwierdzono raka szyjki macicy?”. Większość ankietowanych (aż 90%) odpowiedziało, że nie. Odpowiedzi na zadane pytanie zgromadzono na Rycinie 17.



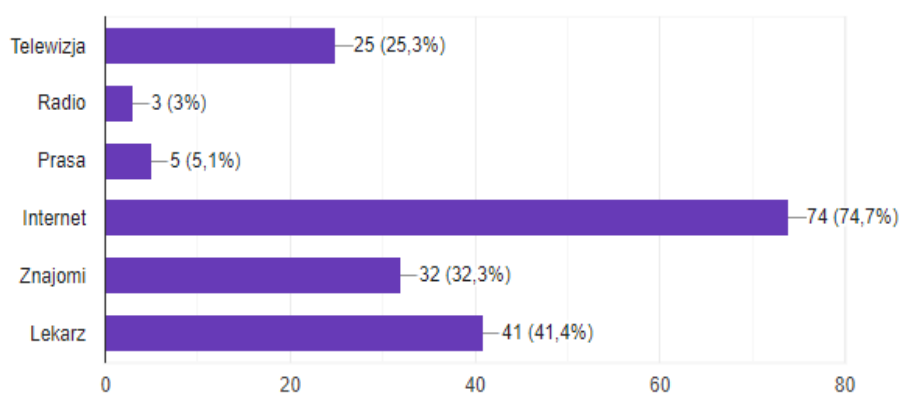
Rycina 17 Występowanie raka szyjki macicy wśród najbliższych kobiet ankietowanych

Kobiety zapytane o to czy ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy jest związane z wcześniejszym wystąpieniem tego nowotworu w rodzinie, odpowiedziały w 83%, że nie. Pozostałe 20% pacjentek stwierdziło, że ryzyko jest możliwe lub potwierdziły pytanie. Dane przedstawiono na Rycinie 18.



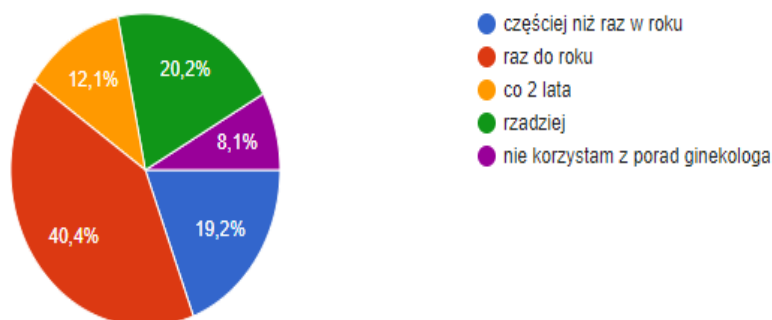
Rycina 18 Występowanie raka szyjki macicy, jeśli w rodzinie były osoby chore

Rycina 19 przedstawia odpowiedzi na pytanie: „Skąd czerpie Pani wiedzę na temat profilaktyki raka szyjki macicy 75% ankietowanych odpowiedziało, że z internetu. Najmniejsza ilość badanych zaznaczyła odpowiedź radio- tylko 3%.



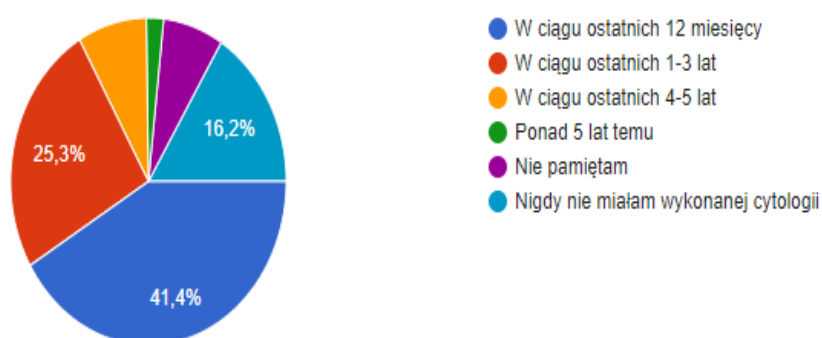
Rycina 19 Źródło wiedzy na temat profilaktyki raka szyjki macicy

Kobiety w odpowiedzi na pytanie „Jak często korzysta Pani z porad ginekologa?” odpowiadały różnie. Najwięcej pacjentek odpowiedziało, że korzysta raz do roku. Aż 8% ankietowanych przyznało, że nie korzysta z porad specjalisty. Odpowiedzi przedstawia Rycina 20.



Rycina 20 Częstotliwość korzystania z porad ginekologa

Kolejnym pytaniem zadany kobietom było „Kiedy ostatni raz miała Pani wykonane badanie cytologiczne?”. Prawie połowowa odpowiedziała, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy (41,4%). 2% przyznało, że ostatnie badanie cytologii miało wykonane ponad 5 lat temu. Była to równocześnie najrzadziej udzielana odpowiedź. Odpowiedzi zostały zgromadzone na Rycinie 21.



Rycina 21 Ostatnie wykonane badanie cytologicznego

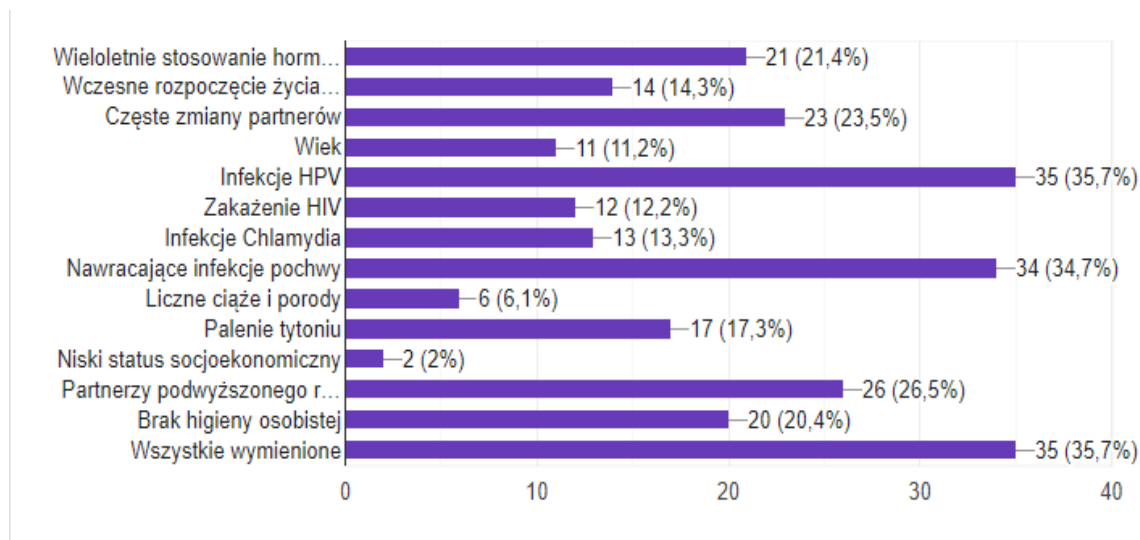
Na pytanie „Jaki był powód wykonania cytologii?” kobiety odpowiadały różnie. Najwięcej kobiet zaznaczyło, że zgłosiły się same w celach profilaktycznych (41%). Drugą

najczęściej wybieraną odpowiedzią przez kobiety było to, że badanie zostało wykonane podczas wizyty kontrolnej u ginekologa (aż 32%). Dane procentowe przedstawia Rycina 22.



Rycina 22 Powód wykonania badania cytologicznego

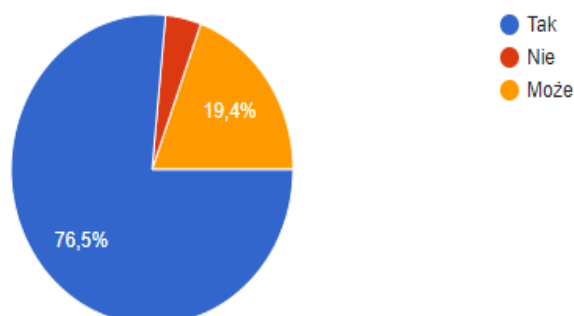
Na rycinie 23 przedstawiono odpowiedzi kobiet na pytanie: „Jakie są czynniki zwiększające ryzyko raka szyjki macicy?” były zróżnicowane. Pacjentki miały możliwość wielokrotnego wyboru. Najczęściej wybierane odpowiedzi to infekcje hpv, nawracające infekcje pochwy oraz opcja wszystkie wymienione. Najrzadziej wybieraną odpowiedzią był niski status ekonomiczny (2%).



Rycina 23 Czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy

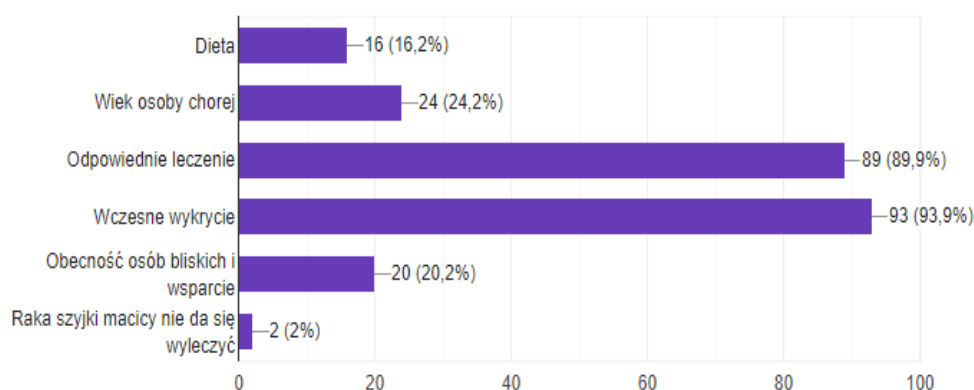
Na pytanie „Czy wystąpienie dwóch lub więcej czynników ryzyka jednocześnie może zwiększyć prawdopodobieństwo zachorowania na raka szyjki macicy?” kobiety w

prawie 77% odpowiedziały, że tak. Aż 19% wybrało odpowiedź „Może”. Zgromadzone odpowiedzi przedstawia Rycina 24.



Rycina 24 Wpływ większej ilości czynników ryzyka na wystąpienie raka szyjki macicy

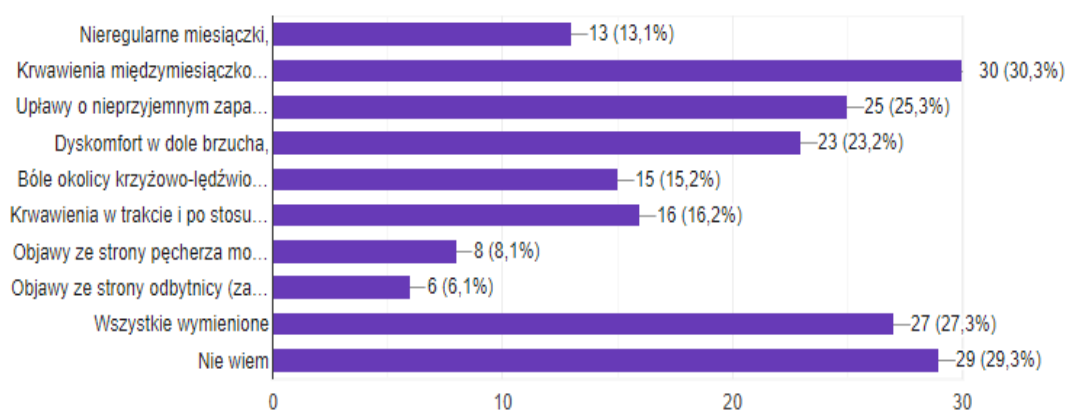
Według Ryciny 25 ok. 90% kobiet twierdzi, że czynnikami decydującymi o wyleczeniu raka szyjki macicy są: odpowiednie leczenie oraz wczesne wykrycie nowotworu. ¼ ankietowanych uznała, że duży wpływ na wyjście z choroby ma wiek pacjentki. 2% ankietowanych stwierdziło, że raka szyjki macicy nie da się wyleczyć.



Rycina 25 Czynniki wpływające na wyleczenie raka szyjki macicy

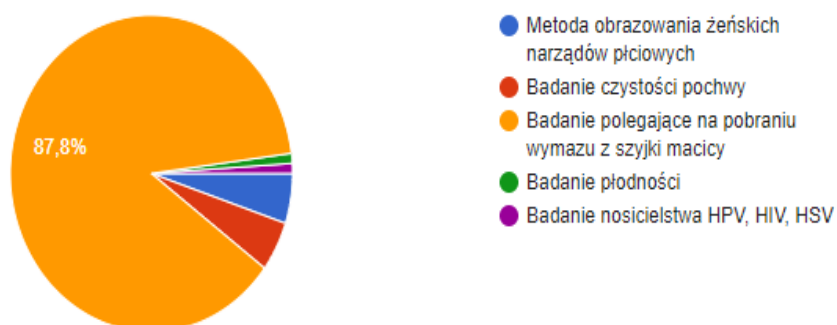
Kobiety zapytane o objawy świadczące o podejrzeniu raka szyjki macicy miały wielokrotny wybór. Aż 30 % ankietowanych odpowiedziało, że nie wie jakie są objawy. Najczęściej wybierane odpowiedzi to: krawienia międzymiesiączkowe

(30%), upławy o nieprzyjemnym zapachu (25%) oraz dyskomfort w dole brzucha (23%). 27 % pacjentek zaznaczyło, że wszystkie odpowiedzi są prawidłowe. Dane te przedstawiono na Rycinie 26.



Rycina 26 Objawy świadczące o podejrzeniu raka szyjki macicy

Z danych przedstawionych na Rycinie 27, około 90 % pacjentek odpowiedziało, że badanie cytologiczne jest to badanie polegające na pobraniu wymazu z szyjki macicy. Najmniej kobiet zaznaczyło, że jest to badanie płodności (1%).



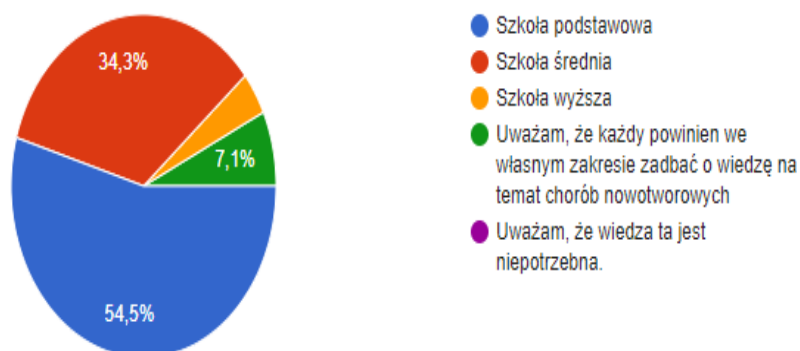
Rycina 27 Badanie cytologiczne- na czym polega?

Rycina 28 przedstawia informacje, że 4 na 10 kobiet ankietowanych na pytanie „Kiedy powinno się wykonać pierwsze badanie cytologiczne?” odpowiedziało, że w ciągu 3 lat od inicjacji seksualnej, nie później niż po 21 roku życia. Odpowiedź: po pierwszej miesiączce również zaznaczyło ok. 40% pacjentek.



Rycina 28 Czas wykonania pierwszego badania cytologicznego

Ponad połowa kobiet uznała, że edukacja kobiet na temat chorób nowotworowych powinna rozpocząć się już w szkole podstawowej (55%). 35% ankietowanych zaznaczyło, że edukacja powinna być prowadzona na poziomie kształcenia licealnego. Żadna z kobiet nie zaznaczyła, że wiedza na ten temat jest niepotrzebna młodym kobietom. Odpowiedzi przedstawiono na Rycinie 29.



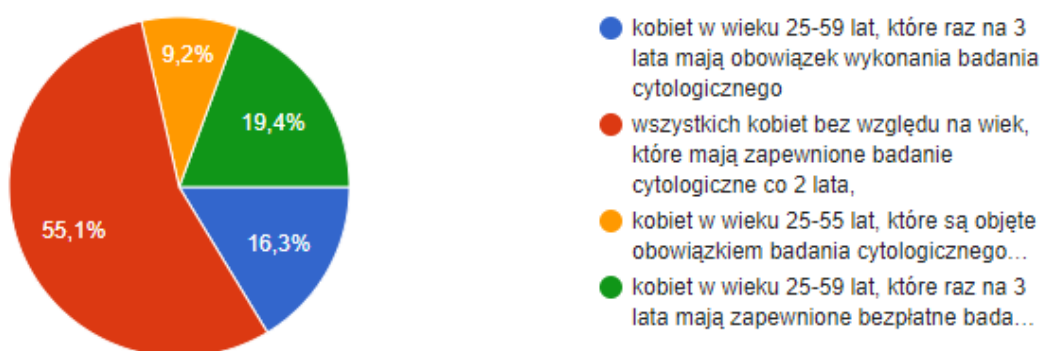
Rycina 29 Kształcenie kobiet na temat chorób nowotworowych

Dane ukazane na Rycinie 30 pokazują, że około 60% kobiet na pytanie „W której fazie cyklu powinno zgłosić się na badanie cytologiczne?” odpowiedziało, że między 10, a 18 dniem cyklu. ¼ ankietowanych odpowiedziało, że nie wie kiedy powinno odbyć się badanie.



Rycina 30 W której fazie cyklu miesięczkowego powinno być wykonane badanie cytologiczne

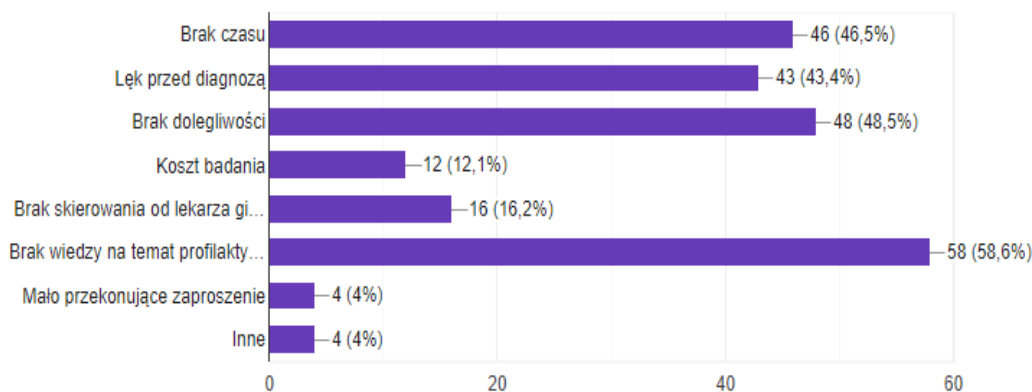
Według Ryciny 31, program profilaktyki raka szyjki macicy według 55% ankietowanych dotyczy wszystkich kobiet bez względu na wiek, które mają zapewnione badanie cytologiczne co 2 lata. Najmniej osób wybrało odpowiedź: kobiet w wieku 25-55 lat, które są objęte obowiązkiem badania cytologicznego co 2 lata (9%).



Rycina 31 Kogo dotyczy program profilaktyki raka szyjki macicy?

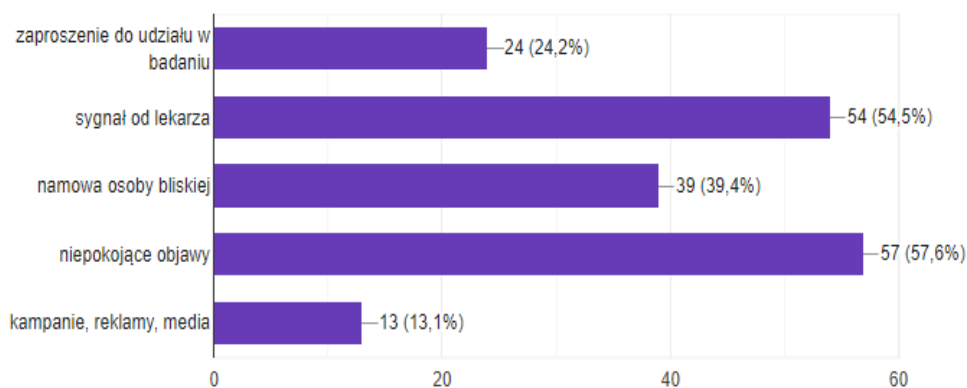
Na pytanie Dlaczego według Pani kobiety nie poddają się regularnym badaniom cytologicznym? 6 na 10 kobiet odpowiedziało, że pacjentki nie są odpowiednio

wyedukowane na temat profilaktyki raka szyjki macicy. Około 45% ankietowanych uznało, że istotne w braku badań są również lęk przed diagnozą (44%), brak czasu (47%) oraz brak dolegliwości (44%). Odpowiedzi ankietowanych przedstawia Rycina 32.



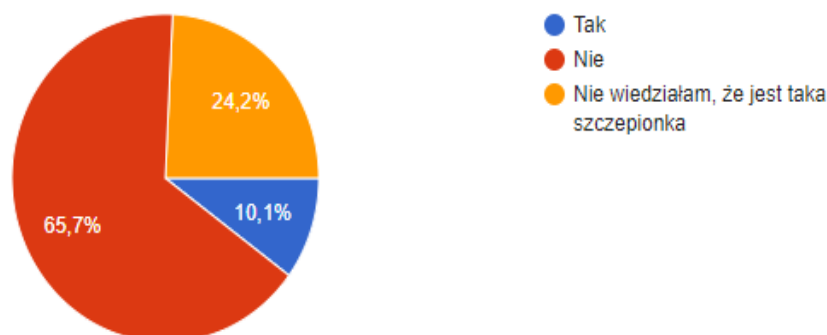
Rycina 32 Powód niewykonywania badań profilaktycznych przez kobiety

Kobietom zadano pytanie: „Co według Pani stanowi najlepszą motywację do wykonywania badań profilaktycznych w kierunku raka szyjki macicy?”. Ponad połowa z nich odpowiedziała, że sygnał od lekarza oraz niepokojące objawy są największą motywacją do wykonania badań. Według ankietowanych namowa osoby bliskiej jest również bardzo istotna w namowie do prowadzenia profilaktyki. Odpowiedzi ukazano na Rycinie 33.



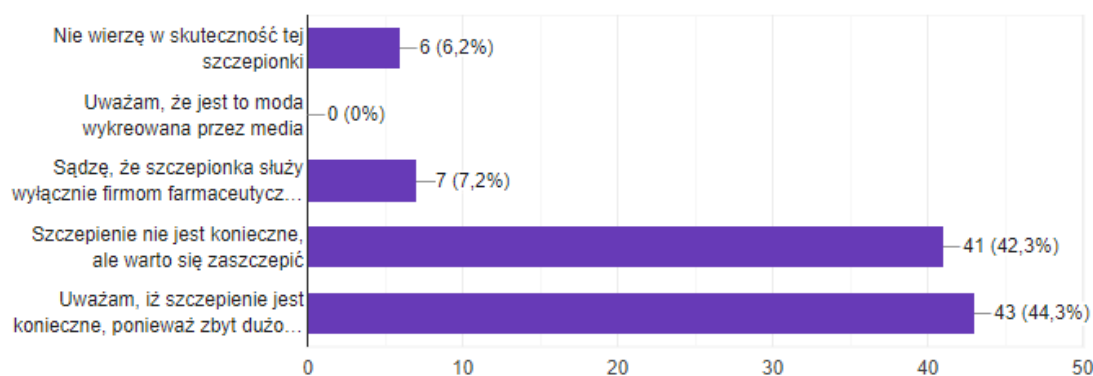
Rycina 33 Motywacja do wykonywania badań profilaktycznych w kierunku raka szyjki macicy

Rycina 34 przedstawia, że 66% kobiet nie zostało zaszczepionych przeciwko wirusowi HPV. 10% ankietowanych odpowiedziało, że miało wykonane szczepienie. ¼ kobiet nie wiedziało, że istnieje taka szczepionka.



Rycina 34 Czy została Pani zaszczepiona przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego HPV?

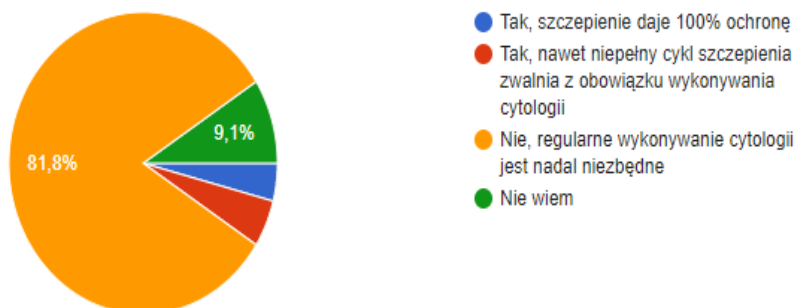
Na pytanie „Jakie jest Pani zdanie na temat szczepienia przeciwko wirusowi HPV?” najwięcej ankietowanych odpowiedziało, że szczepienie nie jest konieczne, ale warto się zaszczepić (43%) oraz szczepienie jest konieczne, ponieważ zbyt dużo Polek umiera na raka szyjki macicy (44%). Porównanie odpowiedzi ankietowanych ukazano na Rycinie 35.



Rycina 35 Ocena szczepienia przeciwko wirusowi HPV

Rycina 36 pokazuje, że regularne wykonywanie cytologii mimo wykonanego szczepienia przeciwko HPV jest konieczne według 82% pacjentek biorących udział w

ankiecie. Około 9% kobiet odpowiedziało, że nie wie czy wykonanie pełnego cyklu szczepień zwalnia z obowiązku przeprowadzania regularnego badania cytologicznego.

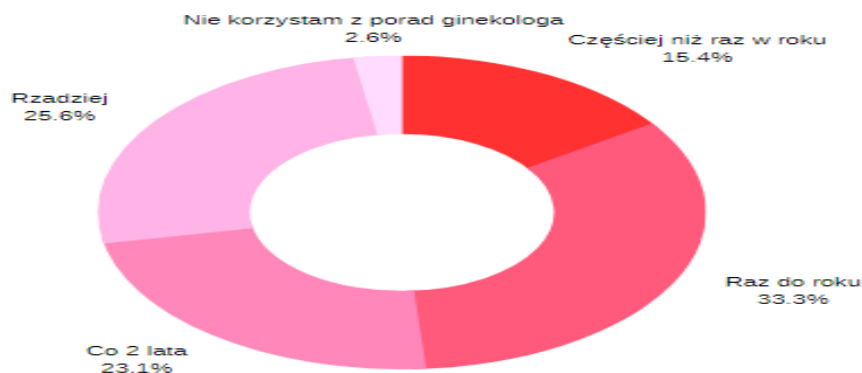


Rycina 36 Czy wykonanie pełnego cyklu szczepień zwalnia z obowiązku przeprowadzania regularnego badania cytologicznego?

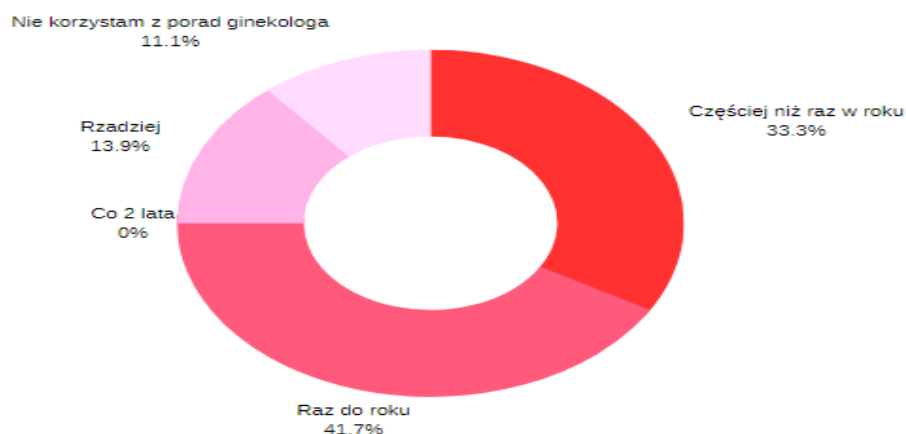
Porównanie świadomości kobiet w zakresie wiekowym 18-25 lat oraz 40-55 lat w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy

Na pytanie „Jak często korzysta Pani z porad lekarza ginekologa?” kobiety w zakresie wiekowym od 18 do 25 lat najczęściej odpowiadały, że korzystają raz do roku (41%). 33% ankietowanych odpowiedziało, że wizyty u ginekologa umawiają częściej niż raz w roku. 11% pacjentek nie korzysta z porad ginekologa. Odpowiedzi zostały ukazane na Rycinie 38.

Większość kobiet w zakresie wiekowym 40-55 lat zaznaczyło, że korzysta z porad ginekologa raz do roku. 26% z nich korzysta rzadziej niż co 2 lata. Ok 3% pacjentek w tym zakresie wiekowym nie korzysta z porad ginekologa. Dane przedstawiono na Rycinie 37

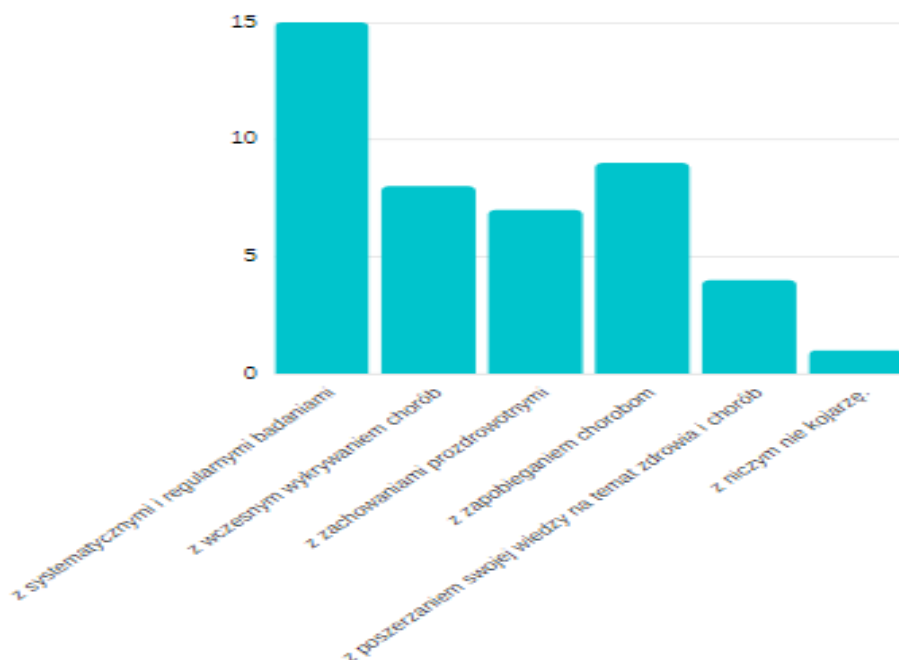


Rycina 37 Korzystanie z porad ginekologa kobiet w zakresie wiekowym 40-55 lat

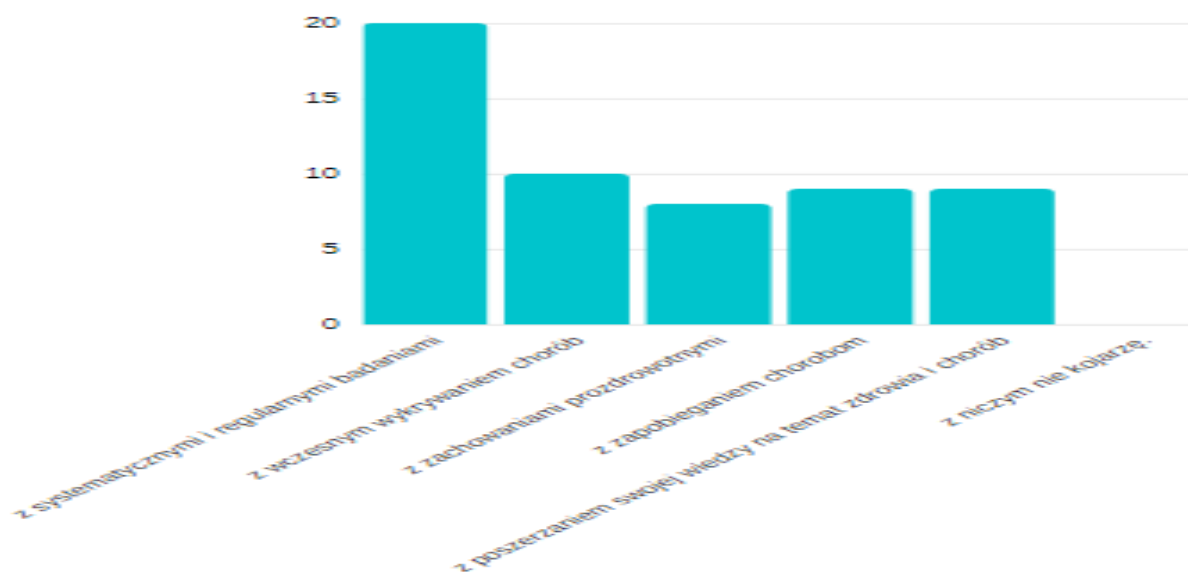


Rycina 38 Korzystanie z porad ginekologa kobiet w zakresie wiekowym 18-25 lat

Ryciny 39 oraz 40 ukazują, że 15 na 27 kobiet ankietowanych, które były w zakresie wiekowym 40-55 lat na pytanie z czym kojarzy im się słowo profilaktyka odpowiedziało, że z systematycznymi i regularnymi badaniami. To była najczęstsza odpowiedź. Kobiety w wieku od 19 do 25 roku życia odpowiadała podobnie, ponieważ systematyczne oraz regularne badania były również najczęściej wybieraną odpowiedzią (35%).

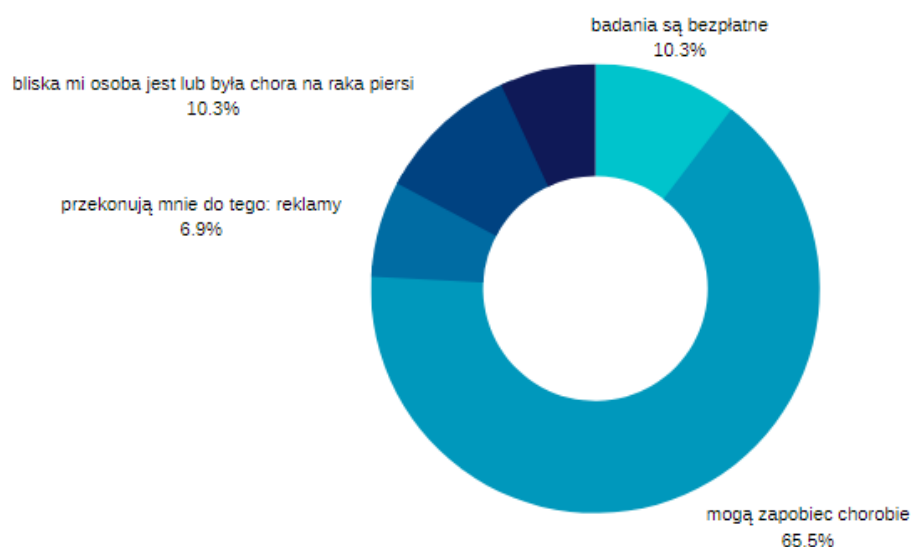


Rycina 39 Skojarzenie ze słowem „profilaktyka” kobiet w zakresie wiekowym 40-55 lat

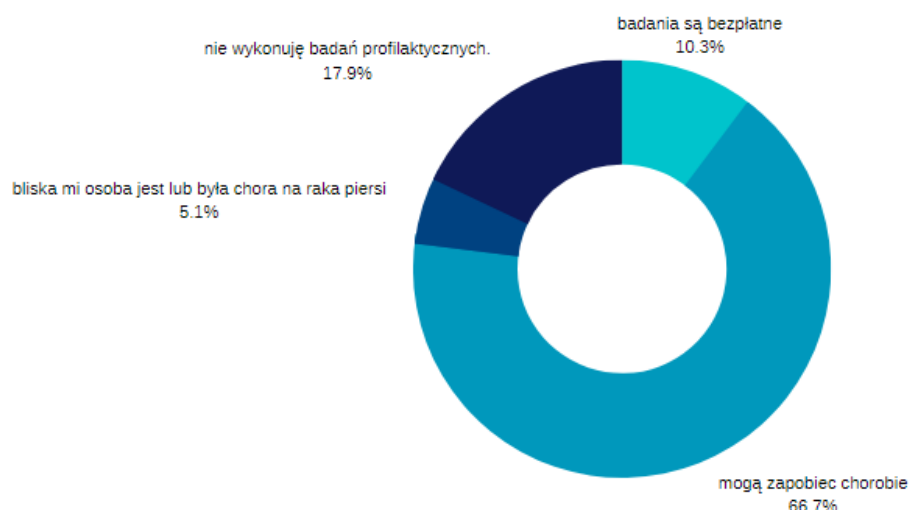


Rycina 40 Skojarzenie ze słowem „profilaktyka” kobiet w zakresie wiekowym 18-25 lat

Kobiety w zakresie wiekowym 18-25 lat na pytanie „Dlaczego wykonuje Pani badania profilaktyczne?”, w większości odpowiedziały, że badania mogą zapobiec chorobie. Prawie 18% z nich nie wykonuje badań profilaktycznych. Natomiast kobiety w starszym wieku (40-55lat) w 66 % odpowiedziały, że wykonują badania profilaktyczne, ponieważ mogą one zapobiec chorobom. 10% z nich zaznaczyło, że korzysta z porad ze względu na to, że są one bezpłatne. Odpowiedzi przedstawiono na Rycinach 41 i 42.

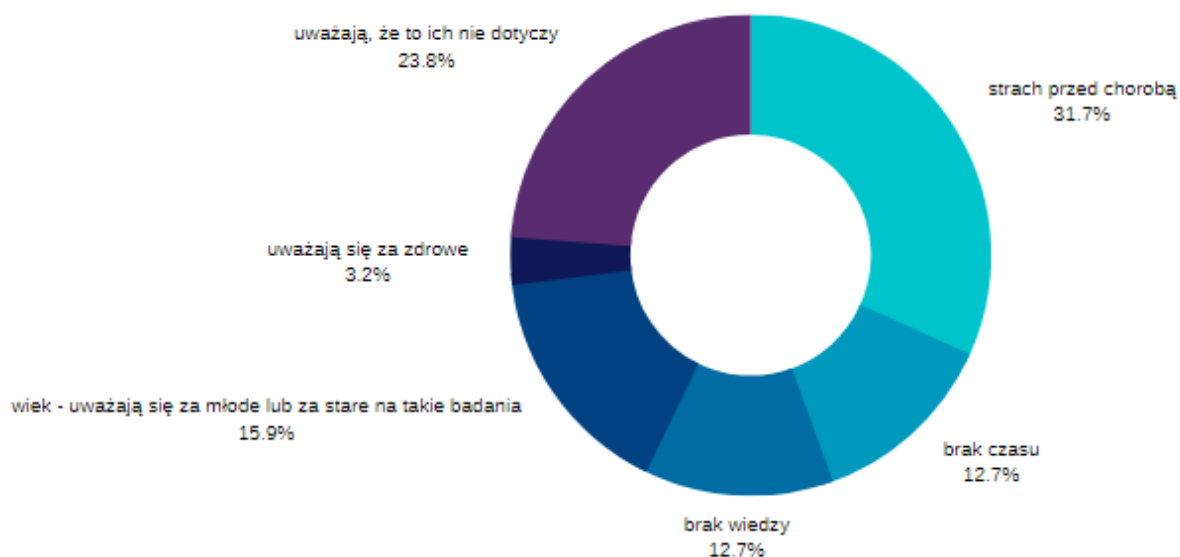


Rycina 41 Powód wykonywania badań profilaktycznych przez kobiety w zakresie wiekowym 40-55 lat

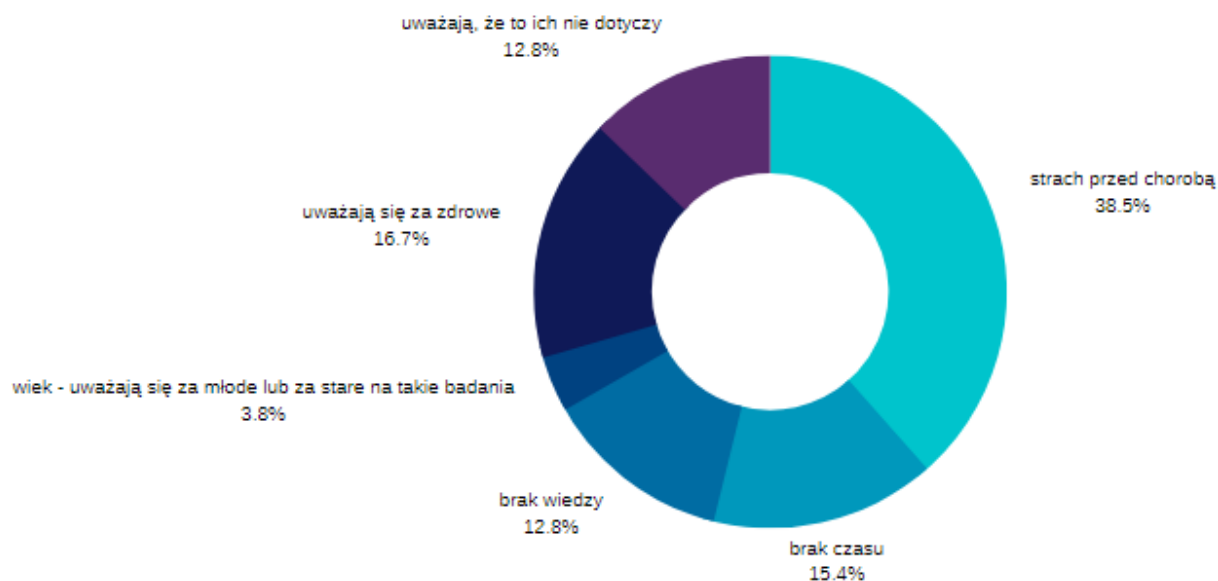


Rycina 42 Powód wykonywania badań profilaktycznych przez kobiety w zakresie wiekowym 40-55 lat

Ryciny 43 oraz 44 przedstawiają, że aż 40% kobiet w zakresie wiekowym 18-25 lat na pytanie dlaczego kobiety nie wykonują badań profilaktycznych, odpowiedziało, że ze strachu przed chorobą. 15% kobiet z tej grupy ankietowanych uznało, że powodem niewykonywania badań jest brak czasu. Pacjentki w zakresie wiekowym 40-55 lat również najczęściej wybierały strach przed chorobą w odpowiedzi na zadane pytanie (30%).

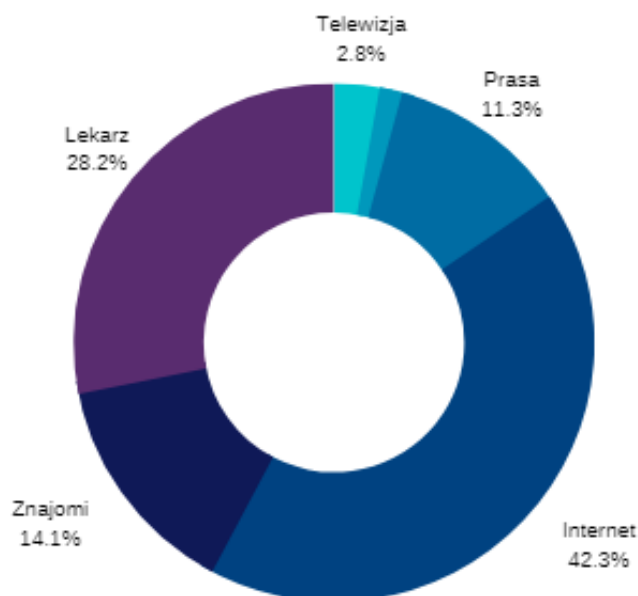


Rycina 43 Powód niewykonywania badań przez kobiety w Polsce- opinia kobiet w wieku 40-55 lat

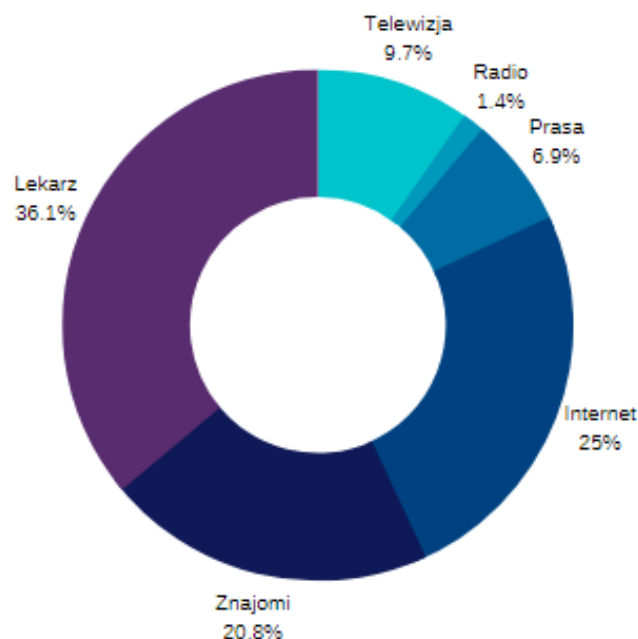


Rycina 44 Powód niewykonywania badań przez kobiety w Polsce- opinia kobiet w wieku 18-25 lat

Na pytanie „Skąd czerpie Pani informacje na temat profilaktyki raka szyjki macicy?” kobiety w wieku 18-25 lat w większości przyznały, że jest to internet (40%). Drugą najczęściej wybieraną opcją była konsultacja lekarska. Natomiast pacjentki w wieku 40-55 lat najczęściej korzystają z porad lekarskich (36%). Odpowiedzi ukazano na Rycinach 45 i 46.

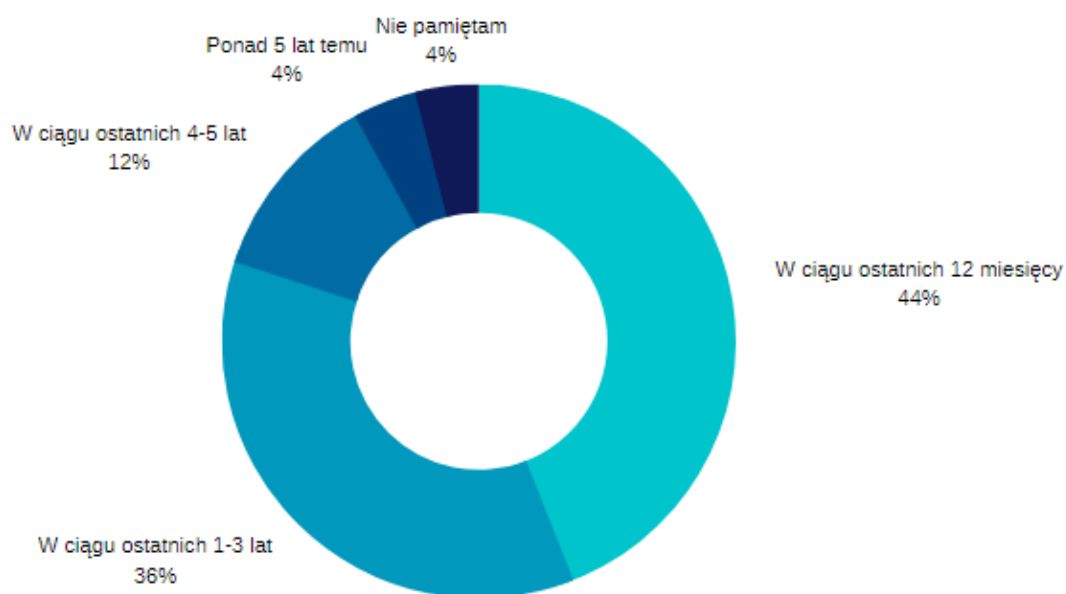


Rycina 45 Czerpanie informacji na temat profilaktyki raka szyjki macicy przez kobiety w zakresie wiekowym 18-25 lat

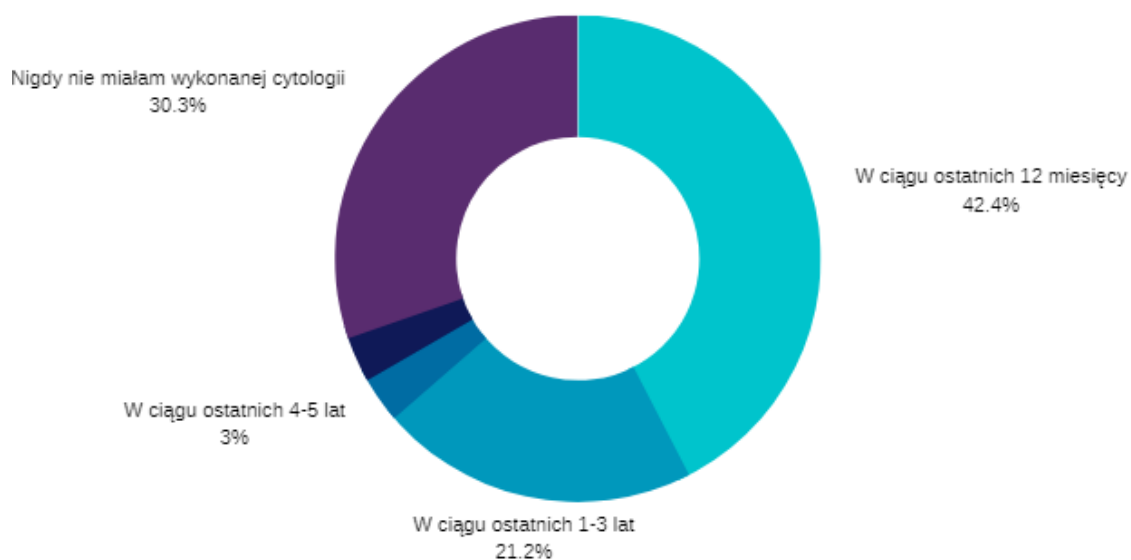


Rycina 46 Czerpanie informacji na temat profilaktyki raka szyjki macicy przez kobiety w zakresie wiekowym 40-55 lat

Na pytanie „Kiedy miała Pani wykonaną cytologię?” kobiety w wieku od 18 do 25 lat w 42% odpowiedziały, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Aż 30% z nich nigdy nie miało wykonanej cytologii. Wszystkie kobiety w zakresie wiekowym 40-55 lat miały wykonane badanie cytologiczne. Prawie połowa z nich w ciągu ostatniego roku (44%). Informacje te przedstawiają Rycina 47 i 48.

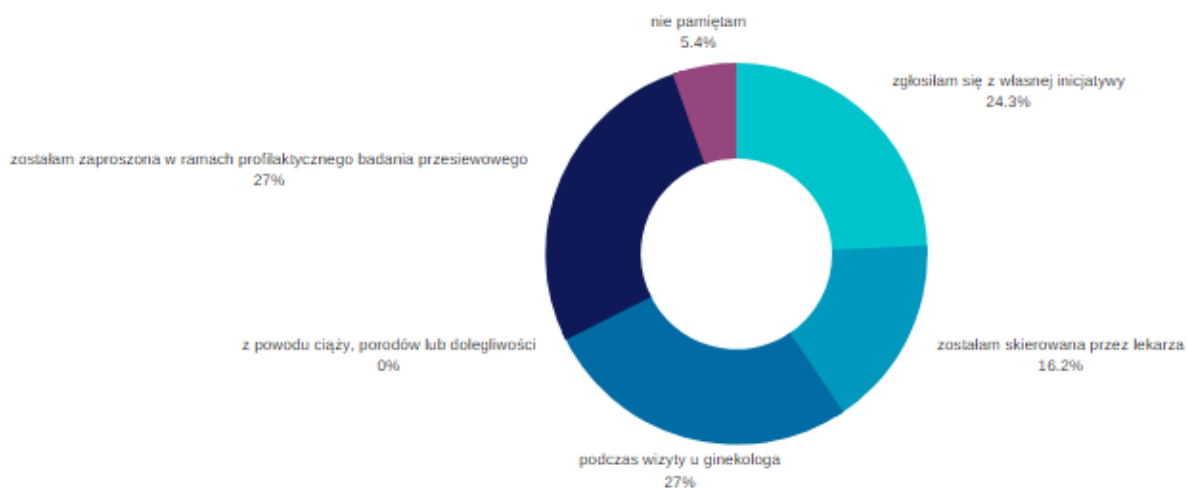


Rycina 47 Ostatnie wykonane badanie cytologiczne przez kobiety w zakresie wiekowym 40-55 lat

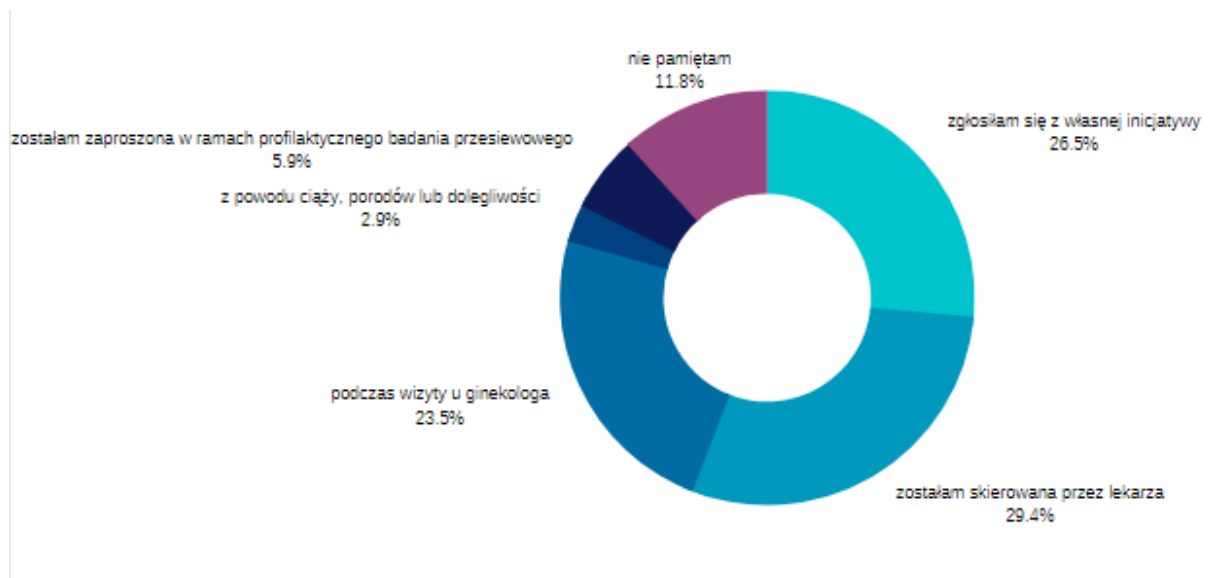


Rycina 48 Ostatnie wykonane badanie cytologiczne przez kobiety w zakresie wiekowym 18-25 lat

Na rycinach 49 i 50 pokazano, że Kobiety w wieku od 18 do 25 lat wykonywały badanie cytologii najczęściej z powodu skierowania od lekarza (29%) oraz zgłaszały się z własnej inicjatywy (26%). Kobiety w zakresie wiekowym od 40-55 lat najczęściej zgłaszały się, ponieważ zostały zaproszone w ramach profilaktycznego badania przesiewowego (27%).



Rycina 49 Powód wykonywania badania cytologicznego przez kobiety w zakresie wiekowym 40-55 lat

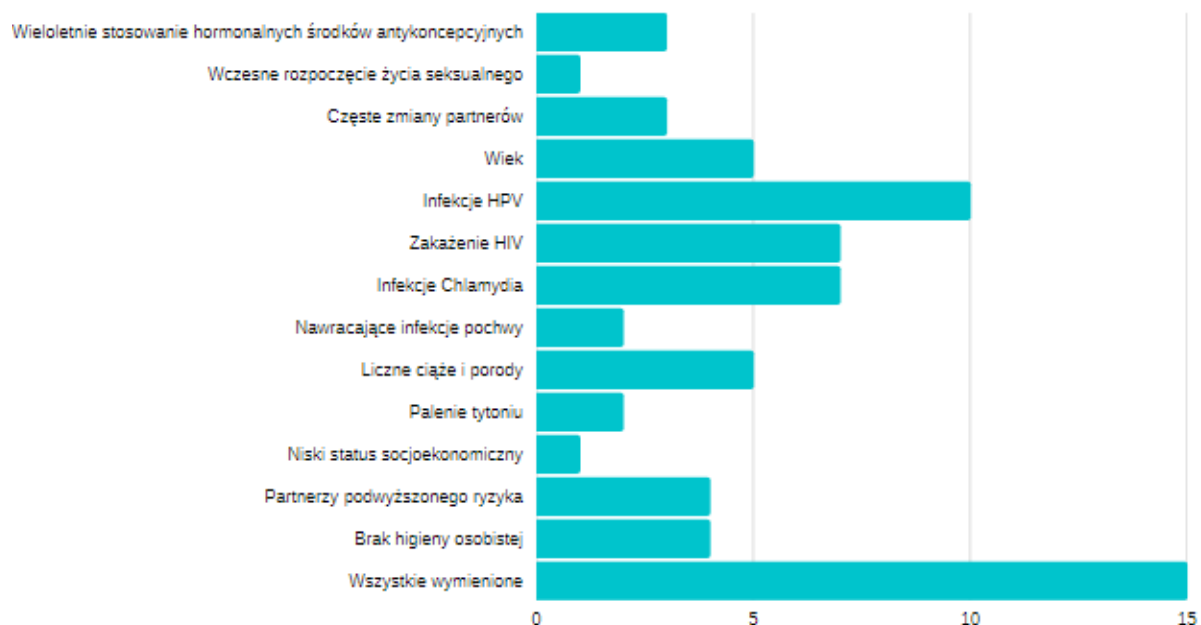


Rycina 50 Powód wykonywania badania cytologicznego przez kobiety w zakresie wiekowym 18-25 lat

Kobiety w wieku 18-25 lat na pytanie jakie są czynniki raka szyjki macicy odpowiedziały, że wszystkie wymienione odpowiedzi. Podobne wyniki uzyskano wśród kobiet w zakresie wiekowym 40-55 lat. Odpowiedzi przedstawiono na Rycinach 51 oraz 52.

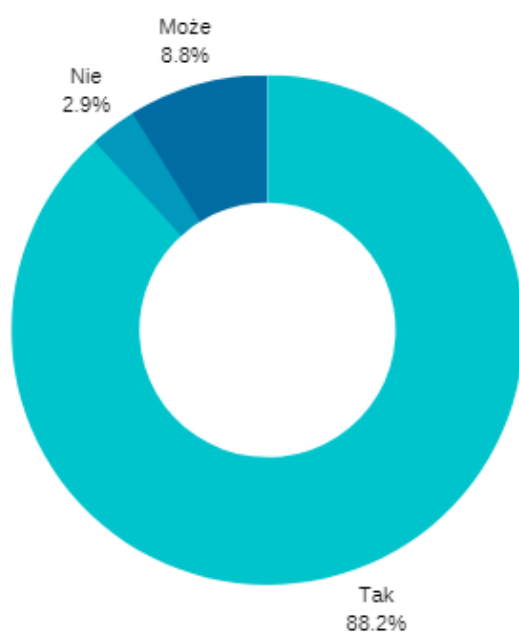


Rycina 51 Czynniki ryzyka raka szyjki macicy według kobiet w zakresie wiekowym 18-25 lat

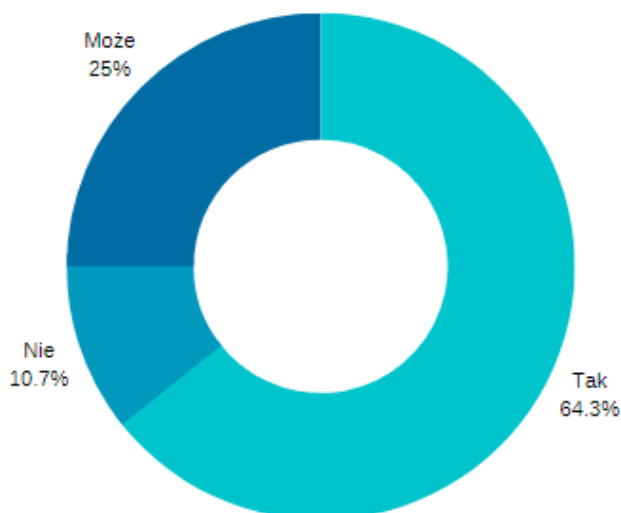


Rycina 52 Czynniki ryzyka raka szyjki macicy według kobiet w zakresie wiekowym 40-55 lat

Młodsza grupa ankietowanych w większości twierdzi, że wystąpienie dwóch lub więcej czynników ryzyka jednocześnie może zwiększyć prawdopodobieństwo zachorowania na raka szyjki macicy. Starsza grupa w zakresie wiekowym 40-55 lat twierdzi podobnie. Jednak wśród drugiej grupy badanych 25% uważa, że jest to możliwe, ale nie są one pewne. (Ryc. 53 oraz 54).

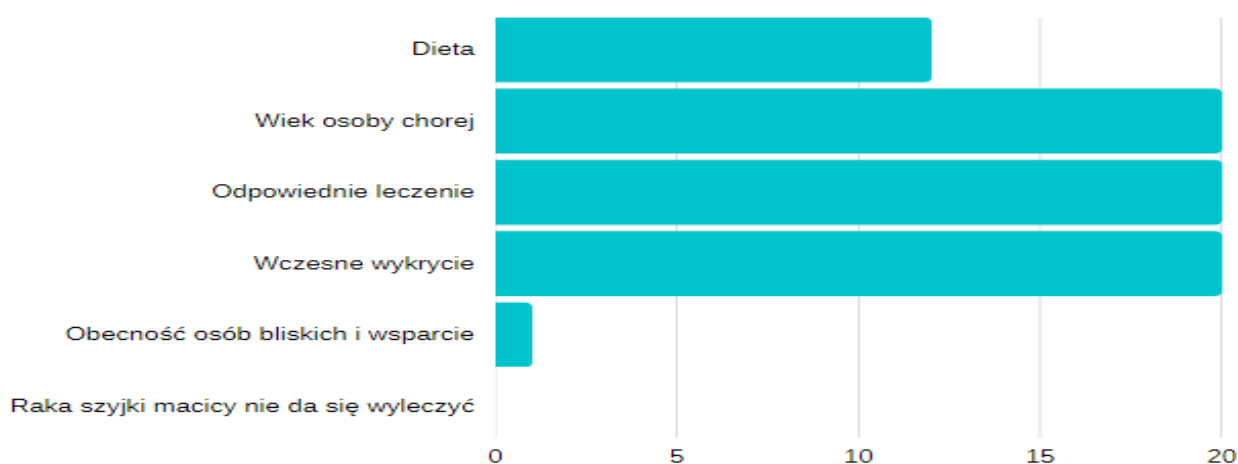


Rycina 53 Wpływ większej ilości czynników ryzyka na wystąpienie raka szyjki macicy według kobiet w zakresie wiekowym 18-25 lat

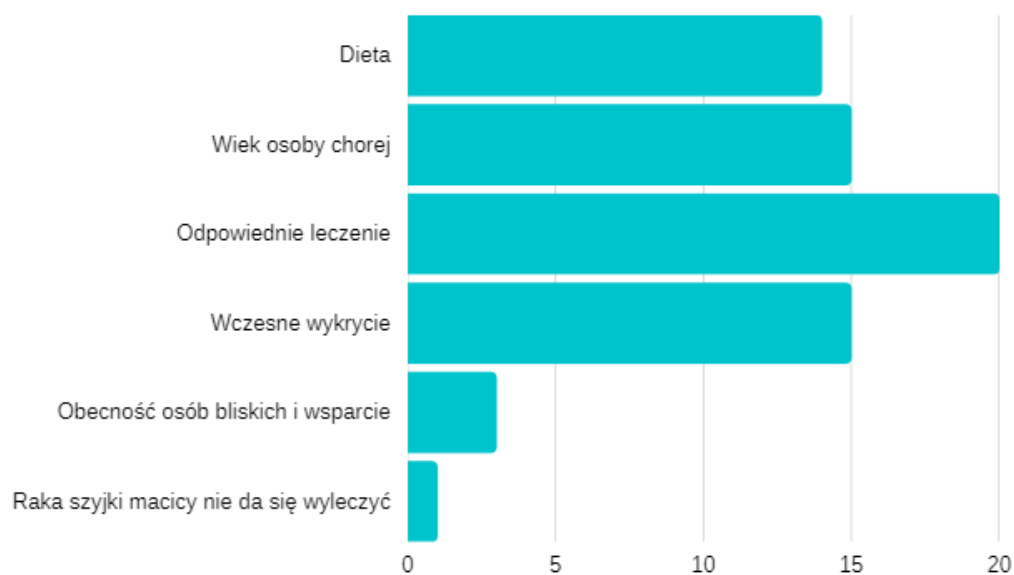


Rycina 54 Wpływ większej ilości czynników ryzyka na wystąpienie raka szyjki macicy według kobiet w zakresie wiekowym 40-55 lat

Na pytanie „Jakie, Pani zdaniem, są główne czynniki decydujące o wyleczeniu raka szyjki macicy?” kobiety w wieku 18-25 lat odpowiedziały, że są to: wiek osoby chorej, odpowiednie leczenie oraz wczesne wykrycie. Żadna z nich nie odpowiedziała, że raka szyjki macicy nie da się wyleczyć. Kobiety w zakresie wiekowym 40-55 lat odpowiadały podobnie. 1 z nich odpowiedziała, że raka szyjki macicy nie da się wyleczyć. Odpowiedzi ukazano na Rycinach 55 oraz 56.



Rycina 55 Czynniki decydujące o wyleczeniu raka szyjki macicy według kobiet w zakresie 18-25 lat

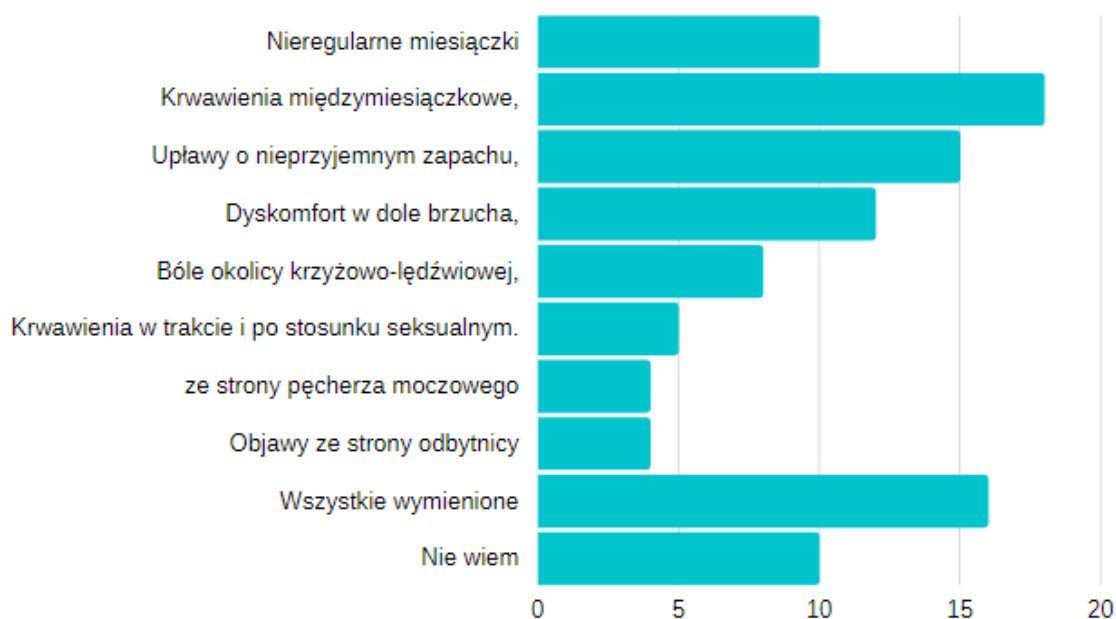


Rycina 56 Czynniki decydujące o wyleczeniu raka szyjki macicy według kobiet w zakresie 40-55 lat

Kobiety w wieku 18-25 lat zapytane o objawy raka szyjki macicy najczęściej odpowiadały, że są to: krwawienia międzymiesiączkowe, upławy o nieprzyjemnym zapachu oraz dyskomfort w dole brzucha. 6 na 34 kobiety przyznało, że nie wiedzą jakie są objawy nowotworu. Natomiast wśród kobiet w wieku 40-55 lat najczęstszymi odpowiedziami były: krwawienia międzymiesiączkowe, upławy o nieprzyjemnym zapachu oraz wszystkie wymienione. Aż 10 z nich przyznało, że nie wie jakie są objawy. (Ryc. 57 oraz 58).



Rycina 57 Objawy raka szyjki macicy według kobiet w wieku 18-25 lat

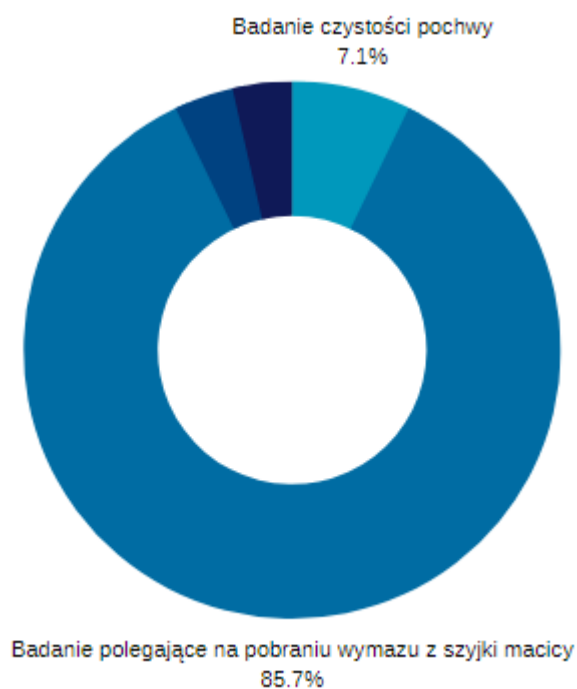


Rycina 58 Objawy raka szyjki macicy według kobiet w wieku 40-55 lat

Według Rycin 59 i 60 Kobiety w zakresie wiekowym od 18-25 lat w 90% na pytanie czym jest cytologia odpowiedziały, że badaniem polegającym na pobraniu wymazu z szyjki macicy. Kobiety w wieku 40-55 lat również w większości wybrały tę odpowiedź (85%).

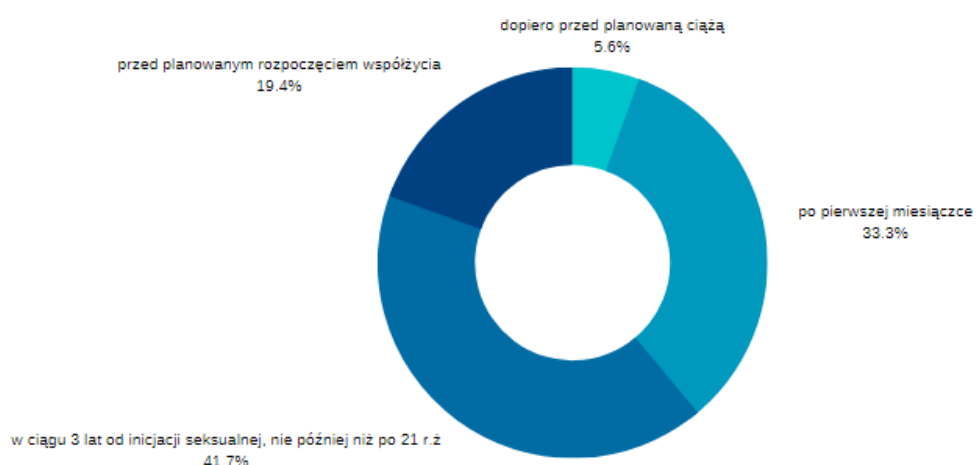


Rycina 59 Badanie cytologiczne- na czym polega? Ocena kobiet w wieku 18-25 lat

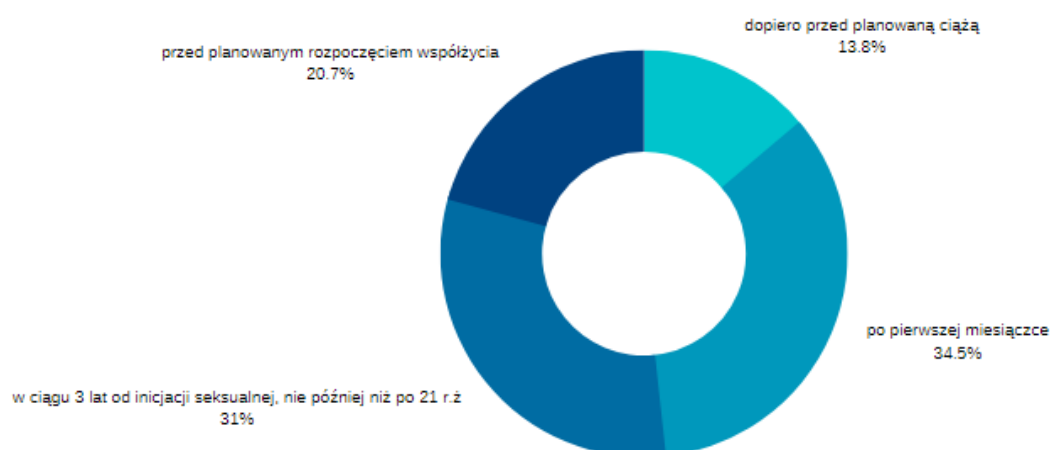


Rycina 60 Badanie cytologiczne- na czym polega? Ocena kobiet w wieku 40-55 lat

Dzięki Rycinom 61 i 62 ukazano, że młodsza część ankietowanych (18-25 lat) na pytanie kiedy powinno być wykonane pierwsze badanie cytologiczne, w 42 % odpowiedziała, że w ciągu 3 lat od inicjacji seksualnej, nie później niż po 21 r.ż. 5 % zaznaczyło, że dopiero przed planowaną ciążą. Kobiety w zakresie wiekowym 40-55 lat najczęściej odpowiadały, że po pierwszej miesiączce (35%) oraz w ciągu 3 lat od inicjacji seksualnej, nie później niż po 21 (31%).

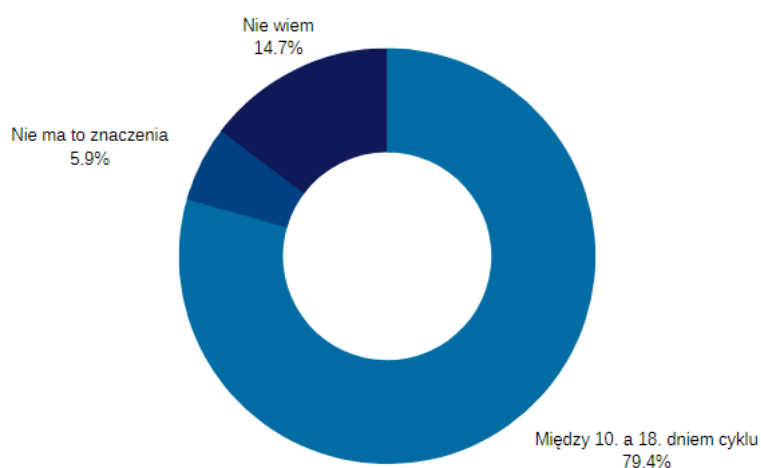


Rycina 61 Czas wykonania pierwszego badania cytologicznego według kobiet w wieku 18-25 lat



Rycina 62 Czas wykonania pierwszego badania cytologicznego według kobiet w wieku 40-55 lat

Pacjentki w wieku od 18 do 25 lat w 14% odpowiedziały, że nie wie w jakim czasie w cyklu miesięczkowym powinno być wykonane badanie cytologiczne. 80% stwierdziło, że między 10, a 18 dniem cyklu. Grupa ankietowanych w zakresie wiekowym od 40-55 lat najczęściej wybierało odpowiedź, że cytologia powinna być wykonywana między 10-18 dniem cyklu (86%). (Ryc. 63 i 64).

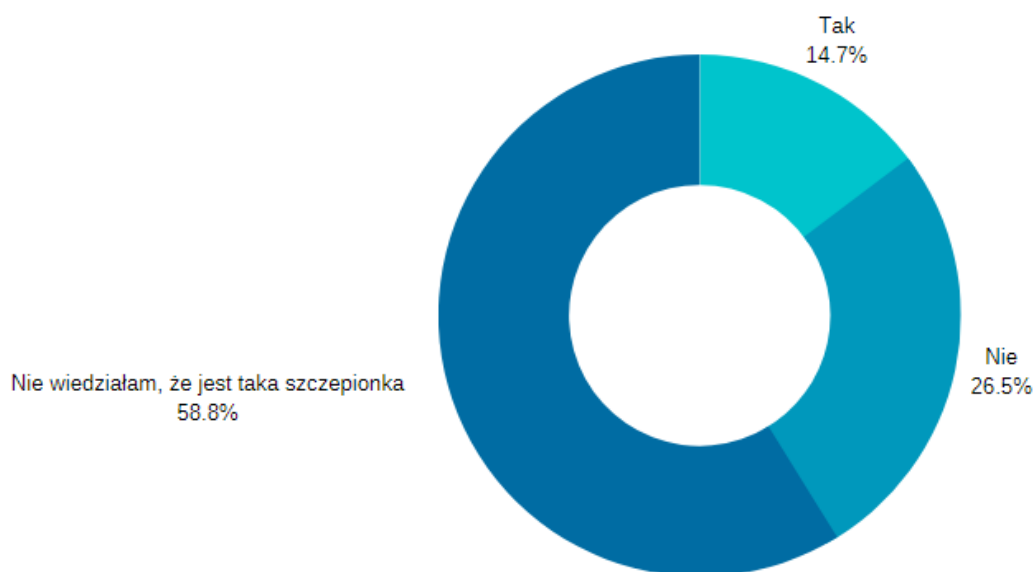


Rycina 63 W której fazie cyklu miesięczkowego powinno być wykonane badanie cytologiczne?- odpowiedzi kobiet w zakresie wiekowym 18-25 lat

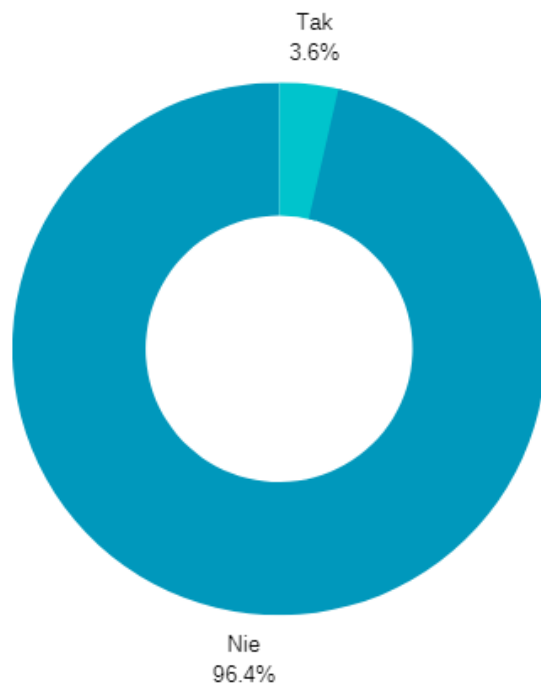


Rycina 64 W której fazie cyklu miesięczkowego powinno być wykonane badanie cytologiczne?- odpowiedzi kobiet w zakresie wiekowym 40-55 lat

Na pytanie „Czy została Pani zaszczepiona wirusowi brodawczaka ludzkiego HPV?”, kobiety w zakresie wiekowym 18-25 lat w 60% odpowiedziały, że nie wiedziały o istnieniu takiego szczepienia. 27% z nich jest niezaszczepiona, natomiast aż 15% miało wykonane szczepienie. Kobiety w zakresie wiekowym 40-55 lat w 97% odpowiedziały, że nie zostały zaszczepione. Odpowiedzi ukazano na Rycinach 65 oraz 66.

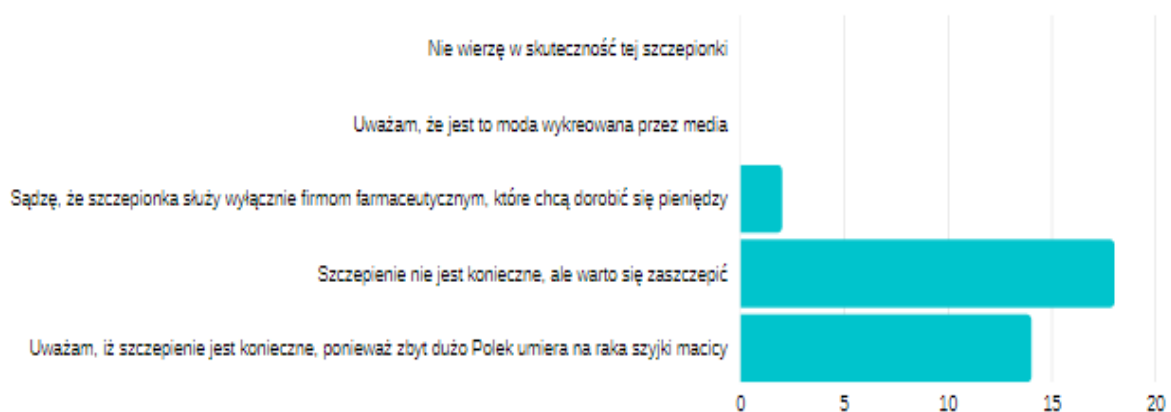


Rycina 65 Szczepienia przeciwko HPV kobiet w zakresie wiekowym 18-25 lat

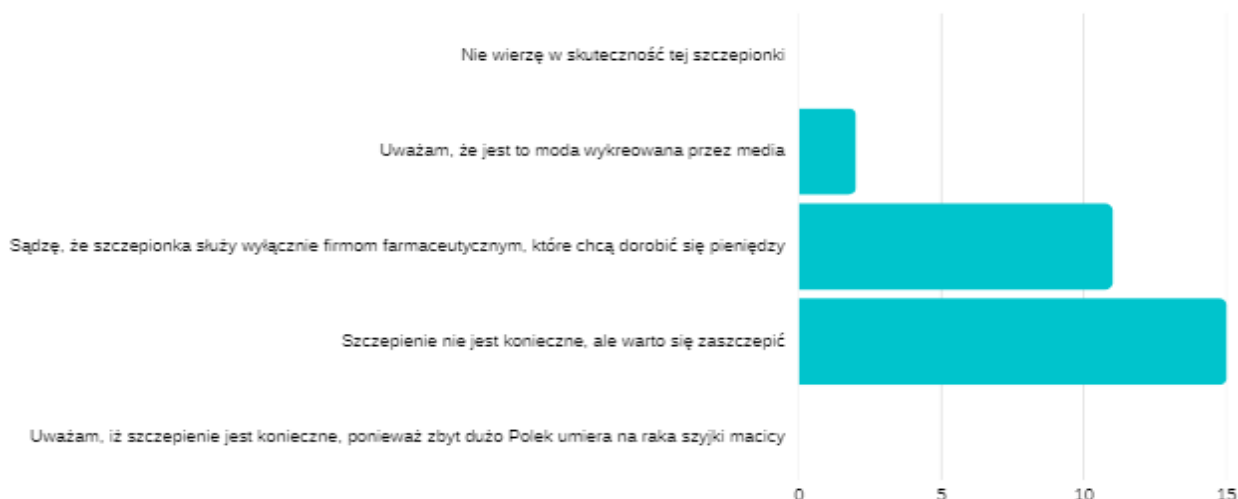


Rycina 66 Szczepienia przeciwko HPV kobiet w zakresie wiekowym 40-55 lat

Na Rycinach 67 i 68 ukazano, że ponad połowa kobiet w wieku 18-25 lat uważa, że szczepienie nie jest konieczne, ale warto się zaszczepić. 41% z nich sądzi, że szczepienie jest konieczne. Kobiety w zakresie wiekowym 40-55 lat w odpowiedzi na to samo pytanie odpowiedziały w 54%, że szczepienie nie jest obowiązkowe, ale warto się zaszczepić.

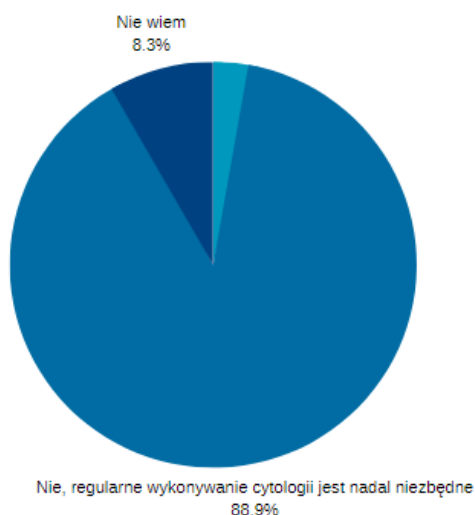


Rycina 67 Opinia na temat szczepienia przeciwko HPV wśród kobiet w wieku 18-25 lat

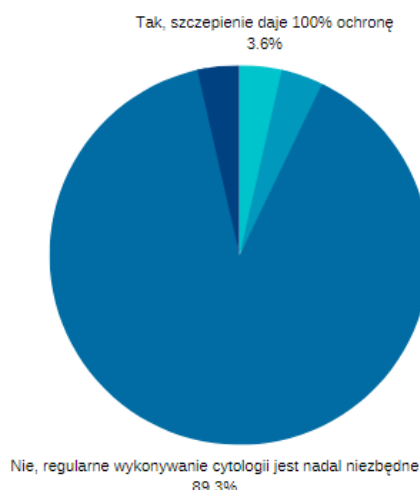


Rycina 68 Opinia na temat szczepinienia przeciwko HPV wśród kobiet w wieku 40-55 lat

Kobiety w wieku 18-25 lat na pytanie „Czy wykonanie pełnego cyklu szczepień zwalnia z obowiązku przeprowadzania regularnego badania cytologicznego?” w 89% odpowiedziały, że nie, wykonywanie cytologii jest nadal niezbędne. Kobiety w zakresie 40-55 lat uważały tak samo. Odpowiedzi przedstawiają Ryciny 69 oraz 70.



Rycina 69 Czy wykonanie pełnego cyklu szczepień zwalnia z obowiązku przeprowadzania regularnego badania cytologicznego? Odpowiedzi kobiet w wieku 18-25 lat



Rycina 70 Czy wykonanie pełnego cyklu szczepień zwalnia z obowiązku przeprowadzania regularnego badania cytologicznego? Odpowiedzi kobiet w wieku 40-55 lat

DYSKUSJA

Profilaktyka prowadzona w jednostce chorobowej takiej jak rak szyjki macicy polega głównie na profilaktyce pierwotnej. Polega to na redukcji częstości występowania nowych zachorowań oraz wykluczania czynników, które mogą nasilić podatność na chorobę. Polega też ona na wczesnym wykrywaniu objawów, co nazywane jest profilaktyką wtórną. Główne badania wykonywane w ramach profilaktyki raka szyjki macicy to badania cytologiczne, które należą do programu badań przesiewowych. Ważna jest również edukacja pacjentek w zakresie danego tematu. W Polsce zauważono spadek liczby zachorowań oraz zgonów chorych, jednakże nie jest to nadal na tyle optymistyczny wynik, aby mógł zadowolić. Dzięki wysoko rozwiniętej aparaturze, lepszemu dostępowi do opieki zdrowotnej oraz wdrożeniem ciągłej edukacji w zakresie profilaktyki nowotworu, kobiety stają się bardziej świadome oraz czule na problem.

Z przeprowadzonych badań wynika, że w województwie podlaskim ponad 40% kobiet korzysta z porad ginekologa raz do roku. Tylko 8% badanych nie korzysta z porad specjalisty. Aż 41,4% kobiet badanych (prawie połowa) miało wykonane badania cytologiczne w ciągu ostatniego roku. Na 100 osób badanych, wynik ten jest zaskakująco wysoki. Młodsza grupa badanych (42%) miało wykonane badanie w ciągu ostatniego roku, natomiast starsze kobiety (40-55 lat) w 36,5% korzystało z porad ginekologa w ciągu 1-3 lat. Badania zostały przeprowadzone wśród losowych pacjentek w różnym wieku i o różnym pochodzeniu oraz statusie materialnym.

Głównym powodem nie wykonywania badań profilaktycznych jest strach przed chorobą. Jest to zrozumiałe, ze względu na to, że kobiety bardzo boją się diagnozy. Aż 50 chorych na 100 wybrało tę odpowiedź. W rozmowach z ankietowanymi często słyszałam odpowiedź „Mnie to nie dotyczy, jestem za stara na te badania, poza tym już rodziłam dzieci.”. Stąd moje domysły, że kobiety nie badają się, ponieważ myślą, że to ich nie dotyczy. Nie myliłam się. Osoby ankietowane zaznaczały, tę odpowiedź w drugiej kolejności. Porównując do cytatu kilku z ankietowanych Pań, wiek też ma istotną rolę w braku chęci korzystania z badań profilaktycznych. Aż 40 kobiet w wieku 40-55 lat wybrało właśnie tę odpowiedź.

Zgodnie z zebranymi danymi kobiet chorych, rak piersi jest to najczęstszy występujący rak szyjki macicy. Ponad połowa z nich zaznaczyła tę odpowiedź. Niestety według statystyk na 1 miejscu nadal utrzymuje się nowotwór płuc. Obie grupy przedstawiły podobne wyniki.

Zachorowalność na raka szyjki macicy wśród kobiet w Polsce waha się od 2,5 do 3 tysięcy w ciągu roku. Wynika to z braku wykonywania badań profilaktycznych. Jest to duża liczba [2]. W samym województwie podlaskim nowotwór wykryto aż u 100 kobiet. W przeprowadzonych badaniach odpowiedzi wahały się między 2-5 tysięcy zachorowań, a 5-10 tysięcy zachorowań w Polsce w ciągu roku. Obie wyróżnione grupy kobiet wybrało pierwszą, czyli prawidłową odpowiedź (45 %).

Umieralność na raka szyjki macicy w Polsce to prawie 3 tysiące kobiet w ciągu roku 2020. Jest to ponad połowa w stosunku do kobiet u których wykryto nowotwór. W województwie podlaskim również ponad 50% kobiet zmarło w stosunku do ilości wykrytej choroby. Okazało się, że obie grupy ankietowane nie miało świadomości w ilości zgonów spowodowanych tą jednostką chorobową. 40% z nich uważało, że umieralność szacuje się na poniżej 1 tysiąca kobiet rocznie [3].

Pomimo edukacji w zakresie prawidłowych zachowań prozdrowotnych oraz zdrowego stylu życia, aż 35% osób badanych stwierdziło, że nie prowadzi swojego według przekazywanych zaleceń. Wiele z nich ignoruje czynniki ryzyka takie jak: palenie tytoniu, odpowiednia dieta lub higiena osobista. W obecnych czasach edukacja w tym zakresie prowadzona jest już od najmłodszych lat, jednak raczej mniejszość się do niej stosuje.

Kolejnym bardzo ważnym elementem badań była kontrola wiedzy ankietowanych na temat ogólnej wiedzy w zakresie badań cytologicznych. Znaczna większość wszystkich ankietowanych (ok. 90%) odpowiedziało poprawnie, że badanie cytologiczne jest to pobranie wymazu z szyjki macicy. Kobiety w wieku od 18 do 25 lat wykazały większą świadomość, ponieważ kobiety w zakresie wiekowym od 40-55 lat czasem wybierały odpowiedź, że jest to sprawdzenie czystości pochwy. Jednak nie była to rażąca ilość odpowiedzi. Obie grupy w większości wybrały poprawną odpowiedź.

Bardzo cieszy fakt, że aż 41% młodych pacjentek, które niekoniecznie rozpoczęły inicjację seksualną, ma świadomość czasu wykonania pierwszego badania cytologicznego. W 42% odpowiadały one, że w ciągu 3 lat od inicjacji seksualnej nie później niż po 21 roku życia. Natomiast starsza grupa badanych uważa, że badanie cytologiczne powinno zostać wykonane od razu po pierwszej miesiączce. Zadowalające jest to, że tylko 15% kobiet nie wie w jakim momencie cyklu miesięczkowego powinna być wykonana cytologia. Natomiast grupa starszych ankietowanych w 90% odpowiedziało poprawnie, że między 10, a 18 dniem cyklu miesięczkowego.

Młodsza grupa ankietowanych w większości twierdzi, że wystąpienie dwóch lub więcej czynników ryzyka jednocześnie może zwiększyć prawdopodobieństwo zachorowania na raka szyjki macicy. Starsza grupa w zakresie wiekowym 40-55 lat twierdzi podobnie. Jednak wśród drugiej grupy badanych 25% uważa, że jest to możliwe, ale nie są one pewne. Istotny jest fakt, że większość badanych ma świadomość wpływu ilości czynników ryzyka na możliwość wystąpienia choroby. W profilaktyce nowotworu szyjki macicy bardzo istotna jest wiedza na temat czynników ryzyka [4]. Dzięki tej świadomości pacjentki mogą je same świadomie wyeliminować z życia. W ankiecie zamieszczono celowo odpowiedzi, z których każda była prawidłowa. Tylko 35% ankietowanych stwierdziło, że wszystkie odpowiedzi są prawidłowe. Bardzo zadowalające jest to, że obie grupy wiekowe w największej ilości odpowiedzi zaznaczały główne czynniki ryzyka (zakażenie wirusem HPV, wczesny wiek inicjacji seksualnej, inne zakażenia przenoszone drogą płciową, ilość partnerów seksualnych). Najmniej ankietowanych zaznaczyło mniej istotne czynniki ryzyka takie jak niski status socjoekonomiczny (2%) oraz liczna ilość porodów (6%). W badaniu własnym obie grupy (18-25 lat oraz 40-55 lat) nie uznało za istotnym czynnikiem ryzyka nowotworu szyjki macicy palenia papierosów. Jest to zaskakujące, ponieważ jest to czynnik, który w większości artykułów oraz badań jest wymieniany jako jeden z pierwszych.

W badaniach dotyczących czynników decydujących o wyleczeniu raka szyjki macicy tylko 2% wszystkich ankietowanych odpowiedziało, że choroby nie da się wyleczyć. Co ciekawe, były to osoby z zakresu wiekowego 40-55 lat. W tym pytaniu również obie grupy wykazały się dużą świadomością, ponieważ najczęściej wybierane odpowiedzi to : wczesne wykrycie, wiek osoby chorej i odpowiednie leczenie.

Wielkim zaskoczeniem w badaniu własnym był fakt, że aż 30% kobiet biorących udział w ankiecie odpowiedziało, że nie zna objawów raka szyjki macicy. W porównaniu grup wiekowych kobiet w wieku 18-25 lat oraz 40-55 lat było to 6:10. Pozostałe ankietowane wykazały się dużą świadomością w zakresie wiedzy o objawach nowotworu. Najczęściej wybieranymi odpowiedziami były główne objawy choroby. W tym pytaniu również zastosowano pewien haczyk polegający na tym, że wszystkie odpowiedzi były prawidłowe. Każda z nich miała swój procent, jednak kobiety rzadko zwracały uwagę na objawy ze strony pęcherza moczowego oraz odbytnicy (mniej niż 10%). Możliwe, że wynika to z niebezpośrednim kojarzeniem przez tych narządów z układem rozrodczym kobiety.

Skoro panie ankietowane twierdzą, że kobiety nie wykonują badań profilaktycznych z powodu braku wiedzy na temat profilaktyki nowotworów, tu nasuwa się kolejne pytanie. Kiedy powinna się rozpocząć edukacja kobiet w zakresie chorób nowotworowych? Ponad połowa badanych stwierdziła, że już w okresie szkoły podstawowej (54%). Duża część ankietowanych odpowiedziała, że dopiero w szkole średniej powinien być poruszany temat nowotworów. Z tym może wiązać się fakt, że 58% pacjentek uznało, że niepokojące objawy powinny stanowić motywację do wykonania badań profilaktycznych. Gdyby społeczeństwo było kształcone w temacie nowotworów od najmłodszych lat, możliwe, że większość kobiet wykonywałoby badania z własnej inicjatywy wcześniej niż po pojawieniu się niepokojących objawów.

Kobiety w wieku 18-25 lat w dużej ilości nie wiedziały o istnieniu szczepionki przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego HPV [5, 6]. Czy to wiąże się z nieprawidłową edukacją w szkole? 97% kobiet starszych nie zostało zaszczepionych, mimo odpowiedzi, że szczepienie nie jest konieczne, ale warto się zaszczepić. 7% ankietowanych stwierdziło, że szczepienie służy firmom farmaceutycznym do zarobienia pieniędzy. Obie grupy badane wykazały małą wiedzę na temat szczepienia. Mimo tego, że aż 40% pań stwierdziło, że szczepienie jest konieczne, aż 70% z nich nie zostało zaszczepionych. Jest to bardzo duża różnica.

WNIOSKI

W toku wyżej przeprowadzonych badań sformułowane zostały następujące wnioski:

- Większość kobiet ankietowanych korzysta regularnie z porad ginekologa. Kobiety w zakresie wiekowym 18-25 lat najczęściej uczęszczają do specjalisty raz do roku. Panie w zakresie wiekowym 40-55 lat rzadziej bywają u lekarza, jednak nie jest to drastyczna różnica, ponieważ większość wizyt odbywa się maksymalnie co 3 lata.
- Znaczna część kobiet regularnie wykonuje badanie cytologiczne. Jednak kobiety w wieku 18-25 w dużej części przyznały, że nigdy nie miały wykonanego badania. Kobiety w zakresie wiekowym 40-55 lat regularnie wykonują badania cytologiczne raz na 3 lata.
- Główną przyczyną niewykonywania badań profilaktycznych w obu grupach wiekowych jest strach przed chorobą. Kobiety nie mają świadomości jak istotna jest cytologia w profilaktyce raka szyjki macicy. Ankietowane w zakresie wiekowym 40-55 lat nie wykonują cytologii ze względu na swój wiek.
- Kobiety wiedzą jaka jest zachorowalność kobiet w Polsce na nowotwór szyjki macicy, niestety nie mają świadomości o dużej umieralności pacjentek.
- Kobiety w każdym wieku potrafią wymienić czynniki raka szyjki macicy.
- Kobiety w wieku 18-25 lat w dużej ilości nie potrafią wymienić objawów raka szyjki macicy. Pozostała część wszystkich badanych odpowiadała poprawnie na zadane pytanie.
- Bardzo istotną kwestią jest edukacja kobiet w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy już od młodych lat. Edukacja powinna rozpocząć się od okresu szkoły podstawowej. Powinna być ciągła i regularna.
- Kobiety powinny być edukowane w zakresie szczepień profilaktycznych, które są nieobowiązkowe.

PIŚMIENNICTWO:

1. Nowicki A., Borowa I., Maruszak M.: Zachowania zdrowotne kobiet w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania stanów przedrakowych i raka szyjki macicy. Ginekol. Pol. 2008; 79: 840-849

2. Krajowy Rejestr Nowotworu: Zachorowalność na raka szyjki macicy, [online] <https://dane-i-analizy.pl/raport/1707-zielona-ksiega-c53-zachorowalnosc-krn>, [dostęp]: 1.04.2023r.
3. Safiejko K., Oliferuk-Zaborska M., Łapińska J., Topczewska J., Wojciechowska U.: Nowotwory złośliwe w województwie podlaskim w 2019 roku. BCO, Białystok 2021: 7-40.
4. Piątek S., Bidziński M., Panek G., Wielgoś M.: Rak szyjki macicy — ocena zaawansowania choroby według kryteriów FIGO 2018. Ginekologia i Perinatologia Praktyczna 2019; 4(4): 149-154.
5. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące szczepienia przeciwko zakażeniom HPV. Ginekol Pol. 2007; 78: 185-190.
6. Cox J. Wytyczne profilaktyki raka szyjki macicy: znaczenie częstotliwości badań. Cz.1.Ginekol. Dypl. 2006; 7: 13-19.

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE U PACJENTA Z NOWOTWOREM JELITA GRUBEGO

Ewa Kulbaka¹, Katarzyna Wiśniewska¹, Marzena Janczaruk², Paweł Grzegorzczak³

1/ Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu.

2/ II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu.

3/ Absolwent Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu.

WSTĘP

Nowotwory jelita grubego stanowią jedno z najpoważniejszych wyzwań dla dzisiejszej medycyny. To choroba, która rocznie dotyka tysiące ludzi w Polsce i na całym świecie. Leczenie raka jelita grubego wiąże się z licznymi problemami pielęgnacyjnymi, które pacjenci oraz personel medyczny muszą rozwiązywać na co dzień [1]. W 2019 roku do Krajowego Rejestru Nowotworów wpłynęły informacje o niemal 171,2 tys. nowych zachorowaniach na nowotwory oraz 100,3 tys. zgonach z ich powodów i ponad 1,17mln osób żyjących z chorobą nowotworową [2]. Obserwowane od wielu lat trendy zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów złośliwych w Polsce są determinowane zarówno strukturą wieku populacji, jak i zmianami zachodzącymi w ekspozycji polskiej populacji na czynniki rakotwórcze. Rak jelita grubego jest trzecim, zarówno u mężczyzn jak i kobiet w polskiej populacji nowotworem złośliwym wśród zachorowań i zgonów [3].

Rak jelita grubego jest poważnym problemem zdrowotnym polskiego społeczeństwa ze względu na jego rozpowszechnienie. Pomimo postępu wiedzy medycznej i coraz większej dostępności nowoczesnych metod diagnostycznych i leczniczych, zachorowalność i śmiertelność z powodu tych nowotworów pozostaje alarmująca. Pilne jest zintensyfikowanie działań w zakresie profilaktyki nowotworów na poziomie populacyjnym. Rak obecnie we wczesnym stadium jest diagnozowany tylko w 30% przypadków, 70% to już zaawansowane stadium [4, 5].

Współczesna opieka onkologiczna stawia przed personelem pielęgniarskim wyzwania związane z koniecznością zapewnienia specjalistycznej i zindywidualizowanej opieki nad pacjentem. Po dokonaniu oceny stanu biologicznego, psychicznego i społecznego pacjenta pielęgniarka określa występujące problemy pielęgnacyjne [6].

Problem pielęgnacyjny to dolegliwość lub subiektywna trudność, z którą pacjent aktualnie się boryka. Powstaje w wyniku aktualnej negatywnej sytuacji pacjenta i negatywnych cech jego stanu, wyrażających się w postaci niezadowolenia. To także dolegliwość lub patologia zaobserwowana przez pielęgniarkę, będąca podstawą do podjęcia działań eliminujących, minimalizujących i ograniczających objaw, przyczynę i skutek [7]. Pacjent z nowotworem jelita grubego wymaga opieki i pielęgnacji z uwagi na charakterystyczne problemy zdrowotne związane z chorobą oraz leczeniem.

CEL PRACY

Celem badania było przedstawienie problemów pielęgnacyjnych u pacjenta z chorobą nowotworową jelita grubego.

MATERIAŁ I METODY BADAWCZE

Metodą badawczą obraną w niniejszej pracy jest metoda indywidualnego przypadku, która skupia się na badaniu konkretnego problemu, zdarzenia lub osoby. Dane na temat pacjenta zostały pozyskane poprzez przeprowadzenie z nim wywiadu w pierwszym dniu hospitalizacji, obserwacji pacjenta na oddziale oraz analizę dokumentacji medycznej.

Techniki badawcze wykorzystane podczas badania to przede wszystkim: wywiad pielęgniarski, obserwacja pielęgniarska, analiza dokumentacji pacjenta, podstawowe pomiary. W badaniu wykorzystane zostały następujące narzędzia badawcze: Arkusz do gromadzenia danych, Skala Depresji Becka-BDI, Bristolska skala uformowania stolca, Skala Norton .

Badania zostały przeprowadzone w okresie od 22 - 30 listopada 2022 roku na Oddziale Chirurgii w Starachowicach. Podmiotem badań jest pacjent przyjęty na oddział w trybie nagłym z powodu krwawienia z odbytu, bólu brzucha i nieregularnych wypróżnień. Przebieg badań miał miejsce w oddzielnej sali, gdzie przebywał pacjent, w warunkach ciszy z zapewnieniem dyskrecji. Wywiad został przeprowadzony z pacjentem oraz z jego córką. Wszelkie informacje udzielone zostały za zgodą pacjenta, z zapewnieniem poufności danych i utrzymaniem tajemnicy zawodowej.

WYNIKI

Studium przypadku - analiza i opis

Pacjent A.K., 65-letni mężczyzna, zgłosił się w trybie pilnym do szpitala z powodu krwawienia z odbytu, bólu brzucha i nieregularnych wypróżnień, które utrzymywały się przez kilka tygodni. Pacjent posiadał dodatkowe czynniki ryzyka związane z wiekiem, chorobami towarzyszącymi. W wieku 55 lat chory przeżył zawał serca, a także posiada nadciśnienie tętnicze, nadwagę i cukrzycę typu 2. Badanie fizykalne wykazało, że pacjent był lekko odwodniony, miał bladość skóry i zwiększoną częstość akcji serca. W badaniu odbytu stwierdzono świeżą krew, a badanie palpacyjne brzucha wykazało bolesność w okolicy okrężnicy. W badaniu per rectum stwierdzono guza w dolnej części odbytnicy, który był bolesny i krwawiący. Pacjentem jest emerytowany policjant, który stracił żonę 10 lat temu i obecnie mieszka z córką oraz zięciem w domu jednorodzinnym. Warunki mieszkaniowe są dobre, a pacjent posiada swój własny pokój. Codziennie pacjent wymaga opieki ze strony córki, która zajmuje się nim w domu. Zgodnie z informacjami przekazanymi przez córkę, pacjent nie przestrzegał diety cukrzycowej, co skutkowało wystąpieniem znaczącej otyłości. Prowadził siedzący tryb życia, a w ostatnich latach jego aktywność fizyczna była ograniczona. Nie stwierdzono żadnych alergii pacjenta na leki, pokarmy czy też pyłki. Nałogiem pacjenta jest palenie papierosów, od którego uzależnił się 30 lat temu i obecnie pali około jednej paczki papierosów dziennie. Pacjent spożywa alkohol okazjonalnie, a żadnych innych nałogów ani uzależnień u niego nie zdiagnozowano.

Mężczyzna został przyjęty na oddział chirurgii ogólnej, gdzie przeprowadzono szereg badań diagnostycznych, w tym kolonoskopię, która potwierdziła obecność guza w dolnej części odbytnicy o średnicy około 4 cm. Biopsja guza wykazała obecność złośliwych komórek nowotworowych, co wskazywało na raka jelita grubego. Ze względu na wiek pacjenta, choroby towarzyszące, konieczne było przeprowadzenie dodatkowych badań diagnostycznych, takich jak badania laboratoryjne, EKG i echokardiografia, w celu oceny funkcji serca i określenia ryzyka związanego z leczeniem chirurgicznym i anestezjologicznym. Badanie echokardiograficzne wykazało niewielką dysfunkcję lewej komory serca, a badania laboratoryjne wykazały zmniejszoną funkcję nerek i wątroby.

23 listopada pacjent został poddany operacji usunięcia guza w dolnej części odbytnicy, a także przeprowadzono badania diagnostyczne w celu oceny rozległości nowotworu. Badanie histopatologiczne wskazało na obecność raka jelita grubego w stadium zaawansowanym

(stadium III), z obecnością nacieków węzłów chłonnych. Po operacji, stan pacjenta był stabilny, ale z bardzo obniżonym samopoczuciem. Był bardzo osłabiony i niechętny do jedzenia i picia. Spędzał większość czasu na spaniu i odczuwał ból w różnych częściach ciała. Często odczuwał duszność, co mogło być związane z operacją. Ponadto, pacjent wykazywał początki depresji i odmawiał przyjęcia faktu, że jego stan zdrowia uległ pogorszeniu. Miał założony cewnik i wkłucie obwodowe typu wenflon. Ponadto, pacjent musiał korzystać z pampersa. Dnia 30.11.2022 r. lekarz prowadzący zdecydował o dalszym leczeniu skojarzonym chemioterapią adiuwantową, w celu zniszczenia pozostałych komórek nowotworowych i zmniejszenia ryzyka nawrotu choroby. Po rozmowie z rodziną została podjęta decyzja o przewiezieniu w tym dniu chorego do domu, gdzie będzie miał zapewnioną opiekę lekarza i pielęgniarki oraz rodziny.

Plan opieki wobec pacjenta z rakiem jelita grubego

- **Diagnoza pielęgniarstwa 1: Możliwość wystąpienia zakażenia rany pooperacyjnej.**
- ✓ **Cel opieki:** Zapobieganie zakażeniu i utrzymanie rany w stanie czystości.
- ✓ **Interwencje pielęgniarckie:**
 - Monitorowanie stanu rany pooperacyjnej pod kątem ewentualnych objawów infekcji, takich jak zaczerwienienie, obrzęk, ból, gorączka, zwiększone wydzielanie ropy, krwawienie itp.
 - Utrzymanie właściwej higieny pacjenta i rany pooperacyjnej poprzez codzienne mycie rany zgodnie z zaleceniami lekarza oraz zmianę opatrunków.
 - Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych, np. podczas zmiany opatrunków czy podawania leków przez cewnik.
 - Zapewnienie odpowiedniej opieki nad cewnikiem lub drenem, w tym regularne kontrolowanie i pielęgnacja okolicy wokół miejsca wprowadzenia.
 - Zachęcanie pacjenta do zwiększonej aktywności fizycznej, w miarę możliwości, co pozytywnie wpływa na proces gojenia się rany.
 - Wspieranie pacjenta w stosowaniu właściwej diety, co sprzyja ogólnemu wzmocnieniu organizmu i poprawie procesów gojenia się ran.
 - Stosowanie metod farmakologicznych w celu zapobiegania zakażeniom, na przykład podawanie antybiotyków, gdy jest to zalecane przez lekarza.
- ✓ **Wynik opieki:** Brak objawów zakażenia rany pooperacyjnej.
- **Diagnoza pielęgniarstwa 2: Dyskomfort powodowany bólem nowotworowym.**

- ✓ **Cel opieki:** Zapewnienie pacjentowi jak najwyższego komfortu i zmniejszenie odczuwanego dyskomfortu związanego z bólem nowotworowym.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Monitorowanie częstości i nasilenia bólu oraz reakcji pacjenta na leki przeciwbólowe.
 - Ustalenie skali bólu i regularne oceny w skali czasu.
 - Wspomaganie pacjenta w pozycjonowaniu ciała, stosowanie technik relaksacyjnych i terapii zajęciowej, w celu zmniejszenia napięcia mięśniowego i bólu.
 - Zapewnienie pacjentowi odpowiedniego wsparcia emocjonalnego i psychologicznego, aby pomóc mu w radzeniu sobie z odczuwanym bólem.
 - Edukacja pacjenta i jego rodziny na temat bólu nowotworowego i sposobów jego łagodzenia.
 - Podaż leków na zlecenie lekarza.
 - Kontrola działań niepożądanych leków przeciwbólowych oraz ocena skuteczności leczenia.
- ✓ **Wynik opieki:** Zmniejszenie odczuwanego przez pacjenta dyskomfortu związanego z bólem nowotworowym. Zalecana dalsza obserwacja.

➤ **Diagnoza pielęgniariska 3: Ryzyko powikłań oddechowych i krążeniowych z powodu występującej duszności.**

- ✓ **Cel opieki:** Minimalizacja ryzyka powikłań ze strony układu oddechowego oraz układu krążenia, związanych z dusznością u pacjenta.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Monitorowanie częstości i głębokości oddechów, saturacji krwi tętniczej oraz tętna.
 - Zapewnienie właściwej pozycji ciała pacjenta, która ułatwi oddychanie (np. pozycja półsiedząca).
 - Ułatwienie oddychania poprzez zastosowanie technik oddechowych (np. oddychanie przez nos, wdech przez usta i wydech przez zaciśnięte wargi).
 - Podawanie tlenoterapii zgodnie z zaleceniami lekarza.
 - Wdrażanie odpowiednich środków farmakologicznych w celu zmniejszenia duszności (np. leki rozszerzające oskrzela, leki moczopędne) na zlecenie lekarza.
 - Monitorowanie stanu pacjenta i wykrywanie wczesnych objawów powikłań ze strony układu oddechowego oraz układu krążenia.

- ✓ **Wynik opieki:** Pacjent odczuwa ulgę w dyskomforcie związanym z dusznością, nie stwierdza się powikłań ze strony układu oddechowego oraz układu krążenia.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 4: Niechęć do przyjmowania posiłków oraz płynów.**

- ✓ **Cel opieki:** Poprawa stanu odżywienia pacjenta oraz zapobieganie odwodnieniu.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Regularne badanie stanu nawodnienia organizmu pacjenta.
 - Zachęcanie pacjenta do jedzenia i picia, w tym oferowanie małych i częstych posiłków.
 - Dostosowanie diety do preferencji pacjenta i wymagań żywieniowych.
 - Konsystencja posiłków powinna być dostosowana do możliwości chorego.
 - Oferowanie płynów w trakcie wizyt pielęgniarstwa, w celu uniknięcia odwodnienia.
 - Współpraca z dietetykiem w celu ustalenia odpowiedniej diety i schematu żywienia.
 - Leczenie objawów bólowych, które mogą powodować niechęć do jedzenia, w tym stosowanie odpowiednich leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza.
 - Monitorowanie stanu emocjonalnego pacjenta i oferowanie wsparcia psychologicznego.
- ✓ **Wynik opieki:** Poprawa stanu odżywienia i chęci spożywania posiłków przez pacjenta, brak objawów odwodnienia.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 5: Ryzyko wystąpienia odleżyn spowodowane unieruchomieniem po operacji usunięcia guza.**

- ✓ **Cel opieki:** Zapobieganie powstaniu odleżyn u pacjenta.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Odpowiednie ułożenie pacjenta, z zachowaniem prawidłowego ułożenia ciała i zmianą pozycji co 2-3 godziny.
 - Codzienne sprawdzanie stanu skóry pacjenta, zwłaszcza obszarów narażonych na ucisk i owrzodzenia.
 - Dbanie o higienę skóry pacjenta, w tym regularne mycie i stosowanie kremów nawilżających.
 - Zapewnienie odpowiedniej podpory i wyścielenie łóżka matercem przeciwoodleżynowym.
 - Wspieranie pacjenta w utrzymaniu prawidłowej diety i nawodnienia organizmu.

- Kontrola chorób współistniejących.
- ✓ **Wynik opieki:** Nie stwierdzono powstania odleżyn u pacjenta. Prowadzona była skuteczna profilaktyka przeciwoleżynowa.
- **Diagnoza pielęgnarska 6: Możliwość wystąpienia zaczerwienienia i podrażnienia skóry w okolicach miejsc intymnych z powodu stosowania pieluchomajtek u pacjenta.**
 - ✓ **Cel opieki:** Minimalizacja ryzyka wystąpienia podrażnienia i zaczerwienienia skóry w okolicach miejsc intymnych u pacjenta oraz zmniejszenie dyskomfortu i bólu pacjenta związanego z podrażnieniem skóry.
 - ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - Regularna zmiana pieluchomajtek w celu zapobiegania długotrwałemu narażeniu skóry na kontakt z moczem i kałem.
 - Staranne oczyszczanie i suszenie skóry w okolicach miejsc intymnych przed założeniem nowych pieluchomajtek.
 - Stosowanie specjalnych kremów i maści ochronnych w celu zmniejszenia podrażnienia skóry i utrzymania jej w odpowiedniej kondycji.
 - Regularne monitorowanie stanu skóry w okolicach miejsc intymnych i wczesne wykrywanie objawów podrażnienia.
 - W przypadku wystąpienia podrażnienia skóry, stosowanie metod łagodzących ból i poprawiających komfort pacjenta, takich jak chłodne okłady czy specjalne kremy łagodzące.
 - Zachęcanie pacjenta do picia odpowiedniej ilości płynów w celu zapobiegania odwodnieniu i zwiększenia diurezy.
 - ✓ **Wyniki opieki:** Skóra w okolicach miejsc intymnych pacjenta pozostaje zdrowa i wolna od podrażnień, a pacjent odczuwa zminimalizowany dyskomfort związany z noszeniem pieluchomajtek.
- **Diagnoza pielęgnarska 7: Możliwość wystąpienia infekcji dróg moczowych spowodowane założonym cewnikiem moczowym.**
 - ✓ **Cel opieki:** Niedopuszczanie do infekcji dróg moczowych u pacjenta.
 - ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**

- Umieszczenie cewnika moczowego u pacjenta tylko w uzasadnionym przypadku, jeśli wymaga monitorowania diurezy, ma zatrzymanie moczu, bądź zaburzenia świadomości.
- Wprowadzenie cewnika do dróg moczowych przy ścisłym przestrzeganiu zasad aseptyki i antyseptyki.
- Utrzymanie odpowiedniej higieny przy ujściu cewki moczowej, oraz utrzymanie w czystości zewnętrznej części cewnika.
- Podawanie pacjentowi dużej ilości płynów w celu utrzymania odpowiedniego nawodnienia organizmu.
- Monitorowanie stanu pacjenta pod kątem objawów mogących sygnalizować infekcje dróg moczowych (gorączka, ból podczas oddawania moczu, ból w podbrzuszu, częstomocz).
- Jeśli stan pacjenta na to pozwala, zaleca się jak najwcześniejsze usunięcie cewnika z dróg moczowych.
- ✓ **Wynik opieki:** Nie zaobserwowano cech infekcji. Prowadzona jest profilaktyka zapobiegająca zakażeniu.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 8: Depresyjny nastrój oraz lęk związany z diagnozą choroby i strachem przed śmiercią.**

- ✓ **Cel opieki:** Poprawa samopoczucia pacjenta i redukcja lęków związanych z chorobą oraz obawy przed śmiercią.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Ustalenie indywidualnego planu opieki psychologicznej i podtrzymującej rozmowy z pacjentem.
 - Ułatwienie pacjentowi wyrażenia swoich obaw i potrzeb związanych z chorobą i umieraniem.
 - Wsparcie emocjonalne i okazywanie zrozumienia dla pacjenta.
 - Wprowadzenie technik relaksacyjnych i medytacji, aby pomóc pacjentowi w radzeniu sobie ze stresem i lękami.
 - Zachęcanie do kontaktu z duchowym doradcą lub kapłanem, jeśli pacjent wyraża takie życzenie.

- Zapewnienie pacjentowi dostępu do informacji na temat choroby, leczenia i opieki paliatywnej, aby pomóc mu zrozumieć sytuację i podejmować decyzje związane z leczeniem.
- Zachęcanie do kontaktu z rodziną i bliskimi oraz udziału w grupach wsparcia dla pacjentów i ich rodzin.
- Nieocenianie pacjenta.
- ✓ **Wynik opieki:** Poprawa samopoczucia pacjenta, redukcja lęków i lepsze radzenie sobie z chorobą oraz obawą przed śmiercią. Pacjent czuje się bardziej zrozumiany i wspierany w trudnym okresie swojego życia.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 9: Możliwość zakażenia wkłucia centralnego.**

- ✓ **Cel opieki:** Niedopuszczenie do zakażenia.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki podczas zakładania wkłucia centralnego, oraz rutynowych czynności lekarskich i pielęgniarstkich (podawanie płynów infuzyjnych, leków, krwi a także obsługa sprzętu).
 - Przetaczanie płynów z zastosowaniem układu zamkniętego, właściwy dobór zestawu do wlewu kroplowego.
 - Zmiana opatrunku w miejscu wkłucia, według procedury, zapewnienie jałowości opatrunku, oraz czystości skóry u pacjenta.
 - Monitorowanie wkłucia poprzez prowadzenie karty kontroli.
 - Niedopuszczenie do zwilżenia miejsca wkłucia podczas codziennej toalety pacjenta.
 - Monitorowanie pacjenta pod kątem objawów typowych dla rozwijającego się zakażenia (podwyższona temperatura ciała, tętno, ciśnienie krwi).
 - Zabezpieczanie miejsca wkłucia przed możliwością wyrwania go przez pacjenta (w stanach pobudzenia, rozdrażnienia). Edukacja pacjenta o konieczności pozostawienia wkłucia w prawidłowym miejscu i utrzymania w czystości.
- ✓ **Wynik opieki:** Nie doszło do zakażenia wkłucia centralnego.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 10: Wystąpienie zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej u pacjenta spowodowane odwodnieniem.**

- ✓ **Cel opieki:** Nawodnienie pacjenta, uzupełnienie elektrolitów, niedopuszczenie do powikłań.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Obserwacja pacjenta w kierunku hipokaliemii, uczucia splątania, zmęczenie, osłabienie, skurcze, zaburzenia czynności serca.
 - Kontrola ciśnienia tętniczego, tętna, oddechu i temperatury ciała.
 - Monitorowanie i ocena nawodnienia pacjenta. Codzienna obserwacja napięcia skóry, wilgotności błon śluzowych, oraz stopnia wypełnienia żył szyjnych.
 - Podawanie zwiększonej ilości płynów około 2 litrów na dobę.
 - Ocena jakości i ilości wydalanego moczu, prowadzenie bilansu płynów.
 - Zapewnienie dostępu żylnego w celu podawaniu płynów dożylnych według zlecenia lekarza.
- ✓ **Wynik obserwacji:** Prowadzone jest stałe nawadnianie pacjenta. Nie zaobserwowano możliwych powikłań.

➤ **Diagnoza pielęgniarская 11: Możliwe ryzyko wystąpienia zakrzepowego zapalenia żył spowodowane przebytem zabiegiem chirurgicznym oraz unieruchomieniem pacjenta w łóżku.**

✓ **Cel opieki:** Profilaktyka zakrzepicy żył głębokich.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Częsta zmiana pozycji pacjenta w łóżku.
 - Stosowanie gimnastyki, oraz masażu kończyn dolnych w celu ulepszenia przepływu krwi.
 - Odpowiednie nawadnianie pacjenta.
 - W chwili wystąpienia objawów świadczących o zakrzepowym zapaleniu żył głębokich zaleca się uniesienie kończyn dolnych i stosowanie okładów chłodzących.
 - Podawanie leków przeciwzakrzepowych zleconych przez lekarza.
- ✓ **Wynik opieki:** U pacjenta nie stwierdzono cech świadczących o zakrzepowym zapaleniu żył głębokich. W dalszym ciągu prowadzona jest obserwacja i profilaktyka przeciwzakrzepowa.

➤ **Diagnoza pielęgniarская 12: Możliwość wystąpienia hipoglikemii z trakcie przebiegu cukrzycy typu 2.**

✓ **Cel opieki:** Niedopuszczenie do wystąpienia hipoglikemii.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Pomiary glukozy we krwi u pacjenta, prowadzenie profilu glikemii.
- Obserwacja pacjenta pod kątem cech hipoglikemii, nudności, senności, kołatania serca, nadmiernej potliwości, drżenia rąk, trudności w mowie, zaburzeń widzenia, bólu głowy, śpiączki.
- Zgłaszanie nieprawidłowości lekarzowi.
- W momencie wystąpienia hipoglikemii zaleca się szybkie podanie pacjentowi słodkiego napoju i spożycie posiłku.
- Nadzorowanie pacjenta podczas spożywania posiłku.
- Edukacja pacjenta względem diety cukrzycowej, oraz ewentualnych powikłań odpowiednio do stanu zdrowia pacjenta.
- ✓ **Wynik opieki:** Wartości glukozy we krwi prawidłowe.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 13: Otyłość II stopnia wynikająca w nieodpowiedniej diecie i braku aktywności fizycznej przed wystąpieniem choroby.**

- ✓ **Cel opieki:** Zmniejszenie masy ciała u pacjenta, zmiana nawyków żywieniowych.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - Uświadomienie pacjenta o skutkach i zagrożeniach związanych z otyłością.
 - Edukacja pacjenta (jeśli stan pacjenta nie na to nie pozwala), edukacja rodziny o konieczności wprowadzenia zdrowego odżywiania.
 - Kontrola masy ciała.
 - Wprowadzenie u pacjenta 5 posiłków dziennie, zwiększenie w diecie ilości warzyw i węglowodanów złożonych, ograniczenie słodczy, tłuszczów zwierzęcych oraz soli.
 - Podawanie dużej ilości płynów.
 - Zwiększenie aktywności fizycznej dostosowanej do stanu pacjenta.
- ✓ **Wynik opieki:** Pacjent nie jest w stanie samodzielnie przystąpić do redukcji masy ciała, otrzymuje odpowiednio zbilansowaną dietę.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 14: Obniżony nastrój związany z dalszym leczeniem chemioterapią adiuwantową i ograniczeniami w codziennym życiu.**

- ✓ **Cel opieki:** Poprawa samopoczucia pacjenta i zwiększenie poziomu akceptacji choroby oraz dalszego leczenia.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**

- Ustalenie z pacjentem planu pielęgnacji, uwzględniającego jego preferencje i możliwości.
- Wsparcie emocjonalne i rozmowy z pacjentem dotyczące choroby i leczenia, jak również zachęcanie do aktywnego udziału w procesie leczenia.
- Dostarczanie informacji na temat choroby, leczenia, postępów w terapii i możliwości wsparcia psychologicznego.
- Zachęcanie pacjenta do wykonywania łagodnych ćwiczeń fizycznych, takich jak spacerowanie, które mogą poprawić samopoczucie i zwiększyć poziom energii.
- Wspieranie pacjenta w utrzymywaniu kontaktu z rodziną i bliskimi oraz zachęcanie do uczestniczenia w grupach wsparcia dla osób z chorobą nowotworową.
- ✓ **Wynik opieki:** Pacjent wykazuje poprawę samopoczucia i poziomu energii, co przyczynia się do zwiększenia zdolności do samodzielnej opieki nad sobą. Pacjent wykazuje lepsze zrozumienie choroby, leczenia i wpływu na jego codzienne życie.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 15: Możliwość wystąpienia infekcji poprzez niedostateczną higienę jamy ustnej i całego ciała z powodu osłabienia organizmu i zmniejszonej zdolności do samodzielnej pielęgnacji.**

- ✓ **Cel opieki:** Niedopuszczenie do infekcji jamy ustnej oraz patologicznych zmian w jej obrębie.
- ✓ **Interwencje pielęgniarckie:**
 - Utrzymanie prawidłowego nawilżenia warg i wnętrza jamy ustnej.
 - Codzienna i systematyczna pielęgnacja jamy ustnej, poprzez nawilżanie gliceryną.
 - Usuwanie nalotów i nadmiaru wydzieliny i śluzu.
 - Zapobieganie infekcjom jamy ustnej poprzez stosowanie płynów do dekontaminacji i nawilżania.
- ✓ **Wynik opieki:** Wykonywana jest codzienna systematyczna higiena i pielęgnacja jamy ustnej u pacjenta. Stan jamy ustnej oceniono na bardzo dobry.

WNIOSKI

1. Pacjenci zdiagnozowani z nowotworem jelita grubego mają wiele problemów pielęgnacyjnych, które mogą wpłynąć na ich jakość życia i ogólny stan zdrowia. Jednym z głównych problemów jest układ pokarmowy. Wielu pacjentów boryka się z problemami trawienia, wzdęciami, biegunką, zaparciami i nudnościami, co może

prowadzić do odwodnienia i niedożywienia. Dodatkowo, z powodu operacji i zmian w diecie, pacjenci mogą odczuwać dyskomfort lub ból podczas jedzenia. Inne problemy pielęgnacyjne, z którymi pacjenci z nowotworem jelita grubego mogą się zmagać, to zmęczenie, ból, problemy z odbytem, problemy emocjonalne i problemy ze snem. Wiele z tych problemów wymaga skutecznej interwencji pielęgniarstwa, by poprawić jakość życia pacjenta i zminimalizować negatywne skutki choroby i leczenia.

2. Pacjenci z nowotworem jelita grubego potrzebują wsparcia psychologicznego, edukacji oraz ochrony ich praw i godności. Wsparcie emocjonalne pomaga im radzić sobie z lękiem, stresem i depresją. Edukacja i pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych poprawiają ich jakość życia, a ochrona praw zapewnia godne traktowanie. To kluczowe elementy opieki i wsparcia psychologicznego dla pacjentów z nowotworem jelita grubego.
3. Skuteczność terapii u pacjentów z nowotworem jelita grubego zależy od wielu czynników, takich jak stadium choroby, typ i umiejscowienie guza, ogólny stan zdrowia pacjenta, typ leczenia i zdolność pacjenta do tolerowania terapii. Badania naukowe pozwalają zrozumieć, jakie czynniki wpływają na skuteczność terapii i jak można poprawić wyniki leczenia pacjentów z nowotworem jelita grubego.
4. Personel pielęgniarstwa odgrywa ważną rolę w opiece nad pacjentami z nowotworem jelita grubego, zapewniając wsparcie na wiele różnych sposobów. Pielęgniarka może pomóc pacjentowi zrozumieć procedury medyczne i ich skutki, pomóc w radzeniu sobie z bólem i objawami choroby, a także zapewnić wsparcie emocjonalne, które jest szczególnie ważne w czasie leczenia choroby nowotworowej. Ponadto pielęgniarka może pomóc w dbaniu o higienę osobistą, unikaniu powikłań pooperacyjnych oraz wyborze odpowiedniej diety i stylu życia, który sprzyja powrotowi do zdrowia. Wszystkie te formy wsparcia są kluczowe dla pacjentów z nowotworem jelita grubego.

PIŚMIENNICTWO:

1. Koper A., Koper K.: Pielęgniarstwo onkologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2020.
2. Didkowska J., Wojciechowska U., Olasek P.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 roku. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2021.

3. Deptała A., Wojtukiewicz M.: Rak jelita grubego. Wydawnictwo Termedia, Poznań 2018.
4. Kubiak A., Kycler W., Trojanowski M.: Epidemiologia i profilaktyka raka jelita grubego w Polsce. Problemy Higieny i Epidemiologii 2014; 95(3): 636-642.
5. Steca R., Smoter M., Deptała A.: Onkologia. Wydawnictwo AsteriaMed, Gdańsk 2021.
6. Jeziorski A.: Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2017.
7. Berner A., Piekarski J.: Rak jelita grubego i rak odbytu [w:] Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy, Jassem J., Kordek R. (red.). Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2019: 186-191.

OPIEKA PIELEŃNIARSKA NAD PACJENTEM PO OPERACJI Z POWODU RAKA JELITA CIENKIEGO, U KTÓREGO WYSTĄPIŁO ZAKAŻENIE MIEJSCA OPEROWANEGO

Marzena Janczaruk¹, Ewa Kulbaka², Katarzyna Wiśniewska², Iwona Słomka³

1/ II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

2/ Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Radomska Szkoła Wyższa, Wydziału Nauk o Zdrowiu.

3/ Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

WSTĘP

Jelito cienkie stanowi 75% długości całego przewodu pokarmowego oraz blisko 90% całej jego powierzchni. Pomimo tak dużej części przewodu pokarmowego jaką zajmuje, choroby jelita cienkiego, a zwłaszcza choroby nowotworowe są rzadko spotykane. Nowotwory jelita cienkiego stanowią około pół procenta wszystkich złośliwych nowotworów jakie występują w organizmie człowieka oraz do 3% złośliwych nowotworów jelita [1]. Pomimo tak rzadkiego występowania nowotworów jelita cienkiego, stanowią one poważny problem zdrowotny. Brak wczesnych objawów, jak też występowanie symptomów niecharakterystycznych dla tego typu choroby powodują, że rozpoznawane są zwykle późno, w zaawansowanym stadium. Dodatkowym problemem jest brak badań przesiewowych, które mogłyby pozwolić na wcześniejsze rozpoznanie choroby. W sytuacji rozpoznawania choroby, metodą terapii jest najczęściej leczenie chirurgiczne, które polega na usunięciu fragmentu jelita objętego procesem nowotworowym. Operacja taka niesie ryzyko rozwoju powikłań takich jak między innymi zakażenia miejsca operowanego. Rozwój zakażenia miejsca operowanego powoduje dodatkowy ból, stres u pacjenta, wydłuża proces hospitalizacji oraz powrotu do zdrowia pacjenta. Dodatkowym obciążeniem są wysokie koszty terapii zakażeń tego typu [2].

CEL PRACY

Celem pracy było zaplanowanie opieki pielęgniarskiej nad pacjentem operowanym z powodu raka jelita cienkiego, u którego wystąpiło zakażenie miejsca operowanego.

MATERIAŁ I METODY BADAWCZE

W toku badania posłużono się metodą indywidualnego przypadku. W toku badań wykorzystano następujące techniki badawcze:

- technikę wywiadu, która jest ukierunkowaną rozmową, w której biorą udział przynajmniej dwie osoby. W toku niniejszych badań prowadzono wywiad z pacjentem oraz jego bliskimi,
- technikę obserwacji, która polega na zbieraniu informacji o badanym obiekcie poprzez celowe, planowe, ukierunkowane i systematyczne postrzeganie badanej osoby,
- technikę analizy dokumentacji medycznej, która służy do gromadzenia informacji o osobie badanej poprzez przeglądanie i analizowanie dokumentów, w których zawarte są informacje o stanie zdrowia pacjenta, historii jego choroby,
- technikę pomiaru, która pozwala na ilościową ocenę stanu chorego poprzez pomiar temperatury, ciśnienia krwi, tętna, liczby oddechów, wagi wzrostu i innych.

Wśród wykorzystanych narzędzi w niniejszych badaniach znalazły się:

- kwestionariusz gromadzenia danych o pacjencie,
- skala wydolności samoobsługowej Barthel,
- skala oceny bólu VAS,
- skala lęku i depresji HADS,
- skala akceptacji choroby AIS,
- waga,
- ciśnieniomierz.

Badania realizowano w lipcu 2022 roku. Badaniem objęto pacjenta w wieku 58 lat hospitalizowanego w Oddziale Chirurgii Ogólnej Radomskiego Szpitala Specjalistycznego im. dr Tytusa Chałubińskiego. Oddział Chirurgii Ogólnej jest oddziałem o profilu ogólnie chirurgicznym. W ciągu roku hospitalizowanych jest ponad 2500 chorych. W ramach oddziału wykonuje się 1400 operacji rocznie z wykorzystaniem nowoczesnego sprzętu i materiałów takich jak: gastroskop, kolonoskop, duodenoskop, choledochoskop, laparoskop, LigaSure, nóż harmoniczny, staplery, siatki do operacji przepuklin. Po wytypowaniu pacjenta

z rozpoznaniem raka jelita cienkiego uzyskano stosowne zgody na prowadzenie badań w oddziale jak również zgodę pacjenta na udział w badaniu. Chorego zapewniono o anonimowości pozyskanych wyników jak również o tym, że pozyskane informacje posłużą jedynie celom naukowym.

WYNIKI

Opis studium indywidualnego przypadku – analiza i opis

Podmiotem badań jest pacjent w wieku 58 lat, przyjęty na Oddział Chirurgii Ogólnej Radomskiego Szpitala Specjalistycznego im. dr Tytusa Chałubińskiego w trybie planowym z powodu rozpoznanego raka gruczołowo-płaskonabłonkowego jelita cienkiego celem wykonania zabiegu resekcji jelita. Rozpoznanie raka gruczołowego-płaskonabłonkowego postawiono w czerwcu 2022 podczas hospitalizacji z powodu niedokrwistości i objawów krwawienia z przewodu pokarmowego pod postacią okresowo występujących smolistych stolców. U pacjenta wykonana została gastroskopia oraz kolonoskopia, w których nie stwierdzono miejsca krwawienia. Guza jelita cienkiego rozpoznano podczas badania tomografii komputerowej. Wobec powyższego rozpoznania zakwalifikowano pacjenta do zabiegu operacyjnego.

Pacjent przyjęty do oddziału w dniu 15.07.2022 roku. W dniu przyjęcia do oddziału pacjent przytomny w stanie ogólnym dobrym. W kontakcie słownym i logicznym. Pacjent zgłasza lęk i niepokój związany z hospitalizacją, rozpoznaną chorobą oraz planowanym zabiegiem operacyjnym. Dodatkowo pacjent zwraca uwagę, że od kilku dni ma trudności z zasypianiem, jak również wybudza się wielokrotnie w nocy.

Diagnozy i plan opieki pielęgniarskiej

➤ **Diagnoza pielęgniarska 1: Obniżony nastrój emocjonalny w związku z rozpoznaniem choroby nowotworowej, hospitalizacji oraz konieczności leczenia operacyjnego.**

✓ **Cel opieki:** Poprawa nastroju i samopoczucia psychicznego pacjenta.

✓ **Interwencje pielęgniarskie:**

- uzyskanie współpracy z pacjentem,
- wzbudzenie zaufania pacjenta,
- analiza poziomu lęku i depresji w oparciu o skalę HADS,
- ocena poziomu akceptacji choroby w oparciu o skalę AIS,

- umożliwienie konsultacji z psychologiem, psychoterapeutą,
- umożliwienie konsultacji z lekarzem prowadzącym,
- podanie leków uspokajających, wyciszających na zlecenie lekarza,
- ocena skuteczności podanych leków uspokajających,
- włączenie bliskich pacjenta do wsparcia psychicznego pacjenta oraz towarzyszeniu mu podczas oczekiwania na zabieg operacyjny,
- udzielanie wyczerpujących odpowiedzi na zadawane przez pacjenta pytania,
- omówienie z pacjentem przygotowania oraz przebiegu zabiegu operacyjnego.
- ✓ **Wyniki opieki:** Nie zaobserwowano poprawy nastroju u pacjenta.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 2: Trudności z zasypianiem spowodowane silnym napięciem w przeddzień zabiegu operacyjnego.**

- ✓ **Cel opieki:** Poprawa komfortu zasypiania oraz umożliwienie efektywnego wypoczynku przed operacją.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - spokojna, uspokajająca rozmowa z pacjentem,
 - zachęcenie bliskich do wspierania pacjenta,
 - podanie leków uspokajających i ułatwiających zasypianie na zlecenie lekarza,
 - zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu na sali chorych (wywietrzenie sali, przysłonięcie okien, przygaszenie światła, zapewnienie ciszy i spokoju),
- ✓ **Wyniki opieki:** Pacjent zasnął i przespał całą noc bez wybudzania się.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 3: Deficyt wiedzy w zakresie nowotworu jelita cienkiego.**

- ✓ **Cel opieki:** Uzupełnienie wiedzy w zakresie przyczyn oraz leczenia choroby nowotworowej.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - ocena poziomu wiedzy pacjenta,
 - określenie możliwości pacjenta w procesie edukacji,
 - przekazanie choremu informacji zgodnie z deficytem wiedzy w sposób jasny, klarowny z wykorzystaniem języka zrozumiałego dla chorego,
 - przekazanie informacji o funkcjonujących grupach wsparcia,
 - udzielanie wyczerpujących odpowiedzi na zadawane przez pacjenta pytania.
- ✓ **Wyniki opieki:** Wiedza pacjenta została uzupełniona.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 4: Ryzyko wystąpienia wczesnych powikłań pooperacyjnych.**

- ✓ **Cel opieki:** Zapewnienie bezpieczeństwa pooperacyjnego pacjentowi.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - prewencja powikłań pooperacyjnych,
 - kontrola nawodnienia, diurezy, opatrunku założonego na ranie pooperacyjnej,
 - prowadzenie rehabilitacji oddechowej,
 - stosowanie profilaktyki przeciwoleżynowej,
 - wczesne uruchamianie pacjenta.
- ✓ **Wyniki opieki:** Stan parametrów życiowych pacjenta prawidłowy, nie zaobserwowano odchyleń od normy.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 5: Nudności i wymioty będące wynikiem działania środków anestetycznych podanych pacjentowi podczas operacji.**

- ✓ **Cel opieki:** Ograniczenie dolegliwości związanych z nudnościami oraz zminimalizowanie wymiotów.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - podanie leków hamujących wymioty zgodnie z zaleceniem lekarskim,
 - pomoc pacjentowi w przyjęciu pozycji z lekkim uniesieniem, co zmniejszy ryzyko cofania się treści żołądkowej,
 - podawanie pacjentowi do picia letniej wody małymi łyżkami,
 - zalecenie pacjentowi głębokich, spokojnych oddechów, co pozwala na łagodzenie nudności,
 - zapewnienie choremu ligniny oraz miski nerkowatej podczas wymiotów,
 - asystowanie pacjentowi podczas wymiotów, prewencja zachłyśnięcia,
 - dbałość o higienę jamy ustnej pacjenta oraz otoczenia po wymiotach.
- ✓ **Wyniki opieki:** Częstotliwość wymiotów i nudności nie zmieniła się.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 6: Ból rany pooperacyjnej.**

- ✓ **Cel opieki:** Ograniczenie lub całkowite zniesienie dolegliwości bólowych.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - ocena stopnia nasilenia bólu w oparciu o skalę natężenia bólu VAS,

- podanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza prowadzącego uwzględniając zalecenia drabiny analgetycznej,
- ocena działania leków przeciwbólowych poprzez kontrolę zmniejszenia poziomu bólu,
- zapewnienie pacjentowi komfortu i wygodnego odpoczynku w łóżku,
- umożliwienie przyjęcia choremu wygodnej pozycji w łóżku, zmniejszającej dolegliwości bólowe,
- zalecenie pacjentowi komunikowania nasilającego się bólu,
- ✓ **Wyniki opieki:** Ograniczono dolegliwości bólowe.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 7: Zwiększone ryzyko zakażenia układu moczowego w związku z obecnością cewnika Foley'a.**

- ✓ **Cel opieki:** Profilaktyka zakażeń układu moczowego.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - pomoc w prowadzeniu higieny krocza,
 - kontrola diurezy,
 - kontrola jakości oddawanego moczu pod względem zabarwienia, klarowności,
 - dbałość o drożność cewnika,
 - dbałość o właściwe umiejscowienie cewnika względem poziomu pęcherza,
 - poinformowanie pacjenta o konieczności kontroli rurki cewnika pod względem zagięcia, przygnięcia np. nogą,
 - obserwacja chorego pod względem wystąpienia objawów infekcji dróg moczowych takich jak podwyższona temperatura ciała, dolegliwości bólowe, samopoczucie chorego, zmiana właściwości fizykochemicznych moczu.
- ✓ **Wyniki opieki:** Nie zaobserwowano objawów ZUM.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 8: Ryzyko rozwoju choroby zakrzepowo-zatorowej w związku z ograniczeniem aktywności ruchowej pacjenta.**

- ✓ **Cel opieki:** Prewencja choroby zakrzepowo-zatorowej.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - poinformowanie pacjenta o konieczności wykonywania ćwiczeń biernych w łóżku,
 - edukacja pacjenta w zakresie sposobu wykonywania ćwiczeń, które mają na celu poprawę ukrwienia dystalnych części ciała,
 - podawanie leków przeciw zakrzepowym na zlecenie lekarza,

- możliwie wczesne uruchamianie pacjenta po operacji.
- ✓ **Wyniki opieki:** Nie zaobserwowano objawów choroby zakrzepowo-zatorowej.

- **Diagnoza pielęgnarska 9: Ryzyko rozejścia rany pooperacyjnej.**
- ✓ **Cel opieki:** Prewencja rozejścia się rany pooperacyjnej.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - poinformowanie pacjenta o ryzyku rozejścia się rany pooperacyjnej,
 - edukacja pacjenta w zakresie funkcjonowania w raną (sposób zmiany pozycji w łóżku),
 - poinformowanie pacjenta o zakazie podnoszenia ciężkich przedmiotów, schylania się, kucania.
- ✓ **Wyniki opieki:** Nie zaobserwowano rozejścia się brzegów rany pooperacyjnej.

- **Diagnoza pielęgnarska 10: Zaczerwieniona i podrażniona skóra wokół rany pooperacyjnej.**
- ✓ **Cel opieki:** Zapobieganie zakażeniu i ustalenie przyczyny zaczerwienienia skóry.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - założenie karty obserwacji rany pooperacyjnej,
 - obserwacja rany pooperacyjnej,
 - pobranie materiału do badania mikrobiologicznego,
 - stosowanie preparatów do dezynfekcji rany,
 - podanie antybiotyków na zlecenie lekarskie,
 - stosowanie specjalistycznych opatrunków zalecanych w gojeniu ran,
 - poinformowanie pacjenta o konieczności szczególnej dbałości o higienę,
 - zmiana opatrunku na ranie zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki,
 - poinformowanie pacjenta o konieczności zgłaszania dolegliwości wokół rany pooperacyjnej takich jak pieczenie, swędzenie nasilający się ból,
 - kontrola temperatury ciała pacjenta.
- ✓ **Wyniki opieki:** Nie zaobserwowano zmiany. Wymaga dalszej obserwacji.

- **Diagnoza pielęgnarska 11: Ropnokrwisty wysięk z rany pooperacyjnej będący skutkiem zakażenia rany pooperacyjnej.**
- ✓ **Cel opieki:** Zahamowanie rozwoju zakażenia.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**

- zmiana opatrunku z zachowaniem aseptyki i antyseptyki,
- kontrola wysięku pod względem ilości, zabarwienia, zapachu,
- założenie drenów ułatwiających ewakuację wysięku z rany,
- podanie antybiotyków zgodnie z zaleceniem lekarskim,
- prowadzenie dokumentacji pielęgnacji rany,
- kontrola temperatury ciała.

✓ **Wyniki opieki:** Wysięk z rany nie nasilił się.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 12: Podwyższona temperatura ciała będąca skutkiem infekcji rany pooperacyjnej.**

✓ **Cel opieki:** Znormalizowanie temperatury ciała.

✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**

- kontrola temperatury ciała,
- dokumentowanie pomiarów w karcie gorączkowej,
- podanie antybiotyków na zlecenie lekarskie,
- podanie leków przeciwgorączkowych,
- stosowanie chłodnych okładów na czoło, kark, obniżających temperaturę ciała.

✓ **Wyniki opieki:** Obniżono temperaturę ciała.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 13: Brak wiedzy i umiejętności w zakresie dbałości o ranę pooperacyjną w warunkach domowych.**

✓ **Cel opieki:** Edukacja pacjenta w zakresie pielęgnacji rany pooperacyjnej.

✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**

- ocena poziomu wiedzy pacjenta,
- określenie możliwości pacjenta w procesie edukacji,
- przekazanie informacji zgodnie z deficytem wiedzy oraz posiadanymi kompetencjami,
- omówienie i wydanie zaleceń dotyczących postępowania z raną pooperacyjną,
- poinformowanie o konieczności dbałości o higienę całego ciała oraz szczególnej aseptyki i antyseptyki podczas działań w obrębie rany,
- zalecenie pacjentowi konsultacji lekarskiej w sytuacji zaobserwowania niepokojących zmian w obrębie rany pooperacyjnej.

✓ **Wyniki opieki:** Zwiększono wiedzę teoretyczną i praktyczną w zakresie pielęgnacji rany pooperacyjnej pacjenta.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 14: Brak wiedzy w zakresie żywienia po operacji nowotworu jelita cienkiego.**

- ✓ **Cel opieki:** Zwiększenie wiedzy pacjenta w zakresie żywienia po operacji.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - poinformowanie pacjenta o konieczności stosowania diety lekkostrawnej,
 - zalecenie pacjentowi przygotowywanie posiłków poprzez gotowanie, duszenie wykluczając potrawy smażone,
 - zalecenie rezygnacji z posiłków tłustych, ostrych, pikantnych,
 - zalecenie systematycznego nawadniania organizmu poprzez wypijanie 2 – 3 litrów płynów w ciągu dnia,
 - zalecenie spożywania mniejszych porcji posiłków z większą częstotliwością (5 – 6 posiłków dziennie).
- ✓ **Wyniki opieki:** Uzupełniono deficyty wiedzy pacjenta w zakresie żywienia.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Rozpoznanie choroby nowotworowej, konieczność poddania się zabiegowi operacyjnemu oraz ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych stanowi dla pacjentów trudny do zaakceptowania problem, dlatego koniecznym jest otoczenie pacjenta holistyczną opieką pielęgniarską. Analiza literatury przedmiotu oraz zebranego materiału badawczego pozwoliła na wysunięcie następujących wniosków:

1. U badanego pacjenta z rakiem jelita cienkiego rozpoznano następujące problemy pielęgnacyjne: obniżony nastrój emocjonalny, zaburzenia snu, deficyt wiedzy w zakresie choroby oraz samo opieki, ryzyko wystąpienia wczesnych powikłań pooperacyjnych, nudności i wymioty, ból rany pooperacyjnej, zwiększone ryzyko zakażenia układu moczowego, ryzyko rozwoju choroby zakrzepowo-zatorowej, ryzyko rozejścia rany pooperacyjnej, zaczerwienienie, podrażnienie i wysięk z rany pooperacyjnej, podwyższoną temperaturę ciała.
2. Stan fizyczny pacjenta jest zadowalający, jednak u pacjenta rozpoznano epizod depresyjny w umiarkowanym nasileniu, trudności w akceptacji choroby oraz lęk wynikający z rozpoznania choroby nowotworowej.

3. W opiece nad pacjentem z rakiem jelita cienkiego pielęgniarka realizuje zadania pielęgnacyjne, opiekuńcze, terapeutyczne oraz edukacyjne.
4. U badanego pacjenta rozpoznano zakażenie miejsca operowanego, które manifestowało się podwyższoną temperaturą ciała, zaczerwienieniem oraz podrażnieniem skóry wokół rany oraz wysięk ropno-krwisty z rany.

PIŚMIENNICTWO:

1. Potemski P., Bujko K., Wyrwicz L.: Nowotwory układu pokarmowego [w:] Onkologia Kliniczna, Krzakowski M. (red.). Wydawnictwo Via-Medica, Tom II. Gdańsk 2015: 572-641.
2. Bielawska A., Bączyk G., Pieścikowska J. i wsp.: Przygotowanie pola operacyjnego jako niezbędny element przygotowania chorego do operacji. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2010; 4: 111-113.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z RAKIEM TRZUSTKI

Marzena Janczaruk¹, Katarzyna Wiśniewska², Ewa Kulbaka², Marta Woźniak³

1/ II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu.

2/ Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu.

3/ Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu.

WSTĘP

Nowotwór trzustki to choroba podstępna, niedająca przez długi czas żadnych objawów. Z uwagi na brak objawów dość późno dochodzi do zdiagnozowania choroby, co utrudnia leczenie i wyleczenie choroby. W Polsce stale obserwuje się wzrost liczby zachorowań na raka trzustki, zaś choroba stanowi czwartą przyczynę wszystkich zgonów w kraju. Ryzyko zachorowania rośnie wraz z wiekiem, a przeżycie umożliwia zwykle jedynie radykalny zabieg, który jest szansą na przeżycie powyżej 5 lat zaledwie dla 20% chorych. Rak trzustki jest chorobą bardzo wyniszczającą i wiąże się z silnym i uporczywym bólem. Z uwagi na to, hospitalizowani pacjenci wymagają intensywnej opieki pielęgniarskiej, która polega na edukowaniu, opiece, minimalizacji dolegliwości bólowych oraz pomocy w czynnościach samoobsługowych. Działania pielęgniarskie powinny również obejmować psychiczne wsparcie chorego oraz jego najbliższych [1, 2]. Chorobie, zwłaszcza tak dotkliwej jak choroba nowotworowa, towarzyszy silny, przewlekły ból, który powoduje cały szereg dolegliwości, utrudniających normalne funkcjonowanie, jak: zaburzenia apetytu, zaburzenia snu, nadwrażliwość, depresyjny nastrój, przemęczenie, upośledzenie ruchowe i wiele innych. Chorobie nowotworowej ból towarzyszy stale. Badania dowodzą, że w zaawansowanej fazie nowotworu znacznie nasilony ból towarzyszy 74% chorych, zaś w terminalnej fazie dolegliwości ten odsetek jeszcze wzrasta. Przewlekły ból wymaga leczenia przeciwbólowego, za pomocą leków uśmierzających ból, przeciwlękowych, nasennych, uspakajających, przeciwdepresyjnych, rozluźniających mięśnie, przeciwwymiotnych, przeczyszczających, rozkurczających i przeciwobrzękowych. Personel pielęgniarski, który opiekuje się pacjentem z zaawansowaną chorobą nowotworową trzustki, powinien skupić się na rozwiązywaniu

problemu przewlekłego, silnego bólu, który najbardziej wpływa na jakość życia chorego, a dodatkowo jest trudny do opanowania [3].

Personel pielęgniarski ma za zadanie dbać o pielęgnowanie chorego, jego odżywianie, a także minimalizować negatywne skutki powikłań, które mogą wynikać z unieruchomienia pacjenta i efektów ubocznych terapii. Działania pielęgniarskie umożliwiają choremu realizację jego podstawowych potrzeb, jak również wspierają jego rodzinę w tym trudnym czasie. Warto w tym trudnym czasie przekazać choremu i jego bliskim materiały pomocnicze, takie jak: broszury, książki, strony internetowe w celu wzbogacenia ich wiedzy o chorobie i jej skutkach [4].

Choroba nowotworowa wymaga stosowania przez chorego właściwej diety. Leczenie paliatywne, zwłaszcza chemioterapia powoduje szereg dolegliwości po stronie przewodu pokarmowego: zaburzenia odczuwania smaku i zapachu, wymioty, biegunka. W niektórych przypadkach zachodzi konieczność stosowania żywienia dojelitowego poprzez założenie sondy do żołądka lub jelita. Pokarm podaje się małymi porcjami w postaci płynnej przez strzykawkę lub z użyciem specjalnej pompy. Niekiedy konieczne jest zastosowanie żywienia pozajelitowego z pominięciem układu pokarmowego przez cewnik założony do żył centralnych. Do zadań personelu pielęgniarskiego należy przygotowanie pacjenta do zaleconego leczenia, wyjaśnienie metody, obserwację miejsca wkłucia, wymiana opatrunku z wymyciem i zdezynfekowaniem miejsca wkłucia [5].

Choroba nowotworowa powoduje silne wyniszczenie organizmu, któremu towarzyszy brak apetytu i spadek masy ciała. Prowadzi to do osłabienia i zmiany wyglądu, a także utrudnionego kontaktu z rodziną. Personel medyczny ma za zadanie usunąć przyczyny wyniszczenia, którymi mogą być: uboczne działanie leków, zaparcia, bolesność w jamie ustnej, zła kontrola bólu, bezsenność, strach przed umieraniem i inne zaburzenia. Działaniami podejmowanymi przez personel pielęgniarski mogą być: podanie właściwych leków, zmiany intensywności posiłków, umożliwienie wyboru posiłków, właściwe nawadnianie organizmu, zmiana leków. Personel medyczny może zastosować następujące działania: podawać jedzenie na życzenie pacjenta, w dostosowanych porcjach, podawać leki powodujące pobudzenie łaknienia, zintensyfikowane podawanie płynów, nawet moczenie ust, w ostatniej fazie choroby [5].

Personel pielęgniarski w miarę możliwości zapewnia choremu komfort w realizacji niezbędnych czynności życiowych. Z uwagi na to pomaga w karmieniu, dostosowuje techniki zmiany pozycji do stanu pacjenta, pomaga zadbać o codzienną toaletę, zmienia opatrunki, prowadzi profilaktykę przeciwoleżynową, opracowuje i wdraża technikę podania leków oraz

sposobów odżywiania pacjenta [6].

Rola i zadania personelu pielęgniarskiego polegają na maksymalnym ułatwieniu funkcjonowania pacjenta w chorobie. Z uwagi na to personel pomaga zaspokajać pacjentowi jego podstawowe potrzeby i walczyć z dyskomfortem, związanym z postępującym nowotworem. Personel pielęgniarski zaspokaja potrzeby biologiczne jedzenia i picia poprzez eliminowanie stanów zapalnych jamy ustnej i suchości w jamie ustnej. Dbą o dostosowanie ilości i sposobu podania posiłków do stanu pacjenta. U pacjentów leżących wdraża profilaktykę przeciwoleżynową. Poza tym na bieżąco ocenia stan zdrowia pacjenta i dostosowuje swoje działania do jego aktualnych potrzeb. Rola pielęgniarki w opiece nad chorym na nowotwór trzustki, szczególnie w zaawansowanej fazie choroby, polega przede wszystkim na łagodzeniu dolegliwości, które wynikają z postępu choroby. Kiedy leczenie jest już nieskuteczne, choremu pacjentowi należy pomagać podtrzymywać jego funkcje życiowe [7]. Poprzez prawidłowe komunikowanie się z pacjentem, pielęgniarka może sprawić, że chory będzie czuł się bezpieczny i zmotywowany do współpracy, kiedy jeszcze jest w stanie podejmować trud walki z chorobą [8].

W opiece nad pacjentem chorym na śmiertelną chorobę, niezwykle ważne jest całościowe podejście do każdego pacjenta. Tylko taki stosunek do chorego pozwoli na regulację wszystkich aspektów psychologicznych i fizycznych, związanych z chorym i jego chorobą. Poza pomocą w wykonywaniu podstawowych czynności fizjologicznych, ważne jest także by wzmacniać pozytywne cechy pacjenta i dbać o jego prawidłowy kontakt chorego z rodziną. Stan pacjenta oraz jego jakość życia często zależy od jego adaptacji w nowej sytuacji. Zadaniem personelu pielęgniarskiego jest również wspomaganie właściwej adaptacji pacjenta do jego aktualnej sytuacji [9].

CEL PRACY

Głównym celem niniejszej pracy była charakterystyka opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z rakiem trzustki.

MATERIAŁ I METODY BADAWCZE

W badaniu zastosowano studium przypadku. Polega ono na rozpoznaniu sytuacji jednostki w kontekście określonego problemu, które ma prowadzić do postawienia diagnozy oraz ma stać się podstawą do opracowania planu działania. Rozpoznaniu podlega sytuacja jednostki w kontekście choroby- raka trzustki- oraz opracowania opieki pielęgniarskiej nad

tym pacjentem. Materiał do badania został zebrany na podstawie analizy dokumentacji medycznej pacjenta. Dodatkowo w pracy zastosowano technikę obserwacji i wywiadu z pacjentem.

WYNIKI

Opis studium indywidualnego przypadku pacjenta z nowotworem trzustki- analiza i opis

Przedmiotem badań w niniejszej pracy jest pacjentka, lat 68, przyjęta na oddział chirurgii do Szpitala w Radomiu w trybie nagłym w dniu 20.11.2022 r. Pacjentka przytomna, wydolna krążeniowo- oddechowo, z nasilonym zażółceniem skóry, wodobrzuszem, osłabieniem i stanem podgorączkowym. Chora po resekcji fragmentu trzonu trzustki 8 miesięcy temu i protezowaniu przewodów żółciowych. Obecnie po 1 cyklu chemioterapii. Kontakt słowny nawiązuje prawidłowo. W wywiadzie, trzy dni przed przyjęciem pacjentka gorączkowała do 38.8 stopni Celsjusza. Obecnie parametry pacjentki: temperatura ciała: 37.3 stopni Celsjusza, ciśnienie tętnicze 159/95 mmHg, HR 72 ud/ min. Ciężar ciała 56 kg, wzrost 157 cm.

Choroby przebyte i współistniejące to: protezoplastyka stawu biodrowego w 2016 roku, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca insulinoniezależna od 2 lat.

Pacjentka skarży się na pojawiający się ból brzucha, najprawdopodobniej spowodowany wodobrzuszem, zauważyła bardziej intensywne zażółcenie skóry. Nałogi zgłaszane przez pacjentkę: palenie papierosów około 10 sztuk dziennie. Z powodu osłabienia nastąpiło nietrzymanie moczu, pacjentka została zacewnikiowana. Obecnie stan psychiczny i nastrój chorej obniżony. Pacjentka jest zaniepokojona swoim stanem zdrowia, boi się o możliwości nawrotu choroby. Ma problemy z zasypianiem i snem.

Plan opieki pielęgniarstwa nad pacjentem z nowotworem trzustki

- **Diagnoza pielęgniarstwa 1: Dyskomfort spowodowany wodobrzuszem.**
- ✓ **Cel opieki:** Zniwelowanie dyskomfortu spowodowanego występowaniem wodobrzusza.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Poinformowanie pacjentki o dogodnych pozycjach ułożeniowych.

- Edukacja pacjentki w zakresie odżywiania się: ograniczenie sodu w diecie, wyeliminowanie z diety produktów wysoko przetworzonych oraz produktów typu fast food, zaprzestanie lub znaczne ograniczenie palenia papierosów.
- Asystowanie lekarzowi w przypadku wykonywaniu punkcji jamy brzucha.
- Obserwacja i pomiary objętości jamy brzusznej.
- Kontrola parametrów życiowych pacjentki.
- ✓ **Wynik opieki:** Stopniowe ustępowanie silnego dyskomfortu wywołanego wodobrzuszem.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 2: Osłabienie pacjentki wynikające z zaburzeń wchłaniania się składników pokarmowych.**

- ✓ **Cel opieki:** Poprawienie stanu pacjenta.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Kontrolowanie podstawowych parametrów życiowych pacjenta i udokumentowanie ich dokumentacji medycznej.
 - Podaż płynów drogą dożylną według zaleceń lekarskich.
 - Edukowanie pacjenta w kierunku prawidłowego odżywiania.
 - Włączenie żywienia pozajelitowego w czasie zaostrzenia choroby.
- ✓ **Wynik opieki:** Zmniejszenie niepożądanych objawów osłabienia organizmu.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 3: Osłabienie chorej, wynikające z choroby i utraty łaknienia.**

- ✓ **Cel opieki:** Wzmocnienie organizmu pacjentki.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Podawanie dożylnych wlewów kroplowych według zleceń lekarskich i odnotowywanie ich w dokumentacji medycznej
 - Zachęcanie pacjenta do spożywania posiłków wysokoenergetycznych.
 - Zachęcanie pacjenta do spożywania posiłków w całości, z większą częstotliwością w ciągu dnia.
 - Zachęcanie pacjenta do wykonywania czynności pielęgnacyjnych samodzielnie.
 - Nadzorowanie i kontrolowanie ilości przyjmowanych płynów i pokarmów stałych przez pacjentkę.
- ✓ **Wynik opieki:** Poprawa stanu odżywienia pacjentki.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 4: Ryzyko wystąpienia odleżyn lub oparzeń z powodu leżenia w łóżku, w związku z postępującą chorobą nowotworową.**

- ✓ **Cel opieki:** Niedopuszczenie do wystąpienia oparzeń i odleżyn.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Poinformowanie pacjenta o skuteczności zmian pozycji i zachęcanie go do częstej zmiany pozycji ciała.
 - Toaleta całego ciała pacjenta przynajmniej raz dziennie, z wykorzystaniem delikatnych środków pielęgnacyjnych.
 - Dbanie o suchość bielizny pościelowej i osobistej.
 - Częste wietrzenie miejsc narażonych na powstawanie odleżyn.
 - W miarę możliwości zastosowanie udogodnień dla pacjentki w postaci dodatkowych poduszek czy wałków.
 - Regularna obserwacja skóry pacjenta pod kątem powstawania odleżyn czy oparzeń.
- ✓ **Wynik opieki:** Zapobiegnięcie powstaniu oparzeń i odleżyn.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 5: Zwiększone ryzyko zaparć, wynikające z braku aktywności fizycznej pacjentki.**

- ✓ **Cel opieki:** Regulacja wypróżnień.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Zaproponowanie pacjentowi, aby codziennie rano wypijał na czczo szklankę ciepłej wody.
 - Podawanie na zlecenie lekarza farmakoterapii np.: Laktulozy.
 - Kontrolowanie ilości wypróżnień przez pacjenta.
 - Zastosowanie diety ze zwiększoną ilością błonnika.
 - Zapewnienie pacjentowi odpowiedniej, luźnej odzieży.
 - Zadbanie o odpowiednie nawodnienie organizmu pacjentki.
- ✓ **Wynik opieki:** Ustąpienie zaparć.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 6: Zaburzenia snu, wynikające z niepokoju pacjenta wywołanego chorobą.**

- ✓ **Cel opieki:** Uregulowanie odpoczynku nocnego i snu oraz ułatwienie zasypiania.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**

- Zapewnienie mikroklimatu pomieszczenia: wietrzenie, wilgotność powietrza około 70 %, odpowiednia temperatura od 18- 21 stopni Celsjusza.
- Motywowanie do unikania snu w ciągu dnia.
- Obserwowanie zachowania pacjenta.
- Rozmowa z chorym o regeneracyjnym znaczeniu snu.
- Podawanie środków przeciwbólowych ściśle według zlecenia lekarskiego.
- Zaproponowanie pacjentowi wypicia przed snem herbaty uspokajającej np.: melisy.
- Rozmowa z pacjentem na temat jego stanu zdrowia.
- ✓ **Wynik opieki:** Zmniejszenie zaburzeń snu w niewielkim stopniu.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 7: Ryzyko wystąpienia stanu zapalnego u pacjentki w miejscu wkłucia dożylnego.**

- ✓ **Cel opieki:** Uniknięcie stanu zapalnego w miejscu wkłucia dożylnego.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Obserwacja miejsca wkłucia podczas każdej iniekcji
 - Przepłukanie wkłucia dożylnego roztworem soli fizjologicznej po każdym podaniu leku.
 - Zmiana miejsca wkłucia co 72 godziny.
 - Poinformowanie chorego o konieczności obserwacji miejsca wkłucia i zgłaszanie do pielęgniarki niepokojących objawów i dolegliwości takich jak: ból, zaczerwienienie, ocieplenie czy obrzęk.
 - Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki.
- ✓ **Wynik opieki:** Nie dopuszczenie do powstania zakażenia w miejscu wkłucia.

✓ **Diagnoza pielęgniarstwa 8: Ryzyko wystąpienia zaburzeń wodno- elektrolitowych spowodowanych odwodnieniem w związku z wymiotami.**

- ✓ **Cel opieki:** zminimalizowanie ryzyka wystąpienia zaburzeń, poprawa komfortu pacjenta.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Ocena nawodnienia organizmu pacjenta.
 - Na zlecenie lekarskie podanie dożylnie płynu wieloelektrolitowego lub roztworu 0,9% NaCl.

- Na zlecenie lekarskie pobranie krwi do badań biochemicznych, w celu określenia poziomu stężenia K, Na, białka, glukozy, mocznika.
- Obserwacja wymiocin (zwrócenie uwagi na kolor, ilość, czas i częstość ich występowania).
- Zabezpieczenie pacjentki przed zachłyśnięciem się wymiocinami.
- ✓ **Wynik opieki:** Niedopuszczenie do odwodnienia się pacjentki.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 9: Obniżone samopoczucie chorej wynikające z obawy o wznowę choroby.**

- ✓ **Cel opieki:** Poprawienie samopoczucia pacjentki
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Rozmowa z pacjentką i towarzyszenie jej podczas kolejnych badań diagnostycznych.
 - Mobilizowanie chorej do pozytywnego myślenia.
 - Zaproponowanie chorej rozmowy z psychologiem.
 - Podawanie leków uspokajających, zgodnie z zaleceniami lekarskimi.
 - Zapewnienie całodobowej obserwacji i opieki.
 - Poinstruowanie rodziny o konieczności zapewnienia chorej wsparcia i towarzystwa.
- ✓ **Wyniki opieki:** Poprawa samopoczucia chorej.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 10: Niewydolność pacjenta w zakresie niektórych czynności samoobsługowych, spowodowana obniżoną sprawnością fizyczną w wyniku osłabienia i wodobrzusza.**

- ✓ **Cel opieki:** Wdrożenie chorego do czynności samoobsługowych w miarę jego możliwości.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Ocena możliwości samoobsługi pacjenta.
 - Pomoc w czynnościach sprawiających choremu trudność.
 - Asysta w czynnościach higienicznych pacjenta.
 - Regularna zmiana bielizny pościelowej;
- ✓ **Wynik opieki:** Wykonanie przez pacjenta części mniej złożonych czynności samoobsługowych samodzielnie lub w asyście pielęgniarki.

WNIOSKI

1. Rolą pielęgniarki w opiece nad pacjentem chorym na raka trzustki jest edukowanie pacjenta w zakresie choroby oraz sposobów jej leczenia, łagodzenie dyskomfortu oraz bólu wywołanego chorobą, pomoc w czynnościach samoobsługowych oraz pomoc w poprawie stanu psychicznego pacjenta.
2. Podstawowymi zadaniami pielęgniarki w opiece nad pacjentem z rakiem trzustki jest wdrożenie mechanizmów radzenia sobie z chorobą. Z uwagi na to pielęgniarka musi posiadać dokładną wiedzę na temat samej choroby oraz skutków ubocznych podejmowanego leczenia. Pielęgniarka pełni bardzo istotną rolę w podtrzymywaniu w chorym chęci leczenia oraz optymistycznego nastroju i nastawienia do zachodzących procesów. Ma również duże znaczenie w zachęcaniu pacjenta do samodzielnego wykonywania codziennych czynności, co ma istotny wpływ dla podtrzymanie przez pacjenta aktywności fizycznej.
3. Opieka pielęgniarska nad chorym w chorobie nowotworowej trzustki skupia się przede wszystkim na leczeniu trudnego do opanowania bólu. Leczenie i pielęgnowanie chorego to przede wszystkim ograniczanie jego cierpienia i przedłużanie życia. Leczenie bólu to w tym przypadku głównie: podawanie zalecanych przez lekarza środków przeciwbólowych, wygodne ułożenie chorego w łóżku, zadbanie o właściwe nawodnienie i odpowiednią dietę pacjenta, troska o nastrój pacjenta, zachęcenia do stosowania metod relaksacji opartych na właściwym oddychaniu a także wnikliwa obserwacja zachowania pacjenta.
4. Rola pielęgniarki we wspieraniu bliskich pacjenta z chorobą nowotworową trzustki jest bardzo ważna. Przedłużająca się choroba negatywnie wpływa nie tylko na pacjenta ale działa wyczerpująco także na członków jego najbliższej rodziny. Dochodzi do trudności w komunikacji z chorym bądź do jej braku. Z uwagi na to rolę pielęgniarki w tym zakresie jest konkretne wsparcie praktyczne, które obejmuje przekazanie bliskim wiedzy o sposobach leczenia chorego oraz zasadach jego właściwej pielęgnacji. W wielu przypadkach konieczne będzie przekazanie wiedzy na temat przygotowania i podania leków, wykonywania niezbędnych zabiegów pielęgnacyjnych a także przekazanie wskazówek w warunkach zaostrzenia objawów choroby.
5. Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z rakiem trzustki jest bardzo złożona. Rozpoznaje i rozwiązuje problemy pacjenta, przygotowuje go do dalszego życia z chorobą, wspiera i motywuje do podejmowania koniecznych aktywności oraz do

współpracy z lekarzem i stosowania się do jego zaleceń a także edukuje pacjenta oraz jego najbliższych na temat choroby i jej skutków, sposobów pielęgnacji i leczenia a także skutków ubocznych tych terapii. Można zatem uznać, że rola pielęgniarki w opiece nad chorym z rakiem trzustki jest niezastąpiona.

PIŚMIENNICTWO:

1. Hidalgo M.: Postępy w medycynie. Rak trzustki. Onkologia po dyplomie, 2010; 7(5): 10-21.
2. Hawksworth G., Hales J., Martinez F. et.al.: Pancreatic cancer trends in Europe: epidemiology and risk factors. *Studia Medyczne*, 2019; 35(2): 164-171.
3. Żuk K., Czekwianianc E., Degowska M.: Zalecenia diagnostyczne i terapeutyczne w przewlekłym zapaleniu trzustki. Rekomendacje Grupy Roboczej Konsultanta Krajowego w dziedzinie Gastroenterologii i Polskiego Klubu Trzustkowego. *Przegląd Gastroenterologiczny* 2011; 6(6): 339–352.
4. Kózka M., Płaszewska-Żywko L.: Diagnostyka i interwencje pielęgniarstwa, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 213-216.
5. Jarosz J., Chmielarczyk W.: Problemy z odżywianiem w chorobie nowotworowej. Praktyczne wskazówki w utrzymaniu możliwie najlepszego odżywiania u chorych na nowotwory. *Midipress Onkologia* 2006; 2(1): 12.
6. Walden – Gałuszko K. Kaptacz A.: Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005: 194 – 197.
7. Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W.: Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012: 184-185.
8. Kotlińska-Lemieszek A., Deskur-Śmielecka E., Kluziak M i wsp.: Leczenie bólów nowotworowych – w oparciu o aktualną wiedzę. *Nowiny Lekarskie* 2011; 80(1): 22–31.
9. Pękała, M., Kozaka, J.: Jakość życia chorych na raka płuca. *Psychoonkologia* 2016; 20(2): 90-92.
10. Walden- Gałuszko, K.: Podstawy opieki paliatywnej. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2006: 28-45.

Anna Antoszek¹, Beata Kowalewska²

1/ Absolwentka kierunku pielęgniarstwo I stopnia UMB

2/ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym występującym u kobiet. Diagnoza jest dla kobiet początkiem długiej drogi oraz trudnej walki z chorobą. Pod względem zapadalności na choroby, rak piersi w wielu statystykach zajmuje pierwsze miejsce. Jest on również przyczyną przedwczesnej śmierci w krajach wysoko rozwiniętych. W Polsce rocznie odnotowuje się 10 tys. nowych zachorowań, czyli ok. 20% zachorowań na wszystkie nowotwory złośliwe. Rak piersi jest przyczyną ok. 15% przypadków zgonów w Polsce. Częstość zachorowań na raka piersi w Polsce jest niższa o 35% niż w innych krajach Unii Europejskiej, zaś częstość zgonów wywołanych przez tę chorobę w Polsce jest porównywalna do innych krajów europejskich. Mimo, że Polska jest krajem o średniej zachorowalności na raka piersi, to z roku na rok liczba zachorowań wzrasta.

W roku 2010, w Polsce, liczba zachorowań na raka piersi u kobiet wynosiła 15 784, a liczba zgonów wynosiła 5226. Szacuje się że 55-60 tys. kobiet żyjących w Polsce zachorowały na raka piersi do 2013 roku. Wśród mężczyzn ryzyko zachorowanie na raka piersi stanowi 1% [1,2,3].

Etiologia i czynniki ryzyka

Przyczyny wystąpienia raka piersi nie są znane, ale znane są czynniki zwiększające ryzyko zachorowania. Wśród czynników ryzyka wyróżniamy czynniki modyfikowalne i niemodyfikowalne.

1. **Wiek**- liczba zachorowań z powodu raka piersi wzrasta po 35 roku życia. W grupie wiekowej 50-64lat, odnotowuje się najwięcej zachorowań, jest to prawie 60% wszystkich zachorowań na ten rodzaj nowotworu. Po 70 roku życia ryzyko zachorowania na raka piersi zmniejsza się. Grupy wiekowe po 80 roku życia charakteryzują się większą umieralnością.
2. **Czynniki dziedziczne**- kobiety, które są nosicielkami mutacji w genach związanych silnią predyspozycją zachorowania, takie jak: BRCA1 i BRCA2. U

kobiet z silnie obciążonym wywiadem ryzyko zachorowania w przypadku nosicielek mutacji BRCA1 wynosi około 80%, a prawdopodobieństwo wystąpienia raka w drugiej piersi wynosi 60%.

3. **Obciążenia rodzinne**- obciążone są kobiety jeżeli u krewnych w rodzinie pierwszego stopnia wystąpił rak piersi, a ryzyko to rośnie wraz z liczbą chorych krewnych, oraz gdy rak pojawiał się w okresie przed menopauzalnym i gdy krewna zachorowała na raka jajnika.
4. **Rak piersi w wywiadzie**- kobieta która już raz chorowała na raka piersi, może zachorować na raka drugiej piersi. Ryzyko zachorowania wynosi 4.2-7% w okresie 10 lat obserwacji.
5. **Czynniki hormonalne**- większe ryzyko zachorowania na raka piersi mają kobiety u których wystąpiło wczesne pokwitanie przed 12 rokiem życia, natomiast mniejsze ryzyko mają te, u których doszło do późnego rozpoczęcia aktywności hormonalnej po 14 roku życia. Ryzyko zachorowania jest mniejsze również u kobiet, u których menopauza wystąpiła przed 45 rokiem życia, natomiast ryzyko zachorowania jest większe w przypadku gdy menopauza wystąpiła po 55 roku życia. Wpływ na ryzyko zachorowania ma też długość miesiączkowania. U Kobiet, u których aktywność hormonalna trwała ponad 40 lat, ryzyko zachorowania wzrasta dwukrotnie w porównaniu z tymi, u których miesiączkowanie trwało 30 lat. Częściej chorują na raka piersi kobiety, które nigdy nie rodziły, bądź te które pierwsze dziecko urodziły po 30 roku życia. Karmienie piersią zmniejsza ryzyko zachorowania na raka piersi, szacuje się, że im dłuższa laktacja tym ryzyko jest mniejsze.
6. **Promieniowanie jonizujące**- czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania na raka piersi jest narażenie na promieniowanie jonizujące. Obserwacje prowadzono wśród kobiet przed 30 rokiem życia, które poddano napromieniowaniu klatki piersiowej z powodu chłoniaka Hodgkina. Ekspozycja na promieniowanie przed 35 rokiem życia ma szczególne znaczenie, zwiększa ona ryzyko zachorowania na raka piersi. Powstanie raka piersi zwiększa też leczenie radioterapią, ale również wykonywanie mammografii w wieku przed 50 rokiem życia zwiększa ryzyko zachorowania (powoduje 4.5 przypadków raka piersi na 1 milion kobiet).
7. **Dieta i styl życia**- U osób z dietą bogatą w tłuszcze zwierzęce i osób otyłych ryzyko zachorowanie na raka piersi jest wyższe. Mówi się że dieta śródziemnomorska bogatą w kwasy tłuszczowe nienasycone, karotenoidy i

witaminę C zmniejsza ryzyko zachorowania na raka piersi. Ryzyko zachorowania zmniejsza spożywanie warzyw i owoców, szczególnie warzywa zielone, cytrusy, czosnek i pomidory. Spożycie warzyw w 5 posiłkach dziennie zmniejsza ryzyko zachorowania na raka piersi nawet o 20%. Dzieje się tak ponieważ warzywa i owoce zawierają dużo witamin, antyoksydantów i błonnika. Znaczący wpływ na ryzyko zachorowania na raka piersi ma palenie papierosów i spożywanie alkoholu. Osoby palące biernie np. żona palacza, również są narażone na wdychanie substancji szkodliwych przez co w ich przypadku ryzyko zachorowania wzrasta nawet do 20%. Badania wykazały że kobiety spożywające alkohol nawet sporadycznie są o 1.5 razy bardziej narażone na zachorowanie od tych, które nie spożywają alkoholu. Alkohol jest antagonistą kwasu foliowego, więc spożywanie alkoholu zmniejsza działanie kwasu foliowego w organizmie kobiety. Badania wykazały, że u kobiet z wysokim poziomem kwasu foliowego, ryzyko zachorowania na raka piersi zmniejsza się o 22%, w stosunku do kobiet z mniejszą podażą tej substancji.

8. **Aktywność fizyczna**- Mówi się, że aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko zachorowania na raka piersi, gdyż wspomaga redukcję tkanki tłuszczowej, dba o stan ruchowy organizmu. Trzeba jednak pamiętać, że zwiększona aktywność fizyczna przyczynia się do zaburzeń miesiączkowania. Nadmierna aktywność fizyczna skraca całościowe narażenie na hormony endogenne (np. estrogen, progesteron), co powoduje opóźnienie pierwszej miesiączki, nieregularne cykle, a nawet pierwotny lub wtórny zanik krwawienia miesiączkowego [2,4,5,6,7,8].

Profilaktyka

Profilaktyka pierwotna jest bardzo ważna w przypadku raka piersi, ponieważ nie znamy ściśle określonych przyczyn jego powstawania. Do profilaktyki pierwotnej zaliczamy zdrowy styl życia, w tym: dieta bogata w warzywa i owoce, ograniczenie spożywania mięsa i tłuszczu zwierzęcego, umiarkowana aktywność fizyczna (np. spacer, jazda rowerem 1h dziennie), właściwa masa ciała, karmienie piersią, ograniczenie alkoholu, papierosów, zastępcza terapia hormonalna tylko pod kontrolą lekarza. Ważna jest również profilaktyka wtórna np. badania profilaktyczne. Już w wieku 20 lat kobiety powinny zacząć samobadanie piersi, gdyż taka forma daje możliwość wykrycia guza wielkości 1cm. Nawet gdy takie badanie nic nie wykrywa, to raz w roku piersi powinien zbadać lekarz [4,6,7,9].

Ważne w leczeniu chorób nowotworowych jest wykrycie choroby na wczesnym etapie jej rozwoju, wtedy skuteczność leczenia jest najwyższa. Badania profilaktyczne są bardzo ważne i zaleca się kobietom, aby stosowały się do zalecanych badań w stosunku do ich wieku [4,6].

Typy mastektomii

Mastektomia pozostaje standardem terapii chorych na nowotwór piersi. Do leczenia oszczędzającego gruczoł piersiowy są kwalifikowane pacjentki z pojedynczym ogniskiem raka o średnicy nieprzekraczającej 4cm, bez objawów naciekania skóry lub klatki piersiowej. Natomiast przeciwskazaniem do leczenia oszczędzającego są chore obciążone wywiadem onkologicznym w kierunku raka piersi oraz nosicielki mutacji BRCA1 i BRCA2. Przeciwskazaniem również jest położenie centralne guza, bądź duże guzy oraz choroba kolagenu. Do mastektomii kwalifikują się pacjentki chore na raka naciekającego piersi w I i II stopniu zaawansowania, które nie kwalifikują się do leczenia oszczędzającego, bądź te które na takie leczenie nie wyrażają zgody. Wyróżniamy następujące typy mastektomii:

- Mastektomia prosta
- Mastektomia z zaoszczędzeniem kompleksu brodawka-otoczek
- Mastektomia z zaoszczędzeniem skóry
- Mastektomia radykalna zmodyfikowana sposobem Maddena
- Mastektomia radykalna zmodyfikowana sposobem Pateya
- Mastektomia radykalna [10,11].

Radioterapia po mastektomii

Radioterapia jest efektywną metodą leczenia u chorych na raka piersi. Istotne znaczenie ma napromieniowanie miejsca po guzie oraz regionalnych węzłów chłonnych. U chorych po mastektomii z przerzutami do węzłów chłonnych radioterapia uzupełniająca zmniejsza ryzyko wznowy lokoregionalnej o 21,4% i przedłuża całkowite przeżycie chorych o 5,4%. Do takiej terapii kwalifikowane są pacjentki z:

- Guzami pierwotnymi:
 - o średnicy większej niż 5cm,
 - naciekającymi skórę i ścianę klatki piersiowej lub z rakiem zapalnym piersi,
- Z przerzutami:

- do 4 i więcej pachowych węzłów chłonnych,
- do 1-3 węzłów chłonnych pachowych, z towarzyszącymi im dodatkowymi czynnikami ryzyka wznowy lokoregionalnej,

- Po zabiegu operacyjnym nieradykalnym [12].

Obszar napromieniowania obejmuje teren ściany klatki piersiowej po usunięciu gruczołu piersiowego i obszar węzłów nadobojczykowych, 3 pięter pachy oraz przmostkowych. Przed napromieniowaniem, należy upewnić się, że serce nie zostanie napromieniowane zbyt wysoką dawką [12,13].

CELE PRACY

Celem pracy było:

1. Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej wobec pacjentki po mastektomii.
2. Określenie problemów pielęgnacyjnych pacjentki po mastektomii
3. Sporządzenie zaleceń dla pacjentki po mastektomii.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 50 letnią pacjentkę leczoną w II Oddziale Chirurgii szpital MSW i A w Białymstoku w dniach 15.09.2021-26.09.2021 r. z powodu raka złośliwego sutka prawego. Materiał do pracy zebrano za pomocą wywiadu, analizy dokumentacji medycznej, pomiarów oraz obserwacji. W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku z zastosowaniem procesu pielęgnowania.

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjentka 50-letnia przyjęta w trybie planowym z rozpoznaniem raka złośliwego sutka prawej piersi na II Oddziale Chirurgii szpital MSWiA w Białymstoku, gdzie dnia 16.09.2021r przeszła mastektomię metodą Pateya, zabieg przebiegł bez powikłań. Aktualnie 6 doba po zabiegu operacyjnym, dren z rany usunięty po 3 dobie. Rana goi się prawidłowo, lekko zaczerwienione miejsce wokół rany, szew zdjęty co drugi. W okolicy przedramienia prawej ręki widoczny lekki obrzęk. Pacjentka ma trudności ze snem, przejawiające się trudnościami w zasypianiu oraz częstym budzeniem w nocy. Samopoczucie pacjentki złe, martwi się o

zdrowie i rodzinę, występuje ryzyko depresji. Wydalanie moczu i kału prawidłowe. Pacjentka skarży się na brak apetytu i wzdęcia oraz ból ciągły w okolicy rany pooperacyjnej, promieniujący w kierunku obręczy barkowej prawej ręki, ból pacjentka ocenia na bardzo silny, 10 w skali VAS. Ból nasila się przy podnoszeniu prawej ręki do góry. Pacjentka bez nałogów, alkohol pije okazjonalnie (w ilości lampkę wina/miesiąc). W przeszłości przeszła 3 fizjologiczne porody. W wieku 40 lat przeszła zabieg chirurgicznego usunięcia macicy z powodu raka złośliwego szyjki macicy. Pacjentka choruje na nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, astmę oskrzelową, ma alergię na pyłki traw i sosnę. Z zawodu jest krawcową, pracuje w zawodzie, mieszka z mężem w domu jednorodzinnym w Białymstoku. Córki mają swoje rodziny, jedna mieszka za granicą, druga w Gdyni, a trzecia w Warszawie, kontaktują się telefonicznie. Mąż wspiera pacjentkę i akceptuje zmianę jej wyglądu związaną z operacyjnym leczeniem nowotworu piersi i wykonaną mastektomią.

Wyniki podstawowych pomiarów:

- Waga pacjentki 70kg, wzrost 166cm
- BMI: 25.4 (nadwaga)
- Ciśnienie tętnicze krwi: 160/100 mmHg
- Tętno: 104 uderzeń/min
- Glikemia: 98 mg/dl
- Temperatura: 36,6 stopnia Celsjusza

Plan opieki pielęgnacyjnej

➤ **Problem pielęgniarSKI: Zaczerwienienie wokół rany po mastektomii.**

✓ **Cel:** Zniwelowanie zaczerwienienia wokół rany.

✓ **Interwencje pielęgniarSKie:**

- Zmiana opatrunków w miejscu rany pooperacyjnej 3 razy dziennie,
- Przy zmianie opatrunku stosować środek odkażający np. Octenisept,
- Na zlecenie lekarza zastosować maść z antybiotykiem,
- Edukacja pacjentki na temat zmiany opatrunku i pielęgnacji rany pooperacyjnej.

✓ **Ocena:** Zaczerwienienie zmniejszyło się. Problem do dalszej obserwacji.

➤ **Problem pielęgniariski: Obrzęk na przedramieniu prawej ręki związany z zaburzeniami przepływu chłonki.**

✓ **Cel:** Zniwelowanie obrzęku.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Zastosowanie masażu ręki od palców ku barkowi,
- Bandażowanie ręki,
- Pozycja ułożeniowa ręki na klinie z dłonią leżącą ku górze,
- Wykonywanie ćwiczeń zmniejszających obrzęk,
- Zapewnienie konsultacji z fizjoterapeutą.

✓ **Ocena:** Obrzęk zmniejszony. Pacjentka pod kontrolą fizjoterapeuty.

➤ **Problem pielęgniariski: Bardzo silny ból w okolicy operowanej piersi, promieniujący do obręczy barkowej prawej ręki (Pacjentka ocenia ból na 10 w skali VAS)**

✓ **Cel:** Zmniejszenie natężenia bólu.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Na zlecenie lekarza podać leki przeciwbólowe,
- Dobrać odpowiednią pozycję ułożeniową zmniejszającą ból,
- Kontrola bólu co 2h za pomocą skali VAS.

✓ **Ocena:** Ból zmniejszony do 6 w skali VAS. Problem do dalszej obserwacji.

➤ **Problem pielęgniariski: Zmęczenie i niewystarczająca ilość snu spowodowana trudnościami w zasypianiu i częstym wybudzaniem.**

✓ **Cel:** Zapewnienie wypoczynku nocnego i komfortu snu.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Rozmowa z pacjentką, aby określić problem, czym jest spowodowana bezsenność,
- Wietrzenie sali pacjentki 10 min przed snem,
- Zapewnienie chorej ciszy i spokoju,
- Zmiana pościeli na czystą,
- Zapobieganie drzemkom w ciągu dnia,

- Na zlecenie lekarza podanie leki nasenne.
- ✓ **Ocena:** Poprawa jakości snu. Problem do dalszej obserwacji.
- **Problem pielęgniarstwa: Złe samopoczucie pacjentki związane ze stresem.**
- ✓ **Cel:** Zmniejszenie poziomu stresu.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Rozmowa na temat aktualnego stanu zdrowia,
 - Edukacja pacjentki na temat mastektomii i życia po zabiegu,
 - Zachęcić do rozmowy z psychologiem w związku z ryzykiem wystąpienia depresji,
 - Zachęcenie pacjenta do relaksu, słuchania muzyki uspokajającej (np. odgłosy natury),
 - Na zlecenie lekarza podać leki na uspokojenie.
- ✓ **Ocena:** Pacjentka wie o swoim stanie zdrowia, jest wyedukowana co do funkcjonowania po zabiegu. Pacjentka wyraziła zgodę na rozmowę z psychologiem.
- **Problem pielęgniarstwa: Brak apetytu i wzdęcia.**
- ✓ **Cel:** Zniwelowanie wzdęć, poprawa apetytu.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Rozmowa z pacjentką, aby określić przyczynę problemu z apetytem,
 - Zastosowanie diety lekkostrawnej,
 - Zalecenie picia wody 1,5-2l dziennie,
 - Zalecenie spożywania posiłku bez pośpiechu, małymi łykami,
 - Zalecenie spacerowanie przez 10 min co 2h w ciągu dnia,
 - Na zlecenie lekarza podanie leków na prawidłową pracę układu pokarmowego i apetyt,
 - Zachęcenie rodziny do przynoszenia chorej jej ulubionych potraw.
- ✓ **Ocena:** Pacjentka stara się wypijać zalecaną ilość wody dziennie. Wyraża chęć przyjmowania posiłków lekkostrawnych, lepiej się po nich czuje, wzdęcia zmniejszyły

się. Pacjentka w miarę możliwości stara się spacerować w ciągu dnia. Problem do dalszej obserwacji.

➤ **Problem pielęgniarstwa: Złe samopoczucie spowodowane podwyższonymi wartościami ciśnienia tętniczego krwi (160/100 mmHg).**

✓ **Cel:** Obniżenie wartości ciśnienia tętniczego krwi do wartości prawidłowych. Poprawa samopoczucia.

✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**

- Podanie leków obniżających ciśnienie tętnicze krwi na zlecenie lekarza,
- Zastosowanie diety niskosodowej, a bogatej w potas,
- Unikanie sytuacji stresowych, forma relaksacji np. słuchanie muzyki klasycznej, spacer,
- Zmniejszenie ilości spożywanej kawy, mocnej herbaty do 1 filiżanki dziennie,
- Prowadzenie kontroli pomiaru ciśnienia tętniczego krwi 3 razy dziennie i zapisywanie wartości w karcie kontrolnej,
- Edukacja pacjentki na temat zasad samokontroli pomiarów ciśnienia tętniczego krwi i prowadzenia dzienniczka samokontroli,
- Nauka pacjentki obsługi aparatu do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi.

✓ **Ocena:** Pacjentka wyedukowana na temat nadciśnienia tętniczego krwi. Pacjentka potrafi samodzielnie zmierzyć ciśnienie tętnicze krwi, oraz samodzielnie i prawidłowo zapisuje parametry.

➤ **Problem pielęgniarstwa: Nadwaga spowodowana brakiem aktywności fizycznej (BMI=25.4)**

✓ **Cel:** Zmniejszenie masy ciała.

✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**

- Kontrola masy ciała co 2 dzień,
- Zalecić pacjentowi prowadzenie dzienniczka samokontroli pomiarów masy ciała raz w tygodniu,
- Zaproponowanie sposobu ograniczenia kaloryczności posiłków (np. gotowanie, pieczenie, ograniczyć smażenie),

- Rozmowa z pacjentką o temat korzyści płynących ze zmniejszenia masy ciała,
 - Rozmowa z pacjentką o nawykach żywieniowych i ich zmianie,
 - Zachęcenie pacjentki do konsultacji z dietetykiem w celu dobrania odpowiedniej diety,
 - Zachęcenie do wprowadzenia aktywności fizycznej dostosowanej do możliwości pacjentki (np. spacerów).
- ✓ **Ocena:** Pacjentka rozumie korzyści płynące z zmniejszenia masy ciała, wyraża chęć zmiany diety i wprowadzenia aktywności fizycznej. Problem do dalszej obserwacji.

ZALECENIA PIELĘGNIARSKIE DLA PACJENTKI PO MASTEKTOMII

1. Wskazówki dla pacjentki w zakresie pielęgnacji rany pooperacyjnej.

Prawidłowa pielęgnacja rany po mastektomii jest bardzo ważna i niezbędna do prawidłowego zagojenia się rany. Podczas kąpieli również należy zwrócić uwagę na kosmetyki do pielęgnacji skóry i zamienić wannę na prysznic. W sezonie letnim należy unikać długiego przebywania na słońcu, a w sezonie zimowym nadmiernego chłodu.

- Zgodnie z zaleceniem lekarza codzienna zmiana opatrunków, do momentu całkowitego zagojenia rany po operacji.
- Stosowanie Octaniseptu do odkażania rany przy zmianie opatrunku (2 dozy do przemywania rany).
- Podczas pielęgnacji paznokci nie wycinać skórek i zachować ostrożność przy pilowaniu paznokci.
- Unikanie kosmetyków alergicznych i podrażniających.
- Ograniczyć korzystanie z sauny i unikać opalania się.
- Unikać nadmiernego chłodu, zrezygnować ze sportów zimowych.
- W razie niepokojących zmian w obrębie rany pooperacyjnej, należy zgłosić się do lekarza.

2. Wskazania dla pacjentki w zakresie profilaktyki przeciw obrzękowej.

Kończyna górna po stronie operowanej powinna być objęta szczególną ochroną, gdyż po radykalnym usunięciu piersi, wraz z węzłami chłonnymi istnieje ryzyko

wystąpienia obrzęku limfatycznego jako następstwo po usunięciu węzłów chłonnych dołu pachowego. Obrzęk limfatyczny nasila nadmierny wysięk i urazy mechaniczne. Postępowanie związane z usprawnianiem ręki powinno zawierać nie tylko ćwiczenia, ale także automasaże i profilaktykę przeciwobrzękową [30].

- Odpowiednia pozycja ułożeniowa podczas odpoczynku z ręką uniesioną nad głową ułożona na poduszce, bądź położona na klinie przed sobą z dłonią skierowaną ku górze.
- Unikać skaleczeń, oparzeń i nadmiernego chłodu.
- Podczas prac domowych zakładać gumowe rękawiczki ochronne.
- Unikać noszenia ciężkich toreb z zakupami.
- Na kończynie po stronie operowanej piersi nie nosić zegarka, biżuterii.
- Unikać pozycji ręki po stronie operowanej zgiętej w łokciu przez dłuższy czas, robić przerwy unosząc kończynę w górę i potrząsając ją.
- Nosić w obrębie kończyny specjalistyczne mankiety dobrane przez fizjoterapeutę.
- Nosić ubrania nie uciskające, dobierać odpowiednie biustonosze nie uciskające na barki i klatkę piersiową.
- Unikać noszenia torebki na ręku po stronie operowanej.
- Nie korzystać z sauny.
- Nie opalać się.
- Nie stosować masażu klasycznego po stronie ręki operowanej.
- Zaleca się spokojne pływanie, spacerowanie i bieganie.
- Wykonywać automasaż 1-2 razy dziennie po 10 min.
- Wykonywać zalecane przez fizjoterapeutę ćwiczenia gimnastyczne.
- Do snu kończynę należy ułożyć wysoko na klinie.
- Podczas jazdy autobusem, czy pociągiem unikać trzymania się za uchwyty ręką po stronie operowanej.
- Zgłosić się do lekarza w przypadku pojawiającego się obrzęku i objawów niepokojących.

3. Wskazania dla pacjentki z nadwagą, brakiem apetytu i wzdęciami.

Dieta jest bardzo ważna, aby utrzymać organizm w dobrej formie. Ma ona wpływ na leczenie, gojenie się ran i przyczynia się do ogólnego funkcjonowania organizmu. W

dziecie należy uwzględnić spożywanie pieczywa pełnoziarnistego, spożywać białko o niskiej zawartości tłuszczu, ograniczyć tłuszcz, jeść chude mięso, a przede wszystkim należy zadbać o spożywanie produktów bogatych w błonnik.

- Należy ograniczyć spożywanie soli kuchennej.
- Należy urozmaicić swoje posiłki w warzywa i owoce, a zmniejsz ilość mięsa.
- Należy wypijać 1,5-2 litrów wody dziennie.
- Należy przygotowywać posiłki gotowane, pieczone, a ogranicz smażone.
- Należy kontrolować wagę, prowadzić pomiary wagi raz w tygodniu i zapisywać w zeszycie kontrolnym.
- Należy spożywać małe porcje i często, 4-5 posiłków dziennie.

4. Wskazania dla pacjenta dotyczące kontroli pomiarów ciśnienia tętniczego.

Kontrolne pomiary ciśnienia tętniczego krwi są wskazane pacjentce z powodu nadciśnienia tętniczego krwi. Pomiary należy wykonywać 3 razy dziennie o stałych porach np. w godzinach 6:00, 14:00, 22:00.

- Mankietu do pomiaru ciśnienia nie nakładać na rękę po stronie operowanej.
- Pomiary ciśnienia tętniczego krwi wykonywać o stałych porach.
- Wyniki należy zapisać w zeszycie kontrolnym.
- W razie niepokojących objawów ze strony układu krążeniowego (np. zawroty głowy, uczucie słabości, częste i silne bóle głowy, omdlenia, bóle w klatce piersiowej) należy zgłosić lekarzowi.
- Należy zgłaszać się na wizyty kontrolne u lekarza w wyznaczonym terminie.
- Należy przyjmować zalecane leki przez lekarza o stałych porach w zaleconych dawkach.
- Zgłosić lekarzowi wszystkie niepokojące objawy pojawiające się w trakcie farmakoterapii.

5. Wskazania dla pacjentki z ryzykiem wystąpienia stanów depresyjnych.

Pacjentka po mastektomii narażona jest na zaburzenia psychiczne i zaburzenie relacji społecznych. Pacjentki muszą pogodzić się z nowym stanem, zmagają się z zaakceptowaniem siebie po mastektomii. Pacjentki poddające się leczeniu mają objawy psychiczne i somatyczne, towarzyszy im lęk i strach, czują się bezradne. Dochodzi nawet do zespołu zmęczenia nowotworowego. Zespół ten charakteryzuje się

brakiem energii, obniżeniem jakości życia, upośledzeniem adaptacji społecznej. Wiele kobiet ma niską samoocenę i niskie poczucie własnej wartości co powoduje niechęć do własnej osoby [31]. Właśnie dlatego ważne jest, aby pacjentka miała wsparcie w rodzinie, korzystała z porad psychologa, jak też brała udział w spotkaniach „Amazonek”.

- Kontakt z psychologiem, uczestniczenie na rozmowy ze specjalistą.
- Zaleca się uczestniczenie w spotkaniach „Amazonek”.
- Słuchanie relaksacyjnej muzyki, np. szum wody, muzyka klasyczna.
- Zaleca się wychodzenie na spacer 30min-1godzine dziennie, jeżeli to możliwe to z członkiem rodziny, przyjaciółką.
- Zaleca się dbałość o higienę snu. Nie pod sypiać w ciągu dnia, wietrzyć sypialnię 10 min przed snem i nie spać na ręce po stronie operowanej.

PODSUMOWANIE

Wykorzystując wywiad przeprowadzony z pacjentką i biorąc pod uwagę dokumentację medyczną zostały określone problemy pielęgnacyjne pacjentki po mastektomii. Opracowano indywidualny plan opieki pielęgniarstwa wobec pacjentki po mastektomii, który pozwoli na dobór działań pielęgniarstwa dostosowanych do sytuacji zdrowotnej pacjentki oraz opracowano dalsze zalecenia pielęgniarstwa dla pacjentki po wypisaniu do domu.

PIŚMIENNICTWO

1. Lachowicz M., Etowska M., Poziom jakości życia kobiet po przebytych zabiegu Mastektomii. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania, Gdańsk 2017: 208-209.
2. Didkowska J., Wojciechowska U., Nowotwory piersi w Polsce i Europie- populacyjny punkt widzenia, NOWOTWORY Journal of Oncology 2013; 63(2): 111–118.
3. Gisterek I., Domena zewnątrzkomórkowa receptora naskórkowego czynnika wzrostu oraz wybrane czynniki proangiogenne i ich receptory jako potencjalne wskaźniki rokownicze u chorych na raka piersi, Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wrocław 2010: 5-6.
4. Murawa D., Chirurgiczne leczenie oszczędzające w raku gruczołu piersiowego w połączeniu ze śródoperacyjną radioterapią- nowe wyzwanie dla chirurgii,

Wydawnictwo naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2011: 10-16.

5. Pięta B., Czynniki ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika, Wydawnictwo naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2012; 11-19: 26-28.
6. Jassem J., Krzakowski M., Rak piersi- praktyczny przewodnik dla lekarzy, Wydawnictwo VM Media , Gdańsk 2014: 6-13.
7. Filip A., Genetyka raka piersi i nowotworów ginekologicznych [w:] Genetyka w ginekologii i położnictwie, Węgorzyn P.(red.). PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018: 127-148.
8. Sierżantowicz R., Olszewska M., Opieka pielęgniarska nad pacjentką po mastektomii na podstawie studium przypadku [w:] Rola zespoły interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentami onkologicznymi, tom1, Klimaszewska K., Krajewska – Kułak E. (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2021: 113-115
9. Zajączkowska-Drożdż A., Profilaktyka samobadanie piersi, Czasopismo Magazyn Fizjomed nr.5, wyd. Fundacja FIZJOMED, grudzień 2019- maj 2020: 41-45 [online]. <https://fizjomed.com.pl/magazyn-nr5/> (02.02.2022r.)
10. Jezierski A., Piekarski J., Mastektomia pierwotna [w:] Biblioteka chirurga onkologa tom 5, Chirurgiczne leczenie zmian nowotworowych piersi, Jezierski A. (red.).VM Media sp. z o.o. VM Group sp.k, Gdańsk 2016: 19-20
11. Dixon J. M. i Patsy S. H. Soon, Leczenie oszczędzające piersi [w:] Chirurgia, gruczoł piersiowy, klatka piersiowa i śródpiersie, przepona, przepukliny, Fischer J. E. (red.). MediPage, Warszawa 2011: 25
12. Niwińska A., Radioterapia chorych na raka piersi [w:] Rak piersi współczesne podejście, Jagiełło-Gruszczyński A. (red.). PZWL Wydawnictwo Lekarskie Sp. z o.o., Warszawa 2020: 10-18
13. Wydmański J., Tukiendorf A., Radioterapia śródoperacyjna w raku piersi [w:] Biblioteka chirurga onkologicznego, tom 4, Radioterapia śródoperacyjna, Jezierski A. (red.). VM Media, Gdańsk 2016: 54-62.

An abstract graphic of a molecular structure, possibly a protein or a complex molecule, rendered in a variety of colors including blue, green, yellow, orange, red, pink, purple, and brown. The structure is composed of numerous interconnected nodes and bonds, forming a complex, branching network. The nodes are represented by small spheres, and the bonds are thin lines connecting them. The overall shape is elongated and somewhat irregular, with many smaller branches extending from the main structure.

ISBN KOMPLET – 978-83-962261-5-0

ISBN III TOM – 978 - 83 - 67454 – 42 - 1