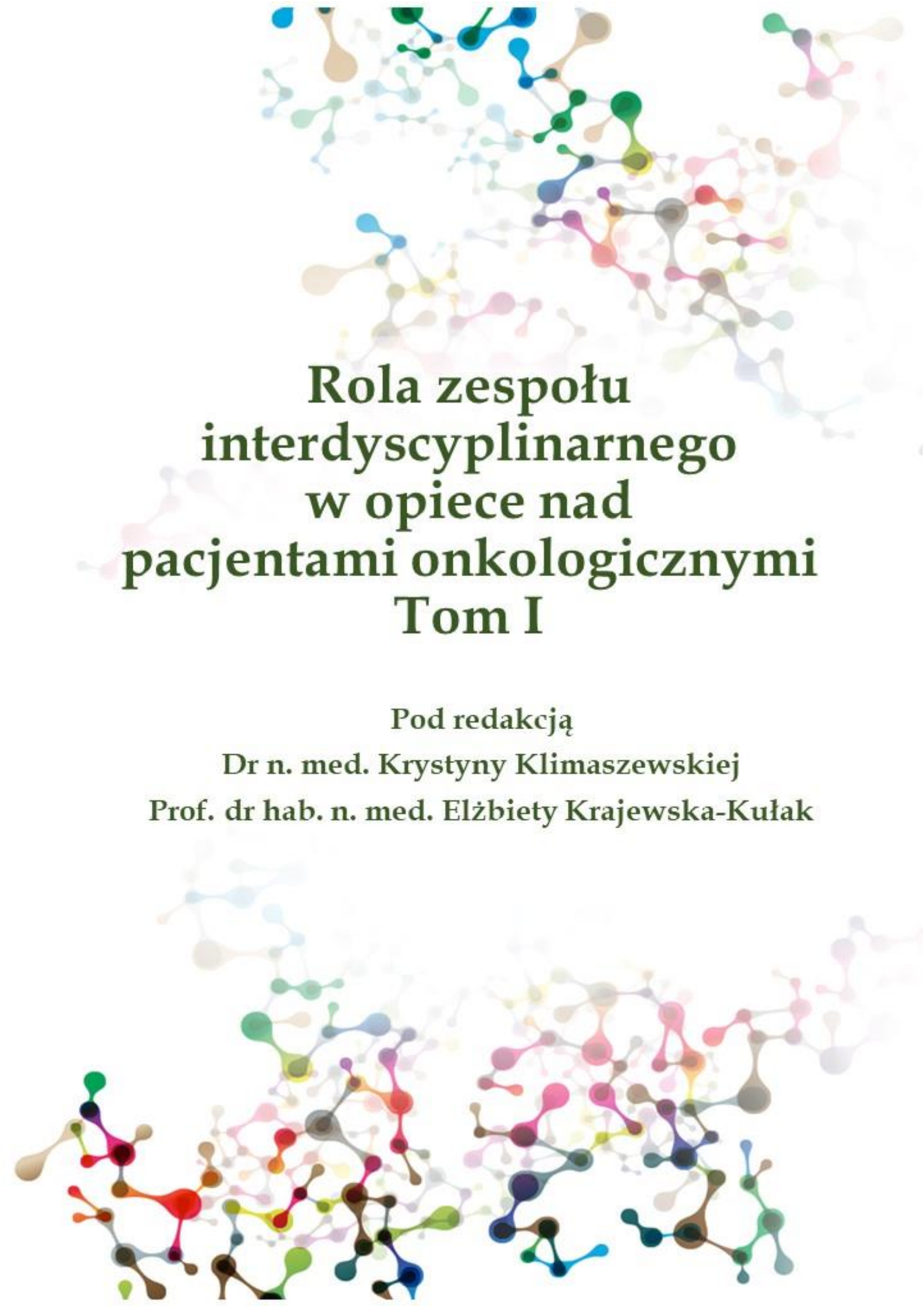


An abstract graphic of a molecular structure, possibly a protein or a complex molecule, rendered in various colors (blue, green, yellow, orange, red, pink, purple, brown, grey) against a white background. The structure is composed of numerous small spheres (atoms) connected by lines (bonds), forming a complex, branching, and interconnected network. The overall shape is somewhat elongated and irregular, with many smaller clusters and branches extending from the main body.

Rola zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentami onkologicznymi Tom I

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 I

Praca zbiorowa pod redakcją

Dr n. med. Krystyny Klimaszewskiej,

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

Białystok 2021

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 n. med. Anna Ślifirczyk

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Polska

Wydawca

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Kilińskiego1
Białystok

ISBN komplet

978-83-962261-5-0

ISBN I tom

978-83-962261-6-7

Wydanie I

Białystok 2021

Wszelkie prawa zastrzeżone

Druk

RobotA Piotr Duchnowski
15-501 Białystok, ul. Baranowicka 115/307 NIP 966-035-40-80

Druk monografii finansowany przez Stowarzyszenie Pro Salute

**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 I

WYKAZ AUTORÓW

Baranowska Anna

Dr n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Bobis Agnieszka

Lic. piel.

Absolwentka: Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Brodowicz - Król Magdalena

Dr n. o zdr.

Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Budna Patrycja Anna

Mgr piel.

Absolwenta Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Oddział Chirurgii Onkologicznej ze Specjalistycznymi Pododdziałami Leczenia Chorób Nowotworowych, Pododdział Chirurgii Piersi i Rekonstrukcji, Białostockie Centrum Onkologii

Czajkowska Weronika

Lic. piel.

Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dolińska Cecylia

Dr n. med.

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Doroszkievicz Halina

Dr hab. n. o zdr.

Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Girzelska Joanna

Dr n.med.

Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Wydział Nauk o Człowieku

Gleguła Katarzyna

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Grądzka Klaudia

Lic. piel.

Absolwentka kierunku pielęgniarstwo I stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Janczaruk Marzena

Mgr piel.

*II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego,
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

Jankowiak Barbara

Dr n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Klimaszewska Krystyna

Dr n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Kowalczyk Dorota

Mgr piel.

Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

Kozestańska – Oczkowska Monika

Dr n. o zdr.

Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

Kulbaka Ewa

Dr n.med.

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

Mlynek Dominika

Mgr piel.

*II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
w Białymstoku*

Olejniki Beata Janina

Dr n. med.

*Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Uniwersytet
Medyczny w Białymstoku*

Olszewska Magdalena

Lic. piel.

*Absolwenta Kierunku Pielęgniarstwo I stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu
Medycznego w Białymstoku*

Sierżantowicz Regina

Dr n. med.

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Snarska Katarzyna Krystyna

Dr n. med.

Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Stachyra Jolanta

Mgr piel.

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Stefanowicz Maria

Lic. piel.

Oddział Rehabilitacji Leczniczej SPZOZ Mońki

Wiśniewska Katarzyna

Lic. piel., mgr pedagogiki

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Absolwentka Akademii Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi, Wydział Pedagogiki i Psychologii.

Zaucha - Prażmo Agnieszka

Dr hab. n.med.

Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

SPIS TREŚCI

Analiza czynników ryzyka nowotworu przewodu pokarmowego wśród pacjentów Kliniki Chirurgii Ogólnej w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku	15
<i>Sierżantowicz Regina, Młynek Dominika</i>	
Problemy w opiece nad pacjentką z rakiem piersi po mastektomii metodą Pateya	27
<i>Joanna Girzelska, Katarzyna Wiśniewska, Monika Kozestańska – Oczkowska, Magdalena Brodowicz – Król</i>	
Aspekty opieki nad przewlekle chorym w opiece długoterminowej.....	52
<i>Stefanowicz Maria, Doroszkiewicz Halina</i>	
Problemy w opiece nad pacjentem ze szpiczakiem mnogim (plazmocytowym) – studium przypadku	64
<i>Katarzyna Wiśniewska, Agnieszka Zaucha - Prażmo, Ewa Kulbaka, Joanna Girzelska</i>	
Częstotliwość występowania raka trzonu macicy u kobiet z nieprawidłowym krwawieniem z dróg rodnych	97
<i>Dorota Kowalczyk, Monika Kozestańska – Oczkowska, Katarzyna Wiśniewska, Ewa Kulbaka</i>	
Opieka pielęgniarska nad pacjentką po mastektomii na podstawie studium przypadku	113
<i>Sierżantowicz Regina, Olszewska Magdalena</i>	
Nowotwór piersi – diagnostyka i leczenie	121
<i>Krystyna Klimaszewska, Klaudia Grądzka</i>	
Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentką po zabiegu mastektomii	138
<i>Krystyna Klimaszewska, Klaudia Grądzka</i>	
Ocena jakości życia chorych na raka jelita grubego poddanych chemioterapii	150
<i>Katarzyna Krystyna Snarska, Cecylia Dolińska</i>	
Problemy w opiece nad pacjentem z rakiem trzustki – studium przypadku	172
<i>Ewa Kulbaka, Katarzyna Gleguła, Beata Janina Olejnik, Jolanta Stachyra</i>	
Ocena stopnia akceptacji choroby wśród kobiet z rakiem piersi	190
<i>Barbara Jankowiak, Patrycja Anna Budna</i>	
Ocena stopnia satysfakcji z życia wśród kobiet z rakiem piersi	207
<i>Barbara Jankowiak, Patrycja Anna Budna</i>	
Problemy w opiece nad pacjentem z rakiem wątroby w okresie chemioterapii	222
<i>Ewa Kulbaka, Agnieszka Bobis, Magdalena Brodowicz – Król, Jolanta Stachyra, Marzena Janczaruk</i>	

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z niedrobnokomórkowym rakiem płuc	245
<i>Anna Baranowska, Weronika Czajkowska, Beata Olejnik</i>	



Słowo wstępne

Szanowni Państwo

Największym wyzwaniem współczesnej onkologii jest zapewnienie chorym kompleksowej opieki, z wykorzystaniem wszystkich metod o sprawdzonej naukowo wartości oraz diagnostyką i leczeniem na najwyższym poziomie jakościowym.

Epidemia koronawirusa wyraźnie niechlubnie zaznaczyła się w sytuacji w polskiej onkologii. Dane statystyczne pokazują, że istnieje wyraźna luka dotycząca pacjentów nieobjętych należyłą opieką. Regresowi uległa profilaktyka, rehabilitacja oraz diagnostyka, zwłaszcza w kwestii wychwycenia nowych rozpoznań onkologicznych.

Nowotwory złośliwe stanowią w Polsce drugą pod względem częstości przyczynę zgonów po chorobach krążenia, a umieralność na nowotwory złośliwe ogółem w Polsce na tle innych krajów UE jest relatywnie duża.

Wczesne dane z 2021 roku świadczą o zwiększeniu liczby rozpoznawanych nowotworów do poziomu z końca 2019 roku, mimo iż pacjenci rzadziej trafiali do lekarza. W Polsce dostępna jest zaledwie połowa znanych obecnie nowoczesnych terapii, a pod względem finansowania leczenia i jego wyników ciągle Polska wypada gorzej niż inne kraje europejskie.

Szacuje się, że z nowotworem żyje milion Polaków, a co roku chorobę wykrywa się u ponad 160 tys. osób, a 100 tys. chorych umiera. Do 20. roku życia nowotwory występują z częstością ok. 10 zachorowań na 100 000 populacji w tym wieku. W kolejnych latach życia częstość ta wzrasta 10. co dwie dekady życia do 100/100 000 około 40. roku życia i do ponad 1000/100 000 po 65. roku życia. Szacuje się, że w 2030 roku można spodziewać się w Polsce ok. 200 000 zachorowań na raka rocznie (obecnie około 165 000 przypadków).

Oddajemy do rąk czytelnika I tom monografii pt. *Rola zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentami onkologicznymi*, mając nadzieję, że znajdziecie w nim Państwo potwierdzenie znaczenia rozpowszechnienia modelu kompleksowej i koordynowanej opieki onkologicznej, skoncentrowanej wokół potrzeb pacjenta, to jedno z najważniejszych wyzwań współczesnej onkologii. Jedynie bowiem koncentracja procedur wysokospecjalistycznych w ośrodkach kompetencji (tzw. unitach) pozwala na poprawę wyników leczenia oraz zwiększa dostępność nowoczesnych technologii i terapii medycznych. Warunkiem wprowadzenia kompleksowej i koordynowanej opieki onkologicznej jest nie tylko rozwój nowoczesnych metod leczenia, ale przede wszystkim sprawna organizacja całego procesu

diagnostyczno-terapeutycznego. Jedynie taki model opieki zapewni lepszą i bardziej profesjonalną współpracę pomiędzy poszczególnymi członkami personelu medycznego.

Dr n. med. Krystyna Klimaszewska

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

ANALIZA CZYNNIKÓW RYZYKA NOWOTWORU PRZEWODU POKARMOWEGO WŚRÓD PACJENTÓW KLINIKI CHIRURGII OGÓLNEJ W UNIWERSYTECKIM SZPITALU KLINICZNYM W BIAŁYMSTOKU

Sierżantowicz Regina¹, Młynek Dominika²

¹ *Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

² *II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku*

WSTĘP

Nowotwory układu pokarmowego to grupa zróżnicowanych jednostek chorobowych zlokalizowanych w przewodzie pokarmowym do której zaliczamy: raka przełyku, raka żołądka, raka trzustki, raka wątroby, raka pęcherzyka żółciowego, raka jelita cienkiego, raka okrężnicy oraz raka odbytnicy. W Polsce w 2011 roku liczba zachorowań na nowotwory układu pokarmowego wyniosła około 30 tys, w tym 56% to mężczyźni. Współczynnik przeżywalności w Polsce wśród nowotworów jelita grubego przekracza 40%, lecz dla pozostałych nowotworów przewodu pokarmowego zazwyczaj nie jest wyższy niż 10 %. Za zwiększenie liczby zachorowań oraz zgonów odpowiedzialny jest wzrost ryzyka wystąpienia nowotworów jelita grubego i trzustki [1]. W przypadku nowotworów trzustki częstość występowania tego nowotworu rośnie we wszystkich krajach europejskich, szczególnie w populacji kobiet [2]. Mimo że w Polsce, podobnie jak na całym świecie, systematycznie zmniejszają się zachorowalność i umieralność z powodu nowotworów żołądka, nadal wartość tych współczynników należy w tym kraju do najwyższych w Europie [1, 3].

W powstawaniu nowotworu żołądka znacznie większą rolę odgrywają czynniki środowiskowe niż uwarunkowania genetyczne. Jednym z czynników środowiskowych odpowiedzialnym za wzrost ryzyka wystąpienia nowotworu żołądka jest dieta bogata w sól, konserwowane i wędzone produkty oraz uboga w świeże owoce i warzywa. Palenie tytoniu zwiększa ryzyko choroby dwukrotnie ponieważ dym papierosowy przyspiesza powstawanie nitrozoamin stymulujących rozwój nowotworu. Działanie czynników chemicznych wpływa szczególnie na górników, hutników i pracowników przemysłu

gumowego. Dużą rolę ogrywa też zakażenie bakterią *Helicobacter pylori*, która wywołuje przewlekłe zapalenie błony śluzowej doprowadzając do przemian nowotworowych. Narażeni są również pacjenci po zabiegach częściowej resekcji żołądka, pacjenci z zanikiem błony śluzowej żołądka oraz z polipami gruczolakowymi będącymi uwypukleniem błony śluzowej żołądka. Spośród czynników genetycznych można wyróżnić mutacje genu E-kadheryny (CDH1), mutacje genu BRCA1 i zespół Lyncha [4].

Zwiększone ryzyko wystąpienia nowotworu trzustki uwarunkowane jest pojawieniem się nowotworu w rodzinie oraz mutacje genów takich jak KRAS i CDKN2 oraz zespoły genetyczne, czyli zespół Peutza-Jeghersa. Ryzyko zachorowania na nowotwór trzustki zwiększa się wraz z wiekiem. Najczęściej rozpoznawany jest między 60 a 80 rokiem życia. Otyłość i nadwaga wynikające ze spożycia dużej ilości tłuszczów nasyconych pochodzenia zwierzęcego a także węglowodanów, przyczyniają się nie tylko do wzrostu prawdopodobieństwa raka trzustki, ale też zwiększenia ryzyka zgonu. Kolejny czynnik to używki w postaci alkoholu i papierosów. Ryzyko zwiększa wraz ze wzrostem ilości wypalanych papierosów. Alkohol wywołuje przewlekłe zapalenie trzustki. Choroba ta charakteryzuje się postępującymi i nieodwracalnymi zmianami miększu i przewodów trzustkowych, a to w konsekwencji prowadzi do upośledzenia czynności zewnątrzwydzielniczej i wewnątrzwydzielniczej trzustki, skutkując rozwojem nowotworu. Przewlekłe zapalenie trzustki jest również chorobą dziedziczną, a to w jeszcze większym stopniu zwiększa ryzyko zachorowania na nowotwór trzustki [5].

Istnieją dwie grupy uwarunkowań zwiększających prawdopodobieństwo zachorowania na nowotwór jelita grubego. Do pierwszej grupy zalicza się predyspozycje dziedziczne i rodzinne. Należą do nich zespół Lyncha, który niezwiązany jest z polipowatością postacią nowotworu jelita grubego. Rodzinna polipowatość gruczolakowa czyli zespół FAP, a także rodzinnie występujący rak jelita grubego polegający na występowaniu nowotworu u krewnych, gdy nie występuje klasyczne dziedziczenie zespołów predyspozycji układu zachorowań wśród bliskich. Ponadto inne zespoły polipowatości oraz choroby predysponujące m.in. polipowatość Peutz-Jeghersa, gruczolaki, choroby zapalne jelita grubego, czyli wrzodziejące zapalenie jelita grubego czy choroba Leśniowskiego-Crohna [2]. Główną rolę odgrywa nieprawidłowa odpowiedź immunologiczna na antygeny bakteryjne, które są elementem mikrobioty jelitowej. Konsekwencją tego zjawiska jest przewlekłe zapalenie w ścianie przewodu pokarmowego, a to prowadzi do nowotworu jelita grubego [3]. Rozwojowi nowotworu jelita grubego sprzyja zawartość tłuszczów w codziennej diecie, szczególnie tłuszczów

zwierzęcych, które bogate są nasycone kwasy tłuszczowe, a także niskie spożycie warzyw i owoców, przez co występują niedobory w diecie błonnika. Zachorowanie na nowotwór jelita grubego jest znacznie wyższe u osób otyłych. Zwiększone ryzyko zachorowania zostało powiązane z niedoborem wapnia, przeciwutleniaczy tj. witamin A, C, E i kwasu foliowego, seleniu i cynku. Istotnym czynnikiem jest nadużywanie napojów alkoholowych oraz palenie tytoniu. Substancje będące o uwodnionych właściwościach kancerogennych to m.in. syntetyczne włókna, rozpuszczalniki oraz oleje organiczne, barwniki, farby, azbest, metale ciężkie czyli mangan, chrom, nikiel, kobalt. Ważną rolę w patogenezie zmian nowotworowych powiązanych z jelitem grubym stanowią uwarunkowania środowiskowe takie jak substancje mutagenne pochodzenia bakteryjnego i spowolnienie perystaltyki jelit. Oprócz tego wpływ mają reaktywne formy tlenu jakimi są wolne rodniki tlenowe, działają one szkodliwie na ścianę jelita grubego powodując niszczenie płaszcza śluzowego i zaburzają syntezę mucyny, to powoduje wzmożony jej rozpad. Reaktywne formy tlenu wywołują uszkodzenia kolonocytów poprzez indukcję syntezy różnych cytokin oraz uruchomienie na tej drodze procesów nowotworzenia [2].

CELEM PRACY BYŁO:

Ocena wpływu czynników ryzyka, które mają wpływ na rozwój nowotworu układu pokarmowego (żołądka, trzustki, jelita grubego) oraz zapotrzebowania na edukację zdrowotną w zakresie zapobiegania zachorowaniu na nowotwór.

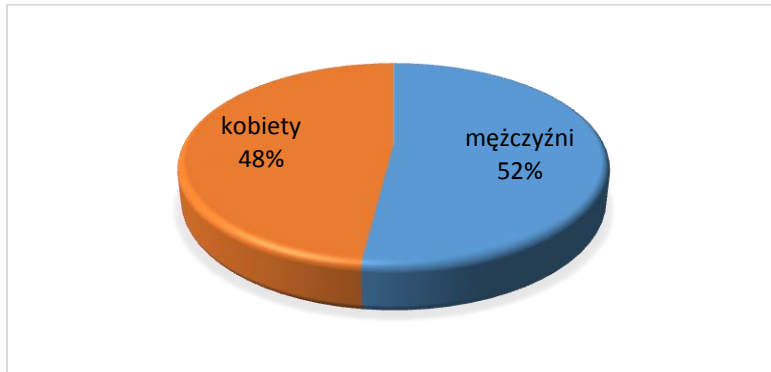
MATERIAŁ I METODY

Do badania zakwalifikowano 50 pacjentów Kliniki Chirurgii Ogólnej w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku hospitalizowanych z powodu nowotworu układu pokarmowego w tym nowotworu żołądka, trzustki i jelita grubego. Badania prowadzono ze względu na profil terapeutyczny Kliniki, który obejmuje przede wszystkim chirurgiczne leczenie chorób żołądka, dwunastnicy, jelita cienkiego, wątroby, pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych, trzustki, śledziony, jelita grubego a także odbytu, gruczołów wydzielania wewnętrznego: tarczycy, przytarczyc, nadnerczy. Wykonywane operacje są metodami klasycznymi i mało inwazyjnymi, czyli laparoskopowymi. Badania wykonano w terminie na przełomie 2021 roku po uzyskaniu Zgody Komisji Bioetycznej UMB nr:APK.002.471.2020. Grupa badanych składała się z chorych między 30 a 90 rokiem życia. Średnia wieku wynosiła 61 lat; 24 kobiet oraz 26 mężczyzn.

W pracy wykorzystano Kwestionariusz Ankiety konstrukcji własnej zawierające autorski zestaw pytań. Respondenci otrzymali Ankietę z pytaniami do wypełnienia podczas hospitalizacji w Klinice Chirurgii Ogólnej, gdzie wykonywano operację z powodu nowotworu przewodu pokarmowego. Zostali poinformowani o możliwości przerwania wypełniania ankiety w dowolnym momencie bez podawania przyczyny oraz o tym, że odpowiedzi udzielają anonimowo i dobrowolnie. Zadane pytania były jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru. Pierwsza część kwestionariusza dotyczyła aspektów socjodemograficznych zawierając pytania o m.in. płeć, wiek, miejsce zamieszkania. Druga część kwestionariusza miała na celu zebrania informacji odnośnie dziedziczenia nowotworu układu pokarmowego i sytuacji zdrowotnej pacjenta. Trzecia część stanowiła zbiór wiedzy pacjenta odnośnie definicji i czynników ryzyka zachorowania na nowotwór przewodu pokarmowego oraz zapotrzebowania na edukację. Wyniki opracowano w programie Microsoft Excel 2013.

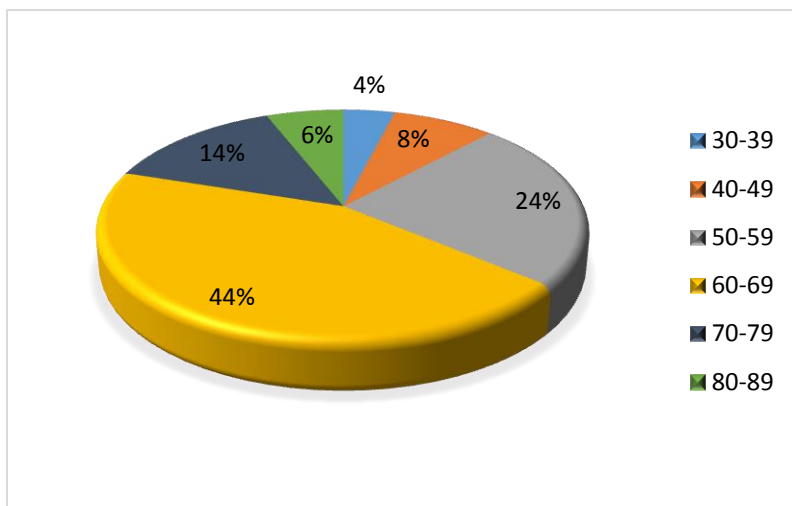
WYNIKI

Wśród chorych z nowotworem przewodu pokarmowego większością byli mężczyźni 26 osób (52%). Rycina 1.



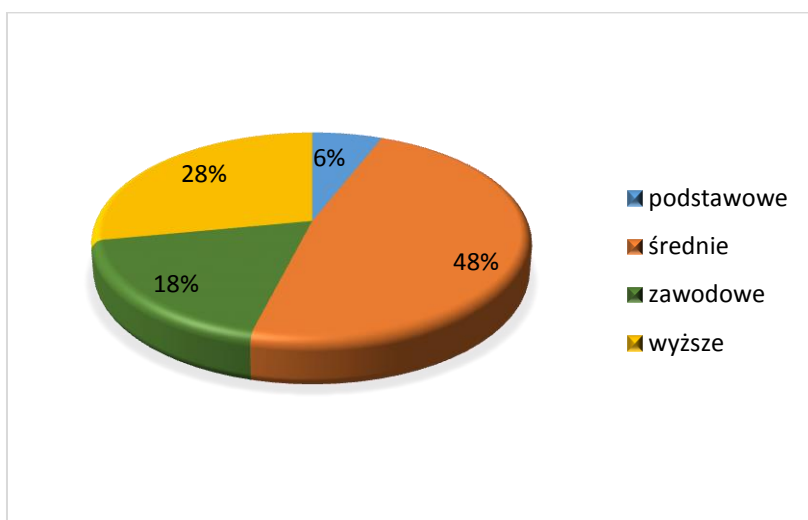
Rycina 1. Udział kobiet i mężczyzn w badaniu.

Najliczniejszą grupą chorych leczonych z powodu nowotworu przewodu pokarmowego było 22 pacjentów w przedziale 60-69 lat (44%). Średnia wieku leczonych kobiet wynosiła 61 lat, a mężczyzn 60 lat. Rycina 2.



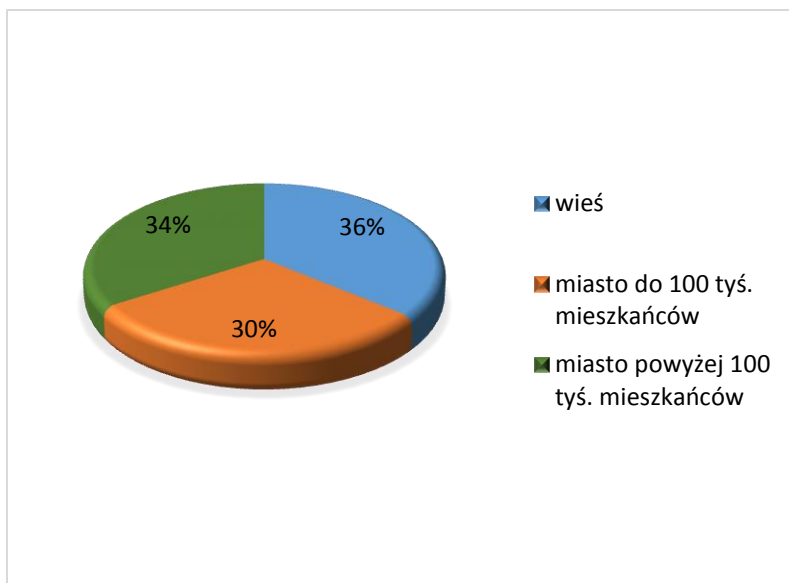
Rycina 2. Średnia wieku pacjentów z nowotworem przewodu pokarmowego leczonych w Klinice II Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej.

Największa grupa chorych, która wzięła udział w badaniu posiadała wykształcenie średnie 24 osoby (48%). Rycina 3.



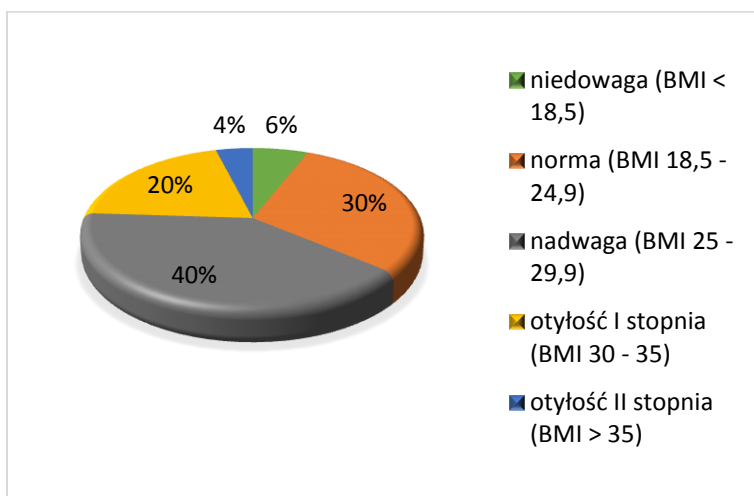
Rycina 3. Wykształcenie pacjentów biorących udział w badaniu.

Pacjenci biorący udział w badaniu mieszkali najczęściej 18 osób (36%) na wsi. Nieznacznie mniejsza grupa 17 osób (34%) w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców. Rycina 4.



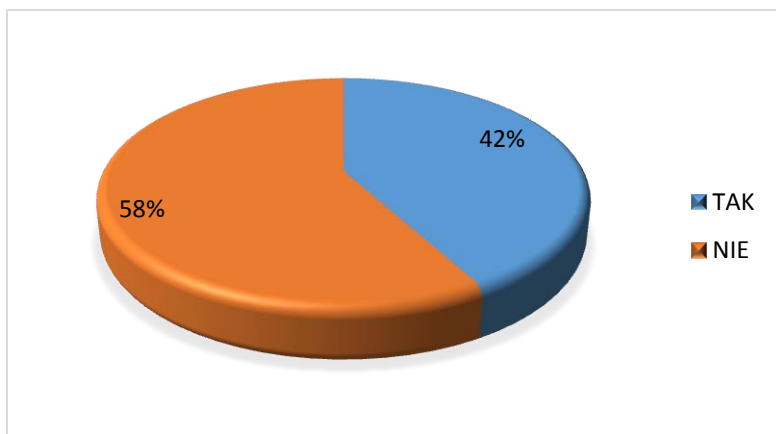
Rycina 4. Miejsce zamieszkania badanej grupy chorych.

W grupie badanych pacjentów, otyłość I stopnia z BMI>30 kg/m² stwierdzono u 10 osób (20%), II stopnia BMI>35kg/m² u 2 osób (4%). Z przeciwnym problemem, niedowagą, zidentyfikowano 3 osoby (6%), gdzie BMI<18,5 kg/m². Rycina 5.



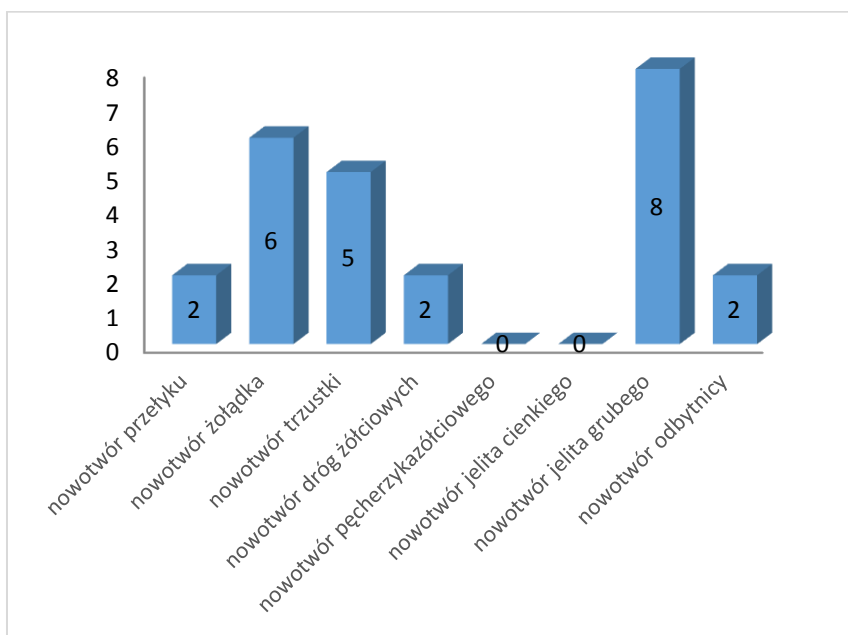
Rycina 5. Ocena BMI (body mass index) w badanej grupie chorych.

Wśród badanych pacjentów, grupa 21 osób (42%) przyznała, że nowotwór układu pokarmowego dotyczył najbliższych członków rodziny. Ponad połowa 29 osób (58%) zaprzeczyła informacjom występowania nowotworu związanego z układem pokarmowym wśród krewnych. Rycina 6.



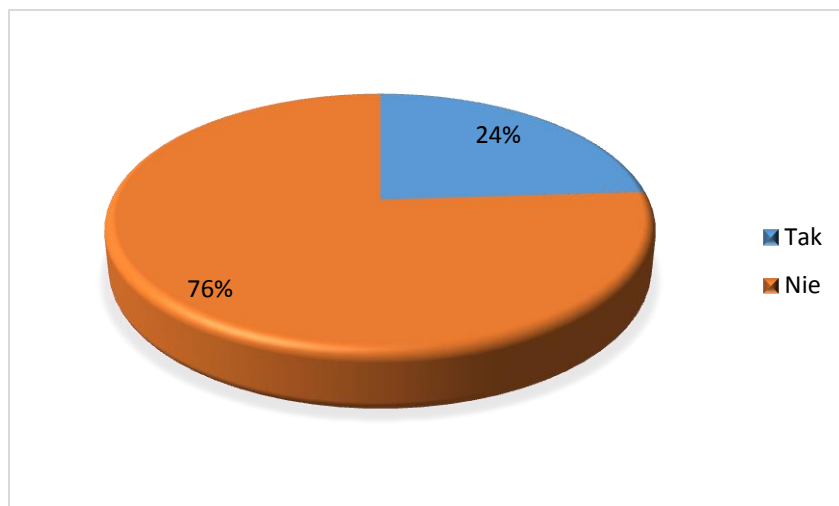
Rycina 7. Wywiad rodzinny występowania nowotworu układu pokarmowego w badanej grupie chorych.

Najczęściej występującym nowotworem wśród członków rodziny wszystkich badanych pacjentów był nowotwór jelita grubego, wystąpił u 8 osób (16%), nowotwór żołądka dotyczył 6 (12%) członków rodziny. Rycina 7.



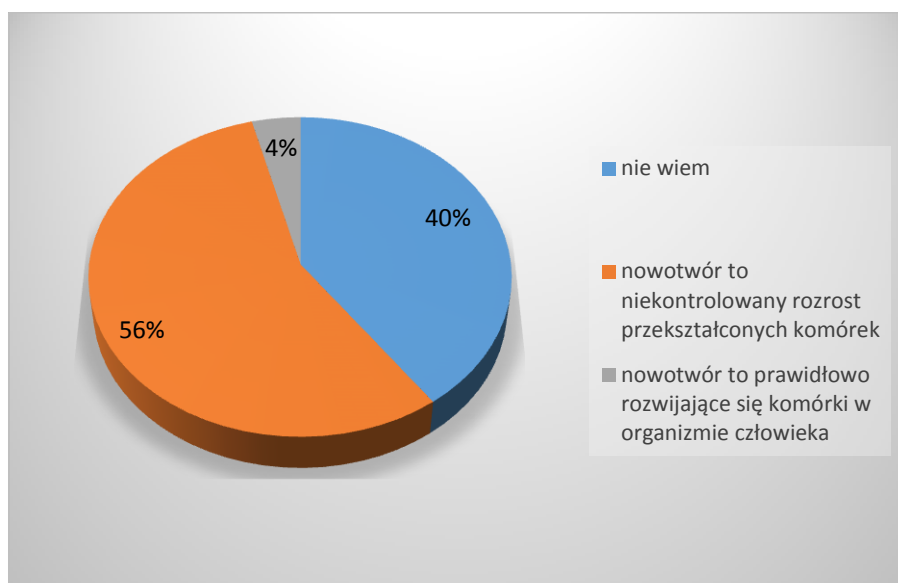
Rycina 7. Choroby związane z układem pokarmowym u najbliższego członka rodziny.

Grupa 12 (24%) chorych leczyła się już w przeszłości z powodu nowotworu układu pokarmowego. Rycina 8.



Rycina 8. Występowanie nowotworu przewodu pokarmowego w przeszłości, w badanej grupie chorych.

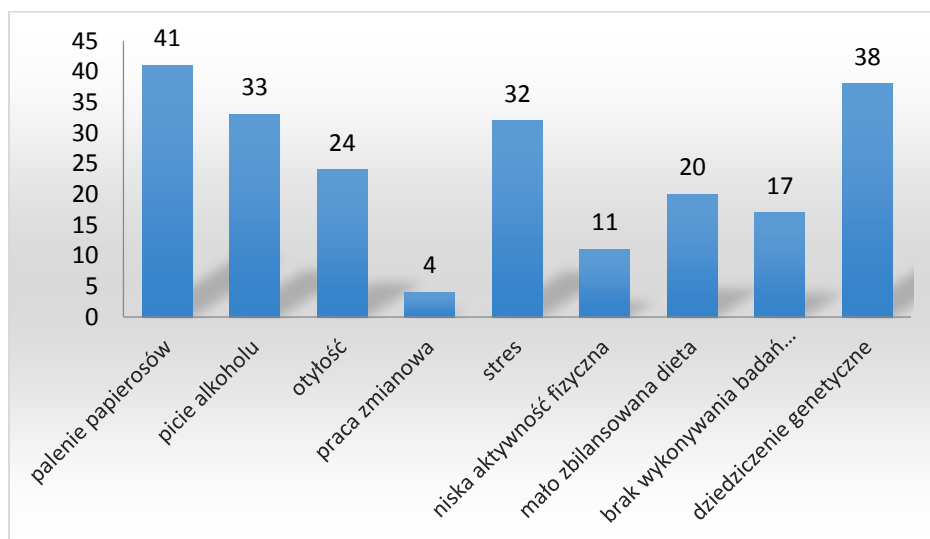
Grupa 28 (56%) pacjentów prawidłowo określiła znaczenie nowotworu. Natomiast 20 (40%) nie potrafiło wyjaśnić czym jest nowotwór. Rycina 9.



Rycina 9. Znajomość znaczenia „nowotwór” w badanej grupie chorych.

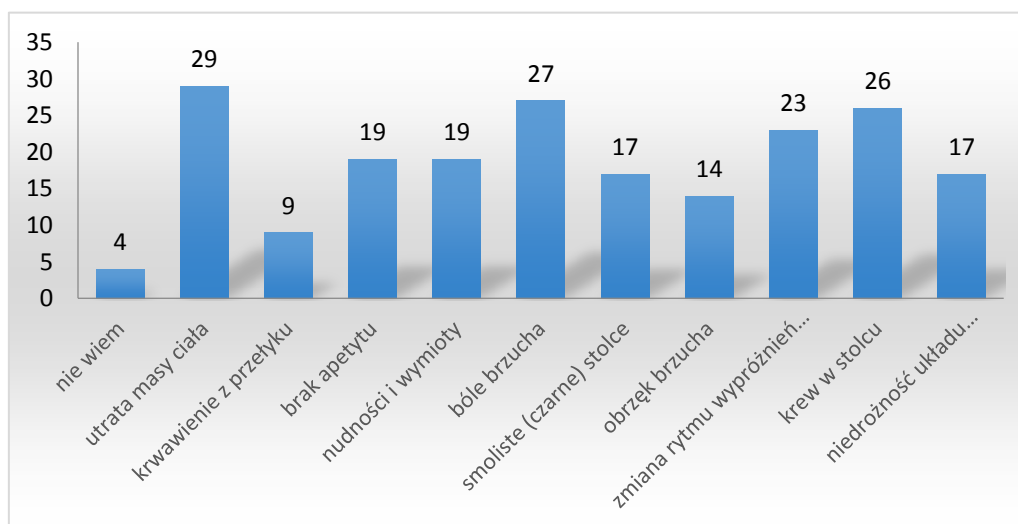
Badani pacjenci, wskazali, że istotnym czynnikiem ryzyka nowotworu układu pokarmowego jest palenie papierosów 41 osób (19% wszystkich udzielonych odpowiedzi). Przyznali też, że równie ważny jest czynnik dziedziczenia 38 osób (17% wszystkich udzielonych odpowiedzi). Ponadto stwierdzili, że picie alkoholu 33 osoby (15% udzielonych odpowiedzi) i stres 32 osoby (15% wszystkich udzielonych odpowiedzi) są równie ważne w rozwoju nowotworu. Zauważyli, że nie bez znaczenia jest styl życia. Wskazali otyłość 24 osoby (11% wszystkich udzielonych odpowiedzi), mało zbilansowaną dietę 20

ankietowanych (9% udzielonych wszystkich odpowiedzi) oraz niską aktywność fizyczną 11 osób (5% wszystkich udzielonych odpowiedzi). Rycina 10.



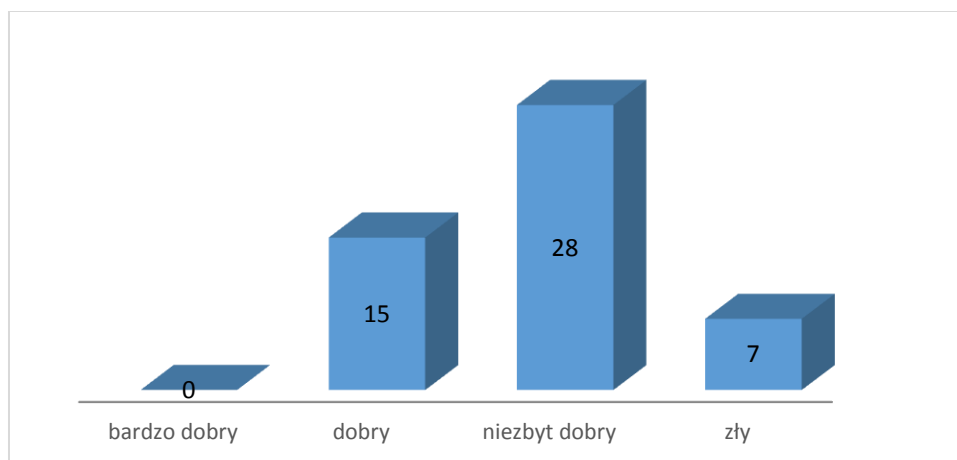
Rycina 10. Czynniki ryzyka rozwoju nowotworu układu pokarmowego w opinii badanych.

Za istotny objaw, który może świadczyć o nowotworze układu pokarmowego pacjenci uznali utratę masy ciała 29 osób (14% wszystkich odpowiedzi). Grupa 27 osób (13% wszystkich odpowiedzi) wskazuje na bóle brzucha, 26 osób (12% wszystkich odpowiedzi) obecność krwi w stolcu. Zmiana rytmu wypróżnień powinna niepokoić zdaniem 23 osoby (11% wszystkich odpowiedzi) chorych. Dane przedstawia Rycina 11.



Rycina 11. Objawy nowotworu układu pokarmowego w opinii badanych pacjentów.

Pacjenci biorący udział w badaniu ocenili, że ich poziom wiedzy w zakresie czynników ryzyka nowotworu układu pokarmowego jest niezbyt dobra 28 osób (56%). Grupa 15 osób (30%) uznała, że poziom wiedzy jest dobry. Rycina 12.



Rycina 12. Subiektywna ocena wiedzy w zakresie czynników ryzyka nowotworu układu pokarmowego w badanej grupie.

DYSKUSJA

Badania własne zostały przeprowadzone wśród 50 pacjentów II Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Analizowano sytuację socjodemograficzną pacjentów. Większość stanowili mężczyźni 26 (52%). Dominowało wykształcenie średnie 24 (48 %) pacjentów. Hospitalizowani byli w głównej mierze mieszkańcami wsi 18 osób (36%). Największy odsetek 22 osoby (44%) ankietowanych znajdował się w przedziale wiekowym 60-69 lat. W badaniach przeprowadzonych przez Chrobak- Bień J. i wsp. uzyskano podobne wyniki. Autorka wraz ze współautorami przeprowadzała badania wśród pacjentów Kliniki Gastroenterologii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi [6].

Wyniki badań dotyczące dziedziczenia genetycznego w najbliższej rodzinie choroby nowotworowej układu pokarmowego wskazały, że wśród 29 (58%) respondentów nowotwór nie występował. W badaniu przeprowadzonym przez Dąbską O. i wsp.[7] 79 pacjentów (79%) nie potwierdziło nowotworu w rodzinie. Natomiast w badaniu przeprowadzonym przez Kleinrok A i wsp. [8] u 584 (56,8%) respondentów w rodzinie wystąpiła choroba nowotworowa. W badaniu Markowskiej A i wsp. respondenci wskazali, iż u 101 osób (47%) choroba nowotworowa układu pokarmowego w rodzinie nie występowała, lecz 69 pacjentów (20,9%) nie posiadało wiedzy na ten temat [9].

Według respondentów nowotwór układu pokarmowego objawia się przede wszystkim utratą masy ciała na co wskazało 29 (14%), bólami brzucha 27 (13%) oraz krwią w stolcu 26 (12%) ankietowanych. W badaniu Chrobak-Bień J. i wsp pacjenci wskazali przede wszystkim krwawe stolce 190 osób (47,5 %), bóle brzucha 81 osób (20,25%) oraz utratę masy ciała 68 osób (17%) [6]. Ankietowani pacjenci uznali, że wiedza w zakresie czynników nowotworu jest niezbyt dobra 56% oraz dobra 30%, podobne wyniki potwierdzono w innych publikacjach [6, 9,10].

PODSUMOWANIE

Wprowadzenie programów zdrowotnych, systematyczne szkolenia i zaangażowanie personelu medycznego może wpłynąć na zwiększenie poziomu wiedzy pacjentów w zakresie czynników ryzyka nowotworu przewodu pokarmowego. Natomiast diagnozowanie we wczesnym etapie będzie powodowało większą skuteczność leczenia nowotworów.

PIŚMIENNICTWO

1. Ferlay J., Soerjomataram I., Ervik M. i wsp. GLOBOCAN 2012 v. 1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase. International Agency for Research on Cancer; Lyon 2013.
2. Król S.K., Kapka-Skrzypczak L.: Nowotwory jelita grubego jako poważny problem w Polsce i na świecie –kwestie medyczne i środowiskowe, Medycyna Środowiskowa, 2011, 14,75-80.
3. Chrostkowska I., Wanot B., Biskupek-Wanot A., Matulnikova L.: Exteriorisation of intestinal stoma as a result of intestinal cancer disease, Periodyk Naukowy Akademii Polonijnej, 2017, 6,134-145.
4. Pierzak M.: Rak żołądka zagrożeniem cywilizacyjnym dla życia i zdrowia człowieka. [w:] Współczesne zagrożenia naturalne i cywilizacyjne. Zimny J. (red.). Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II w Lublinie, Lublin, 2017.
5. Wysocki W.: Nowotwory złośliwe trzustki, Medycyna Praktyczna, 2021,1-4.
6. Chrobak-Bień JZ., Gawor A., Gąsiorowska A.: Wiedza chorych na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka jelita grubego, Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2016, 3,187–195.
7. Dąbska O., Humeniuk E., Pawlikowska-Łagód K., Matuska M.: Ocena zachowań żywieniowych chorych na nowotwór, Pielęgniarstwo Polskie, 2018, 1,51-57.

8. Kleinrok A., Nowosielecka D., Buta A.: Wpływ czynników socjodemograficznych, przebiegu leczenia, relacji społecznych i wiedzy o chorobie na czas przeżycia pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową w opiece paliatywnej, *Medycyna Paliatywna*, 2015, 7, 168–175.
9. Markowska A., Górka J., Grochans E., Szkup M.: Ocena wiedzy wybranych grup społecznych na temat profilaktyki raka jelita grubego, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2016, 4, 303–306
10. Tuchowska P., Worach-Kardas H., Marcinkowski J. T.: Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce – główne czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2013, 2, 166-171.

PROBLEMY W OPIECE NAD PACJENTKĄ Z RAKIEM PIERSI PO MASTEKTOMII METODĄ PATEYA

**Joanna Girzelska¹, Katarzyna Wiśniewska², Monika Kozestańska – Oczkowska³,
Magdalena Brodowicz - Król⁴**

1 – Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Wydział Nauk o Człowieku

2 – Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Absolwentka Akademii Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi, Wydział Pedagogiki i Psychologii

3 – Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

4 – Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

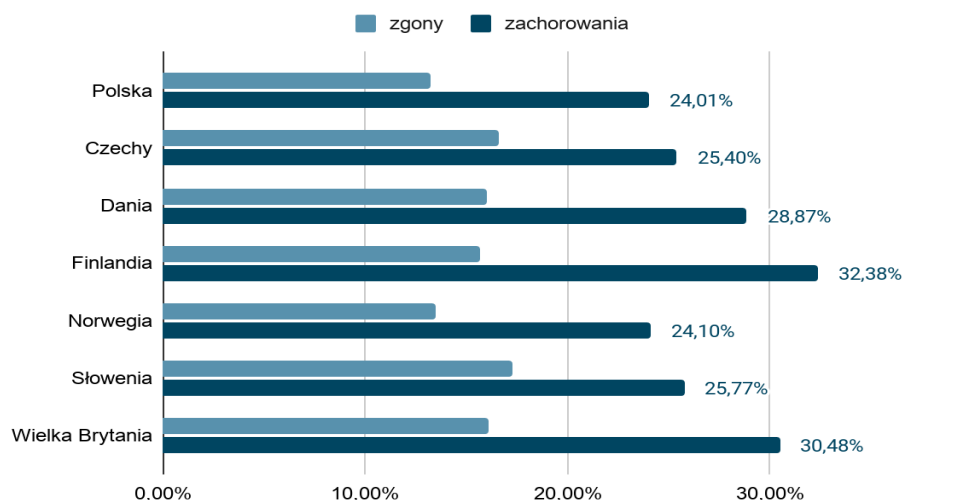
WSTĘP

Nowotwór piersi – definicja

Nowotwór jest chorobą materiału genetycznego i powstaje w wyniku akumulacji stopniowo pojawiających się uszkodzeń genetycznych. Do przekształcenia komórki prawidłowej w nowotworową, co określane jest mianem transformacji nowotworowej, potrzeba kilku mutacji genowych. W większości nowotworów defekty DNA pojawiają się w komórce osób genetycznie predysponowanych do rozwoju raka, pod wpływem czynników środowiskowych, uszkadzających DNA, czyli karcynogenów. Powstanie nowotworu jest zatem funkcją ekspozycji na karcynogen i predyspozycji genetycznych do rozwoju raka, z różnym udziałem obu tych czynników w poszczególnych jednostkach chorobowych. Nowotwory powstają w wyniku defektu różnych grup genów, aczkolwiek największą rolę w transformacji nowotworowej odgrywają protoonkogeny i geny supresorowe, a w tym ich podgrupa: geny mutatorowe [1]. Rak piersi jest nowotworem, który tworzy się w tkankach piersi, zazwyczaj w przewodach mlekowych, które transportują mleko do brodawki sutkowej lub w zrazikach, czyli gruczołach wytwarzających mleko. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że rak piersi występuje zarówno u kobiet, jak i mężczyzn, aczkolwiek u mężczyzn pojawia się niezwykle rzadko [2].

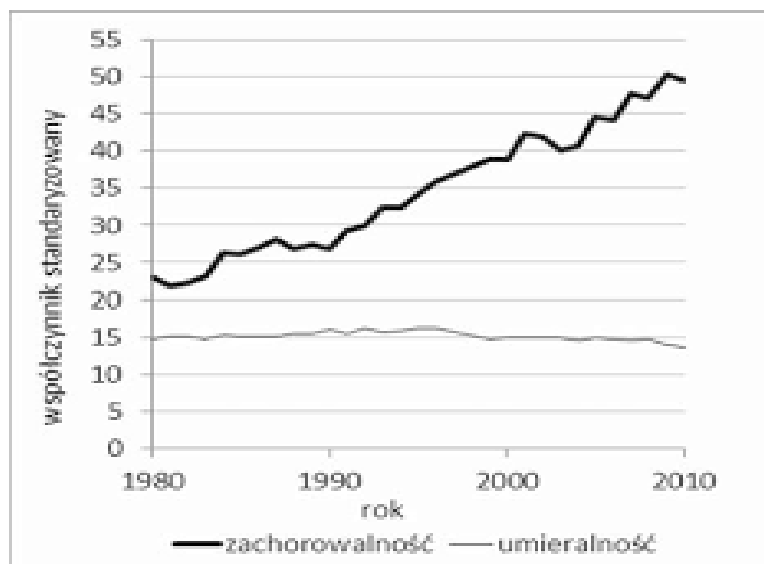
Epidemiologia nowotworu piersi w Polsce i na świecie

Nowotwory piersi są największym problemem onkologicznym w krajach rozwiniętych, są również narastającym problemem w krajach rozwijających się co obrazuje wykres nr 1.



Wykres 1. Udział nowotworów piersi w zachorowaniach i zgonach z powodu nowotworów złośliwych ogółem [2] Źródło: J. Didkowska, U. Wojciechowska, Nowotwory piersi w Polsce i Europie, Polskie Towarzystwo Onkologiczne 2013.

Nowotwory piersi są najczęstszym nowotworem u kobiet w krajach europejskich, stanowiącym 30% zachorowań na choroby nowotworowe i będącym przyczyną 16,6% zgonów nowotworowych co prezentuje wykres nr 2 [2].



Wykres 2. Trendy zachorowalności i umieralności na nowotwory piersi u kobiet w Polsce w latach 1980–2010 [2] Źródło: J. Didkowska, U. Wojciechowska, Nowotwory piersi w Polsce i Europie, Polskie Towarzystwo Onkologiczne 2013.

W Polsce rak piersi stanowi 1/4 zachorowań na nowotwory u kobiet i nieco ponad 1/8 zgonów nowotworowych. Częstość zachorowań na raka piersi w Polsce jest niższa niż w krajach Europy Zachodniej, natomiast częstość zgonów z tego powodu jest porównywalna z innymi krajami europejskimi (około 13–17%). W Polsce nowotwory złośliwe piersi są najczęstszym schorzeniem nowotworowym u kobiet od schyłku lat siedemdziesiątych. Początek lat 80. przyniósł gwałtowny wzrost zachorowalności na nowotwory złośliwe piersi. W Polsce w 2010 roku liczba zachorowań na nowotwory piersi u kobiet wyniosła 15 784. Liczba ta odzwierciedla rzeczywiste zagrożenie tym nowotworem polskiej populacji. Liczba zgonów spowodowanych nowotworami piersi wynosiła 5226. Szacuje się, że w Polsce żyje około 55–60 tys. kobiet, które zachorowały na raka piersi [2, 3]. Mimo ciągłego postępu, który dokonuje się w diagnostyce i leczeniu, rak piersi jest najczęstszym nowotworem wśród kobiet w Polsce, a także w Europie i Stanach Zjednoczonych.

Etiologia i patogeneza nowotworu piersi

Przede wszystkim płeć żeńska stanowi główny czynnik ryzyka, ponieważ rak sutka rzadko występuje u mężczyzn. Do czynników ryzyka należy również otyłość. Zwiększona częstość zachorowania wynika z faktu, że stężenie estrogenów produkowanych w okresie klimakterium zależy od ilości tkanki tłuszczowej, co może przyspieszyć rozwój nowotworu. Prowadzenie zdrowego stylu życia, stosowanie odpowiedniej diety, uprawianie regularnej aktywności fizycznej pomagają w utrzymaniu prawidłowej masy ciała, a zmniejszenie ilości tkanki tłuszczowej może redukować ryzyko wystąpienia choroby nowotworowej [4].

Niezwykłe istotnym czynnikiem ryzyka jest wiek, bowiem częstość zachorowań wzrasta z wiekiem. Większość zachorowań występuje u kobiet po 50 roku życia. Istotne są ponadto czynniki reprodukcyjne: wiek pokwitania i przekwitania. Wczesny wiek pierwszej miesiączki (przed 12 rokiem życia) i późna menopauza (po 54 roku życia) są czynnikami zwiększającymi ryzyko zachorowania, a wczesny pierwszy poród ma działanie ochronne. Najprawdopodobniej zależności te wynikają z wydłużenia okresu karcynogennego działania estrogenów w tych grupach kobiet. Również hormonalna antykoncepcja, jak również długotrwała hormonalna terapia zastępcza menopauzy także zwiększa ryzyko zachorowania na raka piersi. Wśród innych czynników ryzyka należy wymienić niezłośliwe zmiany w piersiach, zwłaszcza atypowy przerost nabłonka i ekspozycja na promieniowanie jonizujące [5].

Około 5–10% nowotworów powstaje w mechanizmie dziedziczenia defektu genetycznego, czyli przekazywania mutacji genetycznej przez matkę lub ojca. Rozwój nowotworów

dziedzicznych odbywa się torem podobnych mutacji, jak nowotworów sporadycznych, ale do wystąpienia choroby potrzeba już o jedną mutację mniej. Ten fakt tłumaczy wcześniejszy wiek zachorowania na nowotwory silnie dziedzicznie uwarunkowane [1].

Objawy i postacie kliniczne nowotworu piersi

W pierwszej fazie choroby rak piersi nie daje żadnych objawów, pojawiają się one dopiero na pewnym etapie rozwoju choroby. Pierwszym objawem zazwyczaj jest guzek w piersi (twardy, najczęściej pojawiający się w zewnętrznym górnym kwadracie piersi). Inne objawy raka piersi to [6]:

- asymetria piersi,
- wciągnięcie skóry lub brodawki sutkowej
- zaczerwienienie lub owrzodzenie skóry
- jednostronny wyciek z brodawki
- powiększenie okolicznych węzłów chłonnych po stronie guza
- ból piersi
- zmiana struktury skóry na powierzchni piersi

Najczęściej rozpoznawane są tzw. typy histologiczne raka piersi.

Cechy budowy komórek widoczne w badaniach mikroskopowych raka piersi to [6]:

- Rak przewodowy naciekający – ok. 75%.
- Rak zrazikowy naciekający – ok. 10–15%.
- Rak cewkowy – ok. 5%
- Rak rdzeniasty – ok. 5%
- Rak śluzowy – ok. 5%

Istotnym z punktu widzenia klinicznego jest podział na grupę raków przedinwazyjnych tzw. in situ (tzn. zmian nowotworowych bez cech naciekania) oraz inwazyjnych.

W przypadku raków przedinwazyjnych rozróżnia się [7]:

- Rak przewodowy (tzw. DCIS), który ogranicza się do przewodu mlekowego. Jeżeli występuje w czystej postaci nie powoduje powstawania przerzutów. W przypadku tego typu raka rokowania są bardzo dobre.
- Rak zrazikowy (tzw. LCIS) który jest rozrostem obejmującym końcowe odcinki układu zrazikowo-pęcherzykowego. Zmiana ta w ścisłym tego słowa znaczeniu nie jest uznawana za nowotwór złośliwy. Jednakże jej występowanie związane jest z podwyższonym ryzykiem zachorowania na inwazyjnego raka piersi [6].

W przypadku raków inwazyjnych [7]:

- Rak przewodowy jest najczęstszym typem raka inwazyjnego piersi. Nowotwór ten rozwija się z przewodu mlekowego, przekracza jego ścianę i nacieka okoliczne tkanki.
- Rak zrazikowy jest drugim, co do częstości występowania, rozwija się z nabłonka pokrywającego zraziki gruczołu piersiowego

Diagnostyka nowotworu piersi

Niezwykle ważne we wczesnym wykryciu raka piersi jest samobadanie się kobiet. Według niektórych autorów samokontrola piersi prowadzona systematycznie może przyczynić się w znacznym stopniu do obniżenia umieralności z powodu raka piersi.

Z tego powodu zaleca się wykonywanie jej począwszy od 20 roku życia, raz w miesiącu, najlepiej tydzień po miesiączce, gdy piersi nie są obolałe lub obrzmiałe. Kobiety w okresie przekwitania powinny kontrolować swoje piersi w te same dni każdego miesiąca. Samobadanie powinno być przeprowadzane dokładnie i bez pośpiechu. Powinno obejmować oglądanie piersi w lustrze oraz badanie dotykowe, zarówno w pozycji stojącej, jak i leżącej [8].

Ważną metodą, która pozwala na wykrycie raka piersi w postaci przedinwazyjnej oraz wczesnej inwazji są badania przesiewowe, do których zalicza się mammografię. Mammograficzne badanie przesiewowe ma na celu wykrycie nowotworu we wczesnym etapie rozwoju. Dzięki prześwietlaniu tkanek piersi promieniami rentgenowskimi można znaleźć nieprawidłowości, zanim będzie je można wyczuć lub zobaczyć.

W Polsce badaniami przesiewowymi w kierunku raka piersi objęte są kobiety w wieku 50–69 lat. Dla młodych kobiet mammografia jest mniej skutecznym badaniem. Przed menopauzą piersi mają inną budowę – dominuje w nich gęsta tkanka gruczołowa. Na zdjęciu mammograficznym jest ona zabarwiona na białą, podczas gdy tkanka tłuszczowa na ciemno. Różnego typu zmiany, także nowotworowe, są jasne, a więc trudne do wykrycia tą metodą [9].

Do metod umożliwiających wcześniejsze wykrywanie raka piersi zaliczamy również badanie palpacyjne przeprowadzane przez lekarzy pierwszego kontaktu i ginekologów przynajmniej jeden raz w roku [8]. Do metod diagnostycznych raka piersi zalicza się również diagnostykę obrazową za pomocą USG i rezonansu magnetycznego.

Badanie podmiotowe dotyczy zmian lub dolegliwości w obrębie piersi (pierwotny charakter i data wystąpienia), przebytych chorób piersi, pierwszej i ostatniej miesiączki, ciąży i porodów (daty) oraz danych na temat karmienia piersią, stosowania preparatów hormonalnych (terapia, substytucja, antykoncepcja), innych chorób (współistniejących lub

przebytych) oraz danych na temat ich leczenia, występowania nowotworów złośliwych w rodzinie, obecnych dolegliwości.

Badanie przedmiotowe natomiast obejmuje ocenę stanu sprawności, pomiar masy ciała i wzrostu, badanie palpacyjne obu piersi (pozycja tułowia pionowa i pozioma), ocenę wyglądu skóry i brodawek oraz ich symetrii, ocenę umiejscowienia guza i stosunku do ściany klatki piersiowej oraz skóry (ruchomość), pomiar guza w 2 wymiarach, ocenę pachowych i nadobojczykowych węzłów chłonnych, ocenę innych narządów, badanie ginekologiczne. Obustronna USG piersi i węzłów chłonnych jest wskazana szczególnie w przypadku piersi o dużej gęstości (cecha typowa zwłaszcza dla młodych kobiet), w różnicowaniu zmian litych i torbielowatych oraz u kobiet w ciąży. Natomiast mammografia MR jest pomocna w poszukiwaniu pierwotnego ogniska u chorych z przerzutami w pachowych węzłach chłonnych lub w chorobie Pageta brodawki, w diagnostyce zmian w piersiach u nosicielek mutacji w genach BRCA. Biopsja gruboigłowa jest konieczna w celu wiarygodnej oceny receptorów ER, PgR oraz HER2, jeśli planowane jest wstępne leczenie systemowe [3].

Leczenie nowotworu piersi

Wybór metody leczenia jest zależny od następujących czynników [10]:

- stopnia zaawansowania nowotworu
- wydolności ogólnej organizmu pacjentki
- chorób współistniejących
- wcześniejszego leczenia przeciwnowotworowego
- wieku i stanu hormonalnego
- obecności w komórkach nowotworowych receptorów progestagenowych i estrogenowych

W odniesieniu do raka przedinwazyjnego typu rak przewodowy in situ, *“podstawowym sposobem leczenia jest chirurgiczne usunięcie guza z marginesem zdrowych tkanek. Paneliści Konferencji z St. Gallen po wycięciu DCIS u wszystkich chorych zalecają radioterapię na obszar piersi. Przy podejmowaniu decyzji o uzupełniającym napromienianiu piersi PTOK zaleca stosowanie indeksu prognostycznego Van Nuys Według ESMO u wybranych chorych z dużym ryzykiem nawrotu można rozważyć podwyższenie dawki nałożę po usuniętym guzie. Częściowe napromienianie piersi może być prowadzone jedynie w ramach badań klinicznych. Odstąpienie od napromieniania można rozważyć u chorych w starszym wieku i z niskim ryzykiem nawrotu. W opinii ESMO prosta amputacja i leczenie oszczędzające są*

równorzędnymi metodami leczenia DCIS. Według polskich ekspertów wskazaniem do prostej amputacji piersi u chorych na DCIS są rozległe zmiany, za które uznaje się wielośrodkowe ogniska lub zajęcie przez guz więcej niż jednego kwadranta piersi” [11]. W odniesieniu natomiast do zrazikowego raka in situ to zalecana jest ścisła obserwacja, bowiem jest on traktowany przednowotworowy. „Chirurgiczne usunięcie zmiany w celu wykluczenia przewodowego raka przedinwazyjnego lub inwazyjnego w pobliżu LCIS może być wskazane, jeśli zmianę tę rozpoznano na podstawie biopsji gruboigłowej” [11].

Leczenie raka naciekającego I i II stopnia polega na leczeniu chirurgicznym. *“Oszczędzające leczenie polegające na usunięciu guza pierwotnego, zabiegu węzłowym i uzupełniającej radioterapii na obszar piersi jest we wszystkich zaleceniach uznane za równoważne w stosunku do mastektomii z limfadenektomią pachową lub biopsją węzła wartowniczego. Głównymi przeciwwskazaniami do oszczędzającego leczenia są wieloogniskowość zmian, których zasięg uniemożliwia wykonanie oszczędzającego zabiegu z zadowalającym estetycznym efektem, rozsiane mikrozwapnienia w mammografii, brak możliwości wykonania zabiegu w granicach zdrowych tkanek i wcześniejsze napromienianie na okolicę piersi lub ściany klatki piersiowej. Ponadto wszystkie zalecenia dopuszczają zastosowanie indukcyjnego systemowego leczenia przed oszczędzającym zabiegiem u chorych z dużym guzem pierwotnym” [11].*

W leczeniu raka piersi wyróżnić należy leczenie neoadiuwantowe z następującą charakterystyką [12]:

- Aspekty kliniczne:
 - Rak piersi zaawansowany miejscowo
 - Rak zapalny
- Wczesne leczenie systemowe (eradykacja mikroprzerzutów)
- Zapobieganie mikrorozsiewowi w okresie okołooperacyjnym
- Obniżenie zaawansowania klinicznego:
 - Umożliwienie leczenia operacyjnego
 - Umożliwienie leczenia oszczędzającego
- Opcje leczenia:
 - CTH + TZB u chorych HER–2 (+)
 - HTH (IA)
- Czas trwania leczenia: 4–6 miesięcy
- Ocena odpowiedzi– 6–9 tyg. od rozpoczęcia

- Leczenie chirurgiczne:
 - Mastektomia
 - BCT
- RTH:
 - T3–4, cN+
- Ocena histologiczna

Mimo że leczenie oszczędzające pierś uznawane jest za metodę z wyboru w leczeniu chorych na wczesnego raka piersi w niektórych badaniach zaobserwowano wzrost częstości wykonywanych mastektomii. Coraz częściej w trakcie mastektomii wykonywana jest natychmiastowa rekonstrukcja piersi, mająca na celu zmniejszenie okaleczenia związanego z utratą piersi.

Zarówno leczenie oszczędzające pierś, jak i mastektomia z natychmiastową rekonstrukcją piersi są zabiegami bezpiecznymi onkologicznie i przynoszą porównywalny komfort życia. Jednak zabieg mastektomii z rekonstrukcją natychmiastową piersi jest obarczony większym odsetkiem powikłań pooperacyjnych, zwłaszcza w przypadku zastosowania radioterapii uzupełniającej. Dodatkową korzyścią leczenia oszczędzającego pierś jest możliwość odstąpienia od wykonania limfadenektomii pachowej w przypadku przerzutów ograniczonych do 1–2 węzłów wartowniczych, przez co chore mogą uniknąć powikłań związanych z usunięciem węzłów chłonnych pachowych. Ustalając plan leczenia chorych, należy zwrócić uwagę na potencjalną przewagę, jaką posiada leczenie oszczędzające pierś, nad mastektomią z rekonstrukcją natychmiastową pod względem ryzyka wystąpienia powikłań [13].

Udział pielęgniarki w procesie terapeutycznym pacjentki z rakiem piersi

Pielęgniarstwo onkologiczne jest szczególną dziedziną wiedzy, wymaga określonej wiedzy szczegółowej oraz empatii.

W odniesieniu do opieki nad pacjentką w trakcie chemioterapii, pielęgniarka onkologiczna musi rozumieć mechanizmy działania cytostatyków, a przede wszystkim znać wszelkie objawy niepożądane towarzyszące terapii przeciwnowotworowej. Nadzorując przebieg chemioterapii u pacjentki z rozpoznaniem raka piersi, pielęgniarka przekazuje niezbędne informacje i zabezpiecza komfort psychiczny w trakcie podawania cytostatyków. Czuwa nad bezpieczeństwem pacjentki, monitoruje jej stan zdrowia pod kątem wystąpienia objawów ubocznych oraz udziela informacji na temat radzenia sobie z późnymi następstwami objawów ubocznych po chemioterapii [14].

Znaczny obszar działań stanowi edukacja zdrowotna, a w tym konsultacje i doradztwo w stosunku do kobiet i ich rodzin w sprawach zdrowia. Szczególnej wiedzy i umiejętności potrzebuje poradnictwo pielęgniarskie w sprawie osób dotkniętych chorobą nowotworową. Dlatego też zarówno w teorii, jak i w praktyce pielęgniarstwa rodzinnego wzrasta zainteresowanie znaczeniem małych grup w rozwoju osobowym każdego człowieka. Racjonalna, efektywna pomoc dla kobiet po leczeniu onkologicznym to zorganizowanie i prowadzenie psychospołecznej grupy wsparcia, gdzie podopieczne mogą liczyć na fachowe wspieranie samodzielności, pomoc w rozwiązywaniu problemów, podniesienie samopoczucia poprzez korygowanie zachowań zdrowotnych. Chodzi tu nie tylko o przekazywanie wiedzy, ale także pomoc kobietom w ich osobowym rozwoju, w lepszym poznaniu siebie i innych, a tym samym wszechstronne dążenie do zdrowia [15].

Pielęgniarka onkologiczna odpowiedzialna jest za bezpośrednie zaangażowanie się w opiekę nad pacjentką i jej rodziną na wszystkich etapach pielęgnowania. Opieka pielęgniarska powinna być opieką holistyczną, obejmować wszystkie sfery Źycia chorej: somatyczną, psychiczną, społeczną i duchową. Aktywne słuchanie, udzielanie informacji i pomoc w rozwiązywaniu problemów związanych z chorobą i leczeniem, stanowią o pełnej wspierającej roli pielęgniarki i decydują o przebiegu leczenia oraz rehabilitacji. Bardzo ważną rolę pielęgniarki onkologicznej jest pomoc pacjentce i jej rodzinie w zrozumieniu istoty choroby, przykrych emocji i dolegliwości, jakie wywołuje choroba i jej leczenie uzupełniające: chemioterapia i radioterapia [14].

CEL PRACY

Celem badań w niniejszej pracy jest wskazanie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentką z nowotworem piersi zakwalifikowanej do radykalnej mastektomii lewostronnej z przedstawieniem zakresu całościowej opieki okołoperacyjnej względem pacjentki.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Na potrzeby niniejszej pracy zastosowano metodę indywidualnego przypadku. Jako technikę badawczą zastosowano wywiad pielęgniarski, obserwację pielęgniarską, analizę dokumentacji pacjenta, podstawowe pomiary (temperatura ciała, ciśnienie tętnicze, tętno, liczba oddechów, masa ciała, wzrost). W badaniu wykorzystano następujące narzędzia badawcze: arkusz do gromadzenia danych o pacjencie, Bristolską Skalę Uformowania Stolca (ang. *Bristol Stool Form Scale*), 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 do oceny sprawności samoobsługowej, skalę depresji Becka BDI (*ang. Beck Depression Inventory*), skalę numeryczną oceny bólu VAS (*ang. Visual Analogue Scale*), skalę Norton do oceny ryzyka rozwoju odleżyn.

Badanie zostało przeprowadzone na początku Kwietnia 2021 na oddziale Chirurgii Onkologicznej Radomskiego Centrum Onkologii im. Bohaterów Radomskiego Czerwca 76, podczas hospitalizacji pacjentki ze zdiagnozowanym nowotworem piersi zakwalifikowanej do radykalnej mastektomii lewostronnej.

Zgodę na badanie wyraził ordynator oddziału oraz badana pacjentka. Pacjentka została poinformowana o celowości badań, anonimowości oraz że wyniki będą wykorzystane tylko i wyłącznie do użytku własnego. Dobór badanej pacjentki był losowy i uzależniony od wieku > 18 lat oraz kwalifikacji do planowanej mastektomii. Przebieg badania został zaplanowany oraz podzielony na etapy, podczas których następowało gromadzenie informacji z zastosowaniem technik i narzędzi badawczych. Badana chętnie odpowiadała na zadawane pytania w atmosferze spokoju i zrozumienia co pozwoliło na zebranie rzetelnych informacji o przeszłości chorobowej badanej, jej stanu biopsychospołecznego oraz pozwoliło na precyzyjne zaplanowanie procesu pielęgnowania z postawieniem i opracowaniem właściwych interwencji pielęgniarских poddanych ocenie.

WYNIKI

Studium przypadku pacjentki z rakiem piersi po mastektomii metodą Pateya – analiza i opis

Sytuacja społeczno-socjalna badanej

Podmiotem badań była hospitalizowana 47 letnia pacjentka z rozpoznaniem nowotworem piersi lewej po przebytej mastektomii. Opieka pielęgniariska nad chorą obejmowała okres pooperacyjny, 24 godzin od momentu zakończenia operacji – okres ten był analizowany i uwzględniony w opisywanym badaniu przedmiotowym.

Badana jest mężatką, nauczycielką wychowania przedszkolnego. Mieszka wraz z mężem i dwójką dzieci w Radomiu. Rodzina jest wspierająca i żyta, pacjentka ma duże oparcie i akceptację w małżonku, rodzicach oraz dzieciach.

Kobieta na nowotwór piersi choruje od Sierpnia 2020. Z uwagi na progres leczenia onkologicznego badana została zakwalifikowana do lewostronnej mastektomii metodą Pateya z późniejszą limfadenektomią prawostronną oraz kontynuacją leczenia chemioterapią celowaną.

Przeszłość chorobowa badanej

Lipiec 2020. Pierwsze symptomy badana zauważyła podczas comiesięcznego samokontrolnego badania piersi. Ponadto kobieta zwróciła uwagę na zmianę wielkości lewej piersi w stosunku do prawej oraz zaczerwienienie nad piersią lewą o charakterze oparzenia – tkliwe i bolesne. Badana niezwłocznie zgłosiła się do lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej, który zlecił w trybie pilnym wykonanie badania USG.

Sierpień 2020. W wykonanym badaniu USG stwierdzono klinicznie obecność guza w piersi lewej oraz powiększone węzły chłonne w jamie pachowej lewej i prawej. Założono kartę DiLO i wdrożono diagnostykę. W badaniu USG uwidoczniło się w piersi lewej zmianę wyczuwalną palpacyjnie, która odpowiada hypoechogenicznemu guzowi o wymiarach 23 mm × 17 mm – BIRADS 5. W lewej jamie pachowej oraz prawej liczne patologiczne węzły chłonne. Wykonano mammografię oraz biopsję. W mammografii w piersi lewej w segmencie górno-bocznym wyczuwalne metodą palpacyjną zagęszczenie 30 × 25 mm, bez jednoznacznie wyodrębniającej się masy guza. W polu lewego dołu pachowego na skraju zdjęcia widoczny częściowo powiększony węzeł chłonny. Piersь prawa bez cieni ograniczonych ani wtórnych cech RTG procesu naciekowego. Z badania histopatologicznego pobranego z przeprowadzonej biopsji gruboigłowej guza piersi lewej uwidoczniło się naciekający raka przewodowego (NST) II – go stopnia wg Bloom – Richardson. Badanie cytologiczne z biopsji cienkoigłowej wykazało zajęcie komórkami rakowymi węzłów chłonnych jamy pachowej lewej i prawej. Badana nie obciążona mutacjami w genach BRCA1 i 2. Po wykonaniu szeregu badań diagnostycznych ustalono IV stopień klinicznego zaawansowania (cT2N2M1) oraz zakwalifikowano badaną do leczenia systemowego.

Wrzesień 2020. Badana rozpoczęła leczenie systemowe chemioterapią celowaną docetaksel, trastuzumab i pertuzumab. Po 3 cyklach leczenia nie odnotowano klinicznych zmian w piersi lewej i węzłach chłonnych pachowych-kontynuowano leczenie. Po kolejnych 3 cyklach w badaniach obrazowych potwierdzono wcześniej opisaną całkowitą remisję zmian. Pacjentce po pierwszych cyklach całkowicie wypadły włosy, uskarżała się ponadto na dolegliwości dyspeptyczne w postaci wymiotów i nudności. Pozostałymi skutkami stosowanej chemioterapii u pacjentki były brak apetytu, suchość w jamie ustnej, metaliczny posmak w ustach, biały nalot na języku, słabe i pękające naczynia żyłne oraz osłabienie organizmu. Badana zauważyła zmiany na paznokciach w postaci zasinienia, pogrubienia płytki, utraty paznokci z trzech palców w nodze prawej oraz ropnego wysięgu. Lekarz prowadzący

zdecydował o zaprzestaniu podawania docetakselu i kontynuowania leczenia trastuzumab i pertuzumabem.

Marzec 2021. Modyfikacja planu leczenia, zaplanowano zmodyfikowaną lewostronną mastektomię metodą Pateya, limfadenektomię prawostronną w następnej kolejności oraz kontynuację leczenia celowanego.

Kwiecień 2021. Przeprowadzono planowany zabieg zmodyfikowanej lewostronnej mastektomii metodą Pateya.

Stan biopsychospołeczny badanej

W kwietniu 2021 badana została poddana planowanej operacji lewostronnej mastektomii. Operacja przebiegła pomyślnie bez żadnych powikłań. Badana po obserwacji na sali pooperacyjnej została przewieziona do sali chorych pobytu dziennego. Badanej został założony dren Redona wyprowadzony z rany pooperacyjnej, ponadto w żyłę grzbietową prawej kończyny górnej badana posiadała wkłucie obwodowe. Do momentu powrotu perystaltyki otrzymywała płyny dożylnie zgodnie ze zleceniem lekarskim (płyn wieloelektrolitowy PWE 2 x 500 ml *intra vene*, 0,9% NaCl 2 x 500 ml *intra vene*, 5% roztwór glukozy 500 ml *intra vene*). Utrzymany był cewnik Foleya – 2000 ml moczu. Badana po przeprowadzonej interwencji chirurgicznej niechętnie podejmowała próby pionizacji w uwagi na ból rany pooperacyjnej. Leki przeciwbólowe podawano według zleceń lekarskich (Ketonal 3 x 50 mg *intra vene*, Pyralgin 3 x 1 g *intra vene*, Morphini sulfas WZF 2 mg *intra vene* w razie bólu). Kontynuowano wdrożoną profilaktykę przeciwzakrzepową poprzez zachęcanie do zmian pozycji oraz Clexane XXXXXXXXXX *sub cutis* 1 x 0,04 mg.

Podczas obserwacji i wywiadu pielęgniarskiego w pierwszej dobie po operacji badana skarżyła się na problemy ze snem nocnym z powodu utrzymującego się bólu w miejscu rany pooperacyjnej. Natężenie bólu określała na poziomie 6 w skali VAS. W czasie pierwszej wizyty zostały zmierzone podstawowe parametry życiowe, które odnotowano w arkuszu do gromadzenia danych o pacjencie stanowiącego. Badana bez wyraźnego apetytu, wskazuje na ból i zawroty głowy w momencie prób pionizacji, oceniane na poziomie 4 w skali VAS. U badanej zmieniono opatrunek, opracowano ranę pooperacyjną. W drenie Rendona odnotowano 100 ml krwistej wydzieliny. Badana początkowo w wyrównanym nastroju, kontakt logiczno-słowny zachowany, rozumie konieczność hospitalizacji i podjętych działań. Jest zaniepokojona swoim stanem zdrowotnym oraz dalszym postępowaniem medycznym.

W drugiej dobie po operacji w badaniu zastosowano skale do oceny sprawności ruchowej Bartel, skale depresji Beca BDI, skalę Glasgow, Bristolską skalę uformowania stolca, ocenę wymiotów i nudności według WHO, ocenę ryzyka rozwoju odleżyn, zastosowano klasyfikację nadwagi i otyłości w zależności od BMI oraz ocenę kategorii opieki badanej. Wyniki skal przedstawiono w arkuszu do gromadzenia danych o pacjencie.

Ponadto w drugiej dobie po mastektomii wdrożono zajęcia fizjoterapeutyczne w postaci między innymi ćwiczeń ręki w celu zapobiegania obrzękom limfatycznym, zobrazowano technikę wypełnienia biustonosza watą w celu uniknięcia obciążenia i podrażnienia miejsca oraz rany pooperacyjnej. Badana została poinformowana w zakresie doboru odpowiedniej protezy piersi po wyjściu ze szpitala.

W celu pełnej oceny stanu biopsychospołecznego badanej dokonano oceny poszczególnych układów.

W zakresie **układu krążenia** tętno miarowe, dobrze wyczuwalne, 75 u/minutę, ciśnienie tętnicze krwi 125/75 mmHg. Zaobserwowano obrzęki kończyn dolnych stóp.

W zakresie **układu oddechowego** częstość oddechu 16/minutę, oddech miarowy, prawidłowy, tor oddychania brzuszno – piersiowy, zapach wydalanego powietrza bezwonny.

W zakresie **układu pokarmowego** łaknienie zmniejszone, pragnienie prawidłowe. Badana zgłasza dolegliwości w postaci zaparć o typie 1 według Bristolskiej skali uformowania stolca oraz manifestuje dolegliwości dyspeptyczne w postaci nudności i wymiotów. Według kryteriów wymiotów WHO, intensywność ocenia się na poziomie II stopnia (2–5 epizodów/24 godziny), natomiast intensywność nudności według kryteriów WHO ocenia się na poziomie I stopnia (brak apetytu, bez innych zaburzeń).

Stan odżywienia: ciężar ciała 65 kg, wzrost 172 cm, wskaźnik BMI 21,97 (waga prawidłowa).

W zakresie **układu moczowo–płciowego:** diureza prawidłowa, barwa moczu jasno słomkowa. Pacjentka wymaga cewnikowania, założono cewnik Foleya.

W zakresie **układu mięśniowo–szkieletowego** według arkusza kategoryzacji opieki badana należy do II kategorii opieki. W wyniku zastosowanej międzynarodowej skali Barthel, stosowanej do oceny sprawności ruchowej chorych, badana otrzymała 80 punktów, co wskazuje na stan „średnio ciężki” (uzyskanie od 0 do 20 pkt. oznacza całkowitą niesamodzielność).

W zakresie **układu nerwowego** u pacjentki stwierdzono pełną orientację allopsychiczną oraz prawidłowy kontakt słowny. W dniu badania badana w stanie ogólnym

dobrym, przytomna, w skali Glasgow otrzymała 15 punktów (GCS: 1/4; 2/5; 3/6), zorientowana co do czasu i miejsca, w którym przebywa. Badana zgłasza dolegliwości bólowe w okolicy rany pooperacyjnej w skali VAS oceniane na poziomie 6 w dziesięciostopniowej skali.

W zakresie **funkcjonowania zmysłów** badana koryguje wzrok poprzez okulary – soczewki.

W zakresie **skóry i jej wytworów** zaobserwowano czystą skórę oraz czyste, włosy i paznokcie. Ciężota ciała 37°C. Istnieje zagrożenie odleżyną według skali NORTON, pacjentka uzyskała wynik 14 punktów co kwalifikuje badaną do podjęcia profilaktyki przeciwoleżynowej.

W zakresie **stanu psychicznego** badana o wyraźnie obniżonym nastroju, zaniepokojona swoim stanem zdrowia oraz losem swoim i swoich bliskich. Ma świadomość swojej sytuacji oraz stanu zdrowia. W skali depresji Becka BDI badana otrzymała 13/63 punktów, co wskazuje na objawy depresji o łagodnym nasileniu. Podstawą do oceny stopnia akceptacji choroby były wyniki uzyskane za pomocą Skali Akceptacji Choroby AIS. Skala składa się z 8 twierdzeń, które charakteryzują negatywne. Łączny wynik uzyskany przez badaną to 22 punkty. Według interpretacji Skali Akceptacji Choroby AIS, uzyskana punktacja zalicza się do średniego poziomu akceptacji choroby.

Sytuacja rodzinno-społeczna: Badana jest pod stałą opieką małżonka oraz rodziny. Ma pełne wsparcie i zrozumienie najbliższych. Warunki socjalno-bytowe określa na poziomie dobrym.

Proces pielęgnowania pacjentki z rakiem piersi po zabiegu mastektomii

W oparciu o zgromadzone dane uzyskane z wywiadu, obserwacji, pomiarów, analizy dokumentów, zastosowanych skal i kwestionariuszy, sformułowano diagnozy pielęgniarские ze wskazaniem problemów w opiece nad pacjentką z nowotworem piersi po zabiegu operacyjnym zmodyfikowanej lewostronnej mastektomii metodą Pateya.

- **Diagnoza pielęgniariska 1: Unieruchomienie pacjentki z powodu bólu rany pooperacyjnej promieniującego do lewej ręki, osłabienia, założonego drenażu.**
- ✓ **Cel opieki pielęgniariskiej:** Lokalizacja i zniwelowanie bólu u pacjentki.
- ✓ **Interwencje pielęgniariskie:**
 - Ocena lokalizacji i natężenia bólu z zastosowaniem skali analogowo – wizualnej VAS.

- Zapewnienie odpowiednich intymnych warunków oraz mikroklimatu sali (odpowiednia temperatura oraz wilgotność pomieszczenia).
- Ułożenie pacjentki w pozycji zmniejszającej dolegliwości bólowe (ułożenie na plecach z tułowiem podniesionym wyżej – powyżej 30° pod kolanami umieścić wałek, a pod karkiem małą poduszkę).
- Systematyczna podaż na zlecenie lekarza leków przeciwbólowych, odnotowanie podaży w indywidualnej karcie pacjentki oraz obserwacja pod kątem wystąpienia skutków ubocznych włączonego leczenia przeciwbólowego.
- Obserwacja pacjentki pod kątem werbalnego i pozawerbalnej manifestacji bólu oraz nauka ćwiczeń oddechowych mających na celu łagodzenie dolegliwości bólowych – nauka efektywnego oddechu, uwzględniająca fazy oddechowe.
- Poinformowanie pacjentki o nieobciążaniu lewej ręki, unikania nagłych, gwałtownych ruchów oraz pozycji na lewym boku.
- Próby wczesnego uruchomienia i pionizacji pacjentki.
- ✓ **Ocena działań:** Zlokalizowano źródło bólu, zastosowano skalę VAS do oceny natężenia bólu. Podano leki przeciwbólowe na zlecenie lekarza, które zminimalizowały odczucia bólowe i poprawiły samopoczucie badanej.
- **Diagnoza pielęgnarska 2: Deficyt samoopieki z powodu przeprowadzonej operacji mastektomii piersi lewej, objawiająca się zmniejszoną ruchomością lewej ręki.**
- ✓ **Cel opieki pielęgnarskiej:** Przywrócenie zdolności do samoopieki badanej oraz pomoc w czynnościach codziennych.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - Określenie wydolności fizycznej pacjentki i jej samodzielności wraz ze wskazaniem deficytu samoopieki i samopielęgnacji na podstawie skali BARTEL oraz kategorii opieki.
 - Pomoc w codziennej toalecie ciała pacjentki oraz codzienna zmiana bielizny osobistej oraz pościelowej.
 - Aktywizowanie pacjentki do samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego w zakresie swojej samodzielności (toaleta jamy ustnej, twarzy, samodzielne spożywanie posiłków) oraz wykonywania prób pionizacji i uruchomienia.

- Mobilizowanie chorej do ćwiczeń oddechowych biernych i czynnych oraz zmiany pozycji ciała co 2 godziny w celu profilaktyki przeciwodleżynowej z jednoczesnym unikaniem obciążenia strony lewej ciała.
- Planowanie opieki oraz czynności pielęgnacyjnych wraz z pacjentką, włączanie jej w czynności higieniczne.
- Zapewnienie sprzętu pomocniczego, odpowiednich środków/urządzeń pomocniczych podczas wykonywania czynności z zakresu opieki i pielęgnacji chorej.
- Rozmowa z rodziną na temat prawidłowej pielęgnacji badanej w środowisku domowym oraz zachęcanie rodziny do mobilizowania chorej do aktywnego udziału w czynnościach z zakresu samoopieki i samopielęgnacji.
- Edukacja chorej i rodziny w zakresie bezpiecznego, sprawnego wykonywania czynności z zakresu samoopieki.

✓ **Ocena działań:** problem wymaga dalszej obserwacji

➤ **Diagnoza pielęgnarska 3: Zawroty i ból głowy będący wynikiem prób pionizacji pacjentki po zabiegu operacyjnym.**

✓ **Cel opieki pielęgnarskiej:** Wczesne i sprawne usprawnienie pacjentki i próby pionizacji bez wystąpienia objawów ubocznych.

✓ **Interwencje pielęgnarskie:**

- Rozmowa i edukacja badanej o celowości szybkiej i sprawnej pionizacji po zabiegach operacyjnych.
- Zastosowanie skali VAS do oceny natężenia dolegliwości bólowych.
- Pomiar podstawowych czynności życiowych przed próbą pionizacji; ciśnienia tętniczego, tętna.
- Zachęcenie pacjentki do zmiany pozycji w łóżku, stopniowego siadania w łóżku bez konieczności spuszczenia nóg, pilnując jednocześnie by nie obarczać lewej ręki.
- Pełna asekuracja badanej podczas prób pionizacji i wykonywanych czynności (próby wstawania, chodzenia) oraz obserwacja objawów ubocznych w postaci bólu i zwrotów głowy.

✓ **Ocena działań:** Zastosowano skalę VAS w celu oceny natężenia dolegliwości bólowych. Przeprowadzono rozmowę o celowości szybkiej i skutecznej pionizacji. Podjęto próby pionizacji– problem do dalszego wdrażania i obserwacji. Badana samodzielnie siada bez opuszczania nóg z łóżka.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 4: Zaburzenia snu spowodowane bólem rany pooperacyjnej, zmianą otoczenia oraz troską o los najbliższych.**

- ✓ **Cel opieki pielęgnarskiej:** Próba przywrócenia prawidłowego fizjologicznego snu, bez wybudzania nocnego.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - Stworzenie odpowiedniego mikroklimatu w sali (odpowiednia temperatura, wilgotność).
 - Nauczenie badanej technik relaksacyjnych wykonywanych przed snem
 - Dostosowanie i ograniczenie czynności pielęgnarskich z uwzględnieniem przerwy nocnej.
 - Rozmowa z badaną na temat dalszego procesu leczenia, wsparcie duchowe badanej.
- ✓ **Ocena działań:** Badana nadal wybudza się w nocy – problem pielęgnacyjny do dalszej obserwacji.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 5: Ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej oraz w miejscu założenia drenu Rondona w wyniku zmniejszonej odporności immunologicznej badanej.**

- ✓ **Cel opieki pielęgnarskiej:** Zniwelowanie ryzyka zakażenia rany pooperacyjnej.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - Obserwacja i kontrola założonego opatrunku oraz rany pooperacyjnej wraz z otaczającą skórą w kierunku cech zapalenia (gorączka, obrzęk, zaczerwienienie, ból, gorączka).
 - Sprawdzanie oraz dokumentowanie ilości i charakteru wydzieliny w drenażu wraz ze sprawdzeniem drożności drenu w celu zapobiegania zakrzepów.
 - Zabezpieczenie drenu przez uszkodzeniem mechanicznym, wymiana pojemników połączonych z drenem raz dziennie wraz z utrzymaniem ich poniżej poziomu łóżka.
 - Obserwacja koloru, wilgotności skóry, odruchu kapilarnego w celu niwelowania niedotlenienia i stanu hipowolemii.
 - Ocena podstawowych parametrów życiowych pacjentki: ciśnienia tętniczego, tętna, saturacji, temperatury ciała, oddechów.
- ✓ **Ocena działań:** U badanej nie zaobserwowano niepokojących objawów mogących świadczyć o zakażeniu rany pooperacyjnej.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 6: Ryzyko wystąpienia obrzęku limfatycznego w lewej ręce w wyniku mastektomii.**

- ✓ **Cel opieki pielęgnarskiej:** Niwelowanie zagrożenia i niedopuszczenia do wystąpienia obrzęku.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - Rozmowa i edukacja pacjentki na temat obrzęku limfatycznego.
 - Ułożenie klina pod lewą rękę pacjentki w pierwszych dobach po zabiegu.
 - Wdrożenie systematycznych ćwiczeń mających na celu zapobieganie wystąpieniu obrzęku limfatycznego poprzez ściskanie dłoni w pięść oraz puszczeniu, stosowaniu okrężnych ruchów w lewą i prawą stronę, rotując staw nadgarstkowy, wykonywanie masażu ręki zaczynając od barku w kierunku palców.
 - Obserwacja i kontrola badanej pod kątem wystąpienia obrzęku limfatycznego.
 - Edukacja i rozmowa z pacjentką o oszczędzaniu prawej ręki – zakazie podnoszenia oraz obciążania ręki ćwiczeniami oraz czynnościami dnia codziennego.
- ✓ **Ocena działań:** Brak cech obrzęku limfatycznego u badanej. Przeprowadzono instruktaż oraz rozmowę na temat ćwiczeń i usprawniania ręki po zabiegu.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 7: Ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej w wyniku unieruchomienia pacjentki.**

- ✓ **Cel opieki pielęgnarskiej:** Uświadomienie badanej celowości pionizacji i niedopuszczenie do rozwinięcia choroby zakrzepowo – zatorowej.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - Wprowadzenie profilaktyki przeciwzakrzepowej przed planowaną operacją poprzez zastosowanie pończoch elastycznych oraz podaży heparyny drobnocząsteczkowej.
 - Wykonywanie ćwiczeń biernych oraz czynnych podczas pozostania badanej w łóżku.
 - Wczesna pionizacja i próby uruchomienia chorej po operacji – pierwsza doba po zabiegu (krótka pionizacja pod kontrolą układu krążenia i podstawowych parametrów życiowych).
- ✓ **Ocena działań:** Brak wystąpienia u badanej cech choroby zakrzepowo- zatorowej. Wykonano próby pionizacji i uruchamiania badanej.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 8: Zaparcia spowodowane brakiem prawidłowej motoryki przewodu pokarmowego w wyniku unieruchomienia badanej po zabiegu operacyjnym.**

- ✓ **Cel opieki pielęgnarskiej:** Pomoc w efektywnym wydaleniu stolca.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - Kontrola wypróżnień pacjentki, ocena uformowania stolca za pomocą Bristolskiej skali uformowania stolca.
 - Wdrożenie i zastosowanie diety bogatej w błonnik, wdrożenie dietetycznych metod pobudzenia stolca, poprzez podawanie kefiru na czczo, jogurtów, włączenie oliwy z oliwek do diety.
 - Podaż płynów poprzez nawadnianie dojelitowe (minimum 3000 ml na dobę, na zlecenie lekarza).
 - Masaż brzucha dłońią w celu niwelowania uczucia pełności i poprawy perystaltyki jelit.
 - Pielęgnacja okolic odbytu zwracając uwagę na natłuszczenie, co niweluje powstawanie nadżerek i ran w okolicy odbytu.
 - Na zlecenie lekarza zastosowanie farmakoterapii poprzez wlewki doodbytnicze soli fizjologicznej (100–200 ml) lub enema (z fosforanami).
- ✓ **Ocena działań:** Pacjentka oddała stolec po wykonaniu enemy. Problem pielęgnacyjny do dalszej obserwacji.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 9: Ryzyko zakażenia z powodu założenia cewnika Foleya oraz założonego wklucia obwodowego.**

- ✓ **Cel opieki pielęgnarskiej:** Niwelowanie i niedopuszczenie do wystąpienia zakażeń oraz wczesne wykrycie zakażeń.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - Higiena ujścia cewki moczowej oraz obserwacja miejsca założenia cewnika pod względem wystąpienia zakażenia, zadbanie, aby worek na mocz by umieszczony poniżej pęcherza moczowego, kontrolowanie ilości i zabarwienia moczu oraz zapewnienie odpowiedniej podaży płynów. Zaplanowanie usunięcia cewnika po drugiej dobie przy prawidłowej diurezie.

- Zapewnienie odpowiednie higieny wkłucia obwodowego wraz z obserwacją wkłucia pod względem wystąpienia objawów zapalenia w postaci gorączki, zaczerwieniania, obrzęku, bólu.
- Stosowanie zasada aseptyki i antyseptyki z wymianą wkłucia obwodowego po 72 h ze zmianą okleiny co najmniej raz dziennie w wyniku zabrudzenia czy zawilgocenia.
- **Ocena działań:** Cechy zakażenia nie wystąpiły – problem do dalszej obserwacji.

- **Diagnoza pielęgniarstwa 10: Obrzęki kończyn dolnych wynikające z zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej oraz unieruchomienia badanej.**
- ✓ **Cel opieki pielęgniarstwa:** Zmniejszenie obrzęków kończyn oraz uruchamianie pacjentki.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Kontrola i obserwacja obrzęków u pacjentki, zastosowanie badania palpacyjnego poprzez mierzenie obwodu kończyn na tym samym poziomie, dokumentacja wyników w karcie badanej.
 - Wdrożenie i stosowanie profilaktyki przeciwobrzękowej poprzez wyższe ułożenie kończyn dolnych oraz zastosowania drenażu ułożeniowego oraz zastosowanie udogodnień ułożeniowych z zastosowaniem wałków ortopedycznych oraz klinów.
 - Kontrola diurezy godzinowej oraz dobowej pacjentki, prowadzenie bilansu płynów, odnotowanie pomiarów w dokumentacji.
 - Podawanie diuretyków na zlecenie lekarza.
- ✓ **Ocena działań:** Zastosowano drenaż ułożeniowy, kontrolowano diurezę i prowadzono bilans płynów. Obrzęki nieznacznie zmniejszyły się. Problem do dalszej obserwacji.

- **Diagnoza pielęgniarstwa 11: Nudności i wymioty będące wynikiem wdrożonego leczenia okołoperacyjnego i pooperacyjnego.**
- ✓ **Cel opieki pielęgniarstwa:** Niwelowanie uczucia nudności oraz wymiotów oraz zapobieganie odwodnieniu organizmu.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - ✓ Ocena natężenia nudności i wymiotów z zastosowaniem skali do oceny wymiotów oraz skali do oceny nudności WHO.

- ✓ Zapewnienie higieny otoczenia oraz higieny osobistej pacjentki poprzez wymianę bielizny pościelowej i osobistej w razie konieczności, zachowania optymalnych warunków w sali badanej (odpowiednia temperatura, wilgotność).
- ✓ Kontrola bilansu płynów.
- ✓ Sprawdzanie napięcia skóry w celu weryfikacji oznak odwodnienia badanej.
- ✓ Podanie na zlecenie lekarza leków przeciwwymiotnych.
- ✓ **Ocena działań:** ceniono poziom natężenia wymiotów i nudności z zastosowaniem skali WHO. Podano leki przeciwwymiotne na zlecenie lekarza. Problem do dalszej obserwacji pielęgniarskiej.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 12: Wprowadzenie profilaktyki przeciwodleżynowej w wyniki unieruchomienia pacjentki i zagrożenia wystąpienia odleżyny.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarskiej:** Wdrożenie profilaktyki przeciwodleżynowej.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Zastosowanie skali Norton do oceny ryzyka rozwoju odleżyn.
 - Obserwacja stanu skóry pacjentki pod kątem ewentualnych zaczerwień, otarć i odparzeń.
 - Dbanie o regularną zmianę pozycji pacjenta (minimum co 2 godziny) z uwzględnieniem ostrożności i nieobarczania strony lewej po mastektomii.
 - Podejmowanie częstych prób uruchomienia i pionizacji pacjent po zabiegu mastektomii.
 - Dbanie o odpowiednią temperaturę ciała badanej i niedoprowadzanie do nadmiernej potliwości.
 - Dbanie o zachowanie czystości bielizny osobistej oraz pościelowej.
 - Zapewnienie większej podaży płynów w celu lepszego nawodnienia pacjenta.
 - Zadbanie o zwiększenie ilości błonnika w diecie.
- ✓ **Ocena działań:** U badanej zastosowano ocenę ryzyka rozwoju odleżyn Norton. Ponadto wdrożono profilaktykę przeciwodleżynową. Podjęto rozmowy wskazujące na cel uruchomienia i pionizacji w doniesieniu do profilaktyki przeciwodleżynowej oraz zapobiegania chorobom zakrzepowo-zatorowym.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 13: Niepokój i zmartwienie związane z tęsknotą i brakiem obecności bliskich osób.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarskiej:** Próba zniwelowania tęsknoty i uczucia niepokoju.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Swobodna i otwarta rozmowa z badaną z zachowanie podmiotowości i zasad prawidłowej konwersacji poprzez wzbudzanie zaufania, wysłuchanie badanej z zachowaniem możliwości okazania emocji.
 - Uspokojenie badanej, dodanie otuchy, zachęcenie do częstych telefonów z rodziną oraz rozmowy z innymi pacjentkami.
- ✓ **Ocena działań:** Niepokój badanej uległ znacznemu zmniejszeniu.

- **Diagnoza pielęgniarska 14: Brak pewności siebie badanej wynikający z zaburzenia obrazu własnego ciała po wykonanej mastektomii.**
- ✓ **Cel opieki pielęgniarskiej:** Ocena akceptacji choroby pacjentki wraz z oceną depresji
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Ocena akceptacji choroby pacjentki poprzez zastosowanie skali AIS wraz z zastosowaniem skali oceny depresji Beca BDI.
 - Rozmowa z badaną na temat dobrania i zasad refundacji protezy piersi oraz poinformowanie badanej o istnieniu grup wsparcia m.in. Amazonek.
- ✓ **Ocena działań:** Zastosowano skale akceptacji choroby AIS oraz skale depresji Beca BDI. Badana wskazuje depresję o łagodnym nasileniu oraz akceptuje chorobę na poziomie średnim – problem pielęgniarski do dalszej obserwacji.

- ✓ **Diagnoza pielęgniarska 15: Deficyt wiedzy z zakresu samoopieki w warunkach domowych.**
- ✓ **Cel opieki pielęgniarskiej:** Zmniejszenie poziomu deficytu badanej poprzez projekcje i edukację.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Rozpoznanie stanu wiedzy badanej poprzez rozmowę i projekcję samopielegnacji w warunkach domowych.
 - Ewaluacja przekazanej wiedzy badanej oraz przekazanie niezbędnych pomocy i materiałów dydaktycznych z zakresu samopielegnacji i samoopieki w warunkach domowych.
- ✓ **Ocena działań:** Pacjentka posiada niezbędną wiedzę z zakresu samoopieki i samopielegnacji w warunkach domowych.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Nowotwór złośliwy piersi jest najczęściej występującym nowotworem u kobiet zarówno pod względem zachorowalności jak i zgonów. Stale obserwuje się wzrost zachorowań na raka piersi w skali globalnej choć wdrożone badania profilaktyczne sprawiają, że nowotwory piersi są wykrywalne we wczesnym stadium dając szanse na efektywne leczenie bez konieczności okaleczania.

Celem prezentowanej pracy było ukazanie roli, zadań i problemów w holistycznej opiece pielęgniarskiej nad pacjentką ze zdiagnozowanym rakiem piersi poddanej mastektomii. Ukazanie roli zespołu pielęgniarskiego w procesie okołoperacyjnym zabiegu mastektomii pokazuje liczne obawy natury biopsychospołecznej operowanych oraz liczne zagrożenia. Przygotowanie psychiczne do zabiegu i tym samym rola pielęgniarki onkologicznej polega przede wszystkim na obiektywnym i sumiennym wyjaśnieniu nurtujących kwestii związanych z procesem leczenia. W zakresie opieki pooperacyjnej opieka pielęgniarska rozpoczyna się bezpośrednio po zabiegu, towarzyszą jej liczne diagnozy opiekuńczo-pielęgnacyjne związane z procesem leczenia i rekonwalescencji po operacji.

Prezentowane diagnozy i interwencje pielęgniarskie w prezentowanym badaniu przyczyniły się przede wszystkim do złagodzenia dolegliwości bólowych, złagodzenia cierpienia badanej po wykonanym zabiegu mastektomii zarówno w sferze fizycznej jak i przede wszystkim psychicznej. Pomimo odczuwanych licznych objawów bólowych, nudności, wymiotów, zaparć oraz objawów związanych z obniżoną możliwością samoopieki i samopielęgnacji badanej w wyniku unieruchomienia, potrzeby badanej, ich rozpoznanie i zaspokojenie umożliwia zapewnienie całościowej, holistycznej i bezpiecznej opieki pielęgniarskiej.

Pielęgniarska onkologiczna bowiem jest odpowiedzialna za bezpośrednie zaangażowanie się w opiekę nad pacjentką i jej rodziną na wszystkich etapach pielęgnowania i stanowi o wysokim poziomie wiedzy oraz odpowiedzialności zawodowej wraz z wysokimi kompetencjami zgodnymi z zasadami indywidualnego procesu i planu pielęgnowania co potwierdzają hipotezy zawarte w prezentowanej pracy.

Na podstawie przeprowadzonych badań można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Opieka pielęgniarska nad hospitalizowaną po zabiegu mastektomii koncentruje się na szeregu objawów i problemów opiekuńczo-pielęgnacyjnych związanych bezpośrednio z wykonanym zabiegiem mastektomii. Opieka koncentruje się na obserwacji oraz łagodzeniu bólu rany operacyjnej, pomocy w czynnościach związanych z samoopieką i samopielęgnacją związaną z unieruchomieniem pacjentki i powolną pionizacją.

2. Działania pielęgniarskie które da się przewidzieć i zaplanować wynikają z zaplanowanego procesu pielęgnowania ze wskazaniem celu, podmiotu i interwencji pielęgniarskich z zastosowaniem prezentowanych metod, techniki i narzędzi badawczych.
3. Pielęgniarska w zakresie samopielęgnacji i samoopieki porusza istotne kwestie związane z pielęgnowaniem rany pooperacyjnej, sprawnym uruchomieniem pacjentki, zapobieganiu obrzękowi limfatycznemu oraz konieczności działań rehabilitacyjnych w celu powrotu do sprawności zdrowotnej przed mastektomią
4. Badana pacjentka wykazuje cechy depresji o łagodnym nasileniu oraz średni poziom akceptacji choroby. Zastosowane skale mają charakter pomocniczy i nie zastępują badania lekarskiego, wskazują jednocześnie na potrzebę dalszej diagnostyki w celu zdrowia psychicznego i akceptacji choroby.
5. Pielęgniarka w zakresie edukacji zachęca i wdraża działania mające na celu edukację i projekcję w zakresie samoopieki i samopielęgnacji w środowisku domowym badanej. Ważnym aspektem całościowej opieki pielęgniarskiej jest uposażenie badanej w niezbędną wiedzę i umiejętności praktyczne potrzebne do samoopieki, które niwelują ryzyko niebezpiecznych powikłań pooperacyjnych.

PIŚMIENNICTWO:

- 1 Niwińska A.: Kliniczne aspekty genetycznego uwarunkowania raka piersi - podstawowe wiadomości dla onkologa praktyka, Nowotwory Journal of Oncology, nr. 2002, 52, 317.
- 2 Didkowska J., Wojciechowska U.: Nowotwory piersi w Polsce i Europie, Polskie Towarzystwo Onkologiczne 2013, 111-112.
- 3 Jassem J., Krzakowski M.: Rak piersi, Wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, Onkologia w Praktyce Klinicznej, Edukacja, 2018, 4, 222- 216.
- 4 Mędreła-Kuder E.: Czynniki ryzyka raka piersi - porównanie wiedzy na ten temat u "Amazonek" i kobiet zdrowych w wieku 40-60 lat, Zakład Promocji Zdrowia, Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie, Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu, 2016, 2(47)143 - 146.
- 5 Korzeniowski S.: Wprowadzenie. Diagnostyka i leczenie raka piersi. Informator dla chorych, Centrum Onkologii w Krakowie, Łódź 2011, 3 - 7.
- 6 Rak piersi - jak zapobiegać rakowi piersi? [w:] <https://www.medicover.pl/o-zdrowiu/rak->

- piersi-jak-zapobiegac-rakowi-piersi,6144,n,168 [dostęp: 04.02.2021].
- 7 Murawa D., Dyzmann-Sroka A., Kycler W., Lamch K., Kubiak A., Jędrzejczak A., et.al.: ABC raka piersi, Wielkopolskie Centrum Onkologii, 2010, 10 - 15.
 - 8 Nowicki A., Olszewska A., Humańska M.: Wykrywanie raka piersi poprzez samobadanie. Badanie retrospektywne u kobiet po operacji, Ginekol Pol., 2007, 78, 294- 299.
 - 9 Mammografia [w:] <http://onkologia.org.pl/mammografia/> [dostęp: 05.02.2021].
 - 10 Kielczowska H., Puchalski Z.: Rak piersi. Opieka okołooperacyjna, Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży, Łomża 2009, 55.
 - 11 Winczura P., Senkus-Konefka E., Jassem J.: Polskie i międzynarodowe zalecenia dotyczące leczenia raka piersi, Nowotwory Journal of Oncology, 2013, 1, 59- 65.
 - 12 Streb J.: Rak piersi, Katedra Onkologii UJ CM 2018, 23 - 29.
 - 13 Pluta P., Piekarski J.: Czy mastektomia z rekonstrukcją natychmiastową piersi stanowi alternatywę dla leczenia oszczędzającego piersi?, Nowotwory Journal of Oncology, nr. 2016, 3, 216 - 219.
 - 14 Tubielewicz E.: Zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentką z rozpoznanym rakiem piersi - studium przypadku, Nowoczesne Pielęgniarstwo i Położnictwo, 2007, 1, 1-10 .
 - 15 Fiedorczuk I.: Grupy wsparcia dla kobiet leczonych onkologicznie jako metoda wprowadzania w życie pacjentek wszechstronnych programów zdrowotnych, Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Akademii Medycznej w Białymstoku, Białystok 2007.

ASPEKTY OPIEKI NAD PRZEWLEKLE CHORYM W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ

Stefanowicz Maria¹, Doroszkiewicz Halina²

¹ - *Oddział Rehabilitacji Leczniczej SPZOZ Mońki.*

² - *Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.*

WSTĘP

W obecnych czasach nastąpiło wydłużenie przeciętnego okresu trwania życia człowieka. Dłuższy okres trwania życia wiąże się nierozdzielnie ze wzrostem liczby osób z niepełnosprawnościami, a także chorobami przewlekłymi, co wpłynęło na potrzebę utworzenia nowego sektora w ochronie zdrowia – opieki długoterminowej [1].

ROZWINIĘCIE

Starzenie się ludzi w Polsce przebiega w podobny sposób jak w większości społeczeństw europejskich [2]. Według danych demograficznych liczba osób starszych w Polsce ciągle rośnie. W roku 2015 odsetek osób po 65 roku życia wynosił 15,8%, natomiast prognozuje się, że w 2050 r. będzie to już 32,7% [2]. Starzenie się jest naturalnym, nieodwracalnym i narastającym z upływem lat procesem. Prowadzi on do zmiany metabolizmu i właściwości fizykochemicznych komórek. Z czasem upośledza samoregulację, regenerację organizmu, jak również przemiany morfologiczne i czynnościowe narządów i tkanek [3].

Wielochorobowość występująca w starszym wieku powoduje dysfunkcję działania wielu układów, np. układu krążenia czy układu kostno-stawowego. Następuje nakładanie się schorzeń na zmiany starcze organizmu. Starzenie się może być przyspieszone przez występowanie chorób, urazów, sposób odżywiania się i czynniki środowiskowe i społeczno-ekonomiczne [4]. Według danych WHO 75% populacji zmagą się z co najmniej jedną chorobą przewlekłą, a prawie co druga osoba cierpi na dwie choroby przewlekłe, które wymagają systematycznej opieki lekarskiej [5]. Większość ludzi starszych jest obciążona chorobą przewlekłą lub niepełnosprawnością. Upośledzenie funkcji organizmu na skutek choroby, urazu lub wieku, prowadzi do niesamodzielności i potrzeby wsparcia innych, w zaspakajaniu podstawowych potrzeb życiowych [6]. W zależności od stopnia

niesamodzielności i wydolności opiekunów, pomoc może być udzielana w opiece długoterminowej domowej lub stacjonarnej [7].

Opieka długoterminowa stanowi całokształt działań medycznych i społecznych polegających na długotrwałej opiece pielęgniarstwie, świadczeniach terapeutycznych i usług pielęgnacyjno-opiekuńczych dla osób przewlekle chorych. Dotyczy to również osób niesamodzielnych, których stan zdrowia jest na tyle dobry, że nie wymagają leczenia w warunkach szpitalnych, natomiast deficyt samoopieki sprawia, że potrzebują oni opieki w warunkach domowych bądź stacjonarnych [2]. W ramach opieki długoterminowej można skorzystać ze świadczeń udzielanych pacjentowi w jego miejscu zamieszkania, głównie przez pielęgniarki, np. edukacji, pielęgnacji, podawaniu leków, opatrunków, karmienia przez zgłębnik czy cewnikowania pęcherza moczowego. W stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej pacjent jest objęty całodobową opieką i leczeniem chorób przewlekłych, które zostały zdiagnozowane, natomiast leczenie szpitalne zostało zakończone. Do stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej kierowani są pacjenci, którzy ze względu na swój stan zdrowia i niepełnosprawność wymagają dalszej farmakoterapii, profesjonalnej opieki pielęgniarstwie, rehabilitacji, odżywiania dostosowanego do stanu zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Warunkiem korzystania ze świadczeń opieki długoterminowej jest skierowanie, które wydaje lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), lekarz specjalista, bądź lekarz z oddziału, gdy leczenie szpitalne zostanie zakończone [2].

Wybrane formy opieki długoterminowej

Opieka długoterminowa obejmuje szeroki zakres świadczeń:

- w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym bądź opiekuńczo-leczniczym dla dorosłych,
- w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci i młodzieży, opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży,
- zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie,
- zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie,
- w hospicjum stacjonarnym,
- w hospicjum domowym dla dorosłych,
- w hospicjum domowym dla dzieci,
- w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej [1, 8, 9].

Charakterystyka problemów pacjentów w opiece długoterminowej

Pacjenci opieki długoterminowej borykają się z różnymi problemami. Często są to osoby w wieku podeszłym, po przebytych urazach lub dotknięte chorobami przewlekłymi, dlatego też wymagają mniej lub bardziej intensywnej opieki, w zależności od złożoności problemów. Niejednokrotnie występują u nich problemy w strefach biologicznej, psychicznej i społecznej [7, 8]. Przewlekle chory pacjent jest to chory, u którego okresowo lub stale występują objawy choroby. Postępująca powoli choroba przewlekła powoduje pogarszanie się stanu zdrowia pacjenta powodując powikłania, okresowo występują zaostrzenia objawów i ich remisja. Charakterystyczne dla pacjenta opieki długoterminowej schorzenia przewlekłe ograniczają jego sprawność, pogarszając jednocześnie jakość życia. Osoby starsze są główną grupą odbiorców opieki długoterminowej [11]. Pacjent w wieku podeszłym narażony jest na choroby, które są wynikiem miażdżycy: zawały serca, udary mózgu, a także otępienie. Często przyczyną prowadzącą do niepełnosprawności są choroby zwyrodnieniowe narządu ruchu. Niepełnosprawność pacjenta powoduje ograniczenie w wykonaniu czynności dnia codziennego, co prowadzi do uzależnienia od opieki innych osób [6]. Podopiecznego opieki długoterminowej charakteryzuje deficyt samoopieki w sferze biologicznej, odwodnienie, niedożywienie, nietrzymanie moczu i stolca, trudności w utrzymaniu higieny. Niepełnosprawność często doprowadza do unieruchomienia pacjenta, co w efekcie może prowadzić do upośledzenia funkcjonowania układu krążenia, układu oddechowego, zaniku masy i siły mięśniowej, obniżenia odporności. Pacjenci przewlekle chorzy, unieruchomieni, narażeni są na zakrzepicę żył głębokich, ryzyko rozwoju odleżyn oraz spowolnienie pracy układu pokarmowego, co może prowadzić do zaparć [1]. W sferze poznawczej u pacjentów mogą występować zaburzenia pamięci i komunikowania się z otoczeniem, utrata orientacji co do miejsca i czasu, brak zainteresowań, ataki agresji. Zaburzenia funkcji poznawczych występują w otępieniu, chorobie Parkinsona, depresji, stwardnieniu rozsianym. Mogą też występować w schorzeniach somatycznych takich jak cukrzyca, zaburzeniach funkcji tarczycy. Zdarza się, że występują po urazach a także na skutek działania leków czy alkoholu [10]. Zmiany w funkcjonowaniu pacjentów w podeszłym wieku mogą powodować pogorszenie jakości życia społecznego. Podejrzliwość, złośliwość wobec opiekunów, brak chęci współpracy znacząco mogą utrudniać sprawowanie opieki [1]. Liczną grupę odbiorców świadczeń opieki długoterminowej stanowią pacjenci ze schorzeniami neurologicznymi, po przebytych udarach, ze stwardnieniem rozsianym, chorobą Alzheimera. Choroby te charakteryzują się przewlekłym i postępującym przebiegiem. Problemy, które dotyczą chorych to: ból o różnym nasileniu i charakterze, niedowład lub porażenie kończyn, zaburzenia połykania, zaburzenia mowy, powikłania powodowane długotrwałym

unieruchomieniem. W chorobie Alzheimera dodatkowo są to stany lękowe, zaburzenia snu, dezorientacja, agresja. Kolejną grupę stanowią pacjenci po urazach doprowadzających do niesprawności. Pacjenci ci borykają się ponadto z wieloma problemami natury psychicznej i społecznej. Mogą pojawić się problemy spowodowane są brakiem akceptacji choroby, długotrwałym procesem rehabilitacji i leczenia, utrudnionym funkcjonowaniem w społeczeństwie [1].

Rola pielęgniarki w opiece długoterminowej

Pielęgniarka w swojej pracy i kontakcie z osobą starszą musi zwrócić uwagę na następujące aspekty:

- proces starzenia się u poszczególnych osób jest zróżnicowany i może przebiegać odmiennie,
- mogą pojawić się nietypowe reakcje na chorobę, na leki, leczenie i warunki środowiskowe,
- choroby przewlekłe, niepełnosprawność.

Zadaniem pielęgniarki w opiece długoterminowej jest rozpoznawanie problemów wynikających z niepełnosprawności fizycznej pacjenta, z deficytu w samoobsłudze i dysfunkcji w sferze społecznej. Rolą pielęgniarki jest poprawa wydolności fizycznej i psychicznej pacjenta. Poprzez udział w czynnościach higienicznych, zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych i odżywianiu, pielęgniarka uczestniczy w leczeniu, usprawnianiu i edukacji pacjenta i jego rodziny. Rolą pielęgniarki opieki długoterminowej jest również zapobieganie powikłaniom unieruchomienia, infekcjom układu oddechowego i moczowego. Interwencja pielęgniarska opiera się na diagnozie stanu wymaganego wsparcia, potrzebnego choremu i jego rodzinie. W oparciu o diagnozę, pielęgniarka planuje opiekę w środowisku domowym lub w opiece stacjonarnej [8].

Pielęgniarka opieki długoterminowej realizuje swoje zadania poprzez:

- organizowanie i koordynowanie opieki w warunkach domowych i stacjonarnych,
- organizowanie wsparcia w najbliższym otoczeniu chorego,
- przestrzeganie standardów dotyczących opieki długoterminowej,
- ocenę deficytu samoopieki i samopielęgnacji pacjenta,
- edukację chorego i rodziny w zakresie opieki i samoopieki,
- edukację dotyczącą pozyskania i obsługi sprzętu specjalistycznego, niezbędnego w opiece,
- kierowanie zespołem terapeutycznym w zakresie opieki i rehabilitacji,

- współpracę z instytucjami społecznymi,
- organizowanie pracy personelu pomocniczego uczestniczącego w opiece,
- nadzorowanie i ocenianie działań zespołu terapeutycznego [9].

CEL PRACY:

Celem pracy było rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta po udarze niedokrwiennym mózgu z niedowładem połowicznym lewostronnym przebywającego w Zakładzie Opiekuńczo -Lecznym.

MATERIAŁ I METODY:

Badaniem został objęty pacjent w wieku 85 lat po przebytym udarze niedokrwiennym mózgu z niedowładem połowicznym lewostronnym. Chory został przyjęty do Zakładu Opiekuńczo-Lecznego w Knyszynie w celu kontynuacji leczenia i opieki.

Materiał został zebrany za pomocą następujących technik badawczych:

1. Wywiadu pielęgniarzkiego, czyli ukierunkowanej rozmowy. W trakcie rozmowy, z uwagi na stan pacjenta, nie udało się uzyskać niezbędnych informacji o stanie zdrowia, w zebraniu wywiadu pomogła najbliższa rodzina chorego.
2. Obserwacji pacjenta, czyli uważnej i wnikliwej percepcji; celowym spostrzeganiu, ukierunkowanym na poszukiwaniu określonych właściwości.
3. Analizy dokumentacji medycznej chorego (karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyników badań laboratoryjnych i dodatkowych badań diagnostycznych) – ta metoda pozwoliła na uzyskanie informacji o przebytych chorobach, sposobach wcześniejszego postępowania pielęgniarzkiego.
4. Analizy pomiarów antropometrycznych:
 - bezpośrednich, polegających na użyciu przyrządu pomiarowego; po wykonaniu badania uzyskany wynik poddano ocenie (pomiar temperatury ciała, ciśnienia tętniczego krwi);
 - pośrednich, w których pomiar należało przenieść na określony wzorzec, na podstawie którego odczytano wynik i określono, czy mieści się w granicach normy (pomiar częstości oddechów, wzrostu, masy ciała [12].

Opis przypadku

Pacjent w wieku 85 lat został przyjęty do ZOL z oddziału wewnętrznego, w celu dalszego leczenia i opieki. Pacjent leżący, z odleżynami. Okresowo bez logicznego kontaktu słownego, spowolniony psychoruchowo, z niedosłuchem. Odpowiada na kilka prostych pytań jednym słowem tak lub nie. Odmawiający przyjmowania płynów i pokarmów. Okresowo agresywny, krzyczący. Dolegliwości nie zgłasza. Jest zdezorientowany co do miejsca i sytuacji, apatyczny, niesamodzielny, wymaga pomocy przy zmianie pozycji, spożywaniu posiłków, przyjmowaniu leków, pielęgnacji i toalecie. Chory ma odleżyny 3 stopnia na obu piętach oraz w okolicy podłopatkowej lewej. Występują przykurcze kończyn dolnych oraz wzmożone napięcie w kończynach górnych. Ułożony jest na materacu przeciwoodleżynowym zmiennociśnieniowym. Wcześniej pacjent hospitalizowany na oddziale wewnętrznym z powodu osłabienia i zaburzeń wodno-elektrolitowych. W domu chorym opiekowała się żona. Według informacji od żony, największym problemem było karmienie chorego z powodu braku apetytu i trudności w połykaniu. Oprócz tego pacjent choruje na nadciśnienie, chorobę niedokrwienną serca, następstwa chorób naczyniowych mózgu, rozkurczową niewydolność serca i chorobę zwyrodnieniową stawów. W wywiadzie przewlekły nieżyt błony śluzowej żołądka, kamica pęcherzyka żółciowego, przebyte ostre zapalenie trzustki, przewlekła choroba nerek, niedokrwistość normocytarna. Jest po przebytym udarze niedokrwiennym mózgu pod postacią niedowładu połowiczego lewostronnego w 2008 roku. W wywiadzie posocznica (*Staphylococcus epidermitis*) przebyta w lipcu 2019 roku. Występuje nietrzymanie moczu oraz stolca. Pacjent ma założony cewnik Foley’a, ujście cewki moczowej nie jest zmienione chorobowo. Pacjent nie zgłasza potrzeb fizjologicznych – korzysta z pieluchomajtek. Przy przyjęciu temperatura ciała 36,4°C, tętno 72 ud. /min., ciśnienie tętnicze krwi 130/80 mmHg, 18 oddechów/min. Oddech prawidłowy, bez zapachu. Kaszel i duszność nie występują. Masa ciała 75 kg, wzrost 170 cm (BMI 25,95). Ocena w skali samoobsługowej Barthel – 0 pkt, ryzyko rozwoju odleżyn (skala Norton) -7 pkt. W badaniach laboratoryjnych obniżony poziom żelaza i hemoglobiny. Okresowo zaburzenia elektrolitowe. Na stałe przyjmuje następujące leki:

- Metocard ZK 47,5 mg – 1 x 1 tab.,
- Amlazek 5 mg – 2 x 1 tab.,
- Ketrel 25 mg – 2 x 1 tab.,
- Żelazo SR 1 x 1 kaps.,
- Megalia 40 g/ml – 1 x 20 ml,
- Halloperidol 0,2% – 2 x 5 kropli.

Indywidualny plan opieki nad pacjentem w opiece długoterminowej

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 1: Deficyty w zakresie samopielegnacji i samoopieki.**

- ✓ **Cel opieki:** zaspakajanie potrzeb pacjenta, utrzymywanie ciała w czystości, zapewnienie opieki.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa**
 - toaleta całego ciała,
 - toaleta jamy ustnej,
 - zmiana bielizny pościelowej i osobistej pacjenta,
 - częsta zmiana pozycji pacjenta,
 - zapewnienie wygodnej pozycji ciała poprzez stosowanie udogodnień,
 - zapewnienie choremu bezpieczeństwa poprzez zastosowanie barier ochronnych w łóżku,
 - dbanie o czystość otoczenia chorego;
 - podawanie posiłków i płynów do picia oraz pomoc w ich spożywaniu.
- ✓ **Ocena:** zminimalizowano deficyt w zakresie samoopieki i samopielegnacji.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 2: Utrudniony kontakt z pacjentem spowodowany niedosłuchem**

- ✓ **Cel opieki:** podtrzymywanie kontaktu z chorym
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa**
 - empatyczna postawa wobec pacjenta,
 - nawiązywanie kontaktu z pacjentem podczas wykonywania czynności pielęgniarstwa,
 - utrzymywanie z pacjentem kontaktu wzrokowego,
 - mówienie do chorego wolno i wyraźnie, odpowiednio głośno.
- ✓ **Ocena:** kontakt z pacjentem jest utrzymany

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 3: Obniżone łaknienie**

- ✓ **Cel opieki:** zapewnienie odpowiedniej ilości substancji odżywczych, zapobieganie odwodnieniu i niedożywieniu.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa**
 - zachęcenie chorego do jedzenia,
 - zapewnienie odpowiednich warunków na spożycie posiłku, np. przewietrzenie sali,
 - karmienie chorego,

- zapewnienie spokoju podczas posiłku,
 - podawanie posiłków powoli,
 - wykazywanie cierpliwości podczas karmienia,
 - podawanie posiłków o odpowiedniej temperaturze (nie za zimne ani za gorące),
 - podawanie posiłków o odpowiedniej konsystencji,
 - podawanie posiłków częściej, ale w małych ilościach,
 - podawanie leków rozdrobnionych, aby były łatwe do połknięcia,
 - dopajanie chorego i obserwacja stanu nawodnienia,
 - uzupełnianie niedoborów elektrolitowych drogą doustną lub dożylną.
- ✓ **Ocena:** pomimo obniżonego łaknienia, pacjent spożywa posiłki w wystarczającej ilości.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 4: Zaburzenia połykania spowodowane niedowładem połowicznym**

- ✓ **Cel opieki:** ograniczenie trudności w spożywaniu posiłków, zapobieganie zachłyśnięciu się.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa**
- zapewnienie pacjentowi bezpiecznej pozycji podczas przyjmowania posiłków,
 - podawanie pokarmów o miękkiej konsystencji,
 - unikanie odchylania głowy pacjenta do tyłu podczas połykania,
 - podawanie posiłków częściej i w mniejszych ilościach,
 - udzielenie pacjentowi pomocy w sytuacji zadławienia.
- ✓ **Ocena:** Problem wymaga dalszej obserwacji

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 5: Obecność odleżyn III stopnia w okolicy podłopatkowej lewej oraz na obu piętach.**

- ✓ **Cel opieki:** Leczenie odleżyn, zapobieganie dalszemu rozwojowi i powstawaniu nowych
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa**
- ocena ryzyka poswatań odleżyn wg skali Norton,
 - stosowanie materaca przeciwoleżynowego,
 - częsta zmiana pozycji ciała chorego z zastosowaniem udogodnień,
 - dokładne wykonywanie toalety ciała, zwłaszcza okolic intymnych,

- poprawienie ukrwienia poprzez masaże, nacieranie, oklepywanie (z użyciem preparatów poprawiających krążenie),
 - pielęgnacja skóry z zastosowaniem środków zwiększających jej elastyczność i chroniących przed wysuszeniem,
 - dbanie o czystość i suchość bielizny pościelowej i osobistej,
 - dbanie o to aby bielizna i pościel chorego nie była pozaginana,
 - wykonywanie czynności pielęgniarских z zastosowaniem zasad aseptyki i antyseptyki,
 - stosowanie nowoczesnych środków opatrunkowych,
 - zastosowanie diety wysokobiałkowej,
 - systematyczna obserwacja skóry, zwłaszcza miejsc narażonych na odleżyny.
- ✓ **Ocena:** zaplanowane działania zrealizowano; problem wymaga dalszej obserwacji.

➤ **Diagnoza pielęgniariska 6: Okresowo występująca agresja.**

- ✓ **Cel opieki:** zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi i otoczeniu, minimalizowanie epizodów nasilenia objawów agresji.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские**
- ustalenie źródła wywołującego agresję,
 - zachowanie spokoju, opanowania i cierpliwości w trakcie wystąpienia agresji,
 - odwrócenie uwagi od wywołującego agresję czynnika i skierowanie uwagi pacjenta w innym kierunku,
 - usunięcie z zasięgu chorego przedmiotów, którymi chory mógłby uszkodzić siebie lub osoby z otoczenia,
 - prowadzenie spokojnej ukierunkowanej rozmowy,
 - niepodejmowanie dyskusji i niespieranie się z pacjentem, by nie wywołać agresji,
 - zachowanie codziennego, stałego rozkładu zajęć,
 - zachowanie odpowiedniej postawy i języka ciała: pochylenie się nad chorym, serdeczny dotyk i uśmiech,
 - stworzenie bezpieczeństwa sobie poprzez przyjęcie postawy przodem do chorego,
 - niewykonywanie gwałtownych ruchów, utrzymywanie stałego kontaktu wzrokowego,
 - uprzedzanie i informowanie chorego o wykonywanych czynnościach.
- ✓ **Ocena:** ograniczono występowanie napadów agresji poprzez zachowanie odpowiedniej postawy personelu medycznego.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 7: Trudności w zasypianiu w porze nocnej, senność w ciągu dnia.**

- ✓ **Cel opieki:** Przywrócenie prawidłowego rytmu snu i czuwania.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie**
 - zapewnienie pacjentowi ciszy i spokoju podczas wypoczynku nocnego,
 - zapewnienie prawidłowego mikroklimatu sali,
 - ograniczenie drzemek w ciągu dnia,
 - mobilizowanie chorego do samoobsługi, np. zachęcenie do samodzielnego przyjmowania płynów,
 - częsta zmiana pozycji ułożeniowej pacjenta,
 - podanie na zlecenie lekarza leków nasennych.
- ✓ **Ocena:** pomimo zastosowanych działań, w dalszym ciągu występują u pacjenta trudności w zasypianiu w porze nocnej.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 8: Przykurcze kończyn dolnych i wzmożone napięcie kończyn górnych.**

- ✓ **Cel opieki:** Poprawa sprawności mięśniowej.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie**
 - wykonywanie masażu kończyn,
 - wykonywanie codziennie ćwiczeń biernych,
 - stosowanie materacy przeciwdleżynowych, podpórek pod stopy,
 - częsta zmiana pozycji ułożeniowej z uwzględnieniem fizjologicznych zgięć w stawach, wypełnienie krzywizn kręgosłupa.
- ✓ **Ocena:** należy kontynuować zaplanowane działania; problem wymaga dalszego zaangażowania personelu.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 9: Możliwość wystąpienia zakażenia układu moczowego z powodu założonego cewnika Foleya**

- ✓ **Cel opieki:** Zapobieganiu wystąpieniu zakażenia układu moczowego
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie**
 - codzienna pielęgnacja okolicy cewki moczowej z zastosowaniem zasad aseptyki i antyseptyki, w szczególności przy zmianie pampersa,

- kontrola ilości oddawanego moczu,
 - obserwacja ujścia cewki moczowej,
 - umieszczanie worka z moczem zawsze poniżej pęcherza moczowego,
 - zapewnienie odpowiedniej ilości wypijanych płynów,
 - opróżnianie worka na mocz lub jego wymiana, gdy nastąpi taka potrzeba.
- ✓ **Ocena:** brak wystąpienia stanu zapalnego i niepokojących objawów; problem należy monitorować regularnie.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 10: Możliwość wystąpienia powikłań spowodowanych długotrwałym unieruchomieniem.**

- ✓ **Cel opieki:** zapobieganie skutkom długotrwałego unieruchomienia.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie**
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu na sali,
 - kontrola parametrów życiowych,
 - ocena częstości i charakteru oddechów,
 - oklepywanie chorego,
 - stosowanie ćwiczeń oddechowych,
 - zastosowanie ćwiczeń biernych u chorego.
- ✓ **Ocena:** niepokojących objawów nie zaobserwowano.

PODSUMOWANIE

Przedstawione problemy są wynikiem wielochorobowości pacjenta i w następstwie niesprawności. W celu optymalizacji opieki, istotnym jest ciągłość obserwacji oraz procesu pielęgnowania pacjenta.

PIŚMIENNICTWO:

1. Mitura K.: Pacjent w opiece długoterminowej. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej 2017, 4 (6), 54-60.
2. Błędowski P.: Starzenie się jako problem społeczny. Perspektywy demograficznego starzeni się ludności Polski do roku 2035 [w]: Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red). Wyd. Medyczne, Poznań, 2012, 11-23.

3. Kędziora-Kornatowska K.: Wybrane aspekty opieki medycznej w geriatric [w]: Pielęgowanie pacjentów w starszym wieku. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2018, 161-169.
4. Chmielowiec K., Chmielowiec J.Z., Chmielewski P., Grzywacz A.: Struktura wielochorobowości w starszym wieku u osób przebywających w instytucjach opieki długoterminowej, Rocznik Lubuski 2018, 44, 195- 207.
5. Kurpas D.: Polityka senioralna w Polsce i w wybranych krajach Europy oraz USA [w]: Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego. Cybulski M., Krajewska-Kułak E. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, 161-175.
6. Kurpas D.: Zadania podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2014, 12 (4), 301-308.
7. Doroszkiewicz H.: Rola POZ w opiece nad osobami starszymi [w]: Pielęgniarsstwo w opiece długoterminowej. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2018, s. 137- 146.
8. Guzak B.: Kwalifikacja pacjentów do objęcia opieką długoterminową [w]: Opieka długoterminowa. Uwarunkowania medyczne i prawne. Zielińska E., Guzak B., Syroka-Marczewska K. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2018, 38-39.
9. Faleńczyk k., Marzec A.: Opieka długoterminowa w Polsce [w]: Pielęgniarsstwo w opiece długoterminowej. Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M., Skolmowska E. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 319-329.
10. Bień B., Doroszkiewicz H.: Opieka długoterminowa w geriatric: dom czy zakład opieki? [Long-term Care in Geriatrics: Patient's Home or a Nursing Home?] Przew Lek 2006, 10 (92), 48-57.
11. Cebulak M., Markiewicz I., Guty E.: Ocena funkcji poznawczych u chorych objętych domową długoterminową opieką pielęgniarską. Probl Pielęg 2014, 22 (1), 20-26.
12. Zahradniczek K.: Pielęgniarsstwo. Wyd. PZWL, Warszawa 2018, 141 – 171.

PROBLEMY W OPIECE NAD PACJENTEM ZE SZPICZAKIEM MNOGIM (PLAZMOCYTOWYM) – STUDIUM PRZYPADKU

Katarzyna Wiśniewska¹, Agnieszka Zaucha - Prażmo², Ewa Kulbaka³, Joanna Girzelska⁴

¹ – Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Absolwentka Akademii Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi, Wydział Pedagogiki i Psychologii.

² – Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³ – Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Wydział Nauk o Człowieku

⁴ – Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Radomska Szkoła Wyższa, Wydziału Nauk o Zdrowiu

WSTĘP

Szpiczak mnogi (plazmocytowy) – definicja pojęcia

Szpiczak mnogi (szpiczak plazmocytowy, *multiple myeloma*, *myeloma multiplex*, MM) jest przewlekłą, nieuleczalną chorobą nowotworową układu hematologicznego człowieka, charakteryzującą się nieprawidłowym rozrostem i akumulacją monoklonalnych komórek w szpiku kostnym [1]. Szpiczak należy do grup chorób określanych mianem gammopatii monoklonalnych, które charakteryzują się złośliwą proliferacją jednego klonu komórek linii rozwojowej limfocytów B w trakcie niekontrolowanej syntezy immunoglobulin, co skutkuje wzrostem stężenia chomogenego białka M (M– komponent, białko monokloidalne). Według klasyfikacji WHO z 2008 roku szpiczak mnogi zaliczany jest do chłoniaków nieziarniczych, których klon nowotworowy stanowią dojrzałe komórki plazmatyczne. Rozwój nowotworu plazmocyтового przebiega wieloetapowo, od przejścia ze stadium bezobjawowego, poprzez pełnoobjawowy zespół szpiczaka mnogiego, aż do końcowej fazy białaczki plazmocytovej [2, 3].

Szpiczak mnogi – epidemiologia

Szpiczak mnogi jest trzecim co do częstości występowania nowotworem hematologicznym limfoidalnym w Polsce. Stanowi 1–2% przypadków wśród wszystkich zachorowań na nowotwory, a 10–15% wśród nowotworów hematologicznych [4].

Zachorowalność różni się w zależności od kraju, od niskiej w Chińskiej Republice Ludowej (poniżej 1/100 000), do statystycznie większej w krajach uprzemysłowionych (4/100 000). MM jest bardziej rozpowszechniony wśród rasy afroamerykańskiej niż u osobników rasy kaukaskiej (w Los Angeles proporcje wynoszą odpowiednio 9,8/100 000 i 4,3/100 000) [5]. W Stanach Zjednoczonych zachorowalność wynosi 4/100 000 mieszkańców, szacuje się, że w USA pojawia się rocznie 20 000 nowych przypadków nowotworu plazmocytozy. Zachorowalność w Europie według danych z projektu *Surveillance of Rare Cancers in Europe* wynosi 5,8/100 000 populacji. W Polsce według danych Krajowego Rejestru Nowotworów w roku 2018 zanotowano 1583 nowych zachorowań (2,93% współczynnik standaryzowany europejski), z czego zgonów w roku 2018 było 1434 (2,49% współczynnik standaryzowany europejski) [6]. W 90% przypadków szpiczak mnogi występuje powyżej 50 roku życia, natomiast mediana wieku w czasie zdiagnozowania nowotworu wynosi średnio około 70 lat [4]. Stosunek zachorowalności według płci wskazuje, że mężczyźni chorują nieznacznie częściej niż kobiety (M/K = 1,21). Zachorowalność wzrasta z wiekiem, jednakże u około 80% przypadków szpiczak powstaje z ewolucji wczesnego i bezobjawowego stadium gammopatii monoklonalnej o nieokreślonym znaczeniu (*Monoclonal Gammopathy of Undetermined Significance*, MGUS), a ryzyko zachorowania jest 3,7–krotnie większe u osób bezpośrednio spokrewnionych z chorym [4]. Według danych *American Cancer Society* średnia przeżycia chorych na szpiczaka w stadium I wynosi 62 miesiące, w stadium II – 44 miesiące oraz III – 29 miesięcy (dane Międzynarodowej Klasyfikacji Prognostycznej, *International Staging System* – ISS). Według zmodyfikowanego modelu danych pochodzących od R-ISS (*Revised International Staging System*, R-ISS) 5-letnia przeżywalność w stadium I choroby wynosi 82%, 62% stadium II, oraz 40% dla stadium III [4].

Etiologia i patogeneza choroby

Szpiczak plazmocytozy jest B-komórkowym nowotworem złośliwym, charakteryzuje się niekontrolowanym i patologicznym rozrostem klonalnych komórek w szpiku kostnym oraz obecnością w surowicy lub/i moczu białka monoklonalnego, w którym występują

objawy uszkodzenia narządów, wtórne do procesu nowotworowego [5]. Czynniki etiologiczne są różnorodne i nie do końca poznane, natomiast patogeneza jest wielowymiarowa i złożona. Mimo znacznego postępu w procesie leczenia i terapii pacjentów z MM, wiedza na temat etiopatogenezy tej choroby pozostaje wciąż niekompletna i jest wynikiem wielu badań naukowych. Do najlepiej udokumentowanych czynników, związanych ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na szpiczaka mnogiego należą występowanie gammopatii monoklonalnej o nieokreślonym znaczeniu (MGUS), zaawansowany wiek, płeć męska oraz określona grupa etniczna [1]. Sukcesywny rozwój metod badawczych umożliwił w ostatnich latach odkrycie wpływu czynników genetycznych przemawiających za istotnym znaczeniem predyspozycji genetycznej w etiopatogenezie MM, wskazujących 3,7-krotnie większą zachorowalność u osób bezpośrednio spokrewnionych z chorymi [1, 4].

Patogeneza i etiologia choroby w 80% przypadków wskazuje na ewolucję MGUS i co najmniej u części chorych jest najwcześniejszym objawem choroby, późno diagnozowanym [4, 7] przechodzącym kolejno do fazy szpiczaka „tłącego się” SMM (*Monoclonal Gammopathy of Undetermined Significance, smoldering myeloma*, SMM), następnie do objawowego szpiczaka plazmocytoowego, który w wyniku ewolucji może przejść w fazę pozaszpiczkową oraz końcową fazę wtórnej białaczki plazmocytoowej [1, 8].

W aktualnym modelu mechanizmu powstawania i rozwoju *multiple myeloma* zakłada się istnienie dwóch swoistych szlaków inicjujących transformację nowotworową: szlak translokacji z udziałem genów immunoglobulin oraz szlak hiperdiploidii (trisomii). Obok zmian molekularnych w obrębie klonu plazmocytoowego kluczową rolę w patogenezie szpiczaka mnogiego odgrywają interakcje z komórkami mikrośrodowiska szpiku kostnego. Po transformacji nowotworowej, w dalszym etapie progresji szpiczaka plazmocytoowego, dochodzi do wtórnych zaburzeń molekularnych, które prowadzą do stopniowego uniezależnienia się od mikrośrodowiska szpiku kostnego i zazwyczaj zwiększają agresywność nowotworu. Lepsze poznanie złożonych mechanizmów patogenezy w ostatnich latach daje szansę i nadzieję na opracowanie lepszych systemów prognostycznych, a także celowanych i dobieranych indywidualnie planów leczenia terapeutycznego, co może prowadzić do dalszej poprawy wyników leczenia, jakości życia chorych, a także wyleczenia części chorych [1, 9].

Objawy kliniczne szpiczaka mnogiego (plazmocytoowego)

Wielopłaszczyznowe procesy chorobowe zachodzące w wyniku patogenezy szpiczaka mnogiego, manifestują mnogość objawów i powikłań wielonarządowych. Szpiczak jest

chorobą podstępna, heterogeniczną, bezobjawową w początkowym fazie MGUS, nasilającą znacznie swoje symptomy objawowe w późniejszym okresie. Rozpoznanie choroby następuje często w zaawansowanym stadium. Objawy kliniczne wskazują na typowe manifestacje objawowe szpiczaka plazmocytozy według kryterium CRAB (C – calcium, R – renal injury, A – anemia, B – bone lesions) [10].

Do głównych objawów szpiczaka plazmocytozy, zaliczamy:

- I. **Postępujące osłabienie.** 70% przypadków chorych wskazuje na osłabienie, brak siły, trudność w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych oraz pogorszenie tolerancji wysiłku. W kolejnych stadiach często występują bóle głowy, bóle w klatce piersiowej, kołatanie serca oraz brak apetytu. Pogorszenie funkcji aktywności fizycznej, wiąże się z pogorszeniem sprawności psychicznej objawiającej się apatią, brakiem komunikacji oraz wycofaniem społecznym [10, 11].
- II. **Choroba kostna i hiperkalcemia.** 80% pacjentów zgłasza bóle pochodzenia kostnego [11]. U wielu chorych w początkowej fazie występuje nieokreślony ból pleców i/lub kości. Ogniska osteolityczne powodują ból, złamania patologiczne kości, najczęściej w odcinkach: lędźwiowo – krzyżowym kręgosłupa, miednicy, żebrach, kościach długich, czaszce. Choroba kostna jest przyczyną hiperkalcemii, z wysokim stężeniem wapnia w surowicy występującym w momencie rozpoznania u 9–18% chorych [12]. Do głównych objawów hiperkalcemii należy anoreksja, nudności, bóle brzucha, zaparcia, senność, nadmierne pragnienie, zaburzenia rytmu serca oraz świadomości [10]. Wśród objawów nie wchodzących w skład CRAB, które związane są z chorobami kości, należy zwrócić uwagę na: osłabienie i parestezje kończyn dolnych, zespół cieśni nadgarstka – neuropatie te występują u około 7% chorych [10].
- III. **Niedokrwistość.** Występuje u $\frac{3}{4}$ pacjentów chorujących na szpiczaka [11] z nieswoistymi objawami: zmęczeniem, osłabieniem, spadkiem tolerancji fizycznej, tachykardią, niewydolnością serca, objawami wieńcowymi oraz problemami z koncentracją [10].
- IV. **Niewydolność nerek.** U 20% chorych występuje objaw niewydolności nerek w chwili rozpoznania, jest jednocześnie czynnikiem wskazującym na złe rokowania i zaawansowanie procesu nowotworowego. Do głównych objawów zaliczamy: białkomocz, obrzęki, podwyższone ciśnienie krwi [10].
- V. **Pozostałe objawy nie-CRAB.** Do najczęstszych objawów występujących jako izolowane (20% przypadków) lub współwystępują z objawami CRAB (6% przypadków) należą:

neuropatia, zespół nadmiernej lepkości krwi, amyloidoza, spadek masy ciała, kriobulinemia, nawracające infekcje (zakażenia) górnych dróg oddechowych, zakażenia układu moczowego (dna moczanowa), krwawienia oraz objawy neurologiczne [10, 11].

Diagnostyka szpiczaka mnogiego (plazmocytoowego)

Diagnostyka szpiczaka plazmocytoowego jest priorytetem wśród wczesnego wykrywania nowotworów hematologicznych w Polsce, gdyż średni czas od pierwszego zgłoszenia objawu związanego z chorobą do konsultacji lekarskiej i skierowania do hematologa wynosi 20,5 dnia, podczas gdy w przypadku raka piersi wynosi 0 dni [13]. Opóźnienia w rozpoznaniu szpiczaka wynikają z nieswoistości objawów i heterogenności schorzenia, wpływając w znaczący sposób na kliniczny przebieg choroby oraz rokowania [10].

Polskie Konsorcjum Szpiczakowe oraz Polska Grupa Szpiczakowa w latach 2017–2018 podjęły próbę przygotowania algorytmu postępowania w diagnozowaniu szpiczaka mnogiego, dostosowanej do praktyki lekarzy rodzinnych w Polsce w celu wczesnego wykrywania objawów szpiczaka plazmocytoowego oraz określenia aktualnego profilu objawów. Dane o częstości występowania różnych zaburzeń u polskich chorych posłużyły do opracowania kalkulatora diagnostycznego, który był testowany w codziennej praktyce lekarzy rodzinnych [10].

Leczenie szpiczaka mnogiego (plazmocytoowego)

Szpiczak mnogi jest nieuleczalną rozrostową chorobą nowotworową, w której głównym celem terapeutycznym jest uzyskanie jak najdłużej trwających reemisji, co wydłuża przeżycie chorych [14]. Wybór metody leczenia i jej zainicjowanie zależy przede wszystkim od typu i stopnia zaawansowania klinicznego szpiczaka oraz od obecności określonych kryteriów CRAB dla aktywnego szpiczaka mnogiego uzupełnionego o kryteria SLiM CRAB. Ze względu na specyfikę schorzenia, liczne dolegliwości kliniczne i zaburzenia w obrazach badań laboratoryjnych, poza terapią przeciwnowotworową, stosowana jest terapia leczenia bólu. Zadaniem terapii leczenia bólu jest przede wszystkim poprawa jakości życia chorego i jego lepszego funkcjonowania w podstawowych czynnościach dnia codziennego, pomimo postępującego procesu chorobotwórczego. W 1986 WHO uznało leczenie przeciwbólowe za priorytet w postępowaniu medycznym, *a stopień zaangażowania w walkę z bólem oraz skuteczność tej walki ma być miarą cywilizacyjnego postępu nauk medycznych [...]* [15].

Opieka pielęgniarska nad pacjentem ze szpiczakiem mnogim (plazmocytowym) – rola, specyfika i problemy opieki pielęgniarskiej

Chory ze zdiagnozowanym szpiczakiem mnogim w zależności od stadium rozwoju choroby wymaga holistycznej opieki uwzględniającej biologiczne, społeczne, psychiczne i duchowe aspekty. Postępowanie zespołu pielęgniarskiego w opiece i pielęgnacji nad pacjentem ze szpiczakiem jest wielopłaszczyznowe i złożone z uwagi na liczne i szerokie spektrum objawów oraz ich wielonarzędowość. Problematyka holistycznej opieki i pielęgnacji wymaga nie tylko reakcji na złożoność skutków ubocznych terapii onkologicznej, ale również wnikliwej obserwacji zarówno w diagnozowaniu potrzeb chorego w sferze biologicznej, jak i duchowej oraz rozpoznawania problemów pielęgnacyjnych wynikających z patomechanizmu schorzenia [16, 17].

Rolą zespołu pielęgniarskiego w walce z nieuleczalnym nowotworem hematologicznym jest aktywne uczestnictwo w procesie diagnostyki, leczenia, profilaktyki, edukacji pacjenta oraz jego rodziny w zakresie samoopieki i samopielęgnacji [16]. Wsparcie udzielane choremu ma wielowymiarowy charakter, dotyczy nie tylko działań w jednostce leczniczej, ale także i w środowisku życia chorego w jego sferze rodzinnej, zawodowej i społecznej [17].

Pacjent z MM należy do specyficznej grupy chorych, który wymaga wsparcia duchowego w cierpieniu, towarzyszeniu w chorobie, co wymaga od personelu pielęgniarskiego stworzenia specjalnej relacji pacjent – pielęgniarka opartej na zaufaniu, akceptacji i empatii. Nawiązanie kontaktu z chorym poprzez informowanie chorego o istocie choroby, celowości terapii oraz skutkach ubocznych stosowanego leczenia przyspiesza proces adaptacji choroby, a tym samym potęguje chęć do podjęcia walki z chorobą [18]. Zespół pielęgniarski pełniąc rolę i zadania w opiece nad pacjentem ze szpiczakiem uczestniczy w promocji zdrowia, profilaktyce onkologicznej, opiece przed– i pooperacyjnej, chemioterapii, radioterapii, opiece paliatywnej i terminalnej. Realizuje różne formy opieki: opiekę domową, ambulatoryjną, stacjonarną, wchodzi w skład organizacji udzielających pomocy pacjentom onkologicznym i zespołów wspierających czy zespołów wspomagających osieroconych [18]. Cele opieki pielęgniarskiej nad pacjentem ze szpiczakiem wiążą się z zadaniami pielęgniarki onkologicznej, które są wyznacznikiem profesji współczesnego pielęgniarstwa, do których zaliczymy pielęgnowanie w zdrowiu i chorobie, holizm w opiece, współdziałanie z pacjentem, samodzielność w sprawach pielęgnowania oraz odpowiedzialność w stosunku do pacjenta [17, 18].

Niezwykle ważnym aspektem w opiece nad chorymi ze szpiczakiem mnogim jest opieka paliatywna i terminalna. Z uwagi na fakt, że szpiczak mnogi jest nowotworem o niepomyślnym rokowaniu głównym celem opieki i pielęgnacji jest łagodzenie szerokiego spektrum objawów choroby podstawowej oraz wieku starszego pacjenta. Bardzo ważnym aspektem jest również zapobieganie cierpieniu, powikłaniom, szeroka pomoc w uzyskaniu stosunkowo możliwej samodzielności oraz aktywności w życiu codziennym. W zakresie pielęgnacji i czynnościach pielęgnacyjnych ważne jest kompleksowe i holistyczne podejście do pacjenta przebiegające w warunkach intymności i pełnego szacunku dla osoby u kresu swojego życia poprzez próbę niwelowania cierpienia i łagodzenia bólu, duszności, nudności, wymiotów, zaparć i innych dokuczliwych objawów oraz poprzez łagodzenie lęku i depresji, przeciwdziałanie osamotnieniu i izolacji. Wymaga to nie tylko opanowania wiedzy i umiejętności z zakresu łagodzenia dokuczliwych objawów somatycznych, ale też wsparcia psychicznego, socjalnego, a także duchowego ofiarowanego pacjentowi i jego rodzinie [19, 20].

Pielęgniarka sprawując czynną opiekę paliatywną i terminalną nad pacjentem ze szpiczakiem, w głównej mierze powinna dążyć do poprawy jakości życia pacjenta zgodnie z zasadami etycznymi opieki paliatywnej, poszanowania autonomii, czynienia dobra, nieczynienia zła oraz sprawiedliwości. Pacjent otoczony opieką paliatywną ma prawo do maksymalnie osiągalnej ludzkiej godności, optymalnego dostępnego zniesienia bólu oraz zmniejszenia cierpienia [19, 21]. Opieka paliatywna ceniąc życie akceptuje śmierć, która jest naturalnym końcem życia, łączy się z towarzyszeniem choremu, czego wyrazem jest umiejętne komunikowanie z nim oraz jego najbliższymi. Obejmuje nie tylko chorego, lecz również jego rodzinę. Oznacza to udzielanie pomocy najbliższej rodzinie podczas trwania choroby i w czasie żałoby. Uwaga jest wówczas skoncentrowana nie tylko na osiągnięciu maksymalnego czasu przeżycia, ale także na optymalnej opiece wspierającej, w tym zapobieganiu i zmniejszaniu cierpienia poprzez *„wczesne rozpoznawanie, ocenę i leczenie bólu oraz innych problemów fizycznych, psychosocjalnych i duchowych”* [22]. Z uwagi na specyfikę patomechanizmu szpiczaka mnogiego oraz wielowymiarowość objawów opieka paliatywna nad tymi chorymi jest niezwykle istotna i winna być wdrażana wcześnie. Zrozumienie mechanizmów powstawania bólu, a także specyficznych i mniej swoistych objawów nowotworu hematologicznego pozwala na profesjonalną i całościową opiekę [19, 21].

CEL PRACY

Celem głównym prezentowanego badania było określenie problemów w opiece nad pacjentem ze szpiczakiem mnogim (plazmocytozym) oraz ukazanie obszaru opieki pielęgniarskiej względem pacjenta.

Do zarysowanych celów szczegółowych należy:

1. Rozpoznanie problemów opiekuńczych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych, edukacyjnych u pacjenta ze szpiczakiem mnogim (plazmocytozym).
2. Stworzenie indywidualnego planu opieki nad pacjentem hospitalizowanym ze szpiczakiem mnogim (plazmocytozym).
3. Ukazanie holistycznej roli i zadań pielęgniarki w opiece nad pacjentem ze szpiczakiem mnogim (plazmocytozym).

Określono również problem główny prezentowanego badania, które oscylowało wokół odpowiedzi na pytanie: Jakie problemy występują w procesie holistycznej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem ze szpiczakiem mnogim (plazmocytozym)?

Do problemów szczegółowych zaliczono:

1. Jaki jest stan biopsychospołeczny pacjenta?
2. Na ile pacjent jest wydolny w zakresie czynności życia codziennego, samoopieki i samopielęgnacji?
3. Jakich działań pielęgnacyjno – opiekuńczych wymaga pacjent?
4. Jakich działań diagnostyczno – leczniczych wymaga pacjent?
5. Jakich działań rehabilitacyjnych wymaga pacjent?
6. Jakie nastawienie psychiczne przejawia badany?
7. Jakie problemy w opiece i wyzwania obserwuje się u chorych na szpiczaka mnogiego?

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

W niniejszym badaniu wykorzystano metodę studium przypadku, określanej również jako metoda indywidualnego przypadku lub metoda kazuistyczna (łac. *casus* – przypadek) [23]. Do wykorzystanych technik badawczych zaliczamy wywiad pielęgniarski, obserwację pielęgniarską, analizę dokumentacji pacjenta, podstawowe pomiary. Dla celów niniejszej pracy wykonano następujące pomiary: temperatura ciała, ciśnienie tętnicze, tętno, liczba oddechów, masa ciała, wzrost. W niniejszej pracy wykorzystano następujące narzędzia badawcze: Arkusz do gromadzenia danych o pacjencie, Bristolska Skala Uformowania Stolca

(ang. *Bristol Stool Form Scale*), Klasyfikacja nadwagi i otyłości w zależności od BMI (ang. *Body Mass Index*, Kryteria dla kategorii, Kwestionariusz do oceny stanu odżywienia MNA (ang. *Mini Nutritional Assessment*), Ocena nudności według kryteriów WHO, Ocena wymiotów według kryteriów WHO, Skala do oceny kaszlu – VCD – Daytime oraz VCN – Nighttime, Skala Akceptacji Choroby AIS (ang. *Acceptance of Illness Scale*), Skala Barthel do oceny sprawności samoobsługowej, Skala depresji Becka BDI (ang. *Beck Depression Inventory*), Skala nasilenia duszności mMRC (ang. *modified Medical Research Council*), Skala wizualno-analogowa oceny bólu VAS (ang. *Visual Analogue Scale*), Skala Norton do oceny ryzyka rozwoju odleżyn, Skala do oceny stanu błony śluzowej jamy ustnej NCI – CTCAE (ang. *Common Toxicity Criteria Scale*), Skala do oceny podstawowych czynności życia codziennego ADL (ang. *Activities of Daily Living*, Skala Katza, ADL), Skala Torrence’a, Skrócony test sprawności umysłowej – AMTS (ang. *Abbreviated Mental Test Score*).

Badania zostały przeprowadzone w marcu 2021 na Oddziale Wewnętrznym Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu, podczas hospitalizacji pacjentki chorej na szpiczaka mnogiego od 3 lat z podejrzeniem bezobjawowego zapalenia płuc. Z uwagi na patomechanizm choroby pierwotnej oraz sytuację epidemiologiczną w kraju zostały zastosowane środki ochrony osobistej w postaci odzieży ochronnej, masek jednorazowego użytku oraz rękawic jednorazowego użytku. Badania zostały przeprowadzone w przyjaznej atmosferze w przydzielonym do tego pomieszczeniu wolnym od innych pacjentów. Badana została poinformowana o zakresie prowadzonych badań, a także o pełnym zachowaniu anonimowości oraz utrzymaniu tajemnicy zawodowej. Poproszona została o zgłaszanie wszystkich niepokojących objawów, które mogłyby pojawić się w czasie przeprowadzania badania. Godziny spotkań zostały dopasowane do preferencji czasowych pacjentki. Pacjentka wyraziła zainteresowanie i chęć pomocy oraz zgodziła się na przeprowadzenie badań. Hospitalizowana, chętnie odpowiadała na pytania zadawane w oparciu o arkusz do gromadzenia danych o pacjencie oraz skale. Wywiad pielęgniarski miał charakter swobodnej, partnerskiej rozmowy z uznaniem ważności problemów, z którymi zetknęła się pacjentka oraz potrzeb pojawiających się w procesie leczenia. Istotną, pomocną w zbierania informacji o przeszłości chorobowej pacjentki oraz stanu obecnego była osoba córki pacjentki z zawodu pielęgniarka, opiekująca się matką na co dzień niemal od początku choroby. Przebieg badania został wcześniej zaplanowany oraz podzielony na etapy, w których następowało stopniowe gromadzenie informacji. Celem było zapewnienie bezpieczeństwa i komfortu pacjentce w czasie przeprowadzanych działań badawczych oraz czynności pielęgniarskich, zmierzających do uzyskania odpowiednich danych. Dzięki temu

możliwe było rozpoznanie stanu zdrowotnego pacjentki, określenie diagnoz pielęgniarских oraz opracowanie właściwych interwencji pielęgniarских.

WYNIKI

Studium przypadku pacjenta ze szpiczakiem mnogim (plazmocytowym) – analiza i opis

Sytuacja społeczno-socjalna badanej

Podmiotem badań była pacjentka E. M., 68 letnia kobieta, przebywająca na Oddziale Wewnętrznym Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu. Hospitalizacja pacjentki miała charakter nagły w wyniku pogorszenia stanu ogólnego z uwagi na studium rozwoju choroby podstawowej oraz bezobjawowego zapalenia płuc.

Badana jest mężatką, mieszkającą w domu jednorodzinnym w Radomiu. Zawodowo pracowała jako nauczycielka wychowania przedszkolnego, obecnie przebywa na emeryturze. Kobieta ma łącznie dwóch synów oraz córkę. Rodzina jest zżyta i wspierająca się. Na szpiczaka mnogiego badana choruje od 2019 roku (diagnoza). Z uwagi na stan zdrowia pacjentka została zakwalifikowana do opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych. Ponadto opiekę nad badaną sprawuje córka z zawodu pielęgniarka.

Przeszłość chorobowa badanej

Czerwiec 2017. Pierwsze symptomy choroby pacjentka zaobserwowała w wieku 64 lat, będące wynikiem utrzymujących się od dłuższego czasu, opasających bóli kostnych kręgosłupa lędźwiowego nasilających się w czasie ruchu. Podczas wizyty u lekarza POZ, pacjentka wskazywała na przemęczenie, ogólne osłabienie, zmniejszenie sprawności fizycznej. Skarżyła się na nawracające krwawienia z nosa i dziąseł oraz potliwość nocną. W ostatnim czasie występowały u badanej liczne incydenty zapalenia gardła oraz krtani. W wyniku wielopłaszczyznowych objawów, lekarz POZ skierował pacjentkę na badania: morfologia, OB, badanie ogólne moczu, poziom fosfatazy alkalicznej, RTG. Wyniki badań laboratoryjnych wskazywały nasilające się cechy niedokrwistości megaloblastycznej, podwyższone białko całkowite w surowicy oraz podwyższone OB. W wyniku badań RTG kręgosłupa lędźwiowego stwierdzono osteoporozę oraz zmiany zwyrodnieniowe w kręgach lędźwiowych. Pacjentka została skierowana do Poradni Hematologicznej Radomskiego Szpitala Specjalistycznego. Podczas diagnostyki różnicowej niedokrwistości makrocytowej uwzględniono niedoczynność tarczycy i zlecono badanie TSH. Zalecono

substytucję hormonu tarczycy. W leczeniu przeciwbólowym chora przyjmowała niesterydowe leki przeciwzapalne oraz miorelaksanty.

Wrzesień 2018. U badanej nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia, oprócz utrzymującego się uczucia zmęczenia, apatii, doszły problemy z bezsennością oraz zaburzenia czucia w kończynach dolnych z towarzyszącym ostrym bólem w okolicy lędźwiowej oraz miednicy. Do leczenia przeciwbólowego włączono tramadol, co spowodowało czasowe złagodzenie dolegliwości bólowych.

Styczeń 2019. W wyniku natężonego bólu w klatce piersiowej oraz w odcinku lędźwiowo-krzyżowym u chorej pogłębiły się problemy z samoobsługą. Ból nasilający się w czasie ruchu utrudniał samodzielne funkcjonowanie. Prowadzący lekarz POZ skierował badaną do Poradni Neurologicznej. Konsultujący neurolog rozszerzył farmakoterapię o Hydroxyzynę oraz zlecił badanie TK kręgosłupa lędźwiowego oraz klatki piersiowej.

Luty 2019. Wynik badania TK ujawniły liczne zmiany osteolityczne w żebrach, miednicy oraz złamania patologiczne żeber X–XI po stronie lewej. Obraz TK sugerował zmianę patologiczną o typie szpiczaka. Pacjentka została skierowana w trybie pilnym na Oddział Wewnętrzny Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w celu dalszej diagnostyki. Z wywiadu i analizy dokumentacji medycznej wynika, że u chorej występowało postępujące osłabienie, rozdrażnienie, silne bóle kostne oraz utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy. W badaniu fizykalnym zaobserwowano liczne płytkie nadżerki z zaczerwienieniem i obrzękiem, niskie ciśnienie tętnicze, blade powłoki skórne. Wykonane badania laboratoryjne wykazały niedokrwistość, małopłytkowość, podwyższone OB, zwiększone stężenie kreatyniny w surowicy, zwiększone stężenie wapnia w surowicy oraz obecność białka Bence – Jonesa w moczu oraz białkomocz. Badana została przekierowana na oddział Hematologiczny w celu potwierdzenia rozwoju szpiczaka mnogiego objawowego.

Kwiecień 2019. Pacjentka w trybie pilnym została przyjęta na Oddział Hematologiczny Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu. Na podstawie badań dodatkowych: trepanobiopsji szpiku z oceną histopatologiczną ustalono, że obraz histologiczny odpowiadał zajęciu szpiku (ok. 28%) przez naciek szpiku kostnego komórkami plazmatycznymi. W elektroforezie białek obecność białka monoklinalnego w klasie IgG. W wykonanym RTG czaszki widoczne ognisko osteolizy (ośr. 1 cm). Rozpoznanie ostateczne – szpiczak plazmocytowy IgG w stadium III. Ponadto w wynikach diagnostycznych hipercalcemia, niedokrwistość, leukopenia oraz małopłytkowość. Obserwuje się postępujące osłabienie, znaczną utratę masy ciała oraz liczne podbiegnięcia krwawe.

Maj 2019 – Listopad 2020. Pacjentkę poddano cyklom chemioterapii skojarzonej VTD (*Velcade – Thalidomide – Dexamethasone*), oraz VD (bortezomib + deksametazon), łącznie 12 cykli. W leczeniu wspomagającym zastosowano Pamidronian 90 mg co cztery tygodnie, Tramadol retard 100 mg dwa razy dziennie, Tramadol w kroplach doraźnie, Amitryptylina 10 mg przed snem, allopurinol oraz w dniu podania dexamethazonu – omeprazol. Kręgosłup zabezpieczono gorsetem Javeta. Pomimo zastosowanego leczenia narastały objawy niewydolności nerek oraz hiperkalcemia. Pacjentka była dializowana oraz zastosowano leczenie przeciwwrotocne koncentratami krwinek płytkowych oraz świeżo mrożonego osocza. W trakcie leczenia zanotowano redukcję dolegliwości bólowych. Mimo intensywnego leczenia nie udało się uzyskać remisji stanu klinicznego. Z uwagi na progresję i oporność nowotworu zaprzestano leczenia przyczynowego. Pacjentka z uwagi na sytuację epidemiologiczną w kraju została wypisana do domu. Badana została zakwalifikowana do domowej opieki paliatywnej w warunkach domowych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. 2013 poz. 1347).

Stan biologiczny, psychologiczny i społeczny badanej

Luty 2021 roku, badana w trybie pilnym została przyjęta na Szpitalny Oddział Ratunkowy Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu z powodu utrzymujących się bóli układu kostnego, duszności, tachykardii wraz z podwyższoną temperaturą. Po wykonaniu testu w kierunku SARS COV-2 i uzyskaniu negatywnego wyniku hospitalizowaną przekierowano w celu dalszej diagnostyki na Oddział Wewnętrzny z podejrzeniem zapalenia płuc. Z analizy dokumentacji hospitalizowanej przy przyjęciu na oddział, chora z objawami duszności, objawami dyspeptycznymi w postaci narastających mdłości oraz nudności, podwyższona ciepłota ciała (39,2°C). U chorej stwierdzono III stopień sprawności według skali ECOG (skala sprawności według Eastern Cooperative Oncology Group). Ponadto badana wykazywała umiarkowaną tachykardę oraz spłylenie oddechu (hypopnoe), zaobserwowano odleżynę III stopnia w okolicy prawego pośladka według skali Torrance’a. Z analizy dokumentacji pacjentki i wykonanych badań dodatkowych wynika potwierdzona obecność mnogich ognisk osteolitycznych, hipoalbuminemia, hiperbilirubinemia, niedokrwistość z hemoglobiną, małopłytkowość, niewydolność nerek, hiperkalcemia – wielopłaszczyznowe objawy będące wynikiem pierwotnej choroby nowotworowej – szpiczaka mnogiego. W pierwszej dobie hospitalizacji w wyniku nasilonych duszności oraz

uciążliwego suchego kaszlu oraz podejrzenia zapalenia płuc wykonano gazometrię w celu gazometrycznej oceny niewydolności oddechowej. W wykonanym badaniu RTG klatki piersiowej stwierdzono bezobjawowe zapalenie płuc oraz liczne ogniska osteolityczne żeber. Rozpoczęto antybiotykoterapię i tlenoterapię. Przez wzmożoną suchość błony śluzowej jamy ustnej pacjentka oddychała na przemian przez wąsy tlenowe i maskę tlenową. Chorą zacewnikowano, opracowano chirurgicznie odleżynę usuwając zmiany martwicze i zaopatrując plastrem przeciwoodleżynowym. Po uzyskaniu względnej stabilizacji chorej i zakończeniu podawania antybiotyków rozpoczęto proces wycofywania dożylnych podaży leków na rzecz odpowiedników doustnych (likwidowanie polipragmazji). Zastosowano rehabilitację przyłózkową o znaczeniu przeciwoodleżynowym, toaletę drzewa oskrzelowego. Uzyskano względną stabilizację stanu chorej, co pozwoliło na przeprowadzenie badania studium przypadku hospitalizowanej.

Na podstawie przewodnika do gromadzenia danych o pacjencie dokonano oceny funkcjonowania poszczególnych układów. Ocenę funkcjonowania badanej wykonano w 7 dobie hospitalizacji.

W zakresie **układu krążenia** tętno przyspieszone, dobrze wyczuwalne, 110 u/minutę, ciśnienie tętnicze krwi: 110/75 mmHg. Zaobserwowano obrzęki kończyn dolnych stóp oraz dłoni.

W zakresie **układu oddechowego** częstość oddechu 22/minutę, oddech przyspieszony (tachypnoe), tor oddychania brzusno – piersiowy, zapach wydychanego powietrza bezwonny. W wywiadzie pacjentka podaje, iż występuje u niej duszność spoczynkowa oraz suchy kaszel. Według skali nasilenia duszności mMRC zostaje zakwalifikowana do IV stopnia nasilenia duszności co oznacza, że duszność uniemożliwia chorej opuszczanie domu lub występuje przy ubieraniu się lub rozbieraniu. Ponadto u badanej w zakresie układu oddechowego występuje nasilony suchy kaszel, według skali VCD – Daytime w ciągu dnia, kaszel utrzymujący się na poziomie 3 (3= częsty kaszel, ale nie przeszkadza w nauce w szkole lub inne działania), w ciągu nocy według skali VCD – Nighttime, kaszel utrzymujący się na poziomie 3 co oznacza częste budzenie w nocy z powodu kaszlu. Ponadto zaobserwowano krwawienia z nosa na skutek zaburzeń krzepnięcia krwi w wyniku małopłytkowości (trombocytopenii).

W zakresie **układu pokarmowego** łaknienie zmniejszone, pragnienie zmniejszone. W jamie ustnej nie uwidoczniono patologicznych zmian – 2 poziom zmian według skali do oceny stanu błony śluzowej jamy ustnej z zastosowaniem NCI – CTCAE. Pacjentka zgłasza

uporczywe zaparcia o typie 1 według Bristolskiej skali uformowania stolca. Pacjentka zgłasza również dolegliwości dyspeptyczne w postaci uciążliwych nudności i sporadycznych wymiotów. Według kryteriów wymiotów WHO intensywność ocenia się na poziomie I stopnia (1 epizod/24 godziny) natomiast intensywność nudności według kryteriów WHO ocenia się na poziomie I stopnia (brak apetytu, bez innych zaburzeń).

Stan odżywienia: ciężar ciała 55 kg, wzrost 174 cm, wskaźnik BMI 18.17 (niedowaga). Według kwestionariusza do oceny stanu odżywienia MNA–SF pacjentka uzyskała 7 punkty, co oznacza ryzyko niedożywienia. W wersji pełnej skali MNA pacjentka uzyskała łącznie 17 punktów co interpretuje się jako ryzyko niedożywienia. Pacjentka zgłasza problemy z połykaniem (dysfagia, faza przełykowa).

W zakresie **układu moczowo–płciowego:** diureza prawidłowa, barwa moczu jasno słomkowa. Pacjentka wymaga cewnikowania.

W zakresie **układu mięśniowo–szkieletowego** według arkusza kategoryzacji opieki chora należy do III kategorii opieki co oznacza, że wymaga pomocy we wszystkich aspektach dnia codziennego oraz nadzoru pielęgniarskiego. W wyniku zastosowanej skali oceny podstawowych czynności życiowych – ADL badana uzyskała wynik >2 punktów, co oznacza osobę o znacznym stopniu niepełnosprawności (badana potrzebuje znacznej pomocy przy kąpieli; brak samodzielności – potrzebna pomoc przy przygotowaniu odzieży i ubieraniu się; pacjentka niezdolna do samodzielnego dbania o toaletę i załatwiania potrzeb fizjologicznych; kontrolowanie zwieraczy – całkowity brak kontroli lub konieczność założenia cewnika; spożywanie posiłków – częściowa pomoc (krojenie mięsa, smarowanie chleba masłem) poruszanie się – stałe przebywanie w łóżku). W wyniku międzynarodowej skali Barthel, stosowanej do oceny sprawności ruchowej chorych, badana otrzymała 25 punktów, co wskazuje na stan „średnio ciężki” (uzyskanie od 0 do 20 pkt, oznacza całkowitą niesamodzielność).

W zakresie **układu nerwowego** u pacjentki stwierdzono pełną orientację allopsychiczną oraz prawidłowy kontakt słowny. W przeprowadzonym badaniu przedmiotowym w dniu badania chora w stanie ogólnym dobrym, przytomna, w skali Glasgow badana otrzymała 15 punktów (GCS: 1/4; 2/5; 3/6). Zorientowana co do czasu i miejsca, w którym przebywa. Badana zgłaszająca dolegliwości bólowe układu kostnego, głównie kości krzyżowej, kości ogonowej, klatki piersiowej oraz kręgosłupa w okolicy lędźwiowo – krzyżowej w skali VAS oceniane na poziomie 7 w dziesięciostopniowej skali.

W zakresie **funkcjonowania zmysłów** badana koryguje wzrok poprzez okulary. Według zastosowanego testu sprawności umysłowej AMTS badana uzyskała wynik 9/10 pkt, co oznacza prawidłowy stan sprawności umysłowej.

W zakresie **skóry i jej wytworów** zaobserwowano czystą, suchą, miejscami zrogowaciałą skórę, oraz czyste włosy i paznokcie. Na pośladku prawym odleżyna III stopnia według skali Torrance'a. Stwierdzono zagrożenie odleżyną w wyniku uzyskania 12 punktów w skali Norton. Ciepłota ciała 37,3°C (stan podgorączkowy). Zaobserwowano zażółcenie skóry i białek oczu oraz potliwość.

W zakresie **stanu psychicznego** chora w obniżonym nastroju, jest zaniepokojona swoim stanem zdrowia oraz losem swoim i swoich bliskich. Ma świadomość swojej sytuacji oraz stanu zdrowia. W skali depresji Becka BDI, chora otrzymała 31/63 punktów, co wskazuje na objawy depresji o umiarkowanym nasileniu. Jest to skala samooceny i służy do przesiewowego rozpoznawania objawów depresji. Jednakże jest to tylko narzędzie pomocnicze, nie zastępuje ono badania lekarskiego. Podstawą do oceny stopnia aprobaty choroby były wyniki uzyskane za pomocą skali AIS. Badana uzyskała wynik 20 pkt, co wskazuje na średni poziom akceptacji choroby.

Sytuacja rodzinno-społeczna: Badana jest pod stałą opieką rodziny. Codzienną opiekę w warunkach domowych sprawuje nad nią córka, z zawodu pielęgniarka. Ponadto badana jest pod opieką specjalistów z szerokim doświadczeniem medycznym oraz pozamedycznym z zakresu domowej opieki paliatywnej (hospicjum domowe). Warunki opieki i pielęgnacji badana ocenia na wysokim poziomie. Z uwagi na sytuację epidemiologiczną w Polsce, rodzina nie chce oddać badanej pod opiekę hospicjum stacjonarnego.

Proces pielęgnowania pacjenta ze szpiczakiem mnogim

W oparciu o zgromadzone dane uzyskane z wywiadu, obserwacji, pomiarów, analizy dokumentów sformułowano diagnozy pielęgniarские ze wskazaniem problemów w opiece nad pacjentem ze szpiczakiem mnogim, uwzględniając cele i zadania opiekuńczo – pielęgnacyjne personelu pielęgniarского w opiece nad pacjentem.

- **Diagnoza pielęgniarская 1: Ból zlokalizowany w odcinku lędźwiowym kręgosłupa, miednicy oraz żeber, będący wynikiem zmian osteolitycznych w układzie kostnym.**
- ✓ **Cel opieki pielęgniarskiej:** Łagodzenie odczuć bólowych, zapobieganie pogłębianiu się dolegliwości bólowych związanych z patomechanizmem schorzenia.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Ocena bólu pacjentki kilka razy dziennie z zastosowaniem skali analogowo-wzrokowej VAS.
 - Rozmowa z pacjentką o konieczności zgłaszania dolegliwości bólowych, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i gotowości do niesienia pomocy.
 - Zredukowanie lub wyeliminowanie czynników zwiększających odczucie bólu.
 - Obserwacja pacjentki pod kątem wystąpienia obiektywnych objawów pojawienia się dolegliwości bólowych.
 - Na zlecenie lekarza podanie środków farmakologicznych według drabiny analgetycznej oraz ocena skuteczności działania leków poprzez ponowne zastosowanie skali do oceny bólu pacjenta.
 - Obserwacja pacjentki pod kątem wystąpienia działań niepożądanych leczenia farmakologicznego.
 - Współpraca z psychologiem w zakresie postępowania niefarmakologicznego leczenia bólu poprzez zastosowanie metod relaksacyjnych, biofeedbacku, terapii poznawczo – behawioralnej.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarskiej:** W ocenie bólu na podstawie skali VAS, po podaniu leków ból zmniejszył się do poziomu 5 w skali VAS.

➤ **Diagnoza pielęgniariska 2: Deficyt samoopieki wynikający z dolegliwości bólowych oraz patomechanizmu postępującej choroby onkologicznej.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarskiej:** Poprawa sprawności pacjentki z jednoczesnym podtrzymaniem jej samodzielności.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
- Określenie wydolności fizycznej pacjentki i jej samodzielności wraz ze wskazaniem deficytu samoopieki i samopielęgnacji na podstawie skali ADL oraz kategorii opieki.
 - Codzienna toaleta ciała pacjentki (toaleta całego ciała 2 razy dziennie, dbanie o czystość włosów, uszu, pielęgnacja paznokci, toaleta krocza, systematyczna zmiana pieluchy/pieluchomajtek, stosowanie na skórę środków pielęgnacyjnych, dezodorantów, maści, emolientów, balsamów) oraz codzienna zmiana bielizny osobistej oraz pościelowej (stosowanie bielizny osobistej i pościelowej z włókien naturalnych oraz unikanie pościeli krochmalonej).

- Pielęgnowanie skóry ze zwróceniem uwagi na miejsca szczególnie narażone na wystąpienie odleżyn, delikatne i dokładne osuszanie, natłuszczanie skóry.
- Aktywizowanie pacjentki do samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego w zakresie swojej samodzielności (toaleta jamy ustnej, twarzy, samodzielne spożywanie posiłków).
- Mobilizowanie chorej do ćwiczeń oddechowych biernych i czynnych oraz zmiany pozycji ciała co 2 godziny w celu profilaktyki przeciwodleżynowej.
- Planowanie opieki oraz czynności pielęgnacyjnych wraz z pacjentką, włączanie jej w czynności higieniczne.
- Zapewnienie sprzętu pomocniczego, odpowiednich środków/urządzeń pomocniczych podczas wykonywania czynności z zakresu opieki i pielęgnacji chorej.
- Rozmowa z rodziną pacjentki na temat prawidłowej pielęgnacji i udogodnień w środowisku domowym oraz zachęcanie rodziny do mobilizowania chorej do aktywnego udziału w czynnościach z zakresu samoopieki.
- Edukacja chorej i rodziny w zakresie bezpiecznego, sprawnego wykonywania czynności z zakresu samoopieki.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarskiej::** Pacjentka nadal wymaga pomocy w czynnościach dnia codziennego. Rodzina potrafi chorą prawidłowo podnosić, przemieszczać, a także wie w jaki sposób wykonać toaletę całego ciała, zna zasady profilaktyki przeciwodleżynowej.
- **Diagnoza pielęgniarska 3: Nawracające zakażenia układu oddechowego będące wynikiem obniżonego stężenia immunoglobulin oraz limfocytów T (obniżenie odporności).**
- ✓ **Cel opieki pielęgniarskiej:** Zapobieganie powikłaniom związanymi z zakażeniami bakteryjnymi i wirusowymi oraz zapobieganie nawrotom infekcji oddechowych.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Toaleta i higiena jamy ustnej kilka razy dziennie, zwrócenie uwagi pacjentce, by do toalety jamy ustnej używała szczoteczek o miękkim włosiu.
 - Edukacja pacjentki z zakresu wykonywania ćwiczeń oddechowych poprzez zastosowanie gimnastyki oddechowej poprzez kontrolowany wdech i wydech oraz przedłużone maksymalne wydechy, nauka efektywnego kaszlu.

- Wykonywanie toalety drzewa oskrzelowego 2 razy dziennie, oklepywanie pacjenta, zastosowanie pozycji drenażowych w pozycjach ułatwiających ewakuację zalegającej wydzieliny.
- Poinstruowanie pacjenta o konieczności odpluwania do chusteczki higienicznej nadmiaru wydzieliny z układu oddechowego, przypomnienie o konieczności zakrywania ust i nosa podczas kichania czy kaszlu, zwrócenie uwagi na częste odkażanie rąk.
- Utrzymanie higieny otoczenia i odpowiedniego mikroklimatu w sali w celu zapewnienie odpowiednich warunków do regularnego snu i odpoczynku, usprawniających działanie układu odpornościowego.
- Udział w farmakoterapii (podawanie antybiotyków, leków wykrztuśnych, leków przeciwbólowych).
- Obserwacja pacjentki pod kątem nasilenia objawów zakażenia układu oddechowego (podwyższona temperatura ciała, dreszcze, duszności).
- Pomiar i dokumentacja w karcie pacjentki podstawowych parametrów życiowych co najmniej 2 razy dziennie (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, temperatura, częstość oddechów).
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki w okolicy dostępu naczyniowego, weryfikowanie miejsca wkłucia pod kątem cech zapalenia (zaczerwienienie, obrzęk, bolesność).
- Edukacja rodziny chorej w celu eliminowania czynników wpływających na obniżenie odporności immunologicznej u pacjentki, szczególnie w czasie stanu epidemiologicznego w Polsce.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarskiej::** Podczas wykonywania badania nie stwierdzono powikłań, brak miejscowych i ogólnych objawów nowych infekcji, dostęp naczyniowy drożny, skóra wokół kaniuli bez zmian patologicznych. U pacjentki prowadzona jest farmakoterapia zapalenia płuc.
- **Diagnoza pielęgniarska 4: Krwawienie z nosa na skutek występujących u pacjentki zaburzeń krzepnięcia w przebiegu małopłytkowości (trombocytopenii).**
- ✓ **Cel opieki pielęgniarskiej:** Zapobieganie krwawieniom i urazom oraz zapewnienie bezpieczeństwa chorej.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**

- Czynności pielęgniarские mające na celu zahamowanie krwawienia z nosa: pochylenie głowy do przodu, uciśnięcie skrzydełek nosa przez około 10–15 minut chusteczką higieniczną lub ligniną, położenie zimnych okładów lub kompresów żelowych na czoło oraz kark. Zalecenie pacjentce oddychania przez usta.
- Na zlecenie lekarza pobranie próbek krwi do badań morfologicznych oraz układu krzepnięcia, pamiętanie o dokładnym zabezpieczeniu miejsca wkłucia (zastosowanie odpowiedniego ucisku).
- Kontrola i obserwacja stanu skóry pacjentki pod kątem wystąpienia nowych krwawień lub podbiegnięć krwawych.
- Obserwacja pacjentki w kierunku obecności krwi w moczu (worek do zbiórki moczu), stolcu, fusowatych wymiotów.
- Edukacja pacjenta i rodziny pacjenta w zakresie stosowania diety ze zwiększoną zawartością błonnika oraz diety lekkostrawnej.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarskiej:** Krwawienie z nosa zostało zahamowane. Nie zaobserwowano nowych krwawień czy podbiegnięć krwawych na ciele pacjentki.

➤ **Diagnoza pielęgniariska 5: Zażółcenie powłok skórnych oraz gałek ocznych z powodu podwyższenie poziomu bilirubiny (hiperbilirubinemia).**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarskiej:** Przywrócenie fizjologicznego zabarwienia powłok skórnych oraz gałek ocznych.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Systematyczna kontrola poziomu bilirubiny we krwi, wykonanie badań w kierunku HCV, ocena hemolizy.
 - Wdrożenie farmakoterapii zleconej przez lekarza według indywidualnej karty pacjenta.
 - Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu sali: temperatury i wilgotności powietrza.
 - Obserwacja pacjentki pod kątem zaostrenia procesu zmian zabarwienia skóry oraz gałek ocznych.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarskiej:** Wdrożono farmakoterapię na zlecenie lekarza. Problem pielęgnacyjny do dalszej obserwacji.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 6: Zaburzenia wodno-elektrolitowe objawiające się utratą łaknienia, objawami dyspeptycznymi (nudności, wymioty) w wyniku niewydolności nerek, hiperkalcemii oraz hipoalbuminemii.**

- ✓ **Cel opieki pielęgnarskiej:** Zapobieganie pogłębianiu się zaburzeń wodno-elektrolitowych oraz kwasowo-zasadowych.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - Ocena stopnia zaburzeń wodno-elektrolitowych poprzez obserwację pacjenta pod kątem stanu nawodnienia pacjenta, poprzez sprawdzenie elastyczności skóry, nawilżenia jamy ustnej, ciśnienia tętniczego, powrót włośniczkowy, masy ciała.
 - Pobranie krwi do badania biochemicznego na zlecenie lekarza, oznaczenie stężenia wapnia, kreatyniny, chlorków, fosforów, magnezu, potasu w surowicy, albumin.
 - Obserwacja oraz monitorowanie ilości i rodzaju treści wymiotnej, obserwacja nudności pod kątem przyjmowanej farmakoterapii.
 - Obserwacja ilości oraz konsystencji oddawanych stolców.
 - Podanie leków przeciwwymiotnych przed posiłkiem zgodnie ze zleceniem lekarza.
 - Podanie płynów poprawiających stan nawodnienia pacjentki zgodnie ze zleceniem lekarza oraz prowadzenie bilansu płynów.
 - Dbanie o higienę podczas wymiotów, zapewnienie warunków intymności pacjentce oraz poczucia bezpieczeństwa.
 - Poinformowanie pacjentki o konieczności zgłaszania złego samopoczucia czy niepokojących objawów.
 - Dbanie o odpowiedni mikroklimat sali oraz eliminowanie bodźców mogących prowokować nudności i wymioty (zapachy), zachęcenie do stosowania i pozostania na czas dolegliwości pozycji wysokiej lub półwysokiej.
 - Rozmowa z pacjentką i jej rodziną na temat poprawy łaknienia, poprzez przyjmowanie posiłków w małych ilościach 5–6 razy na dziennie z zaleceniem picia niewielkich ilości chłodnych napojów oraz wysokoelektrolitowej wody niegazowanej na godzinę przed planowanym posiłkiem lub po skończonym posiłku.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgnarskiej:** U pacjentki nie wystąpiły objawy odwodnienia. Bilans płynów właściwy. Pacjentka nadal odczuwa mdłości, natomiast wymioty ustąpiły po zastosowaniu farmakoterapii.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 7: Obrzęki dystalnych części ciała (kończyny dolne oraz górne) wynikające z zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej.**

- ✓ **Cel opieki pielęgnarskiej:** Zmniejszenie obrzęków kończyn oraz towarzyszącego uczucia bólu.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - Kontrola i obserwacja obrzęków u pacjentki, poprzez badanie palpacyjne, mierzenie obwodu kończyn na tym samym poziomie.
 - Stosowanie profilaktyki przeciwobrzękowej poprzez wyższe ułożenie kończyn dolnych pacjentki z zastosowaniem wałków ortopedycznych oraz klinów, stosowanie bawełnianej, bezuciskowej bielizny osobistej i pościelowej oraz stosowanie kompresjoterapii, masażu ręcznego, okładów chłodzących oraz drenażu ułożeniowego.
 - Kontrola diurezy godzinowej oraz dobowej pacjentki, prowadzenie bilansu płynów, odnotowanie pomiarów w dokumentacji.
 - Podawanie diuretyków na zlecenie lekarza.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgnarskiej:** Zastosowano drenaż ułożeniowy, wałki ortopedyczne, kontrolowano diurezę i prowadzono bilans płynów. Obrzęki nieznacznie zmniejszyły się. Problem do dalszej obserwacji.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 8: Zmiany zapalne błony śluzowej jamy ustnej, 2 poziom zmian według oceny stanu błony śluzowej jamy ustnej z zastosowaniem NCI–CTCAE, objawiające się zaczerwienieniem oraz owrzodzeniem spowodowane postępującym procesem chorobowym.**

- ✓ **Cel opieki pielęgnarskiej:** Załagodzenie dolegliwości bólowych, zapobieganie postępowaniu stanu zapalnego oraz wprowadzenie diety.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - Dokładna obserwacja i codzienna ocena stanu błony śluzowej jamy ustnej z zastosowaniem skali NCI–CTCAE lub skali WHO w kierunku regresji lub postępu zmian.
 - Ocena natężenia bólu z zastosowaniem skali VAS.
 - Przygotowanie i podawanie płynów do płukania jamy ustnej mających na celu łagodzenie stanu zapalnego i niwelowanie dolegliwości bólowych.

- Wprowadzenie do diety pacjentki pokarmów o płynnej lub półpłynnej konsystencji, które niwelują podrażnienia jamy ustnej oraz zwrócenie uwagi na zastosowanie diety wysokowitaminowej, wysokobiałkowej oraz wysokokalorycznej.
- Odpowiednia podaż płynów poprzez nawadnianie dojelitowe (minimum 3000 ml na dobę, na zlecenie lekarza).
- Podawanie leków przeciwbólowych i przeciwgrzybiczych na zlecenie lekarza.
- Edukacja pacjentki pod kątem zmniejszenia dolegliwości bólowych poprzez delikatną higienę jamy ustnej podczas szczotkowania zębów, używania miękkiej szczoteczki, zwrócenie uwagi na dokładną higienę protez zębowych (4–6 razy dziennie), w przypadku wystąpienia nudności – płukanie jamy ustnej sodą oczyszczoną (jedna łyżeczka sody na pół szklanki ciepłej wody) oraz dokładne nawilżanie ust wazeliną.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarskiej:** Pacjentka stosuje się do zaleceń niwelowania dolegliwości bólowych (odpowiednia higiena jamy ustnej), brak nowych zmian zapalnych.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 9: Brak łaknienia z powodu stanu chorobowego pacjentki oraz dysfagii i stanu zapalnego jamy ustnej, prowadzące do ryzyka niedożywienia pacjentki.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarskiej:** Utrzymanie prawidłowego stanu odżywienia pacjentki, niedopuszczenie do utraty wagi.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Ustalenie przyczyny braku apetytu u pacjentki oraz ocena ryzyka niedożywienia za pomocą skali MNA.
 - Podawanie posiłków w temperaturze pokojowej o konsystencji płynnej lub półpłynnej.
 - Zachęcanie pacjentki do samodzielnego spożywania pokarmu, w razie potrzeby pomoc lub karmienie pacjentki.
 - Kontrola masy ciała oraz prowadzenie bilansu przyjmowanych płynów oraz pokarmów.
 - W razie konieczności zastosowanie żywienia pozajelitowego na zlecenie lekarza.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarskiej:** Ustalono możliwą przyczynę braku apetytu u pacjentki (stany zapalne jamy ustnej, dysfagia), oceniono ryzyko niedożywienia pacjentki (MNA wynik 4 punkty, ryzyko niedożywienia). Pacjentka zjadła posiłek w całości w wyniku karmienia przez personel medyczny, nastąpiła poprawa łaknienia.

Problem do dalszej obserwacji i ewentualnego wdrożenia żywienia pozajelitowego (zlecenie lekarza).

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 10: Duszność spoczynkowa spowodowana zapaleniem płuc oraz postępującą chorobą pierwotną (patomechanizm szpiczaka mnogiego).**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarstwa:** Zmniejszenie dolegliwości związanych z uczuciem duszności.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Ułożenie pacjenta w pozycji wysokiej (Fowler) lub półwysokiej (semi – Fowler) dające pacjentce ulgę przy duszności.
 - Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu sali poprzez częste wietrzenie, utrzymanie wilgotności powietrza na poziomie 50–70% oraz utrzymanie temperatury otoczenia 18–20°C oraz zapewnienie pacjentce luźnej, bawełnianej bielizny osobistej.
 - Systematyczna kontrola i pomiar podstawowych parametrów życiowych pacjentki: tętno, oddech, zabarwienie skóry.
 - Zastosowanie tlenoterapii biernej o przepływie 2–4 l/minutę przez cewniki donosowe lub za pomocą maski tlenowej o przepływie 5–6 l/min.
 - Podaż leków zleconych w karcie pacjentki.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarstwa:** Podanie tlenu poprzez cewnik nosowy przyniosło ulgę pacjentce w postaci zmniejszenia dolegliwości związanych z uczuciem duszności.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 11: Odleżyna II stopnia spowodowana długotrwałym unieruchomieniem pacjentki.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarstwa:** Opracowanie i zabezpieczenie odleżyny oraz zapobieganie powstaniu nowych zmian martwiczych.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Ocena ryzyka rozwoju odleżyn za pomocą skali Norton. Stwierdzono zagrożenie odleżyną: 12 pkt w skali Norton.
 - Ocena stopnia zaawansowania odleżyny za pomocą skali Torrance’a w celu zastosowania odpowiednich opatrunków i metod leczenia ran – odleżyna na pośladku prawym – II stopień.

- Wdrożenie profilaktyki przeciwoodleżynowej poprzez zmianę pozycji ciała pacjentki co 2 godziny przy jednoczesnej obserwacji i kontrolowaniu stanu skóry, zwłaszcza nad wyniosłościami kostnymi.
- Wdrożenie profilaktyki przeciwoodleżynowej do codziennej pielęgnacji pacjentki, poprzez:
 - zastosowanie materaca przeciwoodleżynowego zmiennociśnieniowego oraz zmiana pozycji ciała co 2 godziny,
 - wykonywanie ćwiczeń biernych ułatwiających przepływ krwi oraz wykonywanie klasycznego masażu skóry wokół obszarów szczególnego narażenia na ucisk,
 - odpowiednia pielęgnacja skóry, zwłaszcza miejsc przylegania ciała do podłoża poprzez codzienne dokładnie mycie skóry z użyciem środków o neutralnym pH 5,5, dokładnym osuszeniu skóry zwłaszcza okolic fałdów skórnych (pachwiny, bruzda pośladkowa) z zastosowaniem kremów natłuszczających,
 - codzienna obserwacja rany i zmiana działań w zależności od oceny miejscowej i stanu ogólnego pacjentki,
 - systematyczna zmiana opatrunków na odleżynie, przemycie rany środkiem do odkażania ran oraz zastosowanie opatrunku hydrowłóknistego,
 - kontrola parametrów życiowych (temperatura ciała, ciśnienia tętniczego, tętna) w celu wykluczenia zakażenia,
 - odnotowanie czynności w Karcie Profilaktyki i Pielęgnacji Odleżyn pacjentki,
 - rozmowa z opiekunami pacjentki o konieczności współpracy i zintegrowanych działaniach w celu likwidacji odleżyny.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarzkiej:** Nie zaobserwowano nowych zmian miejscowej martwicy skóry, tkanki podskórnej, zaczerwień mogących świadczyć o powstawaniu nowego źródła odleżyny.
- **Diagnoza pielęgniarzka 12: Zaparcia spowodowane brakiem prawidłowej motoryki przewodu pokarmowego w przebiegu procesu chorobowego oraz unieruchomienia.**
- ✓ **Cel opieki pielęgniarzkiej:** Pomoc w efektywnym wydaleniu stolca.
- ✓ **Interwencje pielęgniarzkie:**

- Kontrola wypróżnień pacjentki, ocena uformowania stolca za pomocą Bristolskiej skali uformowania stolca.
- Zastosowanie diety bogatej w błonnik, wdrożenie dietetycznych metod pobudzenia stolca, poprzez podawanie kefiru na czczo, jogurtów, włączenie oliwy z oliwek do diety.
- Podaż płynów poprzez nawadnianie dojelitowe (minimum 3000 ml na dobę, na zlecenie lekarza).
- Masaż brzucha dłońią w celu niwelowania uczucia pełności i poprawy perystaltyki jelit.
- Pielęgnacja okolic odbytu zwracając uwagę na natłuszczenie, co niweluje powstawanie nadżerek i ran w okolicy odbytu.
- Na zlecenie lekarza zastosowanie farmakoterapii poprzez wlewki doodbytnicze soli fizjologicznej (100–200 ml) lub enema (z fosforanami).
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarskiej:** Pacjentka oddała stolec po wykonaniu enemy. Problem pielęgnacyjny do dalszej obserwacji.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 13: Zaburzenia snu (wybudzanie nocne), osłabienie organizmu, zmęczenie w wyniku obniżonych wartości parametrów morfologicznych (niedokrwistość z hemoglobina).**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarskiej:** Poprawa komfortu fizycznego życia pacjentki.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Obserwacja pacjentki i ocena jej możliwości w aspekcie czynności samoobsługowych oraz zaburzeń snu.
 - Odpowiedni dobór aktywności fizycznych do predyspozycji chorej, jej stanu fizycznego.
 - Zapewnienie pacjentce odpowiedniego mikroklimatu sali oraz warunków do odpoczynku oraz snu (spokój, wietrzenie pomieszczenia, odpowiednia temperatura, wilgotność).
 - Dostosowanie czynności pielęgniarskich z uwzględnieniem przerwy nocnej.
 - Podaż preparatów poprawiających wartości morfologiczne krwi oraz leków nasennych zgodnie ze zleceniem lekarza.

- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarstwiej:** Zadbano o prawidłowy mikroklimat w sali, pomieszczenie przewietrzono przed snem. Pacjentka nadal wybudza się w ciągu nocy. Problem do dalszej obserwacji.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwiej 14: Dyskomfort pacjentki spowodowany stanem podgorączkowym, osłabieniem organizmu i nadmierną potliwością chorej w wyniku procesu chorobowego (niedokrwistości, hipoalbuminemii, hiperbilirubinemii, hiperkalcemii, niewydolności nerek)**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarstwiej:** Obniżenie temperatury ciała, poprawa komfortu.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwiej:**
 - Pomiar temperatury ciała pacjentki co pół godziny oraz dokumentowanie wyników.
 - Zastosowanie niefarmakologicznych metod obniżenia temperatury poprzez stosowanie zimnych okładów pod pachami, w pachwinach (miejsca dużych przebiegów naczyń krwionośnych), zadbanie o odpowiedni mikroklimat sali (odpowiednia temperatura, wilgotność, wentrowienie).
 - Poinformowanie pacjentki o konieczności przyjmowania płynów w ilości odpowiadającej diurezie dobowej 2 – 2,5 l.
 - Zmiana bielizny pościelowej i osobistej pacjentki w celu poprawy komfortu.
 - Na zlecenie lekarza podaż leków farmakologicznych obniżających ciepłotę ciała.
 - Obserwacja chorej pod względem zaostrzenia objawów oraz informowanie lekarza o ewentualnej zmianie stanu zdrowia chorej.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarstwiej:** Stan podgorączkowy chorej został obniżony do wartości prawidłowych. Pacjentka utrzymywana w suchej, czystej bieliźnie osobistej – potliwość do dalszej obserwacji.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwiej 15: Ryzyko zakażenia układu moczowego w wyniku założonego cewnika Foleya do pęcherza moczowego.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarstwiej:** Zmniejszenie ryzyka rozwoju zakażenia układu moczowego poprzez stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwiej:**
 - Obserwacja miejsca założenia cewnika moczowego pod kątem wystąpienia zaczerwienienia, obrzęku, pieczenia, swędzenia.

- Dokładna, codzienna toaleta krocza oraz pielęgnacja okolicy ujścia zewnętrznej cewki moczowej środkiem odkażającym oraz płukanie pęcherza jałowym płynem ogrzanym do 30° C.
- Prowadzenie bilansu płynu oraz kontrola zabarwienia moczu.
- Przy wymianie cewnika Foleya pamiętać o zachowaniu zasad aseptyki i antyseptyki.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarskiej:** Nie zaobserwowano niepokojących objawów mogących świadczyć o rozwoju zapalenia układu moczowego (swąd, zaczerwienienie cewki moczowej) – problem pielęgnacyjny do dalszej obserwacji.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 16: Obniżony nastrój pacjentki spowodowany hospitalizacją, objawiający się lękiem, oczekiwaniem na wystąpienie objawów bezpośrednio zagrażających życiu, brakiem kontaktu z rodziną.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarskiej:** Poprawa nastroju oraz obniżenie poziomu lęku.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Ocena stanu psychicznego pacjentki z zastosowaniem skali depresji Becka– BDI (chora otrzymała 31/63 pkt, co wskazuje, że badana przejawia ma objawy depresji o umiarkowanym nasileniu) oraz skali AIS (badana uzyskała wynik 20 pkt, co wskazuje na średni poziom akceptacji choroby).
 - Okazanie cierpliwości, opanowania oraz empatii w kontakcie z pacjentką, unikanie pośpiechu podczas opieki i pielęgnacji oraz dokładne objaśnianie podejmowanych działań i czynności w stosunku do pacjentki.
 - Postawa szczerości i zrozumienia dla emocji towarzyszących chorobie, zachowanie kontaktu wzrokowego, pozwalającego na szybkie wychwycenie stanu pacjentki i podjęcia ewentualnych działań.
 - Rozmowa i określenie najważniejszych obaw i trudności w adaptacji chorej do zaistniałej sytuacji chorobowej oraz udzielenie wsparcia poprzez rozmowę telefoniczną z najbliższymi.
 - Uświadomienie najbliższemu faktowi stałej, poprawnej świadomości umysłowej pacjentki i konieczności zapewnienia jej możliwości decydowania i stanowienia o sobie i swoim zdrowiu.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarskiej:** Poziom lęku został obniżony, pacjentka swobodnie rozmawiała na temat swoich obaw i problemów. Relacja pielęgniarka – pacjent została

nawiązana i stanowi podstawę do dalszego budowania zaufania do personelu pielęgniarskiego w odczuciu chorej.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Szpiczak mnogi według danych opublikowanych przez Polską Grupę Szpiczakową, jest w Polsce trzecią chorobą układu limfoidalnego pod względem częstości występowania, stanowiąc 10% ogółu nowotworów w Polsce [4]. Na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów w roku 2018 zanotowano 1583 nowych zachorowań [6]. Ponadto liczba chorych zdiagnozowanych z roku na rok się zwiększa, co jest wynikiem skuteczniejszej diagnostyki oraz większej mediany przeżywalności społeczeństwa. Choroba ta ma charakter wielowymiarowy, wymaga od zespołu interdyscyplinarnego sprawowania kompleksowej opieki i pielęgnacji w wymiarze biopsychospołecznym oraz duchowym.

Celem prezentowanego badania było określenie problemów w opiece, roli oraz zadań personelu pielęgniarskiego nad pacjentem ze zdiagnozowanym szpiczakiem mnogim. Na podstawie przeprowadzonej analizy studium przypadku zaobserwowano, że badana przejawia wielopłaszczyznowe objawy będące wynikiem wieloletniej choroby nowotworowej. Opieka nad pacjentką w głównej mierze skoncentrowana jest na odległych objawach choroby podstawowej, powikłaniach wynikających z braku samoopieki oraz ograniczeń spowodowanych chorobą. Problemy w całościowej opiece i pielęgnacji w przypadku badanej dostosowane są w głównej mierze do indywidualnych potrzeb z uwzględnieniem wieloaspektowych objawów choroby pierwotnej i starszego wieku.

Na podstawie przeprowadzonej analizy zaobserwowano, że chorzy na szpiczaka stanowią wyzwanie w opiece i pielęgnacji z powodu bardzo zmiennego przebiegu klinicznego choroby, nawrotów i remisji, a przede wszystkim w wyniku wielowymiarowych i często nakładających się objawów choroby podstawowej. Liczne i często wtórne objawy wymagają od zespołu pielęgniarskiego ciągłej kontroli, wieloetapowej pielęgnacji wynikającej z unieruchomienia pacjenta stanowiąc jednocześnie istotne problemy w holistycznej opiece pacjentów ze szpiczakiem mnogim. Zastosowane w badaniu skale pozwoliły rozpoznać i zabezpieczyć indywidualne potrzeby pacjentki, mające na celu osiągnięcie możliwie najwyższego poziomu jakości opieki pielęgniarskiej, niwelowanie problemów pielęgnacyjnych oraz poprawę jakości życia badanej. Pielęgniarki/arze w zespole interdyscyplinarnym zajmując się pacjentem ze szpiczakiem mnogim spełniają funkcje opiekuńcze, terapeutyczne, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne, scalają wszystkie etapy leczenia.

Kompleksowość opieki pielęgniarskiej w przypadku badanej pacjentki wyrażała się w przeprowadzaniu szerokich zabiegów specjalistycznych, jak i opiekuńczo – pielęgnacyjnych [24]. Istotną kwestią – zaobserwowaną podczas przedmiotowego badania – w opiece i pielęgnacji realizowanej przez zespół pielęgniarski jest poprawa jakości życia pacjenta poprzez holistyczne podejście do pacjenta głównie w sferze psychicznej. Chorzy na szpiczaka na każdym etapie swojej choroby wymagają ze strony personelu medycznego wsparcia, ciepła, cierpliwości, a przede wszystkim zainteresowania i fachowej opieki co niweluje w efekcie lęk i niepewność, zapewniając poczucie bezpieczeństwa. Badana pacjentka pomimo zaawansowanego stadium choroby nowotworowej była otoczona troskliwą opieką, doświadczyła ciepła i zrozumienia, przez co łatwiej zaakceptowała chorobę i stan fizyczny w jakim obecnie się znajduje. Niezwykle ważną rolę w leczeniu odgrywa wsparcie ze strony najbliższej rodziny, gdyż choroba jest okresem zmagania się z bólem, strachem oraz lękiem przed nadchodzącym końcem życia. Edukacja rodziny odgrywa kluczową rolę w leczeniu szpiczaka mnogiego, ma na celu przygotowanie samoopieki i samopielęgnacji chorego w warunkach domowych. Aktywne uczestniczenie w procesie leczenia, pielęgnacji, towarzyszenie choremu, rodzinie, a przede wszystkim poprawa jakości życia poprzez holistyczne podejście do pacjenta jako podmiotu opieki jest główną rolą i zadaniem personelu pielęgniarskiego [16]. Na podstawie dokonanego studium przypadku z wykorzystaniem technik i narzędzi badawczych, zostały rozpoznane problemy opiekuńcze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne oraz edukacyjne pacjentki ze szpiczakiem mnogim (plazmocyto- wym) co pozwoliło na stworzenie indywidualnego planu opieki oraz ukazaniu holistycznej roli i zadań pielęgniarki.

Na podstawie przeprowadzonego badania sformułowano następujące wnioski, będące odpowiedzią na zadane problemy szczegółowe niniejszego opracowania:

1. W zakresie stanu biopsychospołecznego u badanej występują wielopłaszczyznowe objawy szpiczaka mnogiego (plazmocyto-wego), problemy wieku starszego oraz znaczna niepełnosprawność wynikająca z patomechanizmu choroby pierwotnej będące przyczyną wieloaspektowych problemów i stanowiące wyzwania w holistycznej opiece nad pacjentem ze szpiczakiem. Stan badanej jest odzwierciedleniem licznych, wielonarządowych objawów niewydolności nerek, hiperkalcemii, niedokrwistości z hemoglobiną, małopłytkowości, hipoalbuminemii, hiperbilirubinemii. Ponadto u chorej występuje silny ból kostny w obrębie odcinka lędźwiowego kręgosłupa, miednicy oraz żeber, wynikający z licznych zmian osteolitycznych układu kostnego,

obrzęki dystalnych części ciała, duszność (tachypnoe), objawy dypeptyczne w postaci nudności wymiotów, obniżenie łaknienia, ryzyko niedożywienia, zaparcia, suchość skóry oraz zapalenia błon śluzowych jamy ustnej, potliwość, odleżyna II stopnia.

2. Badana jest niewydolna w zakresie czynności życia codziennego, samoopieki oraz samopielęgnacji. Pacjentka wymaga pomocy w niemal wszystkich aspektach dnia codziennego oraz nadzoru pielęgniarskiego z uwagi na stadium zaawansowania choroby, objawów wynikających z choroby podstawowej oraz objawów wynikających z unieruchomienia i wieku. W sprawowaniu opieki pielęgniarka stosuje model opieki adekwatnie do stanu pacjenta, jego problemów zdrowotnych oraz działań w zakresie czynności dnia codziennego z podtrzymaniem oraz przywróceniem zdolności do wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego.
3. Badana wymaga kompleksowych i holistycznych działań pielęgnacyjno-opiekuńczych wynikających ze znacznej niepełnosprawności i wielopłaszczyznowych objawów. Działania, które można przewidzieć i zaplanować stanowią plan opieki pielęgniarskiej. Z uwagi na nasilenie się objawów, problematykę opieki nad pacjentką z MM, należy w sposób szybki i zdecydowany wdrażać zaplanowane postępowanie pielęgnacyjne. Ciągłe obserwowanie chorej oraz umiejętność różnicowania objawów ułatwiają prowadzenie sumiennego, rzetelnego i dokładnego procesu pielęgnowania.
4. W zakresie działań diagnostyczno-leczniczych u pacjentki wdrożono terapię leczenia objawowego oraz terapię leczenia bólu z zastosowaniem 3-stopniowej drabiny analgetycznej leczenia bólu. Z uwagi na progresję i oporność szpiczaka mnogiego oraz objawy uboczne zaprzestano leczenia przyczynowego cytostatykami.
5. W zakresie działań rehabilitacyjnych z uwagi na konieczność stabilizacji kości w celu profilaktyki patologicznych złamań oraz zabezpieczenia złamań w obrębie kręgosłupa u pacjentki zrezygnowano z gorsetu Jewetta z uwagi na powikłania układu oddechowego, unieruchomienie (brak obciążenia układu ruchu). U badanej w zakresie działań rehabilitacyjnych stosuje się ćwiczenia oddechowe oraz podtrzymanie oraz przywrócenie zdolności do wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego (ADL).
6. Badana w zakresie psychicznym prezentuje wyraźnie obniżony nastrój, lęk i strach przed śmiercią. Wsparcie psychiczne udzielane chorym onkologicznie jest wielowymiarowe, obejmuje nie tylko działania w obrębie instytucji leczniczej, ale również w środowisku życia chorego, w jego sferze rodzinnej oraz społecznej.

7. Pacjenci ze szpiczakiem mnogim stanowią wyzwanie w opiece pielęgniarskiej w warunkach szpitalnych oraz domowych. Zmienny przebieg kliniczny, liczne i często wtórne objawy towarzyszące chorobie wymagają wielospecjalistycznego, holistycznego leczenia oraz współpracy na linii szpital – opieka domowa. Badana wymaga kompleksowych i holistycznych działań pielęgnacyjno-opiekuńczych wynikających z znacznej niepełnosprawności badanej.

PIŚMIENNICTWO:

- 1 Iskierka-Jażdżewska E., Jamroziak K.: Etiologia i patogenеза szpiczaka plazmocytoowego. *Hematologia*, 2015, 6 (3), 245–26.
- 2 Chabior K., Zurzycka P., Repka I., Puto G.: Poczucie niesprawności na szpiczaka mnogiego leczonych na oddziale hematologicznym. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 2019, 2(59), 191–195.
- 3 Czajkowska A., Węglowska J., Cygan K.: Pozaszpiczkowa pierwotnie skórna postać szpiczaka mnogiego. *Przegląd Dermatologiczny*, 2015, 102, 524-527.
- 4 Giannopoulos K., Jamroziak K., Usnarska-Ubkiewicz L., Dytfeld D., Jurczyszczyn A., Walewski J., i wsp.: Zalecenie Polskiej Grupy Szpiczakowej dotyczącej rozpoznanwania i leczenia szpiczaka plazmocytoowego oraz innych dyskrazji plazmocytoowych na rok 2018/2019. *Acta Haematol Pol.*, 2018, 49(4), 157-206.
- 5 Jurczyszczyn A., Skotnicki A.B: Historia odkrycia szpiczaka mnogiego. Epidemiologia, patogenеза, przebieg, kryteria rozpoznania, czynniki prognostyczne i klasyfikacje zaawansowania choroby. [w:] Szpiczak mnogi. Kompleksowa diagnostyka i terapia. A. Jurczyszczyn, A.B. Skotnicki (red.), Kraków, 2010, 1-17.
- 6 Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku. Krajowy Rejest Nowotworów http://onkologia.org.pl/raporty/#tabela_nowotwor [dostęp: 01/03/2021].
- 7 Kraj M.: Gammopatie monoklonalne. [w:] Podstawy hematologii. A. Dmoszyńska, T. Robak (red.), Wydawnictwo Czelej, Wydanie II (poprawione), Lublin, 2008, 305-331.
- 8 McShane C.M., Murray L.J., Landgren O., i wsp.: Prior autoimmune disease and risk of monoclonal gammopathy of undetermined significance and multiple myeloma: a systematic review. w: *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.*, 2014, 23(2), 332-42.
- 9 Piotrkowski J.: Nowotwory układu krwiotwórczego. Szpiczak mnogi. [w:] *Onkologia*.

- Podręcznik dla studentów medycyny. A.Kułakowski, A. Skowrońska- Gardas (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 2014, 211-214.
- 10 Giannopoulos K., Dwilewicz-Trojaczek J., Stompór T., Ligocki P., Stopiński M., Sutkowski M.: Wyzwania wczesnej diagnostyki szpiczaka plazmocytoowego – algorytm diagnostyczny. *Acta Haematologica Polonica*, 2019, 50(3), 121-129.
 - 11 Druzd-Sitek A.: Poradnik. Co warto wiedzieć? Szpiczak plazmocytoowy. Wydawnictwo Primopro, Warszawa, 2017, 9-14.
 - 12 Jurczyszyn A., Małkowski B., Czepiel J., Skotnicki E.B.: Znaczenie technik obrazowych w nowoczesnym leczeniu szpiczaka plazmocytoowego. *Przegląd Lekarski*, 2014, 71(4), 221-230.
 - 13 Lyratzopoulos G., Saunders C.I, Abel GA, i wsp.: The relative length of the patient and the primary care interval in patients with 28 common and rarer cancers. *Br J Cancer*, 2015, 112(Suppl 1), 35-40.
 - 14 Basak G.W., Drozd-Sokołowska J.: Szpiczak plazmocytoowy. [w:] *Hematologia Kompendium*. G.W Basak, J.Dwilewicz-Trojczek, W.W Jędrzejczak (red.): Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 2016, s.136-138.
 - 15 Chmielarczyk-Koszykowska I.: Leczenie paliatywne i przeciwbólne w szpiczaku mnogim [w:] *Szpiczak mnogi. Kompleksowa diagnostyka i terapia*. A. Jurczyszyn, A.B Skotnicki (red.), Wrocław, 2010, 350-358.
 - 16 Nowak J., Ogrodna-Bałda T.: Opieka pielęgniarska nad chorym na szpiczaka mnogiego. [w:] *Szpiczak mnogi. Wybrane zagadnienia, tom II*. A. Jurczyszyn, A.B. Skotnicki (red.), Kraków, 2011, 151-175.
 - 17 Wojnar-Gruszka K.: Specyfika opieki pielęgniarskiej nad pacjentem [w:] *Pielęgniarstwo Hematologiczne*. I. Malinowska-Lipień, S. Fornagiel (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 2016, 113-115.
 - 18 Koper A., Bandoch K.: Rozwój pielęgniarstwa onkologicznego. [w:] *Pielęgniarstwo Onkologiczne*. K.J Koper., A.Koper (red.), Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 2020, 11-15.
 - 19 Zboina B., Ślusarska B.: Opieka pielęgniarska nad pacjentem o niepomyślnym rokowaniu. [w:] *Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo*. B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek (red.), PZWL,, Warszawa, 2011, t. I 801-828.

- 20 Graczyk M., Pyszora A., Krajnik M.: Trudności w opiece paliatywnej u corych z rozpoznany szpiczakiem mnogim. w: *Advances in Palliative Medicine*, 2007, nr 6, s. 137–146.
- 21 Kaptacz A.: Rola pielęgniarki w komórkach organizacyjnych opieki paliatywnej/hospicyjnej. [w:]: Kaptacz A., de Walden - Gałuszko K (red.): *Pielęgniarstwo w Opiece Paliatywnej i Hospicyjnej*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 2005, 25.
- 22 Foley K.M.: The Past and Future of Palliative Care. *Hastings Center Report Special Report* 35. 2005, 6, 42–46.
- 23 Lenartowicz H., Kózka M.: *Metodologia badań w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studiów medycznych*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2010, 86- 108.
- 24 Dymek I.: *Rehabilitacja Onkologiczna*. [w:] *Pielęgniarstwo Onkologiczne*. (red.). K.J Koper, A. Koper, PZWL, Warszawa, 2020, 577 .

CZĘSTOTLIWOŚĆ WYSTĘPOWANIA RAKA TRZONU MACICY U KOBIET Z NIEPRAWIDŁOWYM KRWAWIENIEM Z DRÓG RODNYCH

Dorota Kowalczyk¹, Monika Kozestańska – Oczkowska², Katarzyna Wiśniewska³, Ewa Kulbaka⁴

¹ - *Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*

² - *Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*

³ - *Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Absolwentka Akademii Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi, Wydział Pedagogiki i Psychologii.*

⁴ - *Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Radomska Szkoła Wyższa, Wydziału Nauk o Zdrowiu*

WSTĘP

Rak trzonu macicy – definicja

Rak trzonu macicy (endometrium) jest to nowotwór złośliwy narządu rodnej kobiety, którego występowanie poprzedzone jest nieprawidłowym rozrostem błony śluzowej trzonu macicy. Powstaje z komórek nabłonka gruczołowego w obrębie błony śluzowej macicy [1]. Rak trzonu macicy jest najczęściej występującym i najlepiej rokującym na wyzdrowienie nowotworem złośliwym narządu płciowego kobiety w kategorii przeżyć 5-cio letnich [2].

Epidemiologia i raka trzonu macicy

Zachorowalność kobiet na raka trzonu macicy jest wysoka w Europie, Ameryce Północnej i Południowej, nieco niższa w Afryce i Azji. Udowodniono naukowo, że na częstość umierania kobiet mają wpływ, różnice etniczne i rasowe [3].

Zgodnie z dostępnymi danymi epidemiologicznymi, rak trzonu macicy w skali świata jest drugim po raku szyjki macicy, pod względem częstości występowania nowotworem narządów rodnych [4]. Co roku o zachorowaniu na raka trzonu macicy dowiaduje się 290 000 kobiet, z czego umiera 25,52% kobiet [5]. Szczyt zachorowania na raka trzonu macicy przypada między 55 rokiem życia, a 59 rokiem życia [6]. W krajach dobrze rozwiniętych, zachorowalność na raka trzonu macicy jest na poziomie 13,60%, a śmiertelność na poziomie 2,50% [7]. Natomiast w krajach słabo rozwiniętych zachorowalność na raka trzonu macicy jest na poziomie 3%, a umieralność utrzymuje się na poziomie, aż 11,00% [8].

Kraje europejskie cechują się wyższą zachorowalnością na raka trzonu macicy, ale niższą śmiertelnością np. w Szwecji zachorowalność jest na poziomie 15,30%, a śmiertelność na poziomie 2,60% [9].

W Polsce zachorowalność na raka trzonu macicy, wśród kobiet u których zdiagnozowano złośliwy nowotwór w latach 1980 – 2010 była na poziomie od 2,28% do 1,25%. Odsetek zgonów kobiet w Polsce z powodu raka trzonu macicy wykazywał tendencje malejące w latach 1980 – 2005. W 2010 roku nastąpił wzrost o 1,98% zgonów kobiet z powodu raka trzonu macicy w stosunku do roku 2005 [8].

Na świecie liczba zgonów z powodu raka trzonu macicy w 2008 roku wynosiła 74 005 kobiet, w tym 31 905 zgonów stanowiły kobiety w wieku poniżej 65 roku życia i 42 100 zgonów stanowiły kobiety w wieku 65 lat i więcej [10].

Co roku w Polsce rozpoznawane jest około 3000 nowych przypadków zachorowania na raka trzonu macicy [11]. Pięcioletnie przeżycie jest na poziomie 75% [12]. W przypadku szybkiego wykrycia mało zaawansowanych zmian odsetek pięcioletniego przetrwania kobiet jest na poziomie 90% [11]. Odsetek 5-letnich przeżyć w poszczególnych stopniach histologicznej złośliwości raka trzonu macicy stanowi: 80% 85% - G 1, 74% - 78% - G 2, 50% - 64% - G 3 [12]. Jednak, czym bardziej proces nowotworowy jest zaawansowany, tym całkowite wyleczenie jest trudniejsze, a proces terapeutyczny jest dla kobiety bardziej uciążliwy i zmniejsza jej szansę na dłuższe przeżycie [2].

Objawy kliniczne raka trzonu macicy

Rak trzonu macicy (endometrium) zwykle występuje u kobiet po menopauzie, rzadko występuje u kobiet przed 40 rokiem życia [13]. Objawia się nieprawidłowym krwawieniem z macicy, które może również sugerować zanik błony śluzowej macicy, mięśniaka podśluzówkowego, polip trzonu macicy lub szyjki macicy [2]. Charakter krwawienia w raku trzonu macicy jest ściśle związany z wiekiem kobiety [10].

U młodych kobiet rak trzonu macicy objawia się krwawieniami międzymiesiączkowymi lub występuje w postaci obfitych krwawień miesięczkowych [7]. Wówczas kobiety krwawią ciemną krwią o nieprzyjemnym zapachu. Po zakończonym krwawieniu miesięczkowym może utrzymywać się plamienie surowicze lub jasną krwią [13].

W okresie premenopauzalnym kobiety, pierwszym objawem raka trzonu macicy, są obfite i przedłużające się krwawienia miesięczne, bądź krwawienia międzymiesiączkowe [14].

W okresie menopauzy kobiety, podstawowym objawem raka trzonu macicy jest wystąpienie krwawienia z macicy po co najmniej 6 miesiącach od ostatniej miesiączki [15]. Początkowo

są to krwawienia obfite i ustępują samoistnie. Rzadziej występującym objawem choroby są upławy o charakterze surowiczym i nieprzyjemnym zapachu, niepoddające się leczeniu przeciwzapalnemu [11]. W zaawansowanym stadium choroby, mogą się pojawić upławy krwisto – ropne [16]. Rzadko spotykanym objawem raka trzonu macicy jest ból w podbrzuszu, spowodowany uciskiem lub naciekiem narządów sąsiednich w miednicy mniejszej [17].

Diagnostyka raka trzonu macicy

Najważniejszym czynnikiem prognostycznym u kobiet chorych na raka trzonu macicy jest jak najwcześniejsze wykrywanie zmian nowotworowych w miednicy mniejszej. Najczęściej wykorzystywaną metodą obrazowania i wykrywania zmian w obrębie trzonu macicy, jest ultrasonografia dopochwowa [18].

Ultrasonografia, daje możliwość wczesnego rozpoznania bezobjawowych zmian rozrostowych i raka trzonu macicy, a także pozwala na obserwacje przestrzeni płynowych w jamie macicy. Pozwala również na ocenę błony śluzowej trzonu macicy pod względem grubości, unaczynienia, echogeniczności, granicy z miometrium oraz daje możliwość przewidywania ryzyka wystąpienia i istnienia raka trzonu macicy [19]. U kobiet z rakiem trzonu macicy powstałym bez wcześniejszego rozrostu, bardzo przydatny jest w diagnozowaniu system VOCAL, który przy użyciu ultrasonografii umożliwia ocenę objętości błony śluzowej macicy (norma 13 cm³) [17]. Dodatkowo w diagnostyce jest stosowana ultrasonograficzna ocena przepływów Dopplera w tętnicach macicznych, głównie wskaźników jakościowych i ilościowych tj.: PI, RI i TAMXV [20].

Główną metodą diagnostyczną raka trzonu macicy jest diagnostyczne wyłyżeczkowanie jamy macicy, która daje możliwość pobrania z jamy macicy materiału do badania histopatologicznego [17].

Leczenie raka trzonu macicy

Podstawową przyczyną powstawania rozrostów i raka błony śluzowej macicy jest zwiększona ekspozycja kobiety na estrogeny [9]. Postępowanie terapeutyczne w rozrostach błony śluzowej macicy jest uzależnione od wielu czynników np.: wieku i planów rozrodczych kobiety, stanu ogólnego, występowania atypii komórkowej. Rozrost błony śluzowej macicy jest rozpoznawany na podstawie badania histopatologicznego i klasyfikowany na podstawie oceny budowy gruczołów oraz zmian w jądrze komórkowym [21]. Przebieg leczenia raka błony śluzowej macicy jest uzależnione od stopnia zaawansowania choroby.

W leczeniu raka trzonu macicy zastosowane są następujące metody:

- **chirurgiczna** -usunięcie guza z marginesem tkanek zdrowych [22]. Rozległość zabiegu chirurgicznego i dalsze postępowanie terapeutyczne, jest uzależniona od stopnia zaawansowania choroby [23]. W przypadkach, gdy leczenie operacyjne nie jest wystarczające, wówczas chore kobiety kwalifikowane są do leczenia skojarzonego z zastosowaniem radioterapii (teleterapii i brachyterapii) oraz chemioterapii [14].
- **radioterapia** - jest metodą leczenia raka trzonu macicy po leczeniu chirurgicznym I stadium raka i zmniejsza częstość nawrotu choroby z 14% do 10%, ale nie wpływa na długość okresu przeżycia [2]. Obejmuje dwa sposoby napromieniowania: teleradioterapię i brachyterapię
- **chemioterapia**- jest metodą leczenia nowotworów złośliwych w tym raka błony śluzowej trzonu macicy, jako leczenie adjuwantowe w stadium choroby III i IV, po zabiegu chirurgicznym [8]. Polega na podawaniu drogą dożylną w kroplówce leków cytostatycznych. Chemoterapia jest podawana w 6 cyklach w odstępach 3 – 4 tygodni [11]. Rodzaje chemioterapii to: indukcyjna, adjuwantowa, synchroniczna, dokanałowa, dojamowa,
- **hormonalna terapię zastępczą** stosowana u kobiet, u których wystąpiły po operacji chirurgicznej uciążliwe objawy wypadowe i stwierdzono u nich wysoko zaawansowane stadium choroby [20].

Żadna z metod leczenia raka trzonu macicy w tak zaawansowanym etapie choroby nie wydłuża w sposób istotny przeżycia chorych kobiet [24].

Zapobieganie występowania raka trzonu macicy

Najskuteczniejszą metodą profilaktyki tego nowotworu jest regularne poddawaniu się badaniu ginekologicznemu. Nie można lekceważyć żadnych dodatkowych krwawień z narządów rodnych zarówno w okresie płodnym jak i po przekwitaniu. Istnieje szereg schorzeń ginekologicznych , których objawem jest krwawienie, jednak zawsze lepiej upewnić się co jest jego przyczyną. Choć nie udowodniono dotychczas skuteczności badań profilaktycznych dla raka endometrium, regularne wizyty u ginekologa oraz badanie USG przez pochwe pomagają rozpoznać wczesne stadium raka lub rozrost endometrium. Należy również pamiętać, że na zwiększenie ryzyka rozwoju raka endometrium wpływają: otyłość, cukrzyca, niepłodność i zaburzenia owulacji, leczenie niepłodności, długotrwałe stosowanie estrogenów bez dodatku gestagenu, stosowanie tamoksifenu po leczeniu raka piersi, brak potomstwa oraz występowanie zespołów wrodzonej predyspozycji.

Przed rakiem endometrium chronią: duża aktywność ruchowa, odpowiednia dieta i doustna tabletki antykoncepcyjna lub wkładka wewnątrzmaciczna [25, 26].

Rola pielęgniarki w profilaktyce raka trzonu macicy

W kształtowaniu świadomości kobiet i szeroko pojętej profilaktyce chorób nowotworowych narządu rodowego niezwykle ważna jest rola pielęgniarki. Jej zadaniem jest motywowanie kobiet do działań na rzecz własnego zdrowia, oraz pokazywanie podstawowych danych na temat nowotworów. Niezmiernie ważna jest świadomość kobiet o tym, że najważniejsza jest profilaktyka, która polega na corocznym badaniu ginekologicznym. Działania profilaktyczne pielęgniarka powinna prowadzić we współpracy z lekarzem poprzez różne formy. Pierwszą z nich jest profilaktyka pierwotna. Jest to zespół przedsięwzięć mających na celu obniżenie częstości zachorowań, poprzez zmniejszenie ryzyka powstania choroby. Głównym jej celem jest motywowanie do podejmowania decyzji w sprawie stylu życia, gdy jeszcze nie występują żadne symptomy choroby. Dlatego konieczne jest uświadomienie kobietom, że osobisty wybór dotyczący zdrowia ma bardzo duże znaczenie, należy więc unikać narażania się na czynniki ryzyka, które mogą prowadzić do rozwoju choroby nowotworowej.

Pielęgniarka swoim zachowaniem i postępowaniem powinna zdobyć zaufanie kobiety już podczas pierwszego spotkania. Działania edukacyjne powinny zmierzać do przekonania pacjentki do badań profilaktycznych. Celem tych działań powinno być uświadomienie każdej kobiecie, że:

- prawdopodobieństwo rozwoju nowotworu układu rozrodczego minimalizuje wyeliminowanie czynników ryzyka tej choroby z życia codziennego
- nowotwory układu rozrodczego rozwijają się najczęściej bezobjawowo
- medycyna dysponuje metodami tych nowotworów zanim staną się one groźne dla zdrowia
- system ochrony zdrowia umożliwia każdej kobiecie okresową kontrolę.

Drugą formą zapobiegania jest profilaktyka wtórna, czyli wczesne wykrywanie chorób.

Odnosi się ona do przedsięwzięć mających na celu wykrywanie i leczenie stanów przedrakowych i wczesnych postaci raka. Działania pielęgniarki w profilaktyce chorób nowotworowych narządu rodowego powinny zmierzać do kształtowania pozytywnych postaw kobiet wobec badań profilaktycznych, oraz eliminowania lęku przed wykryciem niepożądanego stanu zdrowia. Niepokój, obawa i stres wynikają najczęściej z niewiedzy,

zagubienia i poczucia niepewności. Kobieta mająca wiedzę na temat swojego organizmu, oraz świadomość zagrożenia będzie z pewnością respektowała zachowania prozdrowotne, mając świadomość, że unikanie nieszczęścia zależy w dużej mierze od niej samej.

CEL PRACY

Celem pracy była ocena częstości występowania raka trzonu macicy u kobiet z nieprawidłowym krwawieniem z dróg rodnych hospitalizowanych na oddziale ginekologii w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym im. dra Tytusa Chałubińskiego w latach 2014 - 2016. Dążąc do realizacji celu badania zawartego w pracy, postawiono następujące problemy:

Problem główny:

Jaka była częstość występowania raka trzonu macicy u kobiet z nieprawidłowym krwawieniem z dróg rodnych hospitalizowanych na oddziale ginekologii w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym im. dra Tytusa Chałubińskiego w latach 2014-2016?

Problemy szczegółowe:

1. Czy istnieje związek między zachorowaniem kobiet na raka trzonu macicy, a miejscem zamieszkania?
2. Czy wiek kobiet wpływa na zachorowanie na raka trzonu macicy?
3. Jakie choroby współistniejące mają wpływ na zachorowanie kobiet na raka trzonu macicy?
4. Czy istnieje związek między nieprawidłowym krwawieniem z dróg rodnych u kobiet, a zachorowaniem na raka trzonu macicy?

MATERIAŁ I METODYKA

Na podstawie zebranego materiału statystycznego i zastosowaniu narzędzi badawczych, przeprowadzono badanie statystyczne zmierzające do udzielenia odpowiedzi na postawiony w pracy problem główny i problemy szczegółowe.

Do analizy danych statystycznych i obliczeń zastosowano program komputerowy Statistica 12. Do analizy statystycznej badanego zjawiska w pracy zastosowano miarę położenia klasycznego: średnią arytmetyczną, miary klasyczne zróżnicowania badanego zjawiska: odchylenie standardowe, współczynnik zmienności (V), współczynnik korelacji liniowej Pearsona (r). Ustalono poziom istotności testu zależności liniowej R –Pearsona $p \leq 0,05$.

W pierwszej części badań własnych przedstawiono dane statystyczne otrzymane z działu statystyki RSZS, dotyczące kobiet z nieprawidłowym krwawieniem z dróg rodnych hospitalizowanych na oddziale ginekologii w latach 2014 – 2016. Dane statystyczne

dotyczyły: miejsca zamieszkania kobiet, liczby: wykonanych zabiegów diagnostycznych wyłyżeczkowania jamy macicy i histeroskopii, występowania wyników badania histopatologicznego wymagających dalszego diagnozowania kobiet, zdiagnozowanego raka trzonu macicy, wieku kobiet z rakiem trzonu macicy i występowania chorób współistniejących u tych kobiet.

Zebrany i pogrupowany materiał badawczy, przedstawiono w postaci wskaźnika struktury. Obliczono minimum, maksimum, odchylenie standardowe, współczynnik zróżnicowania. Określono istotność statystyczną analizowanych danych.

W kolejnym etapie przeprowadzonych badań własnych, zbadano zależność zmiennych przy pomocy testu R –Pearsona $p \leq 0,05$. Otrzymane wyniki analizy statystycznej zinterpretowano zgodnie z zasadami oraz przedstawiono wnioski.

WYNIKI

Charakterystyka grupy badanej

W pracy badaniem objęto kobiety z nieprawidłowym krwawieniem z dróg rodnych, hospitalizowane na oddziale Ginekologii w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym im. dra Tytusa Chałubińskiego w latach 2014-2016. Badanie przeprowadzono na podstawie danych statystycznych dotyczących lat 2014-2016, udostępnionych przez dział statystyki Radomskiego Szpitala Specjalistycznego im. dra Tytusa Chałubińskiego.

Analiza statystyczna wykazała, że największy odsetek hospitalizowanych kobiet na oddziale ginekologii w RSZS stwierdzono w 2016 roku. Stanowił on 957 kobiet.

Kobiety z nieprawidłowym krwawieniem z dróg rodnych wykazywały małe zróżnicowanie ($V=16,91\%$), istotne statystycznie ($V > 10\%$).

Analiza statystyczna wskaźnika struktury wykazała, że najwyższy odsetek kobiet hospitalizowanych w RSZS z powodu nieprawidłowego krwawienia z dróg rodnych mieszkała w mieście i stanowiła 72,67% w 2014 roku, a na wsi stanowił 47,57% w 2015 roku. Kobiety z nieprawidłowym krwawieniem z dróg rodnych mieszkające w mieście i na wsi wykazywały małe zróżnicowanie ($V= 16,11\%$) istotne statystycznie ($V > 10\%$).

Analiza struktury wykazała, że największy odsetek diagnostycznego wyłyżeczkowania jamy macicy w latach 2014 – 2016 na oddziale ginekologii był w 2014 roku i stanowił on 93,79% wszystkich wykonanych zabiegów diagnostycznych.

Z analizy wynika, że diagnostyczne wyłyżeczkowanie jamy macicy w latach 2014 – 2016 w RSZS, wykazywało małe zróżnicowanie ($V=14,05\%$) istotne statystycznie ($V>10\%$).

W latach 2014 – 2016 na oddziale Ginekologii w RSZS, wykonano najwięcej histeroskopii w 2016 roku (13,06%). Analiza wykazała, że zastosowanie histeroskopii na oddziale ginekologii w RSZS w latach 2014 – 2016 wykazywało duże zróżnicowanie ($V=57,80\%$) istotne statystycznie ($V > 10\%$).

Analiza struktury wyników wymagających dalszego diagnozowania kobiet, wykazała że najwyższy ich odsetek w latach 2014 – 2016 był w 2016 roku i stanowił 24,03%.

Z analizy, wynika że wyniki badania histopatologicznego w RSZS w latach 2014– 2016, wymagających dalszego diagnozowania kobiet wykazywały duże zróżnicowanie ($V=41,53\%$) istotne statystycznie ($V > 10\%$).

Analiza struktury wykazała, że na oddziale ginekologii w RSZS w latach 2014 – 2016 odsetek zdiagnozowanego raka trzonu macicy wśród kobiet wymagających dalszego diagnozowania był najwyższy w 2016 roku i stanowił 8,15%.

Z analizy statystycznej, wynika że kobiety z rakiem trzonu macicy wykazywały przeciętne zróżnicowanie ($V= 33,60\%$) istotne statystycznie ($V > 10\%$).

Wśród kobiet z nieprawidłowymi wynikami badania histopatologicznego wymagającego dalszego diagnozowania kobiet, u 169 kobiet w latach 2014 – 2016, stwierdzono raka trzonu macicy.

Analiza struktury wieku kobiet, wykazała że największą grupą wiekową kobiet z rakiem trzonu macicy w latach 2014 – 2016 była grupa wiekowa 60-69 lat. Stanowiła w 2014 roku 35,41% wszystkich kobiet z rakiem trzonu macicy. Analiza statystyczna wykazała, że grupy wiekowe wykazywały duże dodatnie zróżnicowanie istotne statystycznie ($V > 10\%$). Analiza wykazała, że kobiety z rakiem trzonu macicy, chorowały głównie na nadciśnienie tętnicze krwi (21,79%) i cukrzycę (20,93%). Analiza statystyczna wykazała, że mięśniaki i nadciśnienie tętnicze krwi, wykazywały duże dodatnie zróżnicowanie istotne statystycznie ($V > 10\%$). (Tabela nr 1).

Tabela nr 1. Wartości statystyk położenia i zróżnicowania, chorób współistniejących u kobiet z rakiem trzonu macicy w RSZS w latach 2014 – 2016.

Choroby	N Min.	Mini. %	Średnia aryt.	N Maks.	Maks. %	Odchylenie standardowe	Współczynnik zmienności %
Otyłość	3	3,85	3,00	4	8,33	1,00	33,33
Mięśniaki	2	4,16	4,67	9	11,54	3,79	81,13
Nadciśnienie	5	11,63	9,33	17	21,79	6,66	71,34
Cukrzyca	11	14,10	9,33	9	20,93	1,53	16,37

Źródło: opracowanie własne.

Analiza jakościowo – ilościowa badanej grupy

Korelacja nieprawidłowych krwawień z dróg rodnych u kobiet hospitalizowanych w RSZS, a wynikami badania histopatologicznego wymagające dalszego diagnozowania kobiet wykazała dość silną dodatnią zależność ($R = 0,72$) nieistotną statystycznie ($p \leq 0,05$).

Z analizy korelacji nieprawidłowych krwawień z dróg rodnych u kobiet w RSZS w latach 2014 – 2016, a zdiagnozowanym rakiem trzonu macicy, istnieje dość silna dodatnia zależność ($R=0,89$), nieistotną statystycznie ($p \leq 0,05$).

Analiza korelacji związku pomiędzy występowaniem raka trzonu macicy, a metodami diagnostycznymi, wykazała że istnieje bardzo silna dodatnia zależność ($R= 0,90$, $R=0,96$) nieistotna statystycznie ($p \leq 0,05$).

Analiza korelacji, wykazała że między zachorowaniem kobiet na raka trzonu macicy, a miejscem zamieszkania istnieje bardzo silna dodatnia zależność ($R=0,99$, $R=98$) nieistotna statystycznie($p \leq 0,05$).

Korelacja wykazała, że istnieje bardzo silna dodatnia zależność istotna statystycznie ($p < 0,01$) między zachorowaniem na raka trzonu macicy, a wiekiem kobiet ($R=0,99$).

(Tabela nr 2)

Tabela nr 2. Ocena związku między zdiagnozowanym rakiem trzonu macicy w RSZS w latach 2014 – 2016, a wiekiem kobiet.

Składniki analizy	Analiza statystyczna	
	R	p
Wiek	0,99	0,00

test R –Pearsona $p \leq 0,01$ Źródło: opracowanie własne.

Korelacja wykazała, że istnieje bardzo silna dodatnia zależność nieistotna statystycznie ($p < 0,01$) między występowaniem raka trzonu macicy u kobiet, a mięśniakami macicy ($R=0,97$), nadciśnieniem tętniczym krwi ($R=0,99$) i cukrzycą ($R=0,89$). (Tabela nr 3)

Tabela nr 3. Ocena związku między występowaniem raka trzonu macicy w RSZS w latach 2014 – 2016, a chorobami współistniejącymi u kobiet.

Składniki analizy	Analiza statystyczna	
	R	P
Otyłość	0,13	0,92
Mięśniaki trzonu macicy	0,97	0,16
Nadciśnienie tętnicze krwi	0,99	0,06
Cukrzyca typ II	0,89	0,30

test R –Pearsona $p \leq 0,01$ Źródło: opracowanie własne.

DYSKUSJA

Rak błony śluzowej macicy zajmuje w Polsce czwarte miejsce pod względem zachorowalności kobiet na nowotwory złośliwe i drugie miejsce pod względem występowania nowotworów żeńskich narządów płciowych po raku szyjki macicy [14]. Wywodzi się z błony śluzowej macicy i w 75% jest to rak gruczołowy [27]. 17% zachorowań stanowią gruczolakoraki. 15% kobiet ma rozpoznanego raka gruczołowo – płaskonabłonkowego, w którym oba typy komórek są złośliwe [3]. 3% stanowią raki jasnokomórkowe i 1% rak brodawczakowy. Innym rakiem trzonu macicy jest mięsak [24]

Rak trzonu macicy charakteryzuje się małą umieralnością, ze względu na możliwość wykrycia we wczesnym stadium rozwoju choroby [14]. Dotyczy w większości przypadków kobiet będących po menopauzie [4]. Przyczyną zachorowania kobiety na ten typ nowotworu jest nieprawidłowy rozrost błony śluzowej macicy z powodu nadmiaru estrogenów produkowanych przez organizm kobiety, bądź dostarczanych w postaci tabletek z hormonami [19]. Około 10% – 15% kobiet będących przed menopauzą ma cykle bezowulacyjne, które przyczyniają się do zachorowania kobiety na raka błony śluzowej macicy [11]. Wynika to z tego, że podczas fizjologicznego cyklu miesięczkowego następuje czasowe obniżenie stężenia estrogenów, a zwiększenie stężenia progesteronu i dochodzi do ponownego wzrostu poziomu estrogenów [1]. Natomiast w cyklach miesięczkowych bezowulacyjnych, poziom stężenia estrogenów w organizmie jest na stałym wysokim poziomie i stanowi czynnik ryzyka rozwoju raka błony śluzowej macicy [21].

Zgodnie z piśmiennictwem J. Markowskiej, G. Bręborowicza, największa zachorowalność kobiet na raka trzonu macicy przypada na przedział wiekowy 55 – 70 lat, co potwierdziło się w przeprowadzonych badaniach [27, 23]. Na raka trzonu macicy częściej

chorują kobiety, które nigdy nie rodziły, z dużą nadwagą i cukrzycą, bądź mieszkające w krajach gospodarczo rozwiniętych [28]. W badaniach własnych 82% kobiet chorych na raka trzonu macicy mieszkało w mieście, a tylko 18% kobiet mieszkało na wsi.

K. Bratos w przeprowadzonych badaniach wykazała, że zachorowanie na raka trzonu macicy jest spowodowane tzw. czynnikami środowiskowymi, na które składa się dieta, aktywność fizyczna kobiet, spożywane używki, opalanie się, aktywność seksualna, zanieczyszczenie środowiska i zagrożenia zawodowe [27]. Autorka uważa, że zachodni styl życia kobiet większe ryzyko zachorowania na raka trzonu macicy. Kraje wysoko rozwinięte mają największą zachorowalność na świecie, co częściowo można wytłumaczyć większymi możliwościami diagnostycznymi raka trzonu macicy, jednakże głównymi czynnikami zachorowania na raka trzonu macicy jest wpływ środowiska i styl życia kobiety [27].

Każda kobieta w okresie menopauzy, która zaobserwuje u siebie wystąpienie nieprawidłowego krwawienia z dróg rodnych, powinna w trybie natychmiastowym zgłosić się do lekarza ginekologa, w celu wdrożenia leczenia diagnostyczno - terapeutycznego przy pomocy badania USG narządu rodneho, diagnostycznego wyłyżeczki jamy macicy i histeroskopii [29]. Wdrożone w postępowanie diagnostyczne różne dostępne metody mają na uwadze wykluczenie występowania raka trzonu macicy, który w obecnym stanie wiedzy medycznej i technicznej nie musi oznaczać wyrok śmierci dla chorej kobiety [3].

B. Grześ podkreśla, że wraz z wydłużeniem życia kobiet z rakiem trzonu macicy i podniesieniem poziomu jakości życia i prewencji, diagnostyka i leczenie chorych kobiet nabiera szczegółowego znaczenia [30]. Podstawowym badaniem diagnostycznym stosowanym u kobiet z nieprawidłowym krwawieniem z dróg rodnych jest diagnostyczne wyłyżeczki jamy macicy i badanie histopatologiczne [19]. W RSZS na oddziale Ginekologii, diagnostyczne wyłyżeczki jamy macicy zastosowano u 91,22% kobiet z nieprawidłowym krwawieniem z dróg, a 8,78% kobiet zakwalifikowano do histeroskopii.

W przeprowadzonej analizie, zastosowanie diagnostycznego wyłyżeczki jamy macicy w diagnozowaniu kobiet z nieprawidłowym krwawieniem z dróg rodnych przyczyniło się do wykrycia choroby u tylko 72% kobiet, w porównaniu z zastosowaniem histeroskopia, gdzie wykrywalność raka trzonu macicy była na poziomie 96%. Według Kaźmierczaka, dokładana wstępna kwalifikacja kobiet z nieprawidłowym krwawieniem z dróg rodnych obniża koszty diagnostyki onkologicznej związanej z zastosowaniem metod inwazyjnych i poprawia samopoczucie kobiety [5]. Rak trzonu macicy zwykle jest rozpoznawany we wczesnym stadium zaawansowania choroby i wiąże się z dobrym rokowaniem dla chorej. Zabieg operacyjny jest podstawową metodą leczenia raka trzonu macicy o zaawansowaniu

miejscowo – regionalnym [20]. Operacja jest obarczona wystąpieniem powikłań tj.: zator w kończynach dolnych, zakażenie, uszkodzenie pęcherza moczowego, moczowodu, bądź odbytnicy, co może przyczynić się do powstania przetok [31].

Po zabiegu operacyjnym u kobiet z podwyższonym ryzykiem zachorowania na chorobę nowotworową najczęściej stosowana jest radioterapia, jako forma leczenia adjuwantowego. W pierwszym stadium rozwoju choroby I i II, radioterapia zmniejsza częstość nawrotu choroby o około 10% - 14% [11]. Po 2 lub 6 tygodniach od zabiegu operacyjnego stosowane jest napromieniowanie, które obejmuje całą miednicę i górną część pochwy. Dawka całkowita radioterapii na 5 dni wynosi 4000 – 5000 centygrejów [32].

Znanych jest wiele czynników zwiększających ryzyko zachorowania na nowotwory złośliwe kobiece. Zalecenia profilaktyczne ujęte są w Europejskim Kodeksie Walki z Rakami są zgodne z zaleceniami Narodowego Instytutu Raka w Stanach Zjednoczonych [31]. Dotyczą one zaprzestania palenia tytoniu, wystrzegania się otyłości, uprawiania ćwiczeń fizycznych i aktywności ruchowej, spożywania dużej ilości warzyw i owoców, ograniczenia spożywania soli, produktów bogatych w tłuszcze zwierzęce, alkoholu, kawy, unikania nadmiernej ekspozycji na promieniowanie słoneczne, ochrony przed czynnikami rakotwórczymi, uczestniczenia w programach szczepień ochronnych oraz w programach badań przesiewowych [15]. Niektóre czynniki ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe kobiece mogą być wyeliminowane, bądź ograniczone poprzez propagowanie zachowań prozdrowotnych w zakresie diety, aktywności fizycznej, wykonywania badań kontrolnych i przesiewowych, przyjmowania hormonów [15]. Należy również pamiętać, że niektóre działania profilaktyczne, takie jak chemoprewencja, czy też chirurgiczne zabiegi profilaktyczne, obarczone są ryzykiem skutków ubocznych [6]. Istotne znaczenie w profilaktyce występowania nowotworów złośliwych kobiet ma edukacja dotycząca czynników zachorowania i możliwości profilaktyki. Wiedzę tę powinni posiadać zarówno decydenci i pracownicy służby zdrowia, jak i całe społeczeństwo [33].

Większość zachorowań kobiet na raka trzonu macicy wykazuje związek z czynnikami endogenno – konstytucjonalnymi tj.: otyłość, cukrzyca i nadciśnienie tętnicze krwi tzw. triada X [34]. W przeprowadzonych badaniach wykazano bardzo silny dodatni związek nieistotny statystycznie ($p < 0,05$) między zachorowaniem kobiet na raka trzonu macicy a występowaniem u chorych nadciśnienia tętniczego krwi, cukrzycy i mięśniaków trzonu macicy. Nie wykazano związku pomiędzy zachorowaniem kobiet na raka trzonu macicy a otyłością. A. Sobczuk i wsp. na podstawie przeprowadzonych badań przedstawili hipotezę, że nadciśnienie tętnicze krwi nie jest samodzielnym niezależnym czynnikiem ryzyka

zachorowania kobiet na raka trzonu macicy, tylko jest to choroba która współistnieje z innymi chorobami i może potęgować ich kancerogeny wpływ na błonę śluzową macicy [12]. Soler i wsp. twierdzą, że nadciśnienie tętnicze krwi wpływa na wystąpienie ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe tj.: trzonu macicy, jajnika, sutka i tarczycy [35]. Natomiast K. Bratos i wsp. uważają, że zachorowanie kobiety na raka trzonu macicy z wystąpieniem choroby współistniejącą nadciśnieniem tętniczym krwi, pogarsza rokowanie i zmniejsza odsetek 5 – letniego przeżycia kobiety o 10% - 30% [27].

Cukrzyca jest zaliczana do chorób cywilizacyjnych, ponieważ choruje na nią około 6,4% populacji w wieku 20 – 79 lat. Cukrzyca przyczynia się do rozrostu błony śluzowej macicy i zachorowania na raka trzonu macicy [8, 24]. Patomechanizm wpływu cukrzycy na wzrost zachorowania kobiet na raka trzonu macicy nie został jeszcze dokładnie poznany. Badania przeprowadzone przez A. Sobczuk dowodzą, że pewne znaczenie może mieć podwyższone stężenie estriolu i hiperinsulinomia [12]. Parazzini i wsp. uważają, że wzrasta ryzyko zachorowania kobiet na raka trzonu macicy u których zdiagnozowano cukrzycę przed 40 rokiem życia [17]. S. Łapińska – Szumczyk i J. Emerich potwierdza wzrost ryzyka zachorowania na raka trzonu macicy kobiet z cukrzycą i otyłością powyżej BMI 27,4. E. Salazar – Martinez wsp. – ryzyko to rośnie 3,6 krotnie [1]. E. Fiberg i wsp. wykazali zależność zachorowania kobiet na raka trzonu macicy, a ich otyłością, zachorowaniem na cukrzycę i aktywnością fizyczną [24]. Redukcja BMI poprzez racjonalną dietę, zwiększona aktywność fizyczną, leczenie cukrzycy i nadciśnienia tętniczego krwi u kobiet, będących w okresie około menopauzalnym i pomenopauzalnym, ma kluczowe znaczenie w profilaktyce pierwotnej ryzyka zachorowania na raka trzonu macicy [36].

U kobiet chorych na raka trzonu macicy bardzo ważna jest jakość życia chorych kobiet, na które składa się kilka elementów tj.: stan somatyczny i samopoczucie psychiczne, relacje społeczne, sprawność fizyczna relacje wewnątrzrodzinne i przyjacielskie, warunki ekonomiczne, komunikacja rodzinna oraz edukacja [22]. Według M. Skrzypek rak trzonu macicy jest destruktoorem statusu i pozycji socjoekonomicznej chorej kobiety [28].

Na podstawie przeprowadzonych badań własnych i wyników analizy statystycznej, stwierdzono dodatni dość silny istotny statystycznie związek pomiędzy nieprawidłowym krwawieniem z dróg rodnych, a zachorowaniem kobiet na raka trzonu macicy. Według M. Sobstyl krwawienie z dróg rodnych u kobiet, może być pierwszym objawem patologii błony śluzowej macicy, a w połączeniu z wiekiem i chorobami współistniejącymi wzrasta ryzyko zachorowania kobiety na raka trzonu macicy [10].

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań można wysunąć następujące wnioski:

1. Miejsce zamieszkania ma istotny wpływ na zachorowanie kobiet na raka trzonu macicy. Większość kobiet z rakiem trzonu macicy mieszkało w mieście.
2. Istnieje bardzo silna dodatnia zależność istotna statystycznie, między zachorowaniem na raka trzonu macicy, a wiekiem kobiet 60 – 69 lat.
3. Na zachorowanie na raka trzonu macicy, najbardziej narażone są kobiety chore na: nadciśnienie tętnicze krwi i cukrzycę.
4. Między nieprawidłowym krwawieniem z dróg rodnych u kobiet a zdiagnozowanym rakiem trzonu macicy, istnieje dość silna dodatnia zależność nieistotną statystycznie.
5. Średnio, co 15 kobieta z nieprawidłowym krwawieniem z dróg rodnych, miała zdiagnozowanego w RSZS raka trzonu macicy

PIŚMIENNICTWO:

1. Łapińska – Szumczyk S., Emerlich I.: Otyłość, nadciśnienie tętnicze i cukrzyca, a rak błony śluzowej trzonu macicy. Ginekologia Polska, 2012, 74, 274-81.
2. Krzakowski M., Potemski P., Warzocha K., Wysocki P.: Onkologia kliniczna. Wydawnictwo Via Medica. Gdańsk 2015, 283.
3. Holland C.: Rak endometrium. Położnictwo – Ginekologia. Medycyna Rozrodu, 2011, 5(1), 35-43.
4. Banaszewska B., Basta A., Borowski D.: Położnictwo i ginekologia. T. II. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, 326 – 328.
5. Kaźmierczak W.: Rak endometrium. Ginekologia Praktyczna, 2010, 12, 13-16.
6. Blecharz P.: Rak endometrium. Onkologia Polska, 2010, 31(4), 33-35.
7. Łukaszek S.: Rozrosty błony śluzowej trzonu macicy w okresie okołomenopauzalnym i pomenopauzalnym. Przegląd Menopauz, 2010, 2, 6-11.
8. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów. Ministerstwo Zdrowia.
9. Skrzypczak J., Szczepańska M.: Hormonalna terapia zastępcza u kobiet po menopauzie. Służba Zdrowia, 2010, 1, 84-87 .
10. Sobstyl M., Tkaczuk Włach J., Jakiel G.: Krwawienia z dróg rodnych w okresie pomenopauzalny. Przegląd Menopauzalny, 2010, 5, 349-352.

11. Mroczek M.: Rak endometrium. Medycyna Praktyczna, 2013, 32(3), 54-58.
12. Sobczuk A., Wrona M., Sobotkowski J., Szymczak W., Pertyński T.: Otyłość, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze a ryzyko raka błony śluzowej trzonu macicy. Przegląd Menopauzalny, 2012, 4, 295-301.
13. Bręborowicz G.: Ginekologia. T. II. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, 286-294.
14. Bieńkiewicz J., Romanowicz – Makłowska H., Malinowski A.: Rak endometrium. Przegląd menopauzalny, 2012, 6, 490-494.
15. Urbański K.: Rak trzonu macicy. Zalecenia European Society for Medical Oncology (ESMO) z 2010 r. Medycyna Praktyczna – Onkologia, 2011, 21(5), 41-45.
16. Spiewakiewicz R., Stelmachów J., Sawicki W.: Hysteroscopy with selective endometrial sampling after unsuccessful dilatation and curettage in diagnosis of symptomatic endometrial cancer and endometrial hyperplasias. European Journal Gynaecological Oncology, 2011, 16, 26-29.
17. Parazzini F., La Vecchia C., Negri E. et al.: Reproductive factors and risk of endometrial cancer. International Journal of Cancer, 2009, 76, 784-790.
18. Czekerowski A., Sikorski M., Józefczak M.: Analiza przepływu krwi wokół pomenopauzalnego endometrium. Ginekologia Polska, 2013, 68, 391- 396.
19. Gryziak M.: Strategia postępowania w menopauzie. Medycyna Praktyczna – Onkologia, 2012,15(4), 35-40.
20. Serkies K., Pawłowska E., Jassem J.: Pooperacyjne leczenie raka trzonu macicy. Onkologia w Praktyce Klinicznej, 2012, 10(2), 34-37.
21. Obrębowska A., Sajdak S.: Zmiany rozrostowe endometrium. Współczesna Onkologia, 2011, 3,111-3.
22. Kietlińska Z.: Postępowanie medyczne w raku endometrium. Ginekologia Praktyczna, 2003, 11, 1, 14-16.
23. Markowska J.: Ginekologia onkologiczna. T. II. Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2012,172.
24. Friberg E., Bembnista M., Nowakowski B.: Ocena ryzyka powstania raka błony śluzowej macicy u kobiet z cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym i otyłością hospitalizowanych z powodu patologicznych krwawień z macicy w wieku około – i pomenopauzalnym., Ginekologia Polska, 2011, 68, 361-370.
25. Govan A.D.T. Ginekologia Ilustrowana. Libramed. Kraków 2005, 263 – 270 .
26. Markowska J.: Rak błony śluzowej trzonu macicy. Springer PWN 2000, 141-150.

27. Bratos K., Roszak A., Cikowska – Woźniak E.: Analiza czynników epidemiologicznych u chorych z rakiem błony śluzowej trzonu macicy leczonych w Wielkopolskim Centrum, Onkologii. *Ginekologia Polska*, 2010, 76, 945 -950.
28. Sobczuk A., Wrona M., Sobotkowski J.: Czynniki reprodukcyjne, profil miesiączkowania, a ryzyko raka błony śluzowej trzonu macicy. *Przegląd Menopauzalny*, 2012, 4, 295-301.
29. Wyględowski J., Śpiewankiewicz B., Osuch B., Stelmachów J.: Znaczenie histeroskopii w ocenie jamy macicy. *Ginekologia Praktyczna*, 2012, 11(3), 2-4.
30. Grześ B., Heimrath J., Sozański L. Nadciśnienie tętnicze, cukrzyca i otyłość, jako czynniki wysokiego ryzyka w patogenezie raka błony śluzowej trzonu macicy. *Onkologia Polska*, 2010, 4, 175-180.
31. Europejski Kodeks Walki z Rakiem 2012. Ministerstwo Zdrowia.
32. Deptała A., Magoś M., Krajnik M., Wasiutyński A.: *Onkologia w praktyce*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2015, 315 – 320.
33. Stanosz S., Goertz J.: Zachowawcze postępowania w leczeniu raka błony śluzowej macicy. *Ginekologia Praktyczna*, 2011, 3, 25-28.
34. Opala T., Rabiega D.: Hormonalna terapia zastępcza, a nowotwory trzonu macicy. *Przegląd Menopauzalny*, 2009, 1, 23-26.
35. Soler M., Chatenoud L., Negri E.: Nadciśnienie i nowotwory związane z hormonami u kobiet. *Przegląd Menopauzalny*, 2009, 2, 98-101.
36. Skrzypek M. *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej*. Wydawnictwo KUL. Lublin 2011.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTKĄ PO MASTEKTOMII NA PODSTAWIE STUDIUM PRZYPADKU

Sierżantowicz Regina¹, Olszewska Magdalena²

¹ - *Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

² - *Absolwentka studiów I stopnia, kierunek Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

WSTĘP

Rak piersi jest częstym problemem epidemiologicznym na całym świecie. Zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się liczba zachorowań stale wzrasta i stanowi przyczynę wysokiej śmiertelności [1]. W Polsce, to około 22% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe i przyczyna około 14% zgonów [2]. Według statystyk ryzyko wystąpienia raka piersi zmienia się wraz z wiekiem kobiet. Najczęściej diagnozowany jest wśród kobiet w przedziale wiekowym 50-69 lat. Wśród mężczyzn występuje rzadko i nie przekracza 1% wszystkich zachorowań [1].

Dane epidemiologiczne Krajowego Rejestru Nowotworów podają, że w 2017 roku w Polsce odnotowano 18667 nowych przypadków zachorowań, w tym tylko 138 mężczyzn oraz 6741 przypadków zgonów [2].

Etiologia zachorowań na raka piersi jest wciąż nieznana, lecz dzięki wieloletnim badaniom można wyodrębnić czynniki zwiększające prawdopodobieństwo wystąpienia tego nowotworu, które można podzielić na modyfikowalne i niemodyfikowalne. Niekorzystne zachowania związane ze stylem życia można wyeliminować poprzez prowadzenie zdrowego stylu życia z uwzględnieniem diety ubogiej w tłuszcze zwierzęce oraz aktywności fizycznej. Działania te zapobiegają prawdopodobieństwu rozwoju choroby. Istnieje również szereg czynników, na które człowiek nie ma wpływu, tj. wiek, obciążony wywiad rodzinny, mutacja genów BRCA1 lub BRCA2, wczesna miesiączka czy późna menopauza [3, 4, 5]. Nie ma jednego czynnika predysponującego powstanie raka piersi. Jednoczesne występowanie kilku czynników zwiększa ryzyko zachorowania, lecz nie przesądza o rozwoju choroby. Wraz ze wzrostem ich liczby rośnie ryzyko wystąpienia raka piersi [3, 4, 6]. Do najistotniejszych czynników ryzyka należą:

➤ Płeć

Na raka gruczołu piersiowego częściej zapadają kobiety niż mężczyźni [4].

➤ Wiek

Wraz z wiekiem podwyższone jest ryzyko zachorowania. Największą liczbę zapadalności odnotowuje się u kobiet w wieku 50-69 lat, natomiast choroba przed 35 rokiem życia i po okresie menopauzy występuje w mniejszym stopniu [4].

➤ Uwarunkowanie genetyczne

Ryzyko zachorowania na raka piersi wzrasta wraz z nosicielstwem mutacji genów BRCA1 lub BRCA2 o około 50%-80% oraz obciążeniem rodzinnym wśród krewnych pierwszego stopnia (babka, matka, córka) o około 5%-10% [5]. Zdrowe geny BRCA zmniejszają rozrost komórek nowotworowych, usprawniając lub eliminując wadliwe komórki, zanim te ukształtują guza [3].

➤ Czynniki hormonalne

Na zwiększenie zachorowalności wpływa wydłużona ekspozycja na działanie estrogenów-hormonów płciowych kobiety, sterujących rozwojem a następnie funkcjonowaniem żeńskich narządów płciowych. Powiązanie wystąpienia nowotworu z czynnikami hormonalnymi oznacza, że rozwojowi raka piersi sprzyja wczesna pierwsza miesiączka (<12 roku życia), późne przekwitanie (> 55 roku życia), bezdzietność, późny wiek pierwszej ciąży (> 30 roku życia) oraz niekarmienie piersią [4].

➤ Czynniki egzogenne

Długotrwałe stosowanie hormonalnych środków antykoncepcyjnych lub hormonalnej terapii zastępczej zwiększa zagrożenie wystąpienia raka piersi. Po zakończeniu przyjmowania ryzyko stopniowo spada i po 10 latach stanowi około 1,1% [6].

➤ Choroby rozrostowe piersi

Istnieją kategorie zmian w miększu piersi, które same w sobie nie są rakiem, ale już sama ich obecność podwyższa ryzyko zachorowania na raka piersi. Do takich zmian należą: atypowa hiperplazja przewodowa, rak zrazikowy, pleomorficzny in situ, czy atypowe zmiany brodawkowe [5,6].

➤ Rak piersi stwierdzony w wywiadzie

Czynniki, które zmodyfikowały DNA komórek prowadząc do powstania pierwszego nowotworu, mogą dalej wywierać niszczący wpływ na gruczoł piersiowy, co oznacza, że przebyty rak piersi zwiększa ryzyko choroby drugiej piersi [5].

➤ Promieniowanie jonizujące

W nieznacznym stopniu zwiększa zagrożenie zachorowania podczas napromieniania wysoką dawką klatki piersiowej kobiet przed 30 rokiem życia, np. z powodu chłoniaka Hodgkina [6].

➤ Styl życia

Wzrostowi procesu nowotworzeni sprzyja spożywanie nadmiernej ilości alkoholu, dieta prowadząca do otyłości, palenie papierosów i wyrobów tytoniowych, brak aktywności fizycznej oraz tryb życia z wysokim poziomem stresu [5].

Objawy kliniczne raka gruczołu piersiowego zależne są od stopnia zaawansowania choroby. Wczesne stadium często przebiega bezobjawowo, a symptomy chorobowe mogą pojawić się wraz z rozwojem nowotworu. Do najczęstszych przedmiotowych objawów raka piersi należy wyczuwalne zgrubienie lub guz – pojedynczy, twardy, nieregularny, nieostro odgraniczony od sąsiednich tkanek lokalizujący się w obrębie piersi [7]. Badania obrazowe wykorzystywane są w celu wczesnego wykrycia zmian patologicznych oraz określenia ich wielkości, a także lokalizacji. W obrazowaniu raka piersi wykorzystywana jest mammografia, ultrasonografia oraz tomografia rezonansu magnetycznego [8, 9, 10].

W procesie leczenia raka gruczołu piersiowego często stosuje się terapię skojarzoną, która obejmuje leczenie miejscowe – zabiegi chirurgiczne i radioterapię oraz leczenie systemowe – chemioterapię i hormonoterapię. Metody te mogą być stosowane odrębnie lub w różnych połączeniach. Schemat leczenia dobierany jest przez lekarza indywidualnie, jednakże w dużej mierze zależy od stopnia zaawansowania nowotworu, oceny histopatologicznej oraz umiejscowienia patologicznej zmiany [11, 12, 13].

CELEM PRACY BYŁO: przedstawienie problemów pielęgnacyjnych oraz przygotowanie wskazówek do dalszego postępowania w środowisku domowym dla pacjentki po zabiegu mastektomii.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu wzięła udział 42 letnia pacjentka, która w trybie planowym została przyjęta na Pododdział Chirurgii Piersi i Rekonstrukcji w Centrum Onkologii z rozpoznaniem rakiem lewej piersi, w celu wdrożenia leczenia chirurgicznego.

Do analizy ogólnego stanu zdrowia i problemów pacjentki wykorzystano ocenę parametrów życiowych, indywidualną dokumentację medyczną oraz standaryzowane narzędzia- Skalę wzrokowo-analogową (VAS – Visual Analogue Scale), gdzie na odcinku o długości 10 centymetrów chory zaznacza stopień odczuwanego przez siebie bólu, gdzie 0 to brak bólu, a 10 to ból nie do zniesienia.

Do oceny stanu psychicznego użyto skale Hamiltona, która jest najczęściej stosowanym testem na depresję w psychiatrii ogólnej. Odpowiedzi zawierają się w skali od 0 do 4. Wynik poniżej 7 punktów sugeruje brak zaburzeń. Do 12 - depresję łagodną, a do 17 umiarkowaną. Między 18 a 29 punktów jest to stadium ciężkie a od 30 do 52 bardzo ciężkie.

Pacjentka była w 0 dobie po zabiegu operacyjnym, przeprowadzonym w znieczuleniu ogólnym. Usunięto gruczoł piersiowy wraz ze skórą, otoczką, powięzią mięśnia piersiowego większego oraz węzłami chłonnymi lewej pachy. Z bloku operacyjnego pacjentka wróciła wybudzona, przytomna, w kontakcie słowno-logicznym. W miejscu rany pooperacyjnej zastosowano drenaż sposobem Redona, w pojemniku 55 ml treści surowiczo – krwistej. Opatrunek na ranie pooperacyjnej lekko przesiąknięty treścią krwistą. Parametry życiowe po zabiegu operacyjnym w normie. RR:132/81mmHg, HR:81u/min, 18 oddechów na minutę, SpO2 97%, temperatura:36,5 °C. Po zabiegu wystąpiły dolegliwości w postaci nudności i wymiotów. Pacjentka zgłaszała ból rany pooperacyjnej na 6 punktów według skali VAS. Wynik skali Hamiltona sugerowały depresję umiarkowaną.

WYNIKI

U pacjentki rozpoznano szereg problemów klinicznych. Jednym z nich było ryzyko wystąpienia krwotoku/krwawienia z rany pooperacyjnej. Podjęto szereg działań zapobiegających sytuacji, między innymi monitorowano przez pierwsze dwie godziny po zabiegu operacyjnym co 15 minut podstawowe parametry życiowe, następnie co godzinę. Parametry życiowe w normie: RR: 132/81 mmHg, HR: 81 u/min, 18 oddechów na minutę, SpO2: 97%,temperatura: 36,5 °C. Obserwowano opatrunek na ranie pooperacyjnej pod

kątem przesiąkania treścią krwistą podczas wszelkich czynności wykonywanych przy pacjentce. Dwukrotnie zmieniano opatrunek z powodu delikatnego zabrudzenia treścią krwistą. Obserwowano zabarwienie oraz wilgotność skóry w okolicach rany pooperacyjnej przy każdej zmianie opatrunku. Obserwowano ilość i charakter treści w drenie oraz butelce Redona co dwie godziny. W butelce Redona zaobserwowano 55 ml surowiczo krwistej wydzieliny.

Zauważono u pacjentki dyskomfort spowodowany ograniczoną ruchomością obręczy barkowej z powodu bólu okolicy rany pooperacyjnej. Z tego powodu monitorowano charakter oraz natężenie bólu według skali numerycznej oceny bólu VAS. Pacjentka oceniała natężenie bólu na 6 punktów. Udzielano pomocy w przyjęciu pozycji zmniejszającej dolegliwości bólowe z zastosowaniem ułożenia kończyny górnej po stronie operowanej na klinie rehabilitacyjnym. Zastosowano niefarmakologiczne metody podnoszenia progu bólowego. Zapewniono pacjentce ciszę, spokój, możliwość wypoczynku oraz odwracano uwagę pacjentki poprzez rozmowę. Podano lek przeciwbólowy - tramal w dawce 50 mg/ml według karty zleceń lekarskich. Wykonywano zabiegi pielęgnacyjne po podaniu leków przeciwbólowych. Dokonywano oceny skuteczności leczenia przeciwbólowego poprzez zastosowanie skali VAS co 4 godziny. Mobilizowano pacjentkę do wykonywania ćwiczeń usprawniających palce, dłoń, przedramiona oraz staw obręczy barkowej kończyny górnej strony operowanej po podaniu leków przeciwbólowych i zmniejszeniu dolegliwości bólowych.

U pacjentki wystąpiły nudności i wymioty spowodowane nietolerancją leków anestetycznych podawanych podczas znieczulenia ogólnego. Zalecono pacjentce powolne i głębokie oddychania. Dostarczono pacjentce świeżego powietrza poprzez wietrzenie sali. Zastosowano pozycję półwysoką, aby nie dopuścić do zachłyśnięcia pacjentki. Zapewniono pacjentce miskę nerkową, ligninę oraz wodę do płukania jamy ustnej. Podano lek przeciwwymiotny - metoclopramidum w dawce 5 mg/ml zgodnie ze zleceniem lekarza. Monitorowano stan nawodnienia pacjenta poprzez sprawdzanie wilgotności błon śluzowych, napięcia i elastyczności skóry. Ze względu na ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej w miejscu założenia drenu oczyszczano ranę pooperacyjną jałowym roztworem soli fizjologicznej. Dokonywano obserwacji rany pooperacyjnej pod kątem obrzęku, zaczerwienienia, obecności ropnej wydzieliny podczas zmiany opatrunku. Zastosowano jałowe opatrunki oraz Octanisept do odkażania rany podczas zmiany opatrunku. Ograniczono wszelkie manipulacje przy ranie pooperacyjnej oraz w miejscu założenia drenu. Przestrzegano zasad aseptyki i antyseptyki podczas zmiany opatrunku

oraz wykonywania czynności pielęgnacyjnych. Zapewniono warunki czystości na sali pacjenta oraz w jego najbliższym otoczeniu.

Wykonana mastektomia spowodowała realne zagrożenie wystąpienia powikłań pooperacyjnych. Jednym z nich jest wystąpienie obrzęku limfatycznego po usunięciu pachowych węzłów chłonnych. Aby zapobiec obrzękowi poinformowano pacjentkę o konieczności ułożenia kończyny górnej po stronie operowanej na klinie rehabilitacyjnym oraz kontrolowano wysokie ułożenie. Dokonywano obserwacji drożności oraz skuteczności drenażu. Kontrolowano charakter oraz ilości drenowanej treści. W butelce Redona zaobserwowano 55 ml surowiczo krwistej wydzieliny. Zachęcano pacjentkę do wykonywania systematycznych ćwiczeń usprawniających oraz automasażu. Przedstawiono zasady postępowania podczas wykonywania czynności dnia codziennego. Przedstawiono działania profilaktyczne, mające na celu zminimalizowanie ryzyka powstania obrzęku limfatycznego. Zapoznano z ograniczeniami. Oceniono stan psychiczny pacjentki za pomocą standaryzowanego kwestionariusza depresji Hamiltona, gdzie pacjentka uzyskała 17 punktów, co świadczy o średnim nasileniu objawów depresyjnych. Podejmowane działania miały na celu poprawę stanu psychicznego. Udzielono pacjentce odpowiedzi na nurtujące ją pytania zgodnie z deficytem wiedzy oraz posiadanymi kompetencjami. Umożliwiono kontakt z lekarzem, psychologiem, wolontariuszką Klubu „Amazonki,” oraz rodziną. Na prośbę pacjentki zorganizowano spotkanie z wolontariuszką Klubu „Amazonki,”. Zapewniono poczucie bezpieczeństwa poprzez obecność, rozmowę oraz okazanie zrozumienia wsparcia i akceptacji. Podjęto próbę zmniejszenia dyskomfortu pacjentki poprzez przedstawienie możliwości wizualnej poprawy wyglądu ciała. Omówiono użycie protez, nakładek modulujących piersi oraz bielizny przeznaczonej dla kobiet po zabiegu mastektomii. Wyjaśniono pacjentce możliwości rekonstrukcyjne piersi. Udzielono pacjentce odpowiedzi na nurtujące ją pytania na temat rekonstrukcji piersi zgodnie z posiadanymi kompetencjami. Dostarczono adresy ośrodków zajmujących się rekonstrukcją piersi. Dostarczono informacje na temat możliwości uzyskania refundacji na protezę piersiową.

PODSUMOWANIE

Proces diagnostyczny i rozpoznanie raka piersi powodują obniżenie nastroju i warunkują nastawienie do proponowanej formy leczenia. U kobiet po mastektomii częstą dolegliwością jest obrzęk limfatyczny kończyny górnej oraz szereg powikłań pooperacyjnych. Wiąże się to z gorszym funkcjonowaniem fizycznym, a także

prowadzi do pewnych ograniczeń w pełnieniu funkcji społecznych. Podejmowane działania pielęgnacyjno-lecznicze pozwalają na zapobieganie powikłaniom i szybsze uzyskanie samodzielności. Istnieje potrzeba skoordynowania działań wśród personelu medycznego, by okres okołoperacyjny był jak najmniej obciążający dla pacjentki poddanej mastektomii.

PIŚMIENNICTWO:

1. Didkowska J., Wojciechowska U., Czaderny K., Olasek P., Ciuba A.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2017 roku, Krajowy Rejestr Nowotworów. Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Warszawa, 2019.
2. Didkowska J., Wojciechowska U.: Nowotwory piersi w Polsce i Europie –populacyjny punkt widzenia. *Nowotwory Journal of Oncology*, 2013, 63(2), 111-118.
3. Sowa M., Smuczyński W., Tarkowski M., Wójcik K., Kochański B.: Analiza wybranych czynników ryzyka raka piersi –przegląd piśmiennictwa. *Journal of Education, Health and Sport*, 2015, 5(4), 245-250.
4. Rojas K., Stuckey A., Breast Cancer Epidemiology and Risk Factors. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2016, 59(4), 651-672.
5. Szkiela M., Worach - Kardas H., Marcinkowski J.: Nowotwór złośliwy piersi – epidemiologia, czynniki ryzyka, znaczenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2014, 95(2), 292-302.
6. Didkowska J. A.: Etiologia i epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce i na świecie [w:] *Chirurgia Onkologiczna Tom 1*. Jeziorski A., Rutkowski P., Wysocki W.(red.). PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2018, 19-20.
7. Piekarski J., Jeziorski A., Łuczyńska E., Wysocka J. B.: Rak piersi [w:] *Chirurgia Onkologiczna Tom 2*. Jeziorski A., Rutkowski P., Wysocki W. (red.). PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2019, 797-874.
8. Hodorowicz – Zaniewska D., Diagnostyka i leczenie raka piersi. *Onkologia po Dyplomie*, 2019, 16(4), 8-22.
9. Mieszkowski J., Pastwik M., Stejbach K., Przybyłowicz M. Pijankowska E.: Kompleksowe postępowanie lecznicze nowotworów gruczołu sutkowego. *Journal of Education, Health and Sport*, 2015, 5(7), 314-342.
10. Franceschini G., Martin Sanchez A., Di Leone A., Magno S. i wsp.: Update on the surgical management of breast cancer. *Ann Ital Chir*, 2015, 86(2), 89-99.

11. Jassem J., Krzakowski M., Bobek – Billewicz B. i wsp.: Breast Cancer, *Oncol Clin Pract*, 2018, 14, 210-252.
12. Korabiusz K., Wawryków A., Torbé D., Janik I., Torbé A.: Rehabilitacja fizyczna kobiet po mastektomii. *Journal of Education, Health and Sport*, 2017, 7(7), 11-20.
13. Borzych B.: Opieka w terapii nowotworów piersi. [w:] *Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową i opieka interdyscyplinarna*. Koper A., Koper K. J. (red.). PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2021, 223-232.

NOWOTWÓR PIERSI – DIAGNOSTYKA I LECZENIE

Krystyna Klimaszewska¹, Klaudia Grądzka²¹ – *Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*² – *Absolwentka studiów I stopnia, kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu*

Gruczoł piersiowy to narząd parzysty składający się z tkanki łącznej, tłuszczowej i gruczołowej. W większości przypadków tkanka gruczołowa zajmuje większą część tego organu. Umieszczony jest na klatce piersiowej, między 3 a 6 żebrem. Każdy z nich zbudowany jest z 15-20 płatów, otoczone tkanką łączną, które zbudowane są z płacików, a one z zrazików. Pasma tkanki łącznej z jednej strony łączą się z skórą, zaś z drugiej do powięzi piersiowej. To one utrzymują pierś na klatce piersiowej i są to więzadła wieszadłowe sutka. Wszystkie te elementy gruczołu piersiowego (płaty, płaciki i zraziki) połączone są między sobą przewodami mlecznymi, które ujście mają w brodawce. Znajduje się ona po środku sutka, otoczona ciemniejszą otoczką. Gruczoł piersiowy ukrwiony jest dzięki gałęzi sutkowej tętniczej, która odchodzi tętnicy piersiowej wewnętrznej, tętnicy piersiowej bocznej oraz tętnic międzyżebrowych. Chłonka jest odprowadzana przez naczynia chłonne, które biegną do naczyń pachowych, międzyżebrowych przednich i tylnych [1]. Brodawka jest unerwiona przez nerwy czuciowe odchodzące od gałązek nerwów międzyżebrowych, zaś nerwy autonomiczne dochodzą do sutka drogą splotów okołonaczyniowych.

Gruczoł piersiowy występuje u kobiet jak i mężczyzn. U płci żeńskiej rozwija się w okresie pokwitania i u każdej jest on inny (różnica znajduje się w kształcie, wielkości oraz spoistości). Zależy to od: wieku, budowy ciała, w którym momencie cyklu znajduje się kobieta, ilość przebytych ciąży. Gruczoł piersiowy odpowiada za laktację, czyli proces produkcji mleka w okresie po porodowym i trwa przez cały czas potrzebny do wykarmienia dziecka. Na samym początku mleko matki ma więcej tłuszczu niż w późniejszym okresie i nazywa je się siara. Cały proces laktacji jest regulowany przez układ hormonalny i nerwowy [2].

Definicja nowotworu

Nowotwór jest to schorzenie, w którym dochodzi do niekontrolowanego podziału komórek, zmieniają one swoją budowę i funkcje. Do czynników predysponujących zaliczamy zmiany genetyczne i epigenetyczne. Nowotwory dzielimy na łagodne (wolno rośnie i nie daje przerzutów odległych), złośliwe (szybki wzrost, powoduje przerzuty, nie leczony powoduje śmierć) lub miejscowo złośliwe (nacieka sąsiednie tkanki lecz nie powoduje przerzutów) [3].

Epidemiologia i etiologia nowotworu piersi

Rak piersi jest to najczęściej występujący nowotwór złośliwy u kobiet w Polsce. W 2014r. na dane schorzenie zachorowało 17 379 kobiet, jest to 22% ogółu zachorowań w naszym kraju. Porównywalnie u mężczyzn udokumentowano tylko około 130 przypadków raka piersi. Nowotwór piersi jest drugą przyczyną zgonów nowotworowych w Polsce (5975 zgonów w 2014 r., 14% ogółu zgonów), zaraz po nowotworze płuc [4].

Dokładna przyczyna zachorowań na raka piersi nie jest do końca znana. Możemy jednak określić czynniki ryzyka jego występowania. Do nich zaliczamy:

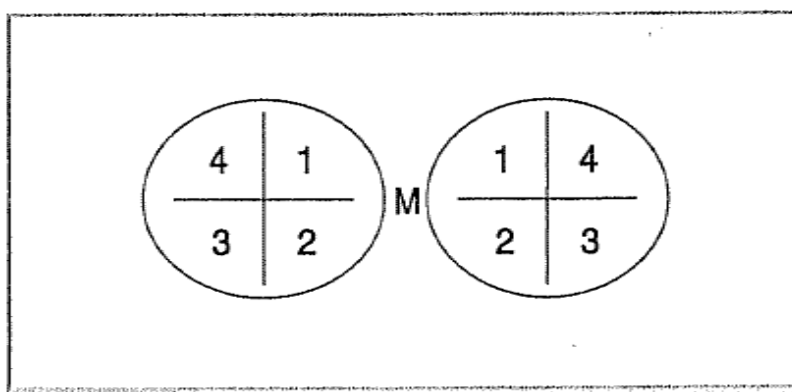
- płeć żeńska (200-krotnie częściej chorują kobiety niż mężczyźni),
- starszy wiek (75% zachorowań to osoby powyżej 50 roku życia),
- mutacje genetyczne (najczęściej BRCA1 oraz BRCA2),
- występowanie w rodzinie nowotworu piersi (3-krotnie zwiększa ryzyko),
- menopauza w późnym wieku,
- długotrwała terapia hormonalna,
- stosowanie antykoncepcji hormonalnej,
- promieniowanie jonizujące (zbyt częste RTG, mammografia),
- niektóre łagodne choroby piersi (Hyperplasia ductalis, Hyperplasia lobularis),
- nadużywanie alkoholu,
- czynniki społeczno- ekonomiczne (większa zachorowalność w mieście niż na wsi),
- czynniki psychiczne (stres),
- dieta bogata w tłuszcze zwierzęce oraz mała ilość witamin;
- nadwaga, otyłość.

Czynniki wymienione wyżej nie oznaczają wystąpienia raka piersi. Na niektóre z tych rzeczy mamy wpływ. Do modyfikowalnych czynników ryzyka należą: alkohol, stosowanie antykoncepcji hormonalnej, sytuacje stresowe, otyłość i nadwaga, aktywność fizyczna. W pewnym stopniu mamy wpływ na wystąpienie nowotworu piersi [4].

Jeśli pierś podzieli się na 4 kwadranty, to łatwiej określić, w której części zlokalizowany jest guz:

1. Kwadrant górny wewnętrzny (kgw)- 1
2. Kwadrant dolny wewnętrzny (kdw)- 2
3. Kwadrant dolny zewnętrzny (kdz)- 3
4. Kwadrant górny zewnętrzny (kgz)- 4

M- mostek



Częstość występowania nowotworu w poszczególnych kwadrantach:

- kgw- około 15%
- kdw- około 6%
- kdz- około 11%
- kgz- około 50%

Dodatkowo około 20% to guzy znajdujące się pod otoczką brodawki oraz wieloogniskowo [5].

Badania diagnostyczne

Badania diagnostyczne mają na celu ukazanie czy u danego pacjenta powstały jakiegokolwiek zmiany patologiczne. Jeśli są to zmiany nowotworowe ustalane jest w jakim stadium znajduje się dany nowotwór, jaki to rodzaju, rozległość tych zmian oraz sprawność chorego. Do metod wykrywania nowotworu piersi zaliczamy:

- Samobadanie piersi;
- Badanie piersi przez lekarza;
- Mammografia;
- Galaktografia;
- USG;
- Rezonans magnetyczny;
- Badanie mikroskopowe (BAC, BAG, VAB);
- Ocena węzła wartowniczego;
- Markery nowotworowe [5].

Samobadanie piersi

Jest to prosta metoda, która ma na celu samodzielne zbadanie stanu piersi. Jeśli wykryje się jakieś nieprawidłowości, należy jak najszybciej zgłosić się do lekarza. Osoby wykonujące to badanie regularnie, a także zostały przeszkolone potrafią wyczuć wszelkie zmiany o średnicy 10-12mm, gdzie osoby nie umiejące poprawnie wykonać samobadania piersi mają trudność z wyczuciem zmian o około 20mm. Samobadanie piersi powinno być wykonywane raz w miesiącu pomiędzy 1-10 dniem cyklu miesięczkowego, kobiety po menopauzie powinny wybrać sobie jeden dzień w miesiącu. Elementy składowe to: oglądanie piersi, badanie palpacyjne miększu, badanie węzłów chłonnych oraz ocena wycieku z brodawek [5].

Etapy samobadania piersi:

1. Ustawienie się przed lustrem i uważne oglądanie piersi. Szukanie wszelkich różnic między piersiami oraz zmian w okolicy sutków.
2. Dalej przyglądając się w lustrze dotykamy rękoma tyłu głowy, szukamy zmian w kształcie i wyglądzie piersi, szczególnie w dolnej części.
3. Dłonie opieramy na biodrach i znowu poszukujemy wszelkich niepokojących zmian.
4. Podnosimy lewe ramię za głowę. Dwoma, trzema palcami ręki prawej dokładnie badamy lewą pierś. Ruchem okrężnym przesuwamy palce od sutka do zewnątrz piersi. Powtarzamy to na piersi prawej (ten etap wiele kobiet wykonuje pod prysznicem, gdyż łatwiej przesuwać dłoń po mokrej i śliskiej skórze).
5. Po badaniu palpacyjnym delikatnie ściskamy jeden, a następnie drugi sutek sprawdzając czy nie pojawia się wydzielina.

6. Następnie kładziemy się na plecach z lewym ramieniem nad głową i podłożoną pod ramię poduszką (to spowoduje spłaszczenie piersi i ułatwi badanie). Sprawdzamy pierś tak samo jak w punkcie 4 i 5. Następnie powtarzamy to na prawej piersi [5].

Badanie piersi przez lekarza

Takie badanie przez lekarza POZ lub ginekologa zawsze poprzedzone powinno być wywiadem lekarskim. Kobietom przed 39 r.ż. zaleca się wizyty co 2-3 lata, zaś po 40 r.ż. powinno się odwiedzić lekarza raz w roku. Wizyta powinna odbyć się pomiędzy 3- 10 dniem cyklu miesięczkowego. Na początku lekarz dzieli pierś na kwadranty i dokonuje badania palpacyjnego, a następnie ocenia symetrię gruczołu piersiowego [4, 5].

Mammografia

Badanie pomagające w wykrywaniu nowotworu piersi, charakteryzująca się wysoką czułością, lecz niską swoistością. Czułość mammografii jest wysoka w wykrywaniu raka inwazyjnego oraz DCIS o wysokim stopniu złośliwości. Odwrotnie jest w wykrywaniu DCIS o niskim i pośrednim stopniu złośliwości tu czułość jest niższa. Mammografia polega na naświetleniu piersi promieniami RTG, co umożliwia uwidocznienie zmian niewyczuwalnych dotykem lub nie wykrytych podczas samobadania piersi. Podczas badania pierś zostaje ściśnięta przez dwie płytki i w tym momencie zostaje zrobione zdjęcie rentgenowskie. Wskazaniem do mammografii jest:

- wiek (od 40 r.ż., każda kobieta powinna raz w roku wykonać mammografię);
- wysokie ryzyko zachorowania na raka piersi (mutacja BRCA1 oraz BRCA2);
- ocena zaawansowania zmian nowotworowych przed operacją u kobiet, których zdiagnozowano raka piersi;
- ocena wyników chemioterapii;
- podejrzenie wznowy miejscowej;
- ocena po mastektomii [5]

Minusem mammografii jest fakt, że kobieta jest wystawiana na promieniowanie rentgenowskie, które w dużych dawkach jest szkodliwe. Podczas badania kobieta przyjmuje prawie tysiąc razy większą dawkę promieniowania niż w przypadku prześwietlenia płuc. Szczególnie uważać muszą kobiety młode, menstruacyjne, z pewną mutacją genów (powodujące zmniejszoną zdolność do naprawy DNA), gdyż są bardziej podatne na uszkodzenie DNA. Lekarze z tego powodu zalecają unikać mammografii przed 40 r.ż..

Dodatkowym ryzykiem może być ściskanie piersi co może spowodować przerzut guza wewnątrz piersi, a także do innych części ciała, jeśli dojdzie do popękania naczyń krwionośnych w obrębie guza. Nie zaleca się badania osobom mających implanty, gdyż badanie nie daje prawidłowego obrazu piersi [6].

USG piersi

Najczęściej pierwsze badanie zlecane przez lekarza, gdyż jest dość popularna, tania i nie ma bezwzględnych przeciwwskazań do wykonania. Polega na badaniu miększu ultradźwiękami. Czułość badania jest uzależniona od rodzaju utkania piersi. Badanie pomaga w stwierdzeniu zmian torbielowych i litych. Wskazaniami do badania są:

- zmiany palpacyjne u kobiet przed 45 r.ż.;
- badania okresowe przed 50 r.ż.;
- stany zapalne piersi;
- stany po urazie;
- występowanie wycieku z brodawki;
- proteza sutka;
- częściowa resekcja sutka;

USG jak każde badanie posiada zalety jak i wady.

Zalety USG

- brak ekspozycji na promieniowanie rentgenowskie;
- mała inwazyjność;
- u młodszych kobiet wysoka czułość;
- ocena węzłów chłonnych pachowych;

Wady USG

- u kobiet starszych niska czułość badania;
- niskie różnicowanie zmian płynnych od zmian litych;
- niska specyficzność zmian poniżej 10mm;
- nie można uwidocznąć mikrozwapnień;

Podczas badania pacjentka leży na plecach z rękoma zgiętymi w łokciach i dłońmi pod głową. USG powinno uzupełnić mammografię, a nie ją zastąpić [6].

Rezonans magnetyczny

Wykorzystuje pole magnetyczne do ukazania dokładnego obrazu tkanek i przepływu krwi w piersi. Wykrywa nawet małe guzki u kobiet młodych z dużą gęstością tkanki. Chętnie wykorzystywana metoda gdyż jest nieinwazyjna i nie wykorzystuje promieniowania jonizującego. Najczęściej stosowana u kobiet dużym ryzykiem zachorowalności [7].

PET (pozytonowa emisyjna tomografia)- technika obrazowa, w której pacjentka dostaje substancję ulegającą rozpadowi radioaktywnemu. Są to izotopy o krótkim czasie połowicznego rozpadu, dzięki temu ograniczone jest uszkodzenie tkanek. Najczęściej stosowane jest u chorych w IV stopniu zaawansowania nowotworu, aby sprawdzić czy doszło do przerzutów lub nawrotu nowotworu [7].

Badania mikroskopowe

BAC -badanie polega na pobraniu materiału komórkowego z guza cienką igłą o średnicy 0,6-0,8 mm oraz strzykawką do cytologii. Całe badanie jest pod kontrolą USG. Do badania nie potrzeba szczególnego przygotowania, gdyż jest ono nie bolesne i nie stosuje się znieczulenia. Jedynym warunkiem są wyniki krzepnięcia krwi (APTT, PT, obecność antygenu HBsAg). Często wykonywana metoda, ponieważ jest tania, mało inwazyjna, łatwa dostępność, a także posiadała małe ryzyko powikłań i już po kilku dniach dostępne są wyniki. Mimo wielu pozytywnych cech, biopsja cienkoigłowa cechuje się niską swoistością i czułością, a także wysokim odsetkiem wyników niediagnostycznych. Najczęściej stosuje się ją w zmianach torbielowych oraz gdy lekarz podejrzewa przerzuty z węzłów chłonnych. Dokonuje się także w przypadku guzów położonych blisko ściany klatki piersiowej oraz wyczuwalnie palpacyjne [8].

VAB- jest to biopsja charakteryzująca się automatyczną aspiracją. Materiał pobierany jest tylko z jednego wkłucia, z wykorzystaniem igieł o różnej średnicy i pod kontrolą USG i mammografii. W porównaniu do BAG daje większą ilość materiału do badań z małego cięcia. Po badaniu wykonuje się opatrunek uciskowy, zaś na następny dzień kontrolne USG. Z powodów wyższych kosztów, częściej stosowana jest biopsja aspiracyjna gruboigłowa. Ta metoda najczęściej jest stosowana w przypadkach zmian o małej wielkości, skupisk o podejrzeniach mikrozwapnień oraz weryfikacji wyników innych biopsji [8].

BAG- jest to metoda inwazyjna pod znieczuleniem miejscowym i kontrolą USG oraz MR. Materiał komórkowy pobierany jest za pomocą działła biopsyjnego oraz igły o większej

średnicy niż w metodzie BAC. Powikłaniem po badaniu może być ból i dyskomfort, czasami powstać krwiak. Biopsja gruboigłowa daje nam wiedzę na temat: inwazyjności, typu i stopnia złośliwości, obecności receptorów estrogenowych i progesteronowych oraz indeksu proliferacji K-67. Zostaje zlecona zazwyczaj po biopsji cienkoigłowej, aby potwierdzić oraz rozszerzyć wyniki. Stosuje się ją także gdy guz nie jest wyczuwalny ale został potwierdzony poprzez badania obrazowe [8].

Ocena węzła wartowniczego

Węzeł wartowniczy (SLN)- to pierwszy węzeł na drodze chłonki ze zmian nowotworowych. Jeśli wystąpią przerzuty, najczęściej najpierw pojawiają się właśnie w węzle wartowniczym. Ocena SLN ma ogromne znaczenie w dalszej terapii nowotworowej. Rokowanie jest dobre, gdy nie wykryto przerzutów w tym węzle. Pozwala to na odstępnie od zabiegu usunięcia wszystkich węzłów chłonnych danego regionu.

Biopsja węzłów chłonnych- polega na usunięciu wcześniej oznakowanego węzła, poprzez otwartą biopsję chirurgiczną. Najczęściej stosuje się znakowanie poprzez klasyczny barwnik oraz materiał izotopowy. Całe badanie rozpoczyna się dzień przed zabiegiem. Wstrzykuje się wtedy znacznik izotopowy w okolice guza. Sam barwnik podaje się przed samym badaniem. Podczas zabiegu dokonuje się oceny histopatologicznej węzła. Jeśli badanie nie wykryje przerzutów to można zaniechać usunięcia węzłów pachowych. Za pomocą tego zabiegu ocenia się tkanki oraz decyduje o rozległości danego badania. Następnie ocenia się stopień zaawansowania i złośliwości guza [7, 8].

Markery nowotworowe

Markery to białka, które są znacznikami określonego rodzaju komórek oraz fazy, w której się znajdują. Markery nowotworowe to przede wszystkim antygeny nowotworowe lub produkty przemiany materii nowotworu. Wykrywane są z krwi, moczu oraz tkanek.

CEA- antygen karcynoembrionalny, używany najczęściej aby wcześniej wykryć nawrót choroby. Dotychczas stosowane przede wszystkim w diagnostyce nowotworów przewodu pokarmowego, jednak najnowsze badania wykazują że CEA jest wytwarzany przez komórki sutka. Marker monitorowany podczas chemioterapii, jest uniwersalny do stwierdzenia przerzutów. Spadek stężenia CEA podczas leczenia ukazuje pozytywną odpowiedź organizmu na zastosowany lek. Jeśli przed leczeniem badania wykażą wysoki poziom tego markeru to jest większe prawdopodobieństwo nawrotu choroby i krótszy okres przeżycia

chorego [6,17]. Norma stężenia CEA u osób niepalących 5,0 ng/ml, zaś u palaczy nie powinna przekraczać 10 ng/ml [6, 9].

Ca 15.3- jest to białko z grupy glikoprotein, budujące gruczoł piersiowy. Wysokie stężenie tego markeru w surowicy, może sygnalizować nowotwór piersi, jajników oraz płuc. Badanie poziomu danego markeru stosuje się zazwyczaj przed rozpoczęciem leczenia, a następnie regularnie w określonych odstępach czasu podczas terapii. Leczenie jest efektywne, gdy obserwujemy obniżenie się białka Ca 15.3. W późniejszym okresie leczenia cały czas sprawdzany jest poziom tego markeru w celu zaobserwowania nawrotu choroby lub przerzutów (najczęściej do wątroby i kości). W celu wykrycia raka nie zaleca się badania poziomu Ca 15.3, gdyż wysoki poziom może być spowodowany innymi czynnikami [9].

Ca125- antygen wytwarzany przez komórki nabłonka ściany jajowodu, endometrium i śluzówki szyjki macicy u osób dorosłych. Wysokie stężenie obserwujemy w chorobach nowotworowych jajnika. Jest to pierwotne narzędzie diagnostyki raka jajnika. Górna norma stężenia wynosi 35 j/ml, można stwierdzić wyższe stężenie u kobiet zdrowych w I trymestrze ciąży. Nie jest to marker bezpośrednio wykazujący raka piersi lecz często się go stosuje gdyż nowotwór piersi i jajnika często występują obok siebie [9].

Podczas diagnostyki raka piersi zostają oznaczone także receptory estrogenowe (ER) oraz progesteronowi (PGR), ponieważ komórki nowotworowe posiadają na swojej błonie swoiste receptory powyższych hormonów i są podatne na leczenie hormonalne. Jeśli wynika badania ER i PGR wyjdzie pozytywny to świadczy to o większym zróżnicowaniu nowotworu i mniejszej złośliwości.

Lekarze chcą sprawdzić czy w dany nowotworze jest zwiększone prawdopodobieństwo przerzutów i wznowień oznaczają ekspresję receptora HER2 (receptor naskórkowego czynnika wzrostu). Jeśli na powierzchni komórek rakotwórczych jest o 25% zwiększona ilość tego receptora to podnosi się ryzyko wystąpienia przerzutów oraz wznowień i jest to negatywny czynnik rakotwórczy.

Mutacje w genach BRCA1 i BRCA2 zwiększa ryzyko wystąpienia w przyszłości nowotworu piersi. Dane badanie nie stwierdza w 100% wystąpienie nowotworu piersi ale zwiększa jego prawdopodobieństwo.

Rozpoznanie nowotworu piersi stwierdza się po wykonaniu badań obrazowych, biopsji oraz markerów i badań genetycznych.

Klasyfikacja nowotworu piersi

- Rak nienaciekający (około 15% wszystkich nowotworów piersi)
 - Rak wewnątrzprzewodowy (CDIS)
 - Rak wewnątrzrzazikowy (CLIS)
- Rak naciekający
 - Rak przewodowy naciekający
 - Rak rzazikowy naciekający
 - Rak potrójnie negatywnie (ujemny)
 - Zapalny rak piersi
 - Mięsak
 - Rak gruczołowo-torbielowaty
 - Choroba Pageta brodawki sutkowej
 - Czerniak [8, 9]

Rak wewnątrzprzewodowy (CDIS)- komórki nowotworowe znajdują się tylko w przewodach mlekowych i nie rozprzestrzeniają się na inne tkanki oraz organy. Najczęściej występujący nieinwazyjny rak piersi. Z powodu małej wielkości guza nie można go wykryć pod palcami lecz dopiero widać go na mammografii. Kobiety z tym typem raka mają większe ryzyko do naciekającego raka przewodowego. Osoby zdiagnozowane we wczesnym stadium raka CDIS mogą zostać wyleczone.

Rak wewnątrzrzazikowy (CLIS)- nie jest to typowy rak piersi ale jest wyznacznikiem zwiększonego ryzyka wystąpienia inwazyjnego raka przewodowego lub rzazikowego. Komórki nowotworowe znajdują się w rzazikach i nie rozprzestrzeniają się dalej. Najczęściej wykrywany podczas biopsji, która była zlecona z innej przyczyny.

Rak przewodowy naciekający- inaczej gruczolakorak przewodowy. Najczęstszy rak inwazyjny około 80% wszystkich raków naciekających. Powstaje w tkance przewodów mlekowych i rozprzestrzenia się na okoliczne tkanki. Występują także przerzuty do węzłów chłonnych oraz innych części ciała. Najczęstsze typy tego nowotworu:

- śluzowy;
- brodawkowaty;
- cewkowy rdzeniasty;
- włóknisty [9, 10]

Rak zrazikowy naciekający- rzadziej występuje niż rak przewodowy naciekający, około 10% inwazyjnych raków piersi. Rak powstaje w zrazikach piersi i dochodzi do przerzutów na okoliczne tkanki, a także węzły chłonne i organy. Często występuje w obu piersiach na raz. Najczęstszą metodą wykrycia tego typu raka to biopsja lecz pomocna jest także ultrasonografia oraz rezonans magnetyczny [10].

Rak potrójnie negatywnie (ujemny)- ten typ raka wykazuje następujące cechy: brak ekspresji na receptory estrogenowe i progesteronowi, a także na receptory typu HER2. Z powodu braku wyżej wymienionych cech leczenie hormonalne nie daje żadnych efektów. Najczęściej stosuje się chemioterapię, lecz mimo tego może dojść do przerzutów w przeciągu 5 lat od skończenia leczenia. Często powstaje podczas regularnych mammografii, większość to guzy złośliwe i o agresywnym przebiegu.

Zapalny rak piersi- stanowi 1-4% wszystkich występujących raków. Jest nazywany zapalnym z powodu wyglądu piersi a nie zakażeniem czy stanem zapalnym. Rozpoczyna się w przewodach mlekowych, a następnie obserwujemy je w naczyniach limfatycznych skóry piersi. Do częstszych objawów zapalnego raka piersi są:

- nadmierne ocieplenie skóry;
- różowo-fioletowe zabarwienie skóry;
- bolesność w dotyku;
- obrzęk powstały w krótkim czasie;
- swędzenie całej piersi lub jej brodawki;

Często podobne objawy pojawiają się w zapaleniu gruczołu piersiowego, które leczy się antybiotykami. Jeśli mimo antybiotykoterapii dolegliwości nie ustępują, należy wykonać dodatkowe badania aby wykluczyć raka piersi.

Choroba Pageta brodawki sutkowej- rzadki rodzaj raka, występujący najczęściej po 50 roku życia. Występuje tu wysypka lub inna zmiana skóry brodawki. Początkowo komórki nowotworowe znajdują się w przewodach mlekowych, a następnie przechodzą tymi przewodami do skóry brodawki sutkowej. Główne objawy to:

- zmiany skórne w obrębie sutka (łuszczenie się, zaczerwienienie);
- pieczenie;
- swędzenie;
- ból;

- wydzielina z brodawki;

Często wraz z tym typem raka towarzyszy nowotwór przewodu inwazyjny lub nieinwazyjny [10, 11].

Klasyfikacja TNM raka piersi

Skala TNM przyjęły międzynarodowe organizacje walki z rakiem piersi. Powszechnie stosowana przez lekarzy aby określić stopień zaawansowania oraz w jaki sposób najlepiej leczyć dany nowotwór piersi. Poszczególne literki oznaczają inne kryteria:

- literka T- wielkość guza pierwotnego (nowotwór bardziej zaawansowany im wyższy stopień T);
- literka N- stan regionalnych węzłów chłonnych;
- literka M- brak lub obecność przerzutów;

Stan regionalnych węzłów chłonnych to najsilniejszy czynnik rokowniczy. Także korzystną cechą jest obecność receptorów estrogenowych i progesteronowych. Do wystąpienia wznowy guza, przerzutów do węzłów chłonnych ma wpływ wielkość guza, im większy tym gorszy czynnik rokowniczy [10, 11].

Dzięki wykonaniu wyżej wymienionych klasyfikacji możemy podzielić nowotwór piersi na 5 stopni zaawansowania:

- stopień 0- rak nieinwazyjny, rozrasta się w obszarze piersi, stosuje się leczenie miejscowe;
- stopień I-guz ma średnice do 2cm, węzły chłonne nie są zajęte, nie stwierdza się przerzutów, najczęściej leczenie radioterapią;
- stopień II- guz osiąga nawet 5 cm, węzły chłonne powiększone lecz nie dochodzi jeszcze do odległych przerzutów, stosuje się tu mastektomię, chemioterapię, radioterapię oraz hormonoterapię;
- stopień III- guz ma średnice powyżej 5 cm, dochodzi do wykrycia komórek nowotworowych w węzłach chłonnych lecz nie stwierdza się odległych przerzutów, stosuje się zabieg operacyjny z usunięciem węzłów chłonnych, chemioterapię, hormonoterapię oraz radioterapię;
- stopień IV- zawsze stwierdza się przerzuty do narządów, a także do odległych węzłów chłonnych, leczenie najczęściej objawowe: chemioterapia, hormonoterapia, steroidoterapia, radioterapia [11, 12].

Leczenie nowotworu piersi

Jest to leczenie najczęściej skojarzone, łączące z sobą wiele technik leczniczych. Jednak przed rozpoczęciem leczenia trzeba stwierdzić: stopień zaawansowania, zróżnicowania oraz typ histologiczny nowotworu. Dodatkowo ważny jest stan pacjenta i dopiero mając te wszystkie składowe można podjąć decyzję jakie leczenie będzie najbardziej efektywne i nie spowoduje nawrotu choroby. Wyróżniamy leczenie objawowe oraz miejscowe. Do leczenia objawowego zaliczamy: chemioterapia, radioterapia, hormonoterapia. Zaś do leczenia miejscowego zaliczamy wszelkie zabiegi operacyjne.

Leczenie chirurgiczne- polega na usunięciu guza oraz czy nie doszło do przerzutów na węzły chłonne. Sposób oraz rozległość zabiegu uzależniona jest od wielkości guza oraz wieloogniskowości nowotworu. Rodzaje leczenia chirurgicznego dzielimy na:

- leczenie oszczędzające (BCT- Breast Conserving Treatment)- miejscowe usunięcie guza z biopsją węzła wartowniczego;
- BCT z usunięciem węzłów limfatycznych pachowych;
- mastektomia prosta- usunięcie całego gruczołu piersiowego bez naruszania węzłów chłonnych;
- radykalna mastektomia- usunięcie całego gruczołu piersiowego z węzłami limfatycznymi pachowymi;
- zabiegi odtwórcze- polegają na wstawieniu tzw. ekspandera pod powłoki skórne, do czasu wygojenia się ran pooperacyjnych, a następnie po upływie kilku miesięcy wymienia się go na ostateczną endoprotezę, wypełnioną silikonowym żelem;

Jeśli podczas zabiegu operacyjnego zostały usunięte węzły chłonne, zakładany jest drenaż do rany pooperacyjnej z ssaniem Redona. Zapobiega to gromadzeniu się płynu i pomaga w odpływie chłonki. Utrzymywany jest do momentu osiągnięcia odpowiednio małej ilości płynu odprowadzanego. Aby dodatkowo ułatwić odprowadzanie chłonki stosuje się wysokie ułożenie kończyny, optymalny kąt zapewnia ukazany poniżej klin.

Pierś zawsze była atrybutem kobiecości, dlatego zabieg powinien być jak najbardziej radykalny ale także estetyczny. Z tego powodu bardzo często wykonuje się dodatkowo zabieg symetryzacji drugiej piersi, aby piersi się od siebie nie różniły i były proporcjonalne.

Leczenie chirurgiczne niesie za sobą ryzyko:

- drętwienia i tkliwość w miejscu operowanym;

- gromadzeniu się płynu;
- zakażenie oraz obrzęk spowodowany usunięciem węzłów chłonnych pachowych [10, 12].

Chemioterapia- polega na leczeniu nowotworu za pomocą kombinacji dobranych leków, które w połączeniu mają być toksyczne dla komórek nowotworowych w każdym stadium rozwoju. Rodzaje leków zostają dostosowane indywidualnie do pacjenta po jego wynikach histopatologicznych. Chemioterapia może poprzedzać leczenie miejscowe (chemioterapia neoadjuwantowa) ale także jest używane do leczenia uzupełniającego (chemioterapia adjuwantowa). Metoda neoadjuwantowa jest najczęściej stosowana aby zmniejszyć wielkość raka przed zabiegiem operacyjnym. Druga metoda zostaje zastosowana jeśli czynniki rokownicze są niekorzystne. Niestety leczenie chemią wpływa także na zdrowe komórki organizmu, dlatego to leczenie ma wiele skutków ubocznych. Zaliczamy do nich:

- spadek liczby leukocytów oraz płytek krwi;
- niedokrwistość;
- obniżenie się odporności organizmu;
- nudności i wymioty, biegunki albo zaparcia;
- wypadanie włosów (zaczynają one odrastać po zakończeniu terapii);
- zaburzenia smaku;
- zapalenia jamy ustnej [11, 12].

Radioterapia- stosuje się określone dawki promieniowania jonizującego w obszarze chorej piersi oraz zaatakowanych węzłów chłonnych. Może być wykonana przed jak i po zabiegu operacyjnym. W drugim przypadku gdy zostaną stwierdzone przerzuty do węzłów chłonnych lub guz ma duże rozmiary. Jest to także leczenie paliatywne aby ograniczyć miejscowy proces nowotworowy oraz umorzenie dolegliwości bólowych. Jak każde leczenie niesie za sobą także skutki uboczne:

- tkliwość piersi i okolic pachy;
- zmiany skórne;
- uczucie sztywności i bolesności mięśni w okolicy piersi;
- uczucie zmęczenie po zakończeniu terapii;

Jeśli kobieta chce uniknąć skutków ubocznych powinna nie przebywać dużo na słońcu, unikać chlorowanej oraz gorącej kąpeli, używać odpowiednich kosmetyków i dbać o higienę i pielęgnację skóry [12].

Hormonoterapia- może być stosowana tylko jeśli komórki nowotworowe posiadają receptory estrogenowe oraz progesteronowe, leki te blokują pobudzające działanie hormonów. Stosuje się ją osobno lub łączy z innymi terapiami oraz operacją. Całość polega na blokowaniu wytwarzania danych hormonów lub uniemożliwienie ich dostępu do komórek nowotworowych. Jeśli komórka rakowa nie ma dostępu do hormonów, przestaje się rozrastać i dzielić. Leki stosowane w hormonoterapii: Tamoxifen, Raloxifen, Faslodex, Inhibitory aromatazy [12].

Profilaktyka nowotworu piersi

Do profilaktyki nowotworu piersi zalicza się badania przesiewowe oraz prowadzenie zdrowego stylu życia.

Pierwszym i podstawowym badaniem powinno być samobadanie piersi przez pacjentkę w jej domu. Wyniki ukazują że 90% wszystkich raków piersi zostało wykrytych poprzez samobadanie piersi. Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi zaleca kobietom między 50 a 69 r.ż., aby raz do roku wykonały przesiewowe badania mammografii. Kobietom młodszym z powodu gęstszego utkania gruczołu, zalecane jest badanie USG. Jeśli w rodzinie wystąpiły przypadki nowotworu piersi lub jajnika w linii kobiecej, należy wykonać badania genetyczne na obecność mutacji genów BRCA1 oraz BRCA2.

Zdrowy styl życia w profilaktyce nowotworu piersi polega na:

- zapobieganiu nadwadze i otyłości;
- regularnej aktywności fizycznej, aby utrzymać odpowiedni poziom czerwonych krwinek;
- ograniczeniu tłuszczów zwierzęcych, czerwonego mięsa;
- ograniczeniu spożywania alkoholu, szczególnie wysokoprocentowego;
- spożywaniu owoców i warzyw, zawierają one antyoksydanty;
- zwiększeniu w diecie spożywania ryb i soi;

- ograniczeniu spożywania cukru i produktów z dużą zawartością węglowodanów, gdyż dostarcza on dużo energii i powoduje rozrost guza;
- spożywaniu produktów białkowych, które wspierają układ immunologiczny;
- używaniu kurkumy, gdyż zmniejsza rozrost komórek nowotworowych i tworzenia przerzutów;
- utrzymaniu odpowiedniego poziomu koenzymu Q10 oraz witaminy B;
- spożywaniu wapnia;
- unikaniu stresu, aby nie spowodować upośledzenia funkcjonowania układu immunologicznego [13].

Dużą rolę w profilaktyce nowotworu piersi odgrywa personel medyczny. To oni powinni zachęcać pacjentów do wykonania odpowiednich badań i zwracać uwagę na prowadzenie odpowiedniego dla nich stylu życia.

PIŚMIENNICTWO:

1. Sokołowska- Pituchowa J. (red.): Anatomia człowieka : podręcznik dla studentów medycyny, wyd. VIII, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2020, 774-775.
2. Jeziorski A. (red.): Onkologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, 11-101.
3. Stanisławek A., Rząca M.: Kliniczne podstawy onkologii [w:] Standardy procedury w pielęgniarstwie onkologicznym, pod red. Łuczyk M., Szadowskiej-Szlachetki Z., Ślusarskiej B., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017, 22-23.
4. Jassem J., Krzakowski M., Bobek-Billewicz B. (red.): Breast cancer, Oncol Clin Pract 2018,14(4), 210.
5. Coba S., Jasińska M.: Jak zapobiegać rakowi piersi. Warszawa 2014.
6. Dziukowska J.: Diagnostyka obrazowa w onkologii [w:] Onkologia Podręcznik dla studentów medycyny pod red. Kułakowskiego A., Skowrońskiej-Gardas A., PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2020, 42-45.
7. Wesołowska E.: Gruczoł piersiowy [w:] Radiologia diagnostyka obrazowa pod red. Pruszyńskiego B., Cieszanowskiego A. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2005, 408-419.
8. Łukasiewicz E., Ziemiańska A., Jakubowski W., Vojinovic J., Bogucevska M., Dobruch-Sobczak K.: Fine-needle versus core-needle biopsy – which one to choose

- in preoperative assessment of focal lesions in the breasts? Literature review. *J Ultrason* 2017, 17, 267–274.
9. Ławicki S., Mroczko B., Szmitkowski M.(red.): Markery nowotworowe raka piersi, *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 2004, 58, 292-300.
 10. Bauer-Kosińska B.: Współczesne przedoperacyjne leczenie systemowe raka piersi-chemioterapia. *Onkologia w Praktyce Klinicznej*, 2008, 4(2), 47-48.
 11. Wronkowski Z.: Chemioterapia i radioterapia, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 29-107.
 12. Bińkowska M.: Hormonalna terapia a nowotwory [w:] *Hormonalna Terapia Zastępcza*, pod red. Skuby P. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2012, 348-370.
 13. Brandt A., Przybyła-Basista H.: Decyzja o rekonstrukcji piersi u kobiet po mastektomii- motywy, obawy, percepcja efektów. *Psychoonkologia*, 2016, 20 (1), 17-26.

ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTKĄ PO ZABIEGU MASTEKTOMII

Krystyna Klimaszewska¹, Klaudia Grądzka²

¹ – Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² – Absolwentka studiów I stopnia, kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu

WSTĘP

Rak piersi jest to jeden z najczęstszych występujących nowotworów u kobiet i drugi pod względem umieralności w Polsce. Do czynników predysponujących zaliczamy zmiany genetyczne i epigenetyczne. Jest on najczęściej wykrywany przez samobadanie piersi. U kobiet w starszym wieku zaleca się regularne badanie mammografii oraz USG piersi. Głównymi metodami leczenia raka piersi jest chemioterapia, radioterapia oraz zabieg operacyjny (mastektomia). Całkowite wyleczenie jest możliwe pod warunkiem, kiedy pacjentka zgłosiła się do lekarza w wczesnym stadium choroby oraz została dobrana odpowiednia dla niej terapia leczenia [1].

Rola pielęgniarki w opiece nad chorą po mastektomii ma **bardzo istotny wymiar medyczny**. To do pielęgniarki należy wypełnienie obowiązków, które zapewnią pacjentce jak najmniej utrudnioną rekonwalescencję i pozwolą jej rozpocząć rehabilitację.

Jedną z podstawowych czynności, które podejmie pielęgniarka wobec pacjentki, jest **pielęgnacja rany pooperacyjnej**. Rana może być rozległa i obejmująca również obszar pachy (w sytuacji usunięcia węzłów chłonnych). Codzienna pielęgnacja, stosowanie specjalistycznych opatrunków i obserwacja rany pozwoli na szybsze zagojenie się i powrót do sprawności. Podczas pobytu w szpitalu chora powinna być poinformowana, w jaki sposób zajmować się swoją raną po wyjściu do domu. Dużym zagrożeniem jest możliwość zakażenia oraz rozejścia się brzegów rany a także wytworzenie krwiaka w miejscu zabiegu. Szczególną uwagę należy zwrócić na pojawienie się zaczerwienienia i bólu w okolicy rany, obrzęku, wycieku ropnej treści z towarzyszącym nieprzyjemnym, zapachem [2, 3].

Mastektomia jest powszechnym sposobem leczenia raka piersi. Istnieje pięć głównych rodzajów mastektomii.

➤ **Mastektomia całkowita**

Całkowita mastektomia jest również znana jako mastektomia prosta. Jest to zabieg, w którym chirurg usuwa całą pierś, w tym brodawkę sutkową, otoczkę i skórę. Węzły chłonne wartownicze są często usuwane w tym samym czasie, aby można je było sprawdzić pod kątem raka. Całkowita mastektomia może być opcją we wczesnym stadium raka piersi, który prawdopodobnie nie dotarł do węzłów chłonnych pachowych.

➤ **Zmodyfikowana radykalna mastektomia**

Zmodyfikowana radykalna mastektomia (Zabieg Pateya) pomaga ustalić, czy rak dotarł do węzłów chłonnych pod pachą.

Ten rodzaj mastektomii obejmuje usunięcie:

1. całej piersi, w tym sutka, otoczki piersi i skóry;
2. niektórych węzłów chłonnych pachowych.

W niektórych przypadkach chirurg usunie również wyściółkę mięśnia klatki piersiowej.

➤ **Mastektomia radykalna**

Radykalna mastektomia to kompleksowa operacja polegająca na usunięciu:

1. całej piersi, w tym sutka, otoczki piersi i skóry;
2. wszystkich węzłów chłonnych pachowych;
3. większych i mniejszych mięśni piersiowych.

Radykalna mastektomia była kiedyś standardem w leczeniu raka piersi. Dzięki ulepszonym technikom obrazowania i radioterapii chirurdzy częściej zalecają zmodyfikowaną radykalną mastektomię. Jednak nadal radykalna mastektomia jest opcją, gdy guz rośnie w mięśniach klatki piersiowej.

➤ Mastektomia częściowa

W częściowej mastektomii chirurg usuwa obszar rakowy oraz zdrową otaczającą tkankę. Ten rodzaj mastektomii może być stosowany, gdy jest tylko jeden mały obszar tkanki nowotworowej.

➤ Operacja oszczędzająca piersi

Mniej inwazyjne procedury – zwane łącznie chirurgicznym leczeniem oszczędzającym piersi – są obecnie opcją dla wielu osób z rozpoznaniem raka piersi [4].

Rehabilitacja po mastektomii

Rehabilitacja w leczeniu chorych na raka piersi jest integralną częścią postępowania. Ma ona na celu ograniczenie niekorzystnych fizycznych i psychicznych następstw leczenia [5]. Jest ona bardzo złożonym i długotrwałym procesem, ale co najważniejsze przynoszącym ogromne efekty. Fizjoterapia kobiet z rakiem piersi rozpoczyna się już przed operacją i trwa przez pewien okres po zakończeniu leczenia. Rehabilitacja po mastektomii to nie tylko usprawnianie ruchem, ale także leczenie psychiki chorych.

Postępowanie w czasie pobytu w szpitalu Postępowanie rehabilitacyjne w okresie przebywania w szpitalu ma na celu przygotowanie fizyczne i psychiczne chorej do zabiegu operacyjnego oraz zapobieganie wczesnym następstwom zabiegu operacyjnego. Rehabilitacja w tym czasie trwa zwykle od dziesięciu do czternastu dni. W okresie przedoperacyjnym, który trwa do dwóch dni, pacjentka – zapoznana z postępowaniem leczniczym – powinna uzyskać od zespołu rehabilitacyjnego pełen plan proponowanego usprawniania fizycznego i psychicznego, a niejednokrotnie otrzymać wsparcie psychologa klinicznego. Zasadnicze usprawnianie rozpoczyna się w pierwszej dobie po operacji. W okresie pooperacyjnym uzupełnia się ubytek piersi protezą tymczasową, która ma znaczenie psychoterapeutyczne. Ćwiczenia fizyczne prowadzi się od pierwszej doby po operacji. W tym okresie rehabilitacja ma na celu poprawę sprawności fizycznej pacjentki [6]. Postępowanie po opuszczeniu szpitala Po opuszczeniu szpitala pacjentki powinny ćwiczyć w zakładach i przychodniach rehabilitacyjnych prowadzących program rehabilitacji kobiet po mastektomii, ewentualnie ćwiczyć według przekazanych instruktaży [5]. Do metod stosowanych w rehabilitacji

ambulatoryjnej należy kinezyterapia grupowa lub indywidualna, fizykoterapia, masaż klasyczny, różne formy masażu aparaturowego, a także psychoterapia grupowa [1].

ZAŁOŻENIA I CELE PRACY

Nowotwór piersi jest to przewlekła choroba, dotykająca coraz większą liczbę kobiet. Dane Krajowego Rejestru Nowotworów oszacował, że w ciągu 2010-2013 zachorowalność na ten nowotwór wzrosła o ponad 2 tys. przypadków. Rocznie w Polsce umiera około 6 tys. pacjentek z powodu raka piersi. Zabieg mastektomii nie wpływa tylko na aspekt fizyczny ale także psychiczny pacjentki. Utrata części lub całej piersi powoduje zmniejszenie samoakceptacji, gdyż od zawsze piersi były atrybutem kobiety. Ważne jest aby w opiece pielęgniarskiej nie tylko uwzględniać pomoc w trudnościach związanych z zabiegiem operacyjnym ale także służyć troską, wsparciem oraz dobrym słowem [7].

Głównym celem jest ukazanie oraz przeanalizowanie procesu pielęgnowania po zabiegu mastektomii.

Cele szczegółowe:

1. Sporządzenie arkusza do zbierania danych o pacjentce.
2. Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjentki.
3. Przygotowanie indywidualnego procesu pielęgnowania.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto 47-letnią pacjentkę po zabiegu mastektomii. Hospitalizowana w trybie planowym w dniach 07.08.2019-12.08.2019r. w Białostockim Centrum Onkologii.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej opracowano na podstawie przeprowadzonego wywiadu, obserwacji oraz przeanalizowaniu dokumentacji medycznej.

Materiał do pracy zebrano za pomocą:

- wywiadu- opracowanie arkusza do zbierania informacji o pacjentce;
- obserwacji- świadome zwracanie uwagi na wygląd zewnętrzny, zachowanie, działanie różnych układów i narządów pacjentki, ma to na celu pomoc w rozeznaniu pielęgnarskim, planowaniu, realizacji oraz ocenie osiągniętych celów pielęgnowania;

- pomiarów- ilościowy opis wartości i cech u pacjentki oraz wykorzystanie skal, przyrządów;
- analizy dokumentacji medycznej- w celu gromadzenia informacji, do dokumentacji należy: formularz historia choroby, karta obserwacji, karta gorączkowa, karta zleceń lekarskich i pielęgniarskich, wyniki badań diagnostycznych;

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjentka A.G. lat 45 przyjęta na Oddział Chirurgii Onkologicznej z pododdziałem chorób piersi i rekonstrukcji w Białostockim Centrum Onkologii dnia 07.08.2019r. w trybie planowanym w celu wykonania amputacji podskórnej z jednoczasową rekonstrukcją oraz procedurą węzła wartowniczego. Rozpoznanie kliniczne pacjentki to rak inwazyjny piersi prawej (NST G3), typ trój ujemny- wyjściowo cT2N0M0.

Pacjentka posiada wykształcenie średnie zawodowe, pracuje w sklepie spożywczym jako sprzedawca. Mieszka w bloku z mężem i dwójką córek. Dwa porody naturalne, bez komplikacji. Z wywiadu wynika że nowotwór sutka występował u mamy oraz siostry stryjecznej pacjentki.

Guz pacjentka wykryła przez samobadanie piersi. W badaniu mammografii zdiagnozowano zagęszczenie o wymiarach 15x13 mm w piersi prawej w kwadrancie górnym-wewnętrznym. Brak zmian z węzłach chłonnych dołu pachowego. Aby potwierdzić diagnozę wykonano BAC i BAG. W badaniach genetycznych wykryto mutację BRCA1. Pacjentka przed zabiegiem operacyjnym przyjmowała neoadjuwantowa chemioterapię 4xAC+12xPaklitaksel. Z powodu zakrzepicy żył głębokich kończyny górnej lewej, która wystąpiła po przyjęciu 2 dawki chemioterapii, został wstawiony port naczyniowy. U jednej z jej córek także wykryto mutację BRCA1.

Parametry w dniu przyjęcia: wzrost-164cm; waga-89kg; RR- 125/85mmHg; HR- 73 u/min.; SpO2-99%; temp.- 36,6⁰C. Pacjentka nie zgłasza chorób przewlekłych oraz przyjmowania na stałe leków. Kobieta nie pije i nie pali. Stan ogólny dobry.

W dniu 08.08.2019r. wykonano amputację podskórną piersi prawej z mastopeksją i augmentacją ubytku ekspanderem oraz usunięcie węzła wartowniczego pachy prawej. Założono dren Redona oraz cewnik Folleya.

W 1 dobie po zabiegu pacjentka w stanie ogólnym dobrym. Zorientowana co do czasu i miejsca. Odczuwa niepokój spowodowany przebytą operacją. Pacjentka zgłasza dolegliwości bólowe w okolicy amputowanej piersi (7/10 w skali VAS). Skarży się na ograniczony ruch w obręczy barkowej prawej. Pacjentka potrzebuje pomocy w toalecie oraz spożywaniu posiłków. Ma obawy przed powrotem do życia codziennego i reakcji otoczenia na mastektomię. Parametry życiowe: RR- 118/81mmHg; HR- 70u/min.; oddech regularny o częstotliwości 16 odde./min.; Spo2-100%; temp.-36,7°C.

Pacjentce zlecono: Paracetamol 100ml, Metamizol 2ml, Ketonal 2ml, Optilyte 500ml, Clexane 0,4ml, Biofuroxym 1.5g fiolka co 8h.

Proces pielęgnowania pacjentki po mastektomii

➤ **Diagnoza pielęgnarska 1 - Ból w okolicy rany pooperacyjnej (w skali VAS-7/10).**

✓ **Cel opieki** - Zmniejszenie dolegliwości bólowych.

✓ **Interwencje pielęgnarskie**

- Dokonywanie oceny bólu w skali VAS co 2h;
- Ułożenie ręki strony operowanej na specjalnym klinie;
- Ułożenie pacjentki w dogodnej pozycji, w której odczuwa mniejsze dolegliwości bólowe;
- Zalecenie odciążenia strony operowanej;
- Podanie leków przeciwbólowych zgodnie z zaleceniem lekarza;

Ocena - Zmniejszyły się dolegliwości bólowe (w skali VAS- 4/10). Problem podlega dalszej obserwacji.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 2 - Ryzyko wystąpienia obrzęku limfatycznego**

spowodowane usunięciem węzła wartowniczego pachy prawej.

✓ **Cel opieki** - Zmniejszenie ryzyka wystąpienia obrzęku limfatycznego.

✓ **Interwencje pielęgnarskie**

- Ułożenie ręki strony operowanej na specjalnym klinie;
- Obserwacja ilości oraz charakteru treści drenowej;
- Uświadomienie pacjentce aby nie wykonywała ciężkich prac domowych np.: mycia okien, noszenia ciężkich zakupów;
- Wytlumaczenie noszenia staników sportowych (bez fiszbin), luźnych ubrań;
- Stosowanie masażu oraz ćwiczeń zgodnie z zaleceniami fizjoterapeuty;

Ocena - Nie doszło do pojawienia się obrzęku limfatycznego.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 3 - Ryzyko wystąpienia krwotoku z rany pooperacyjnej.**

✓ **Cel opieki** - Zmniejszenie ryzyka krwotoku.

✓ **Interwencje pielęgniarstwa**

- Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych: RR, HR, Spo2, temp., ilość oddechów;
- Regularna obserwacja opatrunku oraz treści drenu;
- Zalecanie pacjentce nie wykonywania gwałtownych ruchów aby nie rozeszły się szwy;

Ocena - Nie wystąpił krwotok z rany pooperacyjnej.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 4 - Możliwość wystąpienia zakażenia rany pooperacyjnej.**

✓ **Cel opieki** - Zapobieganie wystąpieniu zakażenia rany pooperacyjnej.

✓ **Interwencje pielęgniarstwa**

- Obserwacja rany pooperacyjnej w kierunku zaczerwienienia, obrzęku oraz wysięku;
- Dokładna toaleta ciała w okolicy rany pooperacyjnej;
- Regularna zmiana opatrunku w szczególności gdy jest on przesiąknięty;
- Zmiany opatrunku zachowywać z zasadami aseptyki i antyseptyki;
- Stosowanie jałowego sprzętu oraz opatrunków;

Ocena - Nie wystąpiło zakażenie. Rana goi się prawidłowo.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 5 - Deficyt w samoopiece spowodowany przebytą operacją.**

✓ **Cel opieki** - Poprawa pacjentki w kierunku samoopieki.

✓ **Interwencje pielęgniarstwa**

- Pomoc w toalecie oraz spożywaniu posiłków;
- Zachęcanie do wykonywania drobnych czynności samemu;
- Uświadomienie pacjentce jak ważna jest regularna rehabilitacja po zabiegu;
- Uczestniczenie rodzinny w pomocy dla pacjentki;

Ocena - Zwiększenie samodzielności u pacjentki.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 6 - Ryzyko wystąpienia zakażenia w okolicy drenu.**

✓ **Cel opieki** - Zmniejszenie ryzyka zakażenia.

✓ **Interwencje pielęgniarские**

- Regularna obserwacja ujścia miejsca drenu pod kątem zaczerwienienia, obrzęku lub wysięku;
 - Zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki w czynnościach w okolicy ujścia drenu;
 - Regularna toaleta ciała w okolicy ujścia drenu;
- Wymiana butelki drenu w momencie jej napełnienia;

Ocena - Nie wystąpiło zakażenie. Problem do dalszej obserwacji.

➤ **Diagnoza pielęgniariska 7 - Możliwość wystąpienia zakażenia układu moczowego spowodowane założonym cewnikiem Folleya.**

✓ **Cel opieki** - Zmniejszenie wystąpienia zakażenia układu moczowego.

✓ **Interwencje pielęgniarские**

- Dokładna toaleta w okolicach ujścia cewki moczowej;
- Obserwacja okolic krocza w kierunku objawów zakażenia (zaczerwienienie, obrzęk);
- Regularne wylewanie moczu z worka;
- Ułożenie worka poniżej poziomu bioder;
- Jeśli stan na to pozwala to jak najszybsze usunięcie cewnika;

Ocena - Nie wystąpiło zakażenie układu moczowego. Cewnik został usunięty.

➤ **Diagnoza pielęgniariska 8 - Niebezpieczeństwo wystąpienia zakażenia w okolicy założenia portu naczyniowego.**

✓ **Cel opieki** - Zmniejszenie ryzyka wystąpienia zakażenia.

✓ **Interwencje pielęgniarские**

- Regularna wymiana igły;
- Zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki przy czynnościach w okolicy portu;
- Regularne przepłukiwanie portu;
- Regularna zmiana opatrunku;

Ocena - Nie doszło do zakażenia. Problem do dalszej obserwacji.

➤ **Diagnoza pielęgniariska 9 - Niepokój i lęk spowodowany obawą przed powrotem do domu i reakcja otoczenia.**

✓ **Cel opieki** - Poprawa samopoczucia pacjentki i zwiększenie jej

samoakceptacji.

✓ **Interwencje pielęgniarские**

- Rozmowa z pacjentką i wyjaśnienie jej wszelkich wątpliwości;
- Zachęcenie pacjentki do rozmowy z psychologiem;
- Umożliwienie pacjentce rozmowy z kobietami po mastektomii oraz z stowarzyszenia „Amazonki”;
- Rozmowa z rodziną pacjentki na temat jej wsparcia w najbliższym czasie;
- Edukacja pacjentki oraz jej rodziny w kierunku: zmiany opatrunku, układania oraz oszczędzania strony operowanej;

Ocena - Zmniejszenie niepokoju pacjentki. Większa pewność na powrót do domu.

➤ **Diagnoza pielęgniarская 10- Ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej spowodowane leżącą pozycją.**

✓ **Cel opieki** - Zmniejszenie ryzyka powstania choroby zakrzepowo-zatorowej.

✓ **Interwencje pielęgniarские**

- Powolne pionizowanie pacjentki;
- Zachęcenie do aktywności fizycznej, odpowiedniej do stanu zdrowia;
- Uświadczenie jak ważne są ćwiczenia zalecane przez fizjoterapeutę;
- Podawanie leków przeciwzakrzepowych zgodnie z zaleceniem lekarza;

Ocena - Nie wystąpiła choroba zakrzepowo-zatorowa.

Zalecenie dla pacjentki po podskórnej amputacji piersi z jednoczasową rekonstrukcją.

1. Toaleta ciała pod prysznicem.
2. Miejsce z raną pooperacyjną myć delikatnie, najlepiej mydłem bezzapachowym.
3. Powierzchnię rany osuszać delikatnie poprzez dotykane, a nie pocieranie.
4. Nie wystawiać blizny pooperacyjnej na działanie zbyt wysokiej i niskiej temperatury.
5. Nosić biustonosz bez fiszbin.
6. Jeśli wystąpią niepokojące objawy: zaczerwienienie, ból, obrzęk lub wyciek z rany pooperacyjnej niezwłocznie zgłosić się trzeba do lekarza.
7. Wypijać większą ilość płynów 1500-2000 ml/dobę.
8. Regularnie spożywać posiłków, 4-5 razy dziennie.

9. Ograniczyć wysiłek fizyczny, aby nie spowodować obrzęku, rozejścia się brzegów rany.
10. Przez okres 3-4 tyg. Ograniczyć ruch w stawie barkowym strony operowanej do 90° zgięcia.
11. Unikać spania na stronie operowanej.
12. Regularnie ćwiczyć z fizjoterapeutą.

Kobiety po zabiegu mają wiele ograniczeń natury fizycznej, wymagają opieki fizjoterapeutycznej już we wczesnej opiece pooperacyjnej. Jednak często zdarza się, że to nie problemy natury fizycznej są najważniejsze. W przypadku kobiet po mastektomii to częściej dochodzi do zaburzeń psychicznych i społecznych relacji interpersonalnych. Kobiety przechodzą przez szereg nieprzyjemnych doświadczeń, muszą odnaleźć się w nowej, niekomfortowej dla nich sytuacji, pogodzić to ze swoim życiem osobistym oraz często z nieodwracalnymi zmianami zachodzącymi w ich ciele. Zdarza się też, że postrzeganie własnej wartości wpływa na ich samoocenę, co powoduje niechęć do własnej osoby. Obniżenie jakości życia wśród chorych wiąże się z tym, że podczas leczenia muszą prowadzić oszczędny tryb życia, co powoduje mniejszą wydolność wysiłkową i zwiększa nasilenie objawów zmęczenia. Pacjentki poddawane leczeniu mają objawy somatyczne, psychiczne, towarzyszy im stres, lęk i bezradność. Często dochodzi do zespołu zmęczenia nowotworowego charakteryzuje się on obniżeniem jakości życia, brakiem energii i upośledzeniem adaptacji społecznej.

DYSKUSJA I OMÓWIENIE WYNIKÓW

Nowotwór piersi jest to najczęściej występujący rak u kobiet w Polsce. Pomimo zaobserwowania zwiększenia świadomości kobiet na daną jednostkę chorobową, dalej najczęściej jest on wykrywany w zaawansowanym stadium. Pocieszający jest fakt wzrost chęci do badań profilaktycznych, które są ważną kwestią w wczesnym rozpoznaniu choroby. Kobieta dotknięta nowotworem piersi zmaga się nie tylko z problemami fizycznymi ale także psychicznymi. Tu ważną rolę odgrywa rodzina ale także personel medyczny, który powinien wesprzeć oraz pomóc w przezwyciężeniu problemów.

Jednym z podstawowych problemów u pacjentki z mojej pracy był brak samoakceptacji z powodu dokonanego zabiegu. Anna Brandt i Hanna Przybyła- Basista [8] w swoim artykule stwierdzają że mastektomia to zabieg oszpecający, pozbawiający

„atrybutu kobiecości”. Z tego powodu wiele kobiet ma od razu wykonywaną rekonstrukcję, aby jak najszybciej powróciły do sprawności psychicznej. W jak najszybszym przezwyciężeniu tego problemu ma także duży udział rodzina i bliscy. Według Renaty Stępień i Grażyny Wiraszka [9] w swoich badaniach ukazały, że to dzięki rodzinie, która otoczyła chore opieką i wsparciem, pacjentka szybciej powróciła do sprawności psychicznej.

Kolejnym problemem oznaczającym się mocno jest ból po zabiegu mastektomii. Marta Kulpa i Beata Stypuła-Ciuba [10] w swoim artykule stwierdziły, że ból nowotworowy jest przewlekły i z tego powodu wpływa na inne sfery życia oraz zaburza codzienność. Z tego powodu personel medyczny jest zobowiązany do zastosowania wszelkich narzędzi, a także szukania innowacyjnych rozwiązań aby ten ból zniwelować.

Wybór leczenia nowotworu piersi jest indywidualnie dobierany do pacjentki. Przypadek opisany w moim badaniu została najpierw poddana chemioterapii aby zahamować wzrost komórek nowotworowych oraz nie dopuścić do przerzutów do węzłów chłonnych a następnie do innych organów. Następnie zdecydowano się na mastektomie z rekonstrukcją oraz usunięciu węzła wartowniczego. Dodatkowo do szybkiego powrotu do zdrowia oraz sprawności na odpowiednio dobrany proces pielęgnowania oraz wsparcie z strony personelu medycznego oraz rodziny.

PIŚMIENNICTWO:

1. Krzakowski M., Kawecki A.: Nowotwory złośliwe tom I, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2012, 98-99.
2. Walewska E. (red.): Podstawy Pielęgniarstwa Chirurgicznego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, 487-503.
3. Kordek R.: Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2013, 203-212.
4. Wysocki W.M., Herman K.: Postępowanie chirurgiczne w przypadku nawrotu miejscowego po leczeniu oszczędzającym raka piersi — mastektomia czy ponowne miejscowe wycięcie? NOWOTWORY Journal of Oncology 2014, 64(2), 163–168.
5. Tchórzewska H.: Rehabilitacja chorych leczonych z powodu raka gruczołu piersiowego. Nowotwory 1997, 47(2), 93-96. 5.

6. Pop T., Sokołowska M., Nowak E.: Rehabilitacja kobiet po mastektomii – algorytm postępowania. *Postepy Rehabil.* 2004, 18(3), 55-58
7. Kornafel J.: Rak piersi. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Warszawa 2011, 29-163.
8. Brandt A., Przybyła-Basista H.: Decyzja o rekonstrukcji piersi u kobiet po mastektomii- motywy, obawy, percepcja efektów. *Psychoonkologia*, 2016, 20 (1), 17-26.
9. Stępień R., Wiraszka G.: Znaczenie rodziny w adaptacji funkcjonalnej kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi. *Problemy pielęgniarstwa*, 2011, 19 (3), 372-377.
10. Kulpa M., Stypuła-Ciuba B.: Ból nowotworowy i uciążliwość objawów somatycznych a jakość życia u pacjentów z chorobami nowotworowymi. *Medycyna paliatywna*, 2013, 5(4), 171-179.

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA CHORYCH NA RAKA JELITA GRUBEGO PODDANYCH CHEMIOTERAPII

Katarzyna Krystyna Snarska¹, Cecylia Dolińska²

¹ – Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² – Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

WSTĘP

Nowotwory to plaga naszej współczesności i jedna z najczęstszych i najgroźniejszych chorób. Szacuje się, że w krajach rozwiniętych na nowotwór może zachorować nawet co trzecia osoba. Nowotwór jest chorobą materiału genetycznego, powstaje w wyniku akumulacji uszkodzeń genetycznych. Nowotwór złośliwy ma zdolność do ciągłego rozrostu, niepohamowanego rozprzestrzeniania się komórek nowotworowych w organizmie i niszczącego działania. Najwcześniejsza faza kancerogenezy czyli powstawania choroby to okres pojawienia się pierwszej komórki nowotworowej w organizmie. Ta faza ma charakter utajony i nie wywołuje żadnych objawów. Komórki chorobowe są nastawione na ekspansję oraz walkę przeciw całemu zdrowemu organizmowi. Nowa tkanka zaczyna kierować się własnymi zasadami. Najważniejszą z nich jest masywne i szybkie dzielenie się komórek raka, tak aby powstała ich jak największa liczba (wzrost guza). Drugą zasadą charakteryzującą raka jest migracja komórek poza obręb guza pierwotnego do innych tkanek w organizmie, która prowadzi do powstania tzw. przerzutów [1].

Nowotworom oraz ich terapii od zawsze nieuchronnie towarzyszy szereg objawów i dolegliwości, które obniżają jakość życia, komplikują proces leczenia oraz niejednokrotnie stanowią poważne zagrożenie dla życia chorego. Właściwe postępowanie, nadążające za rozwojem wiedzy jest niezbędnym elementem procesu terapeutycznego oraz warunkiem jego powodzenia [2].

Rak jelita grubego - definicja

Rak jelita grubego (*łac. carcinoma intestini crassi*), (ICD 10: C18 – C 20) to pierwotny nowotwór złośliwy jelita grubego, który wywodzi się z nabłonka błony śluzowej jelita grubego. W przypadku nowotworów jelita grubego nazwę tę stosuje się do zmian, które przekraczają mięśniówkę właściwą błony śluzowej. Do raka jelita grubego zaliczany jest rak okrężnicy, rak zgięcia esiczo-odbytniczego i rak odbytnicy. Ponad 90% raków jelita grubego to gruczolakoraki, pozostałe są rakami płaskonabłonkowymi, neuroendokrynnymi lub niezróżnicowanymi. Klinicznie bywa dzielony na raka okrężnicy i odbytnicy [3].

Epidemiologia, etiologia, patologia

W ostatnich 20 latach obserwujemy znaczną dynamikę wzrostu zachorowań i zgonów na nowotwór złośliwy raka jelita grubego w Polsce. Każdego roku na ten nowotwór zapada 18 tysięcy Polaków, z czego aż 12 tysięcy chorych umiera. Dynamika zapadalności na tę chorobę jest jedną z najwyższych w Europie. Najnowsze dane pokazują, że w 2025 r. na nowotwór ten zachoruje ok. 15 000 mężczyzn i 9 100 kobiet – łącznie ponad 24 100 osób. Codziennie na raka jelita grubego w Polsce umierają 33 osoby. Najnowsze statystyki pokazują, że rak jelita grubego jest drugim u mężczyzn, a trzecim u kobiet pod względem umieralności nowotworem w Polsce [4]. Nowotwór ten stanowi u mężczyzn około 12%, a u kobiet 10% zachorowań [5].

Nowotwór okrężnicy rzadko występuje u osób poniżej 40. roku życia. Większość zachorowań na nowotwory złośliwe jelita grubego występuje po 50 roku życia (94%), przy czym aż 75% zachorowań u obu płci przypada na populację osób po 60 r.ż. Trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe jelita grubego w grupach wiekowych odzwierciedlają prawidłowości obserwowane w populacji generalnej.

Większość zgonów z powodu nowotworów złośliwych jelita grubego występuje po 60 roku życia (ponad 80%). Ryzyko zgonu z powodu tego nowotworu wzrasta wraz z wiekiem.

Biorąc pod uwagę dynamikę wzrostu zachorowań na nowotwory złośliwe, szacuje się, że ich liczba do 2025r. wzrośnie dwukrotnie. Najbardziej niekorzystne prognozy dotyczą nowotworów przewodu pokarmowego. Od 2000 r. w Polsce wdrożono Program Badań Przesiewowych wczesnego wykrywania raka jelita grubego, który od 2005 r. jest

realizowany jako jedno z zadań Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych [6].

Etiologia

Etiologia próbuje wyjaśnić przyczynę zjawiska jakim jest choroba. Jak dotąd przyczyny rozwoju raka jelita grubego nie są dostatecznie poznane. Mówi się o czynnikach predysponujących do wystąpienia tego nowotworu. Są to czynniki zarówno na które nie mamy wpływu tj. predyspozycje genetyczne, jak też czynniki modyfikowalne. Styl życia, czynniki środowiskowe a także dieta ubogo resztkowa, obfitująca w białko zwierzęce i tłuszcze, z małą ilością błonnika pokarmowego, sprzyja modyfikacji flory bakteryjnej w jelicie co w konsekwencji prowadzi do powstania substancji kancerogennych, które odpowiadają za przemianę komórek prawidłowych w nowotworowe [6].

Podział czynników ryzyka na grupy:

1. Genetyczne:

- wrodzony niepolipowaty rak jelita grubego
- polipowatość rodzinna

2. Czynniki wewnętrzne:

- wrzodziejące zapalenie jelita grubego
- gruczolaki
- zespół Crohna

3. Czynniki środowiskowe:

- otyłość, dieta wysokokaloryczna
- palenie tytoniu
- zbyt duża ilość tłuszczów w diecie
- zbyt mała ilość warzyw i owoców
- zbyt mała podaż witaminy A, C, E oraz selenu
- picie dużej ilości alkoholu
- otyłość, nadwaga
- siedzący tryb życia

Czynniki zmniejszające ryzyko wystąpienia raka jelita grubego:

- dieta bogata w warzywa i owoce, która dostarcza odpowiednią ilość witamin
- dieta ubogotłuszczowa, z ograniczeniem mięsa czerwonego
- aktywność fizyczna [7].

Do stanów chorobowych, które zwiększają ryzyko zachorowania na raka jelita grubego zaliczamy:

- rodzinna polipowatość jelita grubego ok. 100%
- gruczolaki jelita grubego ok. 20%
- nieswoiste zapalenie jelita grubego (colitis ulcerosa, choroba Crohna) ok. 10-30%
- stan po operacji jelita grubego (wznowa raka lub tzw. rak metachroniczny) ok. 8-20%
- przebyte operacje z powodu raka piersi lub raka jajnika ok. 8%
- stan po wszczepieniu moczowodu do esicy ok. 8%

Polska jest krajem, w którym o wysokim zagrożeniu zachorowania na raka jelita grubego decydują dwa czynniki. Pierwszym z nich to ekspozycja na czynniki ryzyka, a drugim, niska skuteczność programów wczesnej diagnostyki. Przyczyny wzrostu liczby zachorowań upatruje się również w postępującej urbanizacji społeczeństwa [8].

Leczenie chorych na raka jelita grubego

Wybór metody leczenia raka jelita grubego zależy od stopnia zaawansowania choroby, stopnia złośliwości histologicznej a także stanu ogólnego pacjenta. Takie leczenie ustala się indywidualnie dla każdego pacjenta. Chorzy poddawani są jednej metodzie leczenia lub kojarzeniu kilku metod.

W leczeniu raka jelita grubego stosuje się następujące połączenia:

- chirurgia, chemio- i radioterapia
- chirurgia i chemioterapia
- chirurgia i radioterapia
- radioterapia i chemioterapia [9].

Chemioterapia

Celem chemioterapii uzupełniającej zabieg operacyjny jest zniszczenie krążących komórek nowotworowych i mikroprzerzutów, aby nie doszło do rozwoju przerzutów

odległych i w ten sposób wydłużenie życia chorego wolnego od choroby. Chemioterapia u chorych na raka jelita grubego jest leczeniem uzupełniającym dla chirurgicznej resekcji nowotworu, również stosuje się ją przed operacją jako samodzielną metodę lub w połączeniu z radioterapią. Mechanizm działania leków cytostatycznych jest wielokierunkowy, hamują one podział komórek nowotworowych, powodując ich uszkodzenie a w efekcie ich śmierć.

Chemioterapia neoadiuwantowa to chemioterapia przedoperacyjna, która ma za zadanie spowodować zmniejszenie masy guza a co za tym idzie ułatwić wykonanie zabiegu operacyjnego oraz zwiększyć szanse na całkowite wyleczenie. Natomiast chemioterapia adiuwantowa charakteryzuje się podaniem leczenia cytostatycznego po zabiegu operacyjnym, celem poprawienie przeżycia chorych poprzez zniszczenie ewentualnie krążących w organizmie komórek przerzutowych [10].

Przełomem w onkologii jest wdrożenie leczenia przeciwnowotworowego, jakim jest leczenie ukierunkowane na cele molekularne, które doprowadza do upośledzenia powstawania nowych naczyń krwionośnych w obrębie nowotworu i prowadzi do zahamowania aktywności różnych czynników odpowiedzialnych za proliferację, migrację i inwazyjność komórek nowotworowych. Są one stosowane dla potencjalnie wrażliwych grup pacjentów. Leczenie to różni się od tradycyjnej chemioterapii, ponieważ wywiera efekt cytostatyczny a nie cytotoksyczny czyli w wyniku takiego leczenia obserwuje się raczej zahamowanie wzrostu nowotworu, rzadziej jego regresję. Ogólnie można powiedzieć, że leczenie skojarzone (chemioterapia z leczeniem celowanym) ma przewagę nad stosowaną wyłącznie chemioterapią gdyż prowadzi ono nie tylko do zwiększenia odsetka odpowiedzi na leczenie, ale także wydłuża czas przeżycia wolnego od progresji choroby oraz czas całkowitego przeżycia chorych w porównaniu z podawaniem wyłącznie leków cytotoksycznych [11].

CELE PRACY

1. Ocena jakości życia chorych na raka jelita grubego poddanych chemioterapii
2. Rozpoznanie problemów pielęgniarских chorych na nowotwór jelita grubego poddanych leczeniu systemowemu

3. Ocena roli i jakości opieki pielęgniarstwa w łagodzeniu objawów ubocznych ze strony organizmu w trakcie chemioterapii z uwzględnieniem dolegliwości fizycznych oraz problemów emocjonalnych chorych na raka jelita grubego.

MATERIAŁY I METODYKA

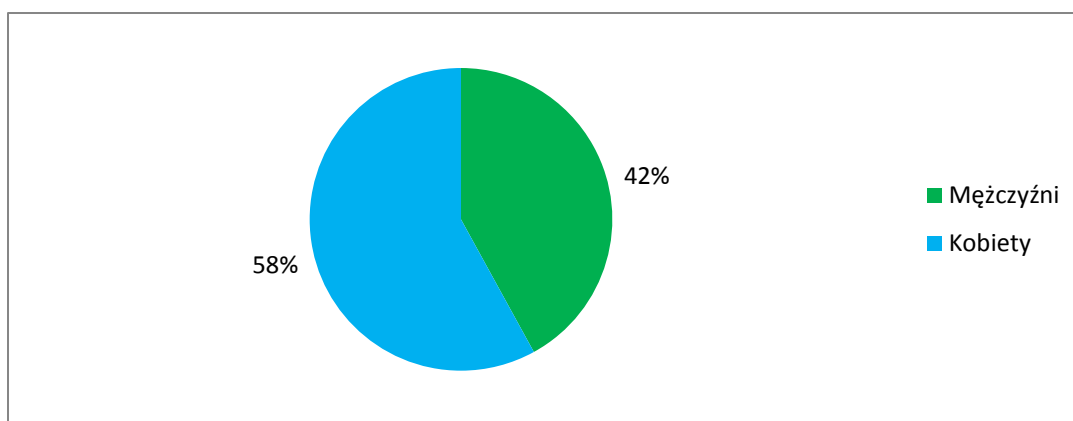
Badania przeprowadzono za zgodą Dyrektora Białostockiego Centrum Onkologii, w okresie od 10.10.2020 do 28.02.2021 r. wśród pacjentów leczonych w Oddziale Onkologii Klinicznej. Badaniem objęto 100 chorych na raka jelita grubego poddanych chemioterapii.

Narzędziem badawczym wykorzystanym w pracy był kwestionariusz ankiety. Chorzy wypełniali go po zakończeniu cyklu leczenia w dniu wypisu do domu. W pierwszej części ankiety zawarto pytania ogólne dotyczące charakterystyki populacji: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, sytuacja materialna oraz sytuacja zawodowa. Natomiast w drugiej części ankiety zamieszczono pytania szczegółowe, dotyczące objawów niepożądanych występujących u chorych w trakcie chemioterapii, roli opieki pielęgniarstwa w ich łagodzeniu oraz wpływu zastosowanej terapii przeciwnowotworowej na funkcjonowanie chorych i jakość ich życia.

WYNIKI BADAŃ

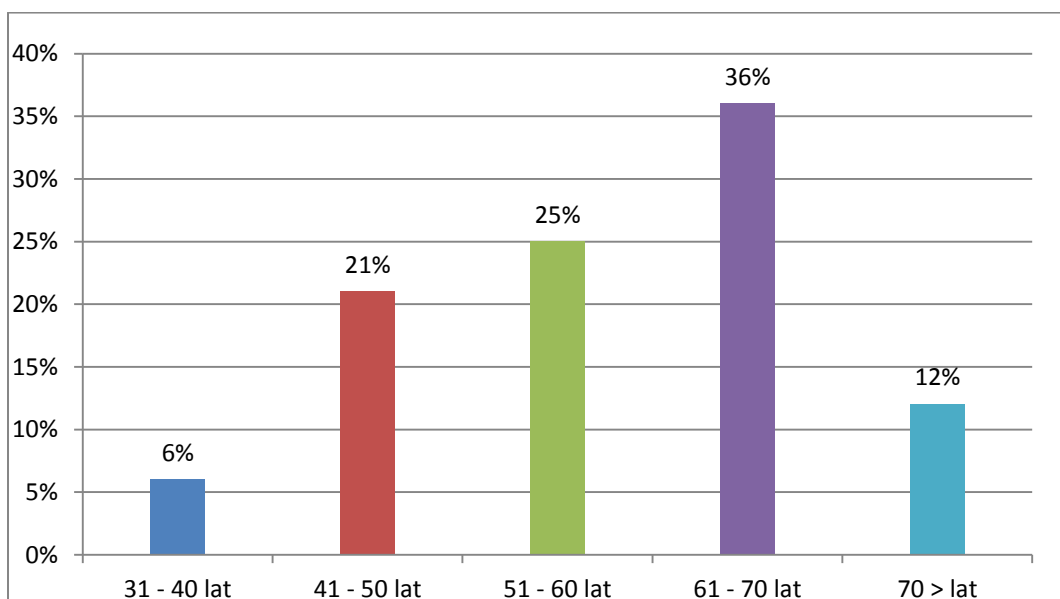
Charakterystyka badanej grupy

Badaniem objęto 100 chorych poddanych chemioterapii z powodu raka jelita grubego. W skład grupy ankietowanej wchodziło nieznacznie więcej mężczyzn (58%). (wykres 1).



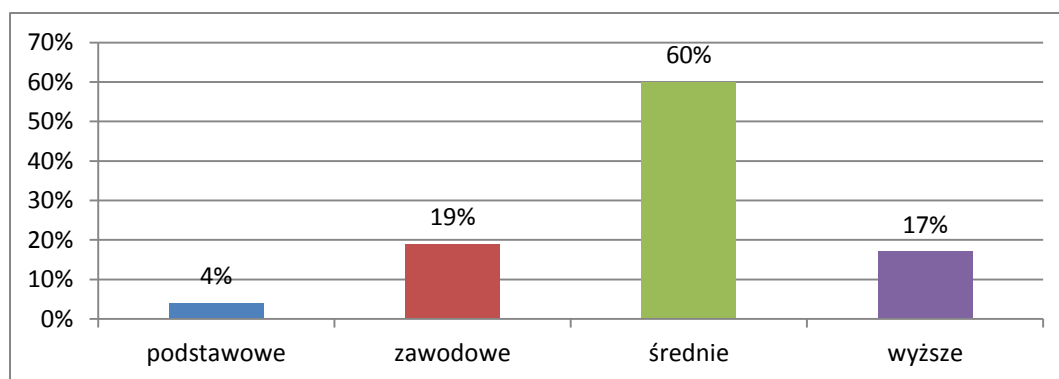
Wykres 1. Podział respondentów według płci

W badanej grupie największy odsetek (odpowiednio 25% i 36%) stanowiły osoby w wieku 51-60 lat i 61-70; następnie 41-50 lat (21%); powyżej 70 lat (12%); 31-40 lat (6%). (wykres 2).



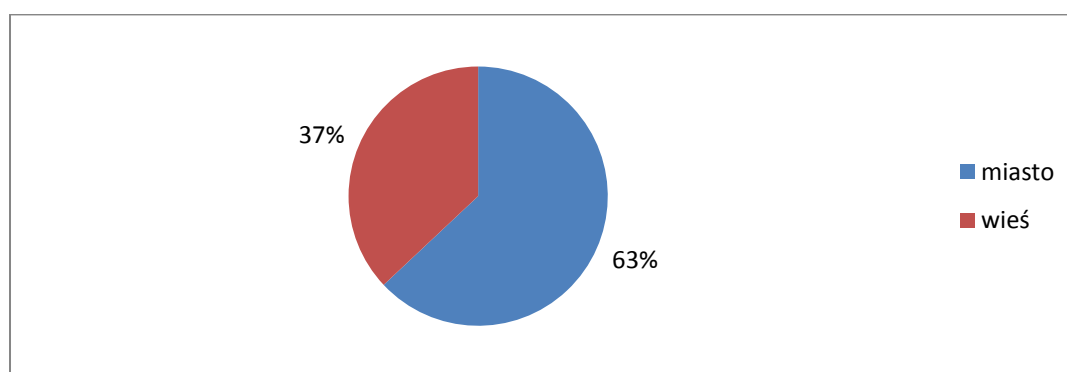
Wykres 2. Podział respondentów według wieku.

Zdecydowana większość badanych, to pacjenci o średnim wykształceniu (60%), chorych z wykształceniem zawodowym było (19%), natomiast z wyższym (17%). Grupa 4% posiadała wykształcenie podstawowe (wykres 3).



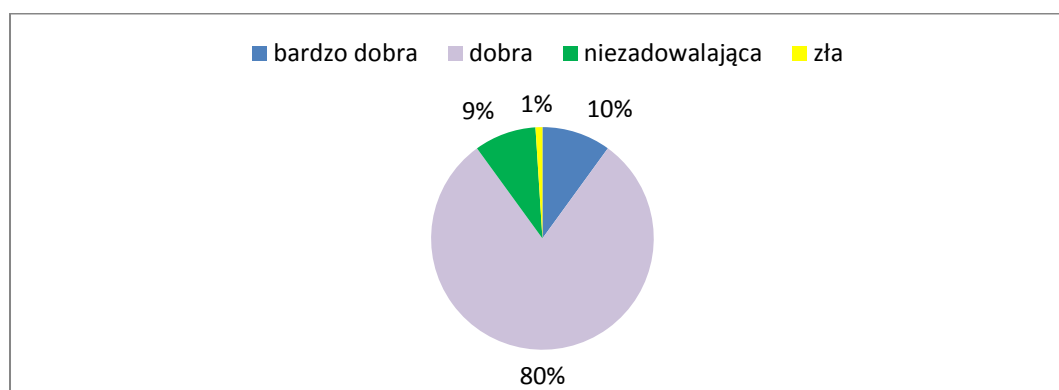
Wykres 3. Podział respondentów według wykształcenia.

Większość ankietowanych mieszka w mieście (63%) mniej liczną grupę stanowią mieszkańcy wsi (37%) (wykres 4).



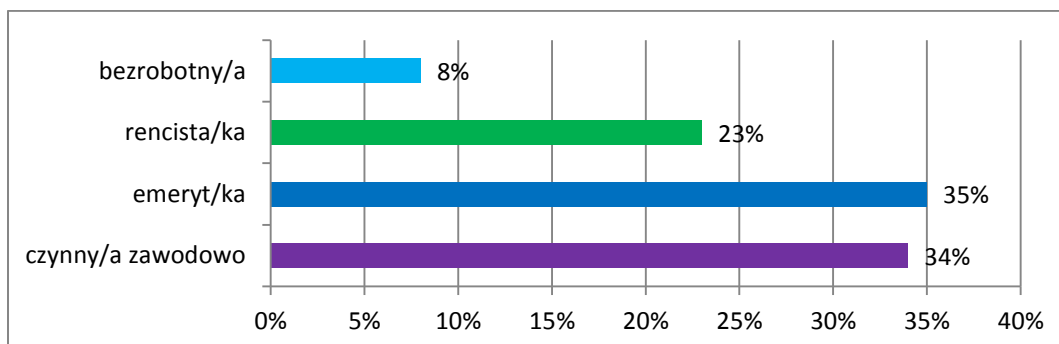
Wykres 4. Podział respondentów według miejsca zamieszkania.

Analizując grupę chorych na raka jelita grubego, zwrócono uwagę na ich sytuację materialną. Najwięcej osób (80%) określiło ją jako dobrą, (10%) bardzo dobrą, 9% osób podało, że ich sytuacja materialna jest niezadowalająca. Tylko jedna osoba stwierdziła, że jej sytuacja materialna jest zła (wykres 5).



Wykres 5. Podział respondentów według ich sytuacji materialnej.

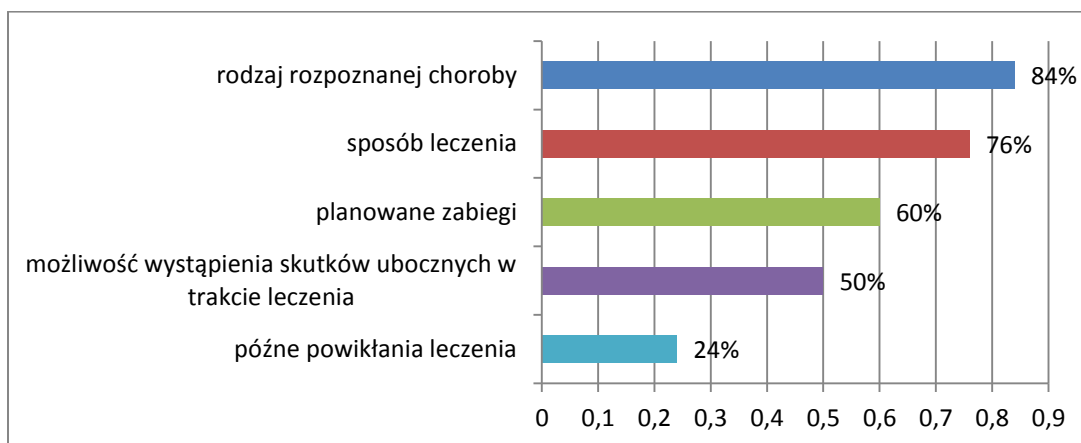
Badając sytuację zawodową zauważono, że największą grupę stanowili emeryci (35%) oraz pacjenci czynni zawodowo (34%). Na rencie chorobowej znajdowało się 23 respondentów a 8 osób zgłosiło status bezrobotnego (wykres 6).



Wykres 6. Podział respondentów według ich sytuacji zawodowej.

Ocena jakości życia chorych na raka jelita grubego poddanych chemioterapii

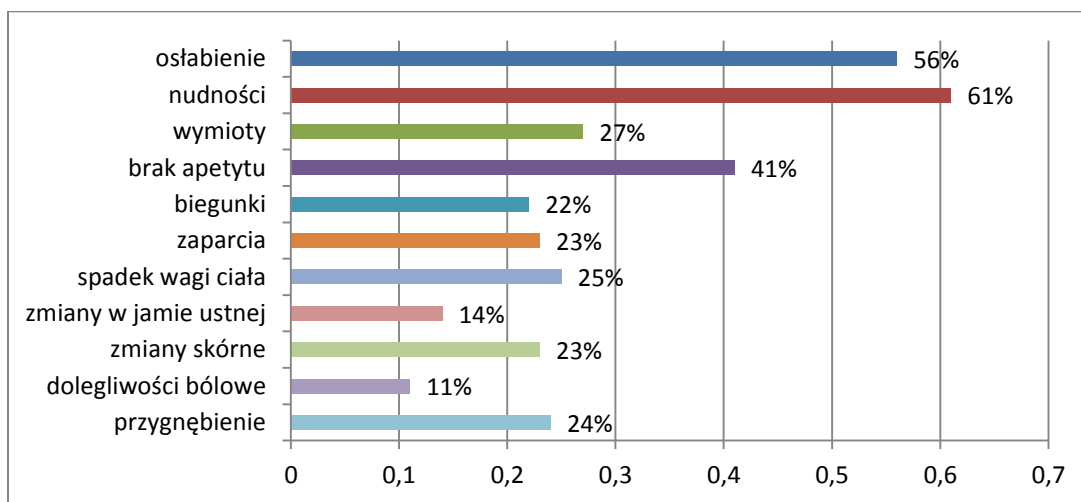
Większość badanych (84%) zostało poinformowanych o rodzaju rozpoznanej choroby, a także o sposobie jej leczenia (76%). Ponad połowa respondentów (60%) posiadała informacje o planowanych zabiegach, a o możliwości wystąpienia skutków ubocznych ze strony organizmu w trakcie leczenia była poinformowana połowa ankietowanych (50%). Wiedzę na temat późnych powikłań terapii posiadało 24% respondentów (możliwość wyboru kilku odpowiedzi) (wykres 7).



Wykres 7. Podział respondentów dotyczący zdobytych informacji na temat choroby i terapii przeciwnowotworowej.

W trakcie chemioterapii najczęstszym, występującym objawem ubocznym były nudności (61%; połowa ankietowanych w dalszej kolejności skarżyła się na

osłabienie(56%) oraz brak apetytu (41%). W dalszej kolejności występowały takie objawy jak: wymioty, spadek wagi ciała, przygnębienie. Zmiany skórne oraz zaparcia stanowiły 23% dolegliwości zgłaszanych przez pacjentów. Najmniej pacjentów zgłosiło problem ze zmianami w jamie ustnej (14%) oraz dolegliwości bólowe (11%)(możliwość wyboru kilku odpowiedzi) (wykres 8)

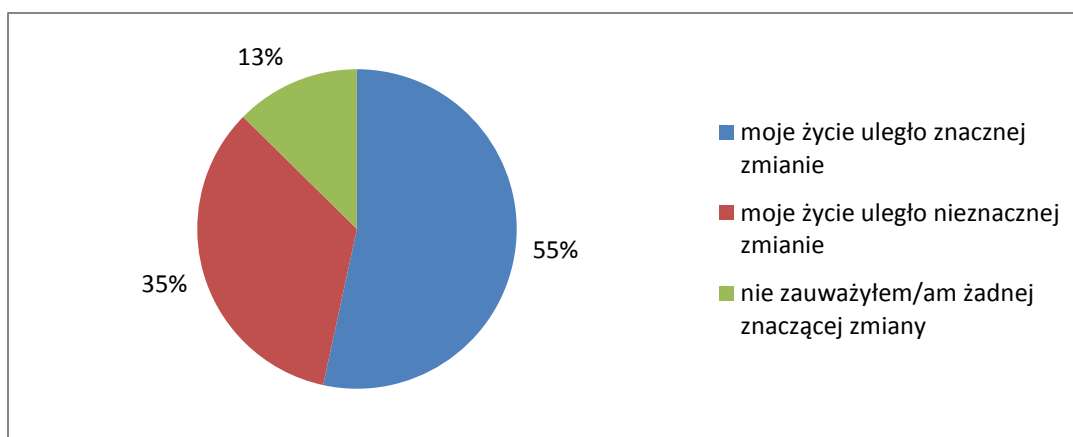


Wykres 8. Najczęstsze dolegliwości zgłaszane przez pacjentów występujące w trakcie chemioterapii.

Wszyscy pacjenci zostali poinformowani o sposobach postępowania w przypadku wystąpienia działań niepożądanych w trakcie chemioterapii

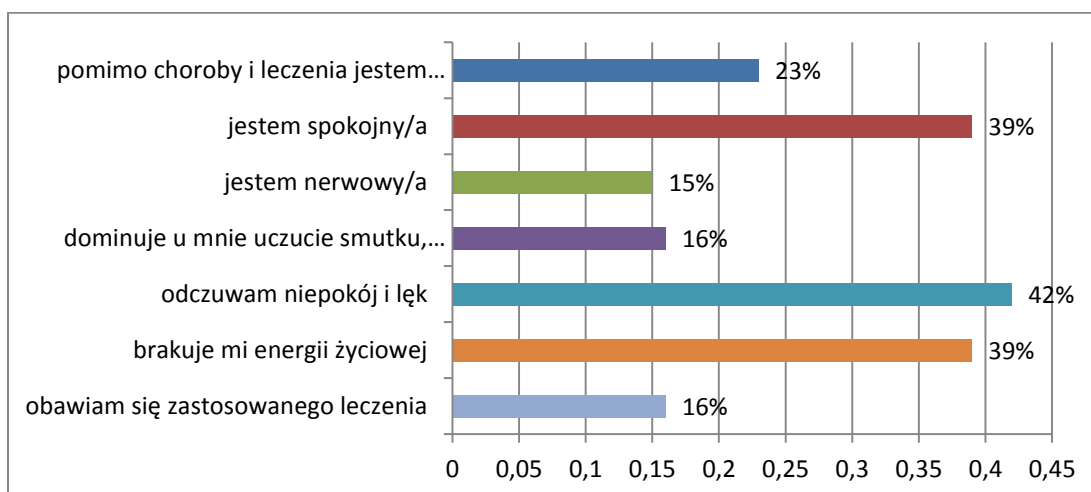
Zdecydowana większość (99%) ankietowanych potwierdziła, że personel medyczny rozumiał potrzeby pacjenta w trakcie leczenia systemowego, tylko jedna osoba zgłosiła brak zrozumienia ze strony personelu.

W trakcie leczenia przeciwnowotworowego, ponad połowa badanych (55%) przyznała, że ich dotychczasowe życie uległo znacznej zmianie, trzydzieści pięć osób (35%), że życie uległo nieznacznej zmianie, natomiast 13% ankietowanych nie zauważyła żadnej znaczącej zmiany (możliwość wyboru kilku odpowiedzi) (wykres 9)



Wykres 9. Ocena życia badanych w trakcie prowadzenia leczenia.

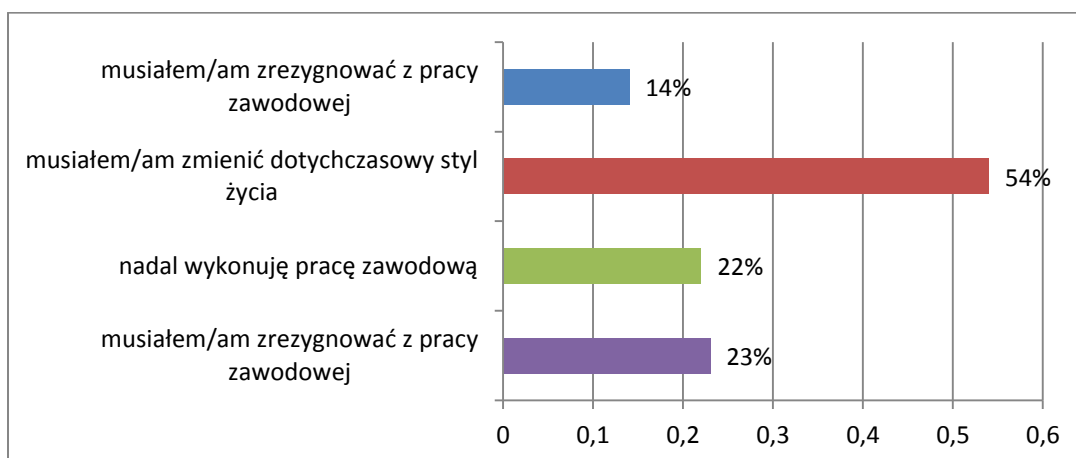
Analizując badaną grupę stwierdzono, że 42% pacjentów czuje lęk i niepokój z powodu zaistniałej sytuacji zdrowotnej a 39 ankietowanych oświadczyło, że brakuje im energii życiowej. Co czwarta osoba pogodziła się z faktem zachorowania na chorobę nowotworową i pomimo leczenia jest szczęśliwa, 39 pacjentów odczuwa spokój. Zastosowanego leczenia obawia się 16% chorych i u tylu również dominuje uczucie smutku i przygnębienie. Piętnastu respondentów określiło siebie jako nerwowych (możliwość wyboru kilku odpowiedzi) (wykres 10)



Wykres 10. Wpływ obecnego stanu zdrowia na samopoczucie pacjentów chorych na raka jelita grubego poddanych chemioterapii.

Ponad połowa (54%) respondentów stwierdziła, iż zastosowane leczenie oraz stan zdrowia zmusiły ich do zmiany dotychczasowego stylu życia, a 23 chorych musiało zrezygnować z pracy zarobkowej. Pracę zawodową nadal wykonuje 22% ankietowanych,

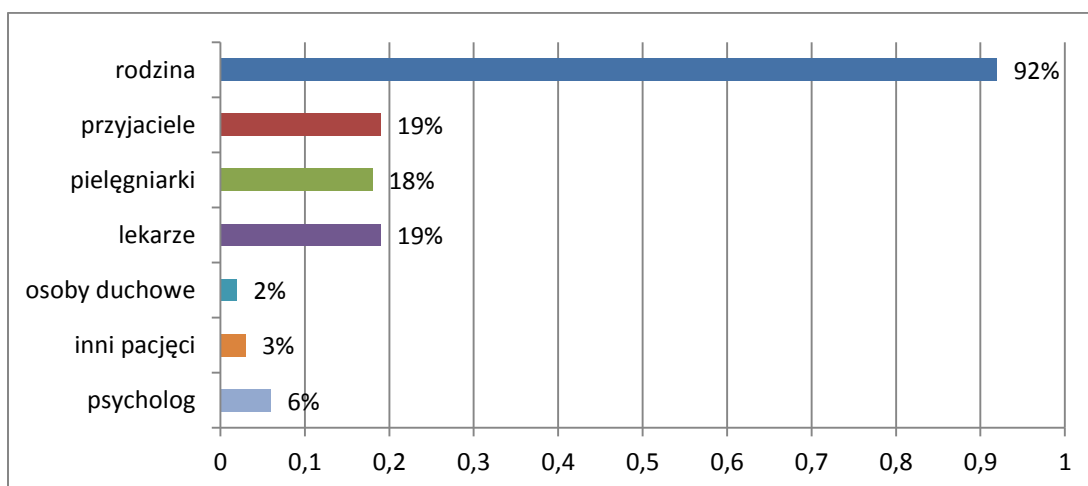
a 14% było zmuszonych do zrezygnowania ze swoich zainteresowań (możliwość wyboru kilku odpowiedzi) (wykres 11).



Wykres 11. Wpływ stanu zdrowia i leczenia na życie zawodowe i codzienne w trakcie chemioterapii.

Znaczna połowa ankietowanych (59%) stwierdziła, że ich życie seksualne jest niezadawalające.

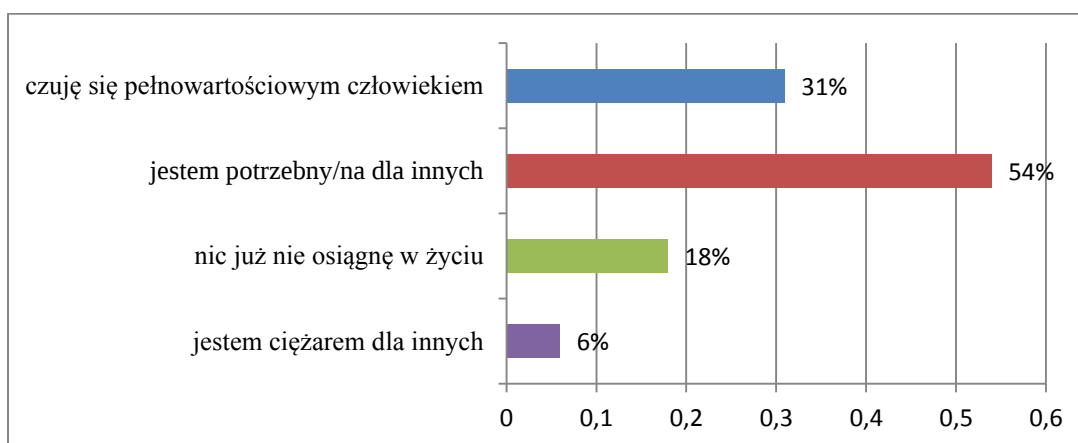
Zdecydowana większość (92%) chorych oczekiwała wsparcia psychicznego od rodziny. Około 20% badanych takiego wsparcia oczekiwało od przyjaciół, lekarzy i pielęgniarek. Nieznaczna grupa osób (6%) oczekiwała wsparcia od psychologa. Na wsparcie innych pacjentów liczyły trzy osoby i tylko dwie potrzebowały wsparcia od osoby duchownej (możliwość wyboru kilku odpowiedzi) (wykres 12).



Wykres 12. Oczekiwania respondentów w zakresie wsparcia psychicznego.

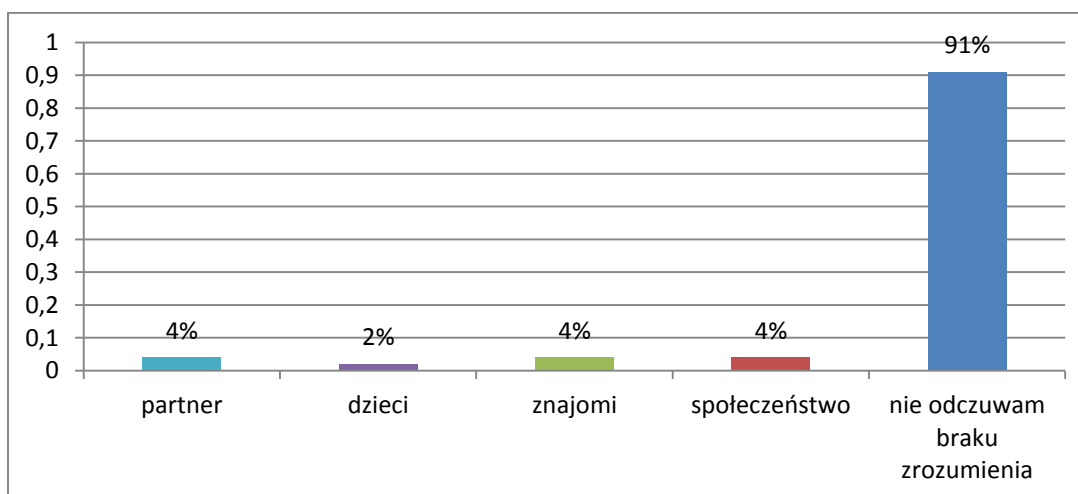
Na pytanie czy w szpitalu zaproponowano respondentom rozmowę z psychologiem 72% ankietowanych odpowiedziało twierdząco.

Ponad połowa pacjentów (54%) w zaistniałej sytuacji zdrowotnej czuje się potrzebnymi dla innych, a 31% chorych ma poczucie, że pomimo choroby nadal są pełnowartościowymi ludźmi. Respondentów którzy twierdzili, że nic już w życiu nie osiągną było 18% , sześciu uważa, że jest ciężarem dla innych (możliwość wyboru kilku odpowiedzi) (wykres 13)



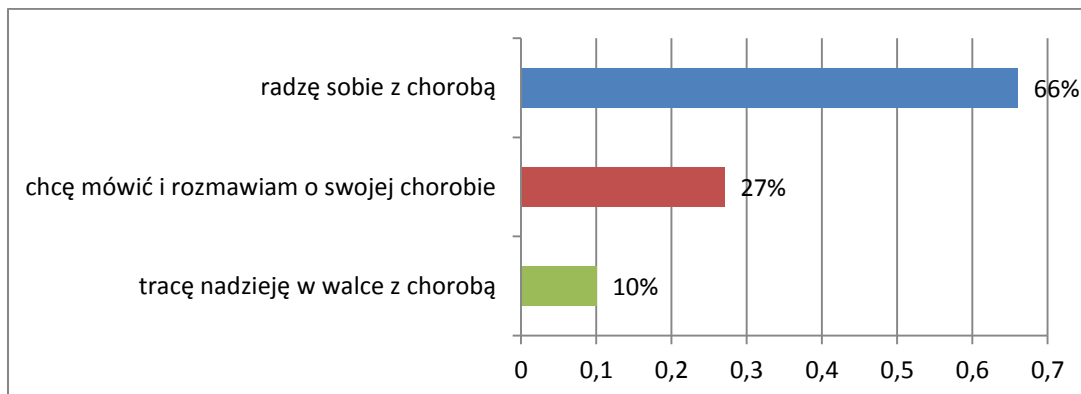
Wykres 13. Wpływ stanu zdrowia na samoocenę chorych na raka jelita grubego.

Zdecydowana większość ankietowanych (91%) na pytanie czy odczuwa brak zrozumienia odpowiedziała przecząco, nieliczni (4%) odpowiedzieli, że nie rozumie ich partner, znajomi i społeczeństwo, tylko dwie osoby wskazały dzieci (możliwość wyboru kilku odpowiedzi) (wykres 14).



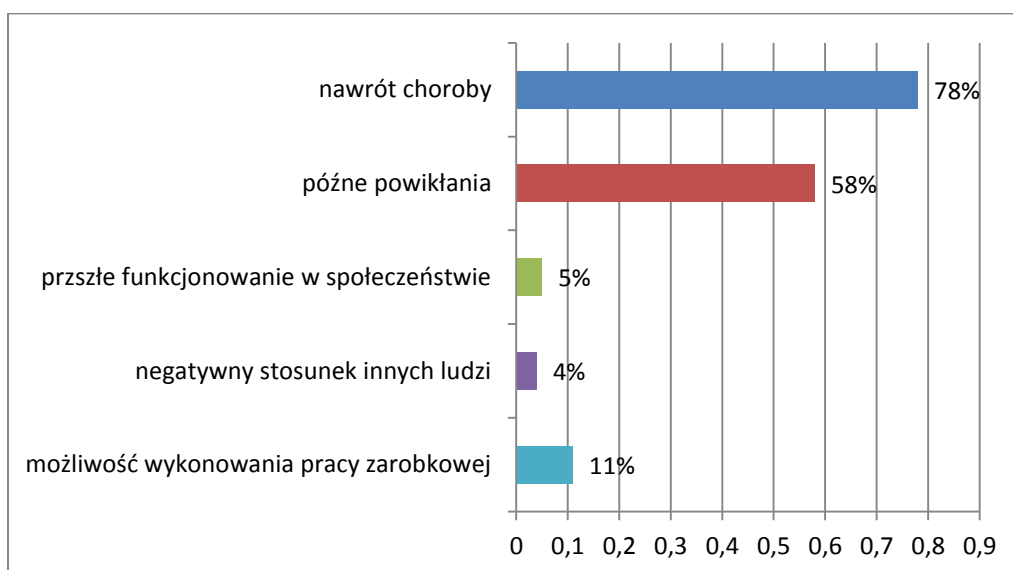
Wykres 14. Podział respondentów według odpowiedzi braku zrozumienia przez innych.

Spośród ankietowanych 66% stwierdziło, że radzi sobie z chorobą a 27%, że chce mówić i rozmawiać o niej. Dziesięć osób traci nadzieję w walce z chorobą (możliwość kilku odpowiedzi) (wykres15).



Wykres 15. Ilość odpowiedzi respondentów dotyczących opinii o ich chorobie.

Największa liczba pacjentów (78%) chorych na raka jelita grubego odczuwa niepokój i lęk związany z nawrotem choroby. Ponad połowa (58%) boi się późnych powikłań a 11% ankietowanych niepokoi się o możliwość wykonywania pracy zarobkowej. Pięciu ankietowanych ma niepokój związany z przyszłym funkcjonowaniem w społeczeństwie a czterech obawia się negatywnego stosunku innych ludzi (możliwość wyboru kilku odpowiedzi) (wykres 16).



Wykres 16. Ilość odpowiedzi respondentów dotyczących lęku i niepokoju w odniesieniu do różnych aspektów życia.

DYSKUSJA

Biorąc pod uwagę, że rak jelita grubego jest drugim w Polsce nowotworem, pod względem częstości występowania i zaawansowania choroby nowotworowej, bardzo ważną sprawą jest rozpoznanie problemów wynikających z leczenia choroby, ewentualnych powikłań, aby stworzyć tym chorym jak najlepsze warunki egzystencji pomimo wyczerpującego, długotrwałego leczenia przeciwnowotworowego. Zarówno sama choroba, jak i podjęte leczenie zaburzają życie chorych na różnych płaszczyznach, mogąc w konsekwencji obniżać jakość życia pacjentów. Bardzo ważnym aspektem jest też jakość wsparcia psychicznego w trakcie leczenia [12].

Analiza własna wieku badanych pacjentów chorych na nowotwór jelita grubego pokazuje, że najczęściej choroba dotyka ludzi w przedziale wiekowym 61-70 lat, co potwierdzają też dane epidemiologiczne Krajowego Rejestru Nowotworów [13].

Leczenie systemowe nowotworu złośliwego jakim jest rak jelita grubego może wywoływać liczne działania niepożądane oraz prowadzić do poważnych powikłań, czasem nawet zagrażających życiu pacjenta. Według badania własnego ponad połowa ankietowanych (61%) w trakcie chemioterapii skarżyła się na nudności co potwierdza Stec pisząc iż cyt.: „nudności i wymioty indukowane chemioterapią należą do najczęstszych działań niepożądanych leczenia onkologicznego (...) i mają zasadniczy wpływ na jakość życia” [14].

Następnym niepożądanym objawem występującym u 56% chorych jest osłabienie. Uważa się, że objaw ten jako jeden z objawów zespołu przewlekłego zmęczenia chorobą nowotworową, występuje u około 70-100% pacjentów poddanych leczeniu przeciwnowotworowemu. Uczuciu osłabienia często towarzyszą zaburzenia snu, obniżony nastrój, apatia. Pacjent przestaje sobie radzić codziennymi obowiązkami [15]. 41% respondentów zgłosiło brak apetytu, wymioty (27%) następnie spadek wagi ciała (25%), zmiany skórne (23%), biegunki (22%) zmiany w jamie ustnej (14%) i dolegliwości bólowe (11%).

W badaniach własnych 84% respondentów oświadczyło, że zostało poinformowanych o rodzaju rozpoznanej choroby, sposobie leczenia (76%) i planowanych zabiegach (60%), natomiast połowa ankietowanych (50%) nie otrzymała informacji na temat możliwości wystąpienia skutków ubocznych w trakcie leczenia oraz późnych powikłań. Według Krzakowskiego prawidłowe rozpoznanie i postępowanie zapobiegawcze oraz lecznicze

niepożądanych objawów ze strony organizmu w trakcie terapii pozwala na optymalne wykorzystanie nowych metod leczenia oraz ma zasadnicze znaczenie dla rokowania chorych oraz pozwala uzyskać lepszą jakość życia [16].

Jak zauważa Jędrusik i Koper, chory zakwalifikowany do chemioterapii powinien być edukowany przez pielęgniarkę, otrzymać w formie pisemnej i ustnej informację na temat leczenia, występujących objawów ubocznych oraz sposobu odżywiania się w jego trakcie. Wnikliwa obserwacja pacjentów przez pielęgniarki, wyjaśnianie przyczyn powstawania zaistniałych dolegliwości pozwala na zmniejszenie obaw pacjentów i ułatwia leczenie. Pacjenci znający objawy uboczne terapii chętniej współpracują z zespołem leczącym oraz częściej stosują się do zaleceń [17]. W badaniu wszyscy ankietowani zostali poinformowani o sposobach postępowania w przypadku wystąpienia działań niepożądanych chemioterapii oraz przyznali, że personel medyczny rozumiał ich potrzeby (91%).

Leczenie chorych na raka jelita grubego jest długotrwałe i wiąże się z częstymi pobytami w szpitalu. Taki stan rzeczy może znacząco wpłynąć na funkcjonowanie pacjentów, zaburzyć ich dotychczasowe życie rodzinne i zawodowe. Przeprowadzone badania wskazały, że podczas leczenia życie pacjentów uległo znacznej zmianie (55%), 54% ankietowanych była zmuszona do zmiany stylu życia i zrezygnowania z zainteresowań (14%), tylko 13% spośród badanych stwierdziło, że nie zauważyło żadnej znaczącej zmiany. Duża grupa pacjentów to osoby czynne zawodowo (34%). Kontynuowanie pracy może być dla pacjenta bardzo korzystne, a codzienne zadania odciągają myśli pacjenta i dają poczucie normalności, które jest bardzo potrzebne w trakcie choroby nowotworowej. Obowiązek wyjścia z domu mobilizuje człowieka do działania. Jest prawdopodobne, że dla części chorych chemioterapia utrudniła kontynuację pracy zarobkowej, co potwierdzają badania własne, gdyż 23% ankietowanych deklaruje, iż była zmuszona zrezygnować z pracy zawodowej i przejść na rentę chorobową. Konieczność rezygnacji z pracy zarobkowej, wydatki na leki, zmiana diety przyczyniają się do zmniejszenia budżetu domowego ale tylko 9% ankietowanych stwierdziło, że ich sytuacja materialna jest niezadowolająca, 1% że zła, natomiast 80% twierdzi, że mają dobrą sytuację materialną a 10% bardzo dobrą.

W literaturze podejmującej problem lęku i jego wpływu na funkcjonowanie Kosowicz podkreśla, że lęk zaburza procesy myślenia, co prowadzi do niewłaściwej oceny okoliczności, uporczywego powracania do sytuacji, która wyzwała niepokój. Pod

wpływem lęku skraca się dystans do wielu sytuacji życiowych i do samego siebie, co powoduje jeszcze większy niepokój i poczucie osaczenia [18].

Chorobie nowotworowej towarzyszą mniej lub bardziej nasilone lęki. Jak pisze Kieszkowska-Grudny, doświadczenia emocjonalne chorych składają się najczęściej z uczucia lęku i depresji. Wyniki własne badań wskazały, że 42% pacjentów odczuwa niepokój i lęk związany ze swoim stanem zdrowia i leczeniem. Rozpoznanie choroby nowotworowej powoduje ogromne obciążenie psychiczne dla chorego, wywołuje strach przed śmiercią i dalszym funkcjonowaniem [19].

Stosowane leczenie przeciwnowotworowe nasila stany lękowe, zaburzenia snu a co za tym idzie spada wydolność fizyczna i psychiczna pacjenta co potwierdzają ankietowani gdyż 39% zgłosiło brak energii życiowej. Jednak jak pokazują badania własne 39% chorych pomimo choroby, obciążającego leczenia, zmagania się ze skutkami terapii, odczuwa spokój a 23% deklaruje, że są szczęśliwi. Zastosowanego leczenia obawia się 16% i również u 16% respondentów dominuje uczucie smutku i przygnębienie. Według badań pacjenci poddani leczeniu przeciwnowotworowemu, stają się bardziej wrażliwi na bodźce negatywne i silniej odczuwają dolegliwości fizyczne, co także wpływa na ogólne przygnębienie i stres [20].

Według *American Cancer Society* większość problemów seksualnych w trakcie leczenia przeciwnowotworowego chorych na raka jelita grubego dotyczy utraty popędu płciowego, u mężczyzn zaburzeń wzwodu oraz bolesności w trakcie stosunku u kobiet. Samo leczenie onkologiczne jest wystarczająco uciążliwe i istotnie wpływa na osłabienie libido. Z badań własnych wynika, że ponad połowa ankietowanych (59%) nie jest usatysfakcjonowana z życia seksualnego w trakcie terapii przeciwnowotworowej. Potwierdza to literatura w której czytamy iż, często zdrowy partner zajmujący się chorym w domu postrzega go jako pacjenta i przestaje dostrzegać w nim partnera seksualnego co powoduje, że chory odbiera to jako odrzucenie i degradację swojej seksualności [21].

Zdaniem Hoffman chorzy na nowotwór wykazują ogromne zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne przede wszystkim od rodziny, które polega głównie na odreagowaniu naturalnych silnych emocji takich jak strach, żal, smutek, złość i gniew [22]. Potwierdzają to badania własne, ponieważ jak widać 92% ankietowanych, by spokojniej i efektywniej radzić sobie w stresogennej sytuacji jaką jest choroba i związane z nią leczenie, wsparcia emocjonalnego oczekuje od rodziny. W przypadku części pacjentów pomocą psychologiczną służyli również przyjaciele (19%). Kolejnymi osobami od których pacjent oczekiwał wsparcia byli lekarze (19%) i pielęgniarki (18%).

Jest to szczególna grupa osób, z którymi pacjent nowotworowy ma stały i częsty kontakt. Stąd też według Walden-Gałuszko niezwykle ważne jest, aby personel, poprzez zachowanie odpowiednich standardów postępowania, był w stanie wspierać pacjenta już na najwcześniejszym etapie leczenia, od samej diagnozy, która jest silnie traumatycznym przeżyciem [10]. Co zastanawiające tylko 6% ankietowanych zgłosiło potrzebę wsparcia psychicznego od psychologa, pomimo iż większości chorych (72%) zaproponowano rozmowę z psychologiem. Być może jest to podyktowane tym, iż pacjenci wstydzą się prosić o pomoc, nie chcąc okazywać słabości bądź boją się tego co inni powiedzą. Dla części chorych pomoc psychologiczną stanowiły rozmowy z innymi pacjentami (3%), dla innych z osobą duchowną (2%).

Wyniki badań własnych wykazały, że choroba nowotworowa jelita grubego nie zmniejsza w znaczący sposób samooceny chorych. Większość ankietowanych (54%) czuje, że jest potrzebna dla innych oraz, że nadal są pełnowartościowymi ludźmi (31%). Pacjenci, którzy twierdzą, że nic już w życiu nie osiągną stanowią 18% badanych, natomiast sześć osób czuje się ciężarem dla innych. Co ważne, pomimo obciążającej chemioterapii i związanych z nią skutków ubocznych, większość (66%) pacjentów radzi sobie z chorobą i chce o niej mówić. Dlatego według Kieszkowskiej-Grudny tak ważnym zadaniem zespołu terapeutycznego jest omawianie wszystkich potencjalnych, przejściowych lub stałych problemów związanych z chorobą i leczeniem oraz wzmacnianie samooceny tych chorych, co powinno pozytywnie odbić się na wszystkich sferach jakości życia. Badania wskazują, że u chorych którzy stosowali się do zaleceń zespołu terapeutycznego, jakość życia była wyższa [19].

W terapii niezwykle istotną rolę odgrywa aktywna postawa pacjenta. Wymaga to od niego ogromnej mobilizacji psychicznej. Wiadomo, że leczenie onkologiczne budzi niepokój, obawę i lęk [5]. Potwierdzają to badania własne, gdzie 78% chorych zgłasza niepokój związany z nawrotem choroby a 58%, z późnymi powikłaniami. Niepewność jutra u chorego na nowotwór potęguje poczucie zagrożenia i bezsilność. Są to efekty wszechogarniającego człowieka niepokoju o własne życie. Owej obawie wtóruje także osłabienie fizyczne i nierzadko wyczerpanie mentalne [23]. Jak zauważono w literaturze, wiele osób w tym dla nich trudnym okresie życia potrzebuje pomocy ze strony specjalistów. Holistyczne podejście do pacjenta pomaga zespołowi leczącemu na lepszą komunikację i współpracę, co w konsekwencji skutkuje bardziej efektywną formą terapii, w tym obok medycznej również psychoonkologicznej. Zajmując się pacjentem ,należy pamiętać by traktować go indywidualnie, i leczyć chorego, a nie chorobę [24].

WNIOSKI

1. Jakość życia większości chorych na raka jelita grubego pod wpływem choroby i jej leczenia uległa znacznej zmianie zarówno w sferze fizycznej i psychicznej. Stosowane leczenie przeciwnowotworowe powoduje liczne działania niepożądane, spadek energii życiowej a to znacząco wpływa na ich jakość życia. Jednak z drugiej strony duża grupa badanych stwierdziła, że radzi sobie z chorobą, nadal są szczęśliwi i spokojni. Zapewne duże znaczenie odgrywa tu stopień zaawansowania choroby oraz rodzaj zastosowanej terapii. Wnikliwa obserwacja pacjentów przez pielęgniarki, wyjaśnianie przyczyn powstawania zaistniałych dolegliwości pozwala na zmniejszenie obaw pacjentów i ułatwia leczenie.
2. Prawie wszyscy chorzy włączeni do badania zostali poinformowani o rodzaju rozpoznanej choroby, sposobie leczenia, możliwości wystąpienia skutków ubocznych ze strony organizmu oraz o sposobach postępowania w przypadku ich wystąpienia. Należy jednak zwrócić większą uwagę na edukację chorych, pod kątem występowania objawów ubocznych w trakcie terapii oraz sposobów ich łagodzenia co w efekcie powinno poprawić jakość życia chorych a także zwiększyć możliwość stosowania leczenia przeciwnowotworowego.
3. Większość ankietowanych w chwili rozpoznania choroby nowotworowej oraz rozpoczęcia leczenia była zmuszona zmienić dotychczasowy styl życia, a niektórzy musieli zrezygnować z pracy zawodowej.
4. Badania dowodzą, że zarówno sama choroba jak i związane z nią leczenie uzupełniające mają ujemny wpływ na życie seksualne pacjentów, pomimo tego czują się oni w pełni wartościowymi ludźmi.
5. Stosowane leczenie przeciwnowotworowe nasila stany lękowe, pacjent obawia się nawrotu choroby, późnych powikłań. Ważnym aspektem leczenia onkologicznego jest emocjonalne wsparcie chorego, którego jak pokazują badania najbardziej pacjent oczekuje od rodziny.
6. Pomimo, iż prawie wszystkim pacjentom zaproponowano kontakt z psychologiem, tylko sześć osób oczekiwało tego rodzaju wsparcia. Celem każdego rodzaju wsparcia jest pomoc choremu w znalezieniu indywidualnej strategii radzenia sobie w trudnej sytuacji i wzmocnienie jego wewnętrznych zasobów, dlatego należy położyć duży nacisk na regularne szkolenia personelu pielęgniarskiego w zakresie udzielania pomocy psychologicznej chorym z rakiem jelita grubego.

PIŚMIENNICTWO:

1. Bąk- Sosnowska M.: Choroba w życiu człowieka. [W:] Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych pod red. Trzcinieckiej-Green A. Univeritas, Kraków 2017, 174-207.
2. Boland CR., Goel A.: Microsatellite instability in colorectal cancer. Gastroenterology 2010, 138, 2073-2087.
3. Buda A., Welna M.J., Wiland B.: Opieka pielęgniarska w diagnostyce schorzeń onkologicznych. [W:] Pielęgniarstwo onkologiczne pod red. Koper A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, 76-88.
4. Buss T.: Zmęczenie /osłabienie w przebiegu choroby nowotworowej [W:] Medycyna Paliatywna pod red. de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. PZWL, Warszawa 2015, 233-244.
5. Cichocka B., Dahms S., Króliczewska D. i in.: Opieka pielęgniarska w radioterapii. [W:] Pielęgniarstwo onkologiczne pod red. Koper A. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, 264-265.
6. Bujko K.: Rola radioterapii o założeniu radykalnym u chorych na raka jelita grubego. [W:] Rak jelita grubego pod red. Deptały A., Wojtukiewicza M.Z. Wyd. Med. Termedia, Poznań 2012, 247-249.
7. Ciećko-Michalska I., Wierzbicka-Tutka I., Szczepanek M., Macht T.: Kalprotektyna kałowa jako nieinwazyjne narzędzie do różnicowania organicznych i czynnościowych chorób przewodu pokarmowego. Gastroenterologia Praktyczne 2015, 2(27), 76-83.
8. Cisowski J., Windobrska W., Mierzwa T.: Podstawy teoretyczne nowotworów. [W:] Pielęgniarstwo onkologiczne pod red. Koper A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, 49-61.
9. de Walden-Gałuszko K.: Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 33-108.
10. Berner A., Piekarski J.: Rak jelita grubego. [W:] Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy pod red. Kordka R. Via Medica, Gdańsk 2013, 179-184.
11. Deptała A., Omyła-Staszewska J.: Leczenia adiuwantowe raka jelita grubego. [W:] Rak jelita grubego pod red. Deptały A., Wojtukiewicza M.Z. Wyd. Med. Termedia, Poznań 2012, 276-289.

12. Deptała A., Paluszkiewicz P.: Epidemiologia raka jelita grubego. [W:] Rak jelita grubego pod red. Deptały A., Wojtukiewicza M.Z. Wyd. Med. Termedia, Poznań 2012, 19-20.
13. Didkowska J., Wojciechowska U.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty> dostęp z dnia 01.12.2020 godz. 16:30
14. Stec R.: Leczenie osłaniające w onkologii. [W:] Praktyka leczenia wspomagającego pod red. Szawłowskiego A.W., Steca R. Wyd. Med. Termedia, Poznań 2017, 271-272.
15. Pasek M., Dębska G.: Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową. Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2011, 11-57.
16. Krzakowski M.: Rola i miejsce leczenia wspomagającego w onkologii klinicznej. [W:] Praktyka leczenia wspomagającego pod red. Szawłowskiego A.W., Steca R.. Wyd. Med. Termedia , Poznań 2017, 47-50.
17. Jędrusik Z., Koper A., Kaźmierczak B., Tujakowski J.: Opieka pielęgniarska w chemioterapii. [W:] Pielęgniarstwo onkologiczne pod red. Koper A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, 236-262.
18. Kosowicz M., Kulpa M.: Psychoonkologia – rola i miejsce w leczeniu chorych na nowotwory. [W:] Praktyka leczenia wspomagającego pod red. Szawłowskiego A.W., Steca R. Wyd. Med. Termedia , Poznań 2017, 441-453.
19. Kieszkowska-Grudny A.: Jakość życia i aspekty psychologiczne w opiece nad chorym na zaawansowanego raka jelita grubego. [W:] Rak jelita grubego pod red. Deptały A., Wojtukiewicza M.Z. Wyd. Med. Termedia , Poznań 2012, 367-376.
20. Jassem J.: Słowo wstępne. [W:] Chory na nowotwór pod red. Krajnik M., Malec-Milewskiej M., Wordliczka J.. Wyd. Medical Education Sp. z o.o. Warszawa 2015, 5.
21. Migliore L., Migheli F., Spisni R. i wsp.: Genetics, cytogenetics, and epigenetics of colorectal cancer. J Biomed Biotechnol 2011, 20, 35-46.
22. Hoffman B., Koper K.: Profilaktyka chorób nowotworowych. [W:] Pielęgniarstwo onkologiczne pod red. Koper A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, 69-78.
23. Łuczak J.: Opieka paliatywna. [W:] Interna Szczeklika pod red. Szczeklika A., Gajewskiego P. Medycyna Praktyczna, Kraków 2014, 2485-2535.

24. Zięzio M., Szepietowska-Iłach A.: Problemy pacjentów i ich rodzin w sferze psychicznej. [W:] Standardy i procedury w pielęgniarstwie onkologicznym pod red. Łuczyk M., Szadłowskiej-Szlachetki Z., Ślusarskiej B.. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017,181-194.

PROBLEMY W OPIECE NAD PACJENTEM Z RAKIEM TRZUSTKI – STUDIUM PRZYPADKU

Ewa Kulbaka¹, Katarzyna Gleguła², Beata Janina Olejnik³, Jolanta Stachyra⁴

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

² – *Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu*

³ – *Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatricznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

⁴ – *Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

WSTĘP

Nowotwór trzustki – definicja i epidemiologia

Rak trzustki jest jednym z częściej występujących nowotworów przewodu pokarmowego [1]. W przypadkach pierwotnego nowotworu złośliwego trzustki pochodzenia nabłonkowego, różnicuje się ze względu na zewnątrzwydzielniczą część trzustki. Objawy raka trzustki są zależne od wielkości i lokalizacji guza. Ze względu na niespecyficzne objawy raka w wczesnym stadium, a często bezobjawowy przebieg początków choroby, nowotwór ten jest rozpoznawany niestety dopiero w zaawansowanym stadium. Nowotwory trzustki są złożone z kilku różnych elementów, na które składają się komórki raka trzustki, komórki macierzyste raka trzustki oraz podścieliska nowotworu [2].

Rak trzustki to nowotwór częściej występujący u mężczyzn. Zapadalność na tę chorobę określa się na poziomie między 8 - 12 na 100 tys. osób w ciągu roku, stanowi 3% nowotworów złośliwych w ogólnej populacji. Ryzyko zachorowania rośnie wprost proporcjonalnie do wieku. Zdecydowana większość, bo 80% zachorowań dotyczy osoby w wieku między 40, a 60 rokiem życia [3]. Niepokojące jest, że u 70-90% chorych w chwili rozpoznania ma już przerzuty do innych narządów. Takie stadium choroby wyklucza leczenie operacyjne, co skutkuje wysoką umieralnością krótko po rozpoznaniu (między 3, a 6 miesiącem). Zaledwie 10-20% chorych kwalifikuje się do leczniczej resekcji. Niestety umieralność w tej grupie wynosi około 80%, biorąc pod uwagę okres od roku do 2 lat. Zaledwie od 17 do 24% operowanych pacjentów przeżywa co najmniej 5 lat. Śmiertelność

tego nowotworu jest bliska częstotliwości występowania, co w praktyce oznacza, że zdecydowana większość osób, chorujących na raka trzustki umiera [4].

Etiologia i lokalizacja nowotworów trzustki

Rak trzustki w 70% przypadków dotyka głowy trzustki, 20% trzonu i ogona, natomiast 10 % dotyczy całego organu. Większość nowotworów trzustki to gruczolakoraki, tylko 5-10% to nowotwory pochodzenia komórkowego z wysp trzustkowych. Najczęściej początkowo ma utajony przebieg. Występowanie raka trzustki jest częstsze u pacjentów z wieloletnim przewlekłym zapaleniem trzustki, lub cukrzycą [5]. Według badań do czynników zwiększających ryzyko zachorowania należą nadużywanie alkoholu, picie kawy, palenie papierosów, styl życia dieta oraz choroby współistniejące - kamica pęcherzyka żółciowego. Palenie papierosów jest jedynym pewnym czynnikiem zwiększającym ryzyko raka trzustki. Ryzyko nowotworu rośnie wprost proporcjonalnie do liczby wypalonych papierosów, a maleje w przypadku zaprzestania palenia na okres co najmniej 15 lat. W 30% wykrywanych nowotworów trzustki, jako przyczynę tej choroby podaje się palenie papierosów [6].

Styl życia, a szczególnie dieta ma wpływ na ryzyko zachorowania na raka trzustki. Częste spożywanie mięsa i tłuszczu odzwierzęcych wpływa na wzrost ryzyka. To zagrożenie można zminimalizować stosując dietę bogatą w błonnik i niesyntetyczne witaminy. Spożywanie owoców, jarzyn, pełnego ziarna zbóż, warzyw strączkowych i ciemnego pieczywa minimalizuje ryzyko raka trzustki, podobnie jak dieta niskokaloryczna, uboga w tłuszcz. Cukrzycę można definiować zarówno, jako czynnik predysponujący, jak i jako wczesny objaw nowotworu trzustki [7].

Rozwój nowotworu dokonuje się w organizmie przez naciekanie narządów sąsiednich jelita grubego, dwunastnicy, żołądka, przewodu żółciowego wspólnego oraz nacieki na duże naczynia tworzące przerzuty w otrzewnej [8]. Rozprzestrzenianie się nowotworu ma miejsce również drogą chłonną przez wnęki wątroby, przerzuty na węzłach chłonnych około trzustkowych oraz wzdłuż aorty brzusznej i drogą krwionośną prowadząc do przerzutów w płucach, opłucnej, wątrobie i kościach [9].

Objawy i diagnostyka

Diagnostykę utrudnia fakt, że wczesne objawy raka trzustki nie są charakterystyczne. Do tych objawów możemy zaliczyć dyskomfort w jamie brzusznej, wzdęcia brzucha, brak apetytu, biegunka, utrata masy ciała [10].

Zaawansowana faza nowotworu trzustki również daje niespecyficzne objawy (możliwe do pomylenia z objawami przewlekłego zapalenia trzustki). Tępy ból nadbrzuszu

i plecach o znacznej intensywności zwykle jest objawem alarmującym i powodem kierowania na dokładne badania. U 80% chorych ból zlokalizowany jest w nadbrzuszu, bywa promieniujący do pleców. W odczuciu pacjenta jest „piekący” lub „gniotący”, nie opisywany jako „kłujący”. Niestety najczęściej w momencie pojawienia się bólu, nowotwór jest już zbyt zaawansowany na leczenie chirurgiczne [2].

Do innych objawów zaawansowanej fazy nowotworu trzustki zaliczamy nudności, wymioty, utratę łaknienia, biegunkę, co powoduje utratę masy ciała, którą stwierdza się u 90% chorych [11]. Patologiczna nietolerancja glukozy, powiązana z występowaniem cukrzycy pojawia się u od 20 do 60% chorych z nowotworem trzustki [12].

U 50% ogółu chorych występuje również żółtaczka zaporowa, w przypadku lokalizacji guza w głowie trzustki występowanie żółtaczki rośnie do 80% [13].

Objaw Courvoisiera, który występuje w przypadku zatoru przewodu żółciowego wspólnego, powstałego w efekcie rozrostu guza, to objaw charakterystyczny dla zaawansowanego raka zlokalizowanego w okolicach trzustkowo-dwunastniczych. Objaw ten polega na występowaniu żółtaczki i powiększonym, wyczuwalnym przez powłoki brzuszne, niebolesnym pęcherzyku żółciowym, który stwierdza się (zależnie od badań) 10 do 30% przypadków [14]. Przy nowotworze trzustki w zaawansowanej formie występuje również objaw Trousseau, czyli nadkrzepliwość krwi, która prowadzi do wędrującego, zakrzepowego zapalenia żył [15].

Inne objawy również są niespecyficzne, zaliczamy do nich takie objawy jak wodobrzusze, półpasiec rzekomy, złe samopoczucie, depresja [16] guz n.a trzustce wyczuwalny w badaniu przez powłoki brzuszne, powiększona wątroba, kacheksja [6].

Wczesne rozpoznanie najczęściej zdarza się przypadkowo, podczas badania na które lekarz kieruje z innej przyczyny. Możliwe jest wtedy wykrycie guza trzustki we wczesnej fazie. Jest to zjawisko niezwykle rzadkie [17]. Do badań które wykorzystujemy w diagnostyce trzustki należą tomografia komputerowa (TK) umożliwia stwierdzenie zmian w trzustce, drogach żółciowych, jak również przerzutów na węzły chłonne i wątrobę, USG pozwala stwierdzić zmiany nowotworowe w postaci guza trzustki, ERCP (endoskopowa wsteczna pankreatocholangiografia) jest metodą najlepiej dostosowaną w rozpoznaniu raka trzustki. Jej skuteczność pozwala wykryć zmiany w 80% przypadków [18]. Najczęściej metody te stosuje się symultanicznie. Jednoczesna diagnostyka przy pomocy TK, USG i ERCP, daje lepsze efekty wykrywalności [19].

Leczenie i rokowanie

Leczenie nowotworu trzustki można podzielić na dwie grupy: leczenie operacyjne oraz leczenie paliatywne.

Dystalna pankreatektomia jest jednym ze sposobów leczenia operacyjnego polega na chirurgicznym usunięciu ogona trzustki wraz ze śledzioną. Zwykle ta metoda wybierana jest w przypadku leczenia wyspiaków trzustki lub/i innych guzów neuroendokrynnych [20]. Operację Whipple’a stosuje się w leczeniu guzów nowotworowych głowy trzustki i/lub nacieków nowotworowych naczyń przytrzustkowych lub innych struktur przyległych [21]. Całkowita resekcja trzustki jest jedyną radykalną metodą terapii raka trzustki. Tak skrajne metody leczenia są podejmowane ze względu na szansę na znaczące przedłużenie życia chorych. Do całkowitej resekcji trzustki kwalifikuje się mniej niż 20% chorych [22]

Ze względu na stopień zaawansowania choroby w chwili rozpoznania większość pacjentów podlega leczeniu wyłącznie paliatywnemu. Ból jest objawem najbardziej obniżającym komfort życia pacjentów z rakiem trzustki. Aby zmniejszyć jego nasilenie stosuje się terapię zachowawczą przeciwdziałającą bólowi oraz wykonuje się również blokadę splotu trzewnego. W przypadku żółtaczki mechanicznej zastosowanie znajdują metody leczenia paliatywnego. U pacjentów, z wysokim ryzykiem operacyjnym, a jednocześnie krótkim przewidywanym czasem przeżycia, wykonuje się protezowanie endoskopowe dróg żółciowych, używając stentów plastikowych, lub samorozprężalnych metalowych. U chorych leczonych paliatywnie mają miejsce również zespolenia żółciowo-jelitowe oraz zespolenia żołądka z jelitem [2].

W chwili postawienia diagnozy nawet do 90% chorych, nie można poddać radykalnemu leczeniu chirurgicznemu. W przypadku zabiegów chirurgicznych o mniejszym ryzyku stosuje się uzupełniająco radioterapię i chemioterapię. Chemioterapia w nowotworach trzustki opiera się na stosowaniu leków cytostatycznych, których zadaniem jest niszczenie komórek nowotworowych. Środki te mogą mieć toksyczne działanie na organizm. Standardowo w terapii pacjentów z zaawansowanym rakiem trzustki stosuje się Gemcytabinę [23].

Znaczna część pacjentów w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej trzustki jest w złym stanie ogólnym, z czego wynika upośledzona wydolność narządów, co z kolei skutkuje gorszym wchłanianiem leków. Znaczna niewydolność nerek, wątroby lub serca, występująca w terminalnym okresie choroby jest przeciwwskazaniem do chemioterapii. Wskazania do stosowania chemioterapii w leczeniu nowotworów trzustki są ograniczone, ze względu na występowanie niewielkiej chemiowrażliwości, przy licznych niepożądanych

skutkach ubocznych na przykład uporczywych wymiotach, biegunkach, zapaleniu błon śluzowych, łysieniu [24].

Radioterapia polega na wykorzystaniu energii promieniowania jonizującego do napromieniowania nowotworu. W terapii nowotworów trzustki stosowana jest zarówno radioterapia zewnętrzna, jak i śródoperacyjna. Ta druga polega na naświetleniu pola operowanego, po zabiegach paliatywnych [25].

Pacjenci bez przerzutów, z miejscowo zaawansowaną chorobą według badań przeżywają od roku do dwu lat. Przy pojawieniu się przerzutów czas ten skraca się od trzech miesięcy do pół roku. Niestety długoterminowe przeżycie wśród pacjentów ze zdiagnozowanym nowotworem trzustki nie występuje [22].

Większość (między 70 - 90%) chorych w momencie rozpoznania jest w zaawansowanym stadium nowotworu (z przerzutami do płuc, wątroby lub węzłów chłonnych), a co za tym idzie nie kwalifikuje się do leczenia operacyjnego [19].

Dłużej niż 5 lat ze zdiagnozowanym rakiem trzustki ma szansę przeżyć zaledwie 1 % populacji w krajach o niskim poziomie diagnostyki onkologicznej. W Krajach zamożniejszych z medycyną na wyższym poziomie (USA niektórych krajach Europy Zachodniej) przeżywalność wynosi powyżej 5 lat dla 3 - 5 % pacjentów z nowotworem trzustki [26].

Drastyczna operacja resekcji trzustki jest możliwa tylko u poniżej 20% pacjentów, przy czym śmiertelność okołoperacyjna wynosi od 10 do 30%. W większości przypadków diagnozowanego nowotworu trzustki rokowania są niepomyślne. Jednocześnie wyniki leczenia są niezadowalające, a śmiertelność pooperacyjna jest na bardzo wysokim poziomie [26].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta z rakiem trzustki.

MATERIAŁ I METODYKA

Problemy w opiece nad pacjentem z rakiem trzustki opisano metodą studium indywidualnego przypadku. Studium indywidualnego przypadku charakteryzuje się holistycznym podejściem do problemów opiekuńczych. Istotne w tej metodzie jest objęcie opisem nie tylko pacjenta, ale również jego rodziny. Kluczowe dla prawidłowego

zastosowania studium indywidualnego przypadku jest ujęcie pacjenta w kontekście biologicznym, psychologicznym, jak również i społecznym. W tej metodzie badawczej naukowiec systematycznie, i szczegółowo opisuje sytuacje wpływające na stan zdrowia pacjenta.

Jako techniki zastosowane do realizacji celów badawczych użyto analizy dokumentów, wywiadu środowiskowego, obserwację. W charakterze narzędzi wykorzystano arkusz do gromadzenia danych o pacjencie oraz standaryzowane skale stosowane w pielęgniarstwie: skalę Aktywności Życia Codziennego (Activities of Daily Living-ADL) Skalę Barthel, skalę oceny bólu VAS. do oceny ryzyka powstawania odleżyn użyto skali Norton, do oceny stopnia niepełnosprawności posłużono się skalą Rankina.

WYNIKI

Studium przypadku pacjenta z rakiem trzustki – analiza i opis

W celu rozpoznania problemów w opiece nad pacjentem z rakiem trzustki, zebrano informacje nie tylko z zakresu stanu zdrowia chorego, ale również środowiska przebywania pacjenta i opieki nad nim roztaczanej. Początkowy etap badań to pozyskiwanie informacji z literatury przedmiotu, następny etap to uzyskanie dostępu do dokumentacji medycznej i skorzystanie z niej w celu zasięgnięcia informacji o stanie zdrowia. Ostatnim etapem zbierania informacji była bezpośrednia obserwacja pacjenta i badanie jego stanu za pomocą kwestionariusza i sklasyfikowanych skali.

Zbieranie informacji o pacjencie miało miejsce na Oddziale Medycyny Paliatywnej w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Zwoleniu w grudniu 2020 roku. Pacjent został przeniesiony z Oddziału Wewnętrznego na Oddział Medycyny Paliatywnej w trybie nagłym z powodu ostrych bólów w nadbrzuszu, wzdętej jamy brzusznej, nudności, wymiotów, zażółconych powłok skórnych i cukrzycy leczonej insuliną.

Przeszłość chorobowa badanego

Z dokumentacji medycznej wynika, że pierwsza hospitalizacja miała miejsce w marcu 2020 roku. Z informacji uzyskanych wtedy od pacjenta wiemy, że pierwszym objawem były uporczywe biegunki (trwające od ponad roku). Z powodu biegunki pacjent zaobserwował u siebie utratę masy ciała, co go zaniepokoiło. Uskarżał się także na napadowe zaczerwienienie twarzy i ogólne osłabienie. Podczas przeprowadzonych badań zdiagnozowano cukrzycę insulinozależną i guz trzustki z przerzutami do wątroby.

Pacjent przeszedł zabieg chirurgiczny, otwarcia jamy brzusznej w kwietniu 2020 roku. Śródoperacyjnie stwierdzono obecność guza o średnicy 4 cm na głowie i wyrostku haczykowatym trzustki, nacieków na żyłę kręzkowej górnej, oraz czterech zmian przerzutowych w obrębie wątroby. Zmiany w trzustce okazały się nieoperacyjne. Konieczne było wykonanie paliatywnego zespolenia żołądkowo-jelitowego, oraz przewodowo-jelitowego Roux-en-Y z cholecystektomią. Pobrano również wycinek ze zmian w trzustce i wątrobie w celu weryfikacji histopatologicznej procesu nowotworowego. Pobrane wycinki potwierdziły obecność przerzutów. W maju 2020 roku wykonano scyntyografię, która wykazała liczne ogniska nieprawidłowego gromadzenia znacznika w wątrobie, głowie trzustki oraz węzłach chłonnych okołoaortalnych.

Po zabiegu chirurgicznym pacjent zgodnie z życzeniem swoim i rodziny został wypisany do domu. W okresie od czerwca do grudnia 2020 roku pacjent otrzymał cztery cykle chemioterapii paliatywnej w oddziale dziennym Radomskiego Centrum Onkologii. W grudniu 2020 roku stan pacjenta pogorszył się, w efekcie czego trafił na Oddział Paliatywny.

Stan biopsychospołeczny badanego

W chwili wykonywania badania badany był przytomny, spowolniały psychoruchowo. Masa ciała: 55 kg, wzrost: 169 cm, BMI: 19, grupa krwi: B Rh: +.

Badany zależny w czynnościach dnia codziennego od innych osób. Ocena samodzielności w zakresie poruszanie się ograniczona. W czynnościach higienicznych badany zależny, w zakresie odżywianie wymaga pomocy. Orientacja psychospołeczna ograniczona. Badany osłabiony, łatwo się męczy, utrudniona komunikacja (rozumiał wypowiedzi, ale miał trudności w mówieniu). Jego wynik w skali Barthel wynosił 0 punktów. Oceny stopnia niepełnosprawności w skali Rankina wyniosła 5 punktów, co należy interpretować jako ciężką niepełnosprawność.

Liczba oddechów 24/min, tor oddychania brzuszny, charakter oddechu niemiary. Obserwuje się obecność zalegającej wydzieliny o charakterze śluzowym. Badany kaszle (kaszel jest wilgotny, produktywny), brak duszności, sinica nie występuje, wydychane powietrze bez zapachu.

Ciśnienie tętnicze 149/90 mmHg, tętno 110 uderzeń/minutę, miarowe, brak sinicy, występują obrzęki w kończynach dolnych.

Badany ma protezę zębową. Skarżył się na zmniejszony apetyt i trudności ze spożywaniem pokarmu polegające na utrudnionym żuciu i połykaniu. Odczuwał suchość w jamie ustnej, co powodowało zwiększone pragnienie. Wprowadzono dietę cukrzycową.

Przy zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych badany całkowicie zależny. Miał założony cewnik z powodu nietrzymania moczu, kolor moczu prawidłowy. Zastosowano pieluchę jednorazową w powodu braku kontroli zwieraczy odbytu.

Skóra, włosy i paznokci czyste. Stwierdzono odleżynę III stopnia na prawym pośladku. Ocena ryzyka powstawania odleżyn w skali Norton została określona na 14 punktów.

Badany nie porusza się samodzielnie, jest unieruchomiony w łóżku. Ruchomość w stawach pełna, postawa ciała, prawidłowa, napięcie mięśniowe obniżone, nie skarży się na bóle kostne.

Ponad to badany senny, kontakt słowny utrudniony z powodu zaburzeń mowy. Mężczyzna ma wadę wzroku korygowaną okularami, słuch prawidłowy, czucie dotyku prawidłowe, smak prawidłowy.

Badany odczuwa dwa rodzaje bólu: ból somatyczny zlokalizowany po prawej stronie nadbrzusza, spowodowany naciekaniem guza z głowy trzustki oraz ból neuropatyczny, spowodowany leczeniem guza (ból po chemioterapii). W wizualno-analogowej skali do pomiaru bólu VAS badany oznaczył swój ból jako bardzo silny.

Stan psychiczny badanego w normie, oceniając swoje samopoczucie, jako średnie. Obiektywnie stwierdzono obniżenie nastroju. Badany twierdził, że jest pogodzony z chorobą, choć przygnębia go wizja śmierci w szpitalu, wolałby odejść w domu, pod opieką córki. Wskazuje to, że badny odczuwa duże wsparcie ze strony rodziny. Choroba znacznie pogorszyła jakość życia mężczyzny. Stwierdzono problem z adaptacją do warunków szpitalnych. Badany pozytywnie reaguje na odwiedziny.

Choroba spowodowała, że hospitalizowany nie pracuje, jego źródłem utrzymania jest renta. Mieszka z córką i jej rodziną, warunki mieszkaniowe określono, jako dobre.

Diagnozy i plan opieki pielęgniarskiej

- **Diagnoza pielęgniarska 1: Ból mieszany: somatyczny i neuropatyczny. Ból po prawej stronie nadbrzusza spowodowany naciekaniem guza z głowy trzustki. Ból spowodowany leczeniem guza- ból po chemioterapii**
- ✓ **Cel opieki:** Zmniejszenie odczuwanego bólu
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Tak długo jak było to możliwe stosowano leki przeciwbólowe doustne i doodbytnicze (według wskazań lekarza).

- W skutek zwiększenia intensywności odczuwanego bólu zastosowano pompę infuzyjną w celu stałego przetaczania leków przeciwbólowych.
 - Obserwacja pacjenta, w celu stwierdzenia czy leki przynoszą spodziewaną ulgę.
 - Ułożenie pacjenta w pozycji najbardziej dla niego komfortowej.
 - Zastosowanie skal bólowych.
 - Podawanie leków przeciwbólowych zgodnie z drabiną analgetyczna na zlecenie lekarza.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarstwiej:** Pacjent odczuwa ulgę w cierpieniu.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwiej 2: Ryzyko hiperglikemii, wynikająca ze zdiagnozowanej cukrzycy.**

- ✓ **Cel opieki:** Utrzymanie w normie poziomu cukru we krwi.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwiej:**
- Systematyczna kontrola poziomu cukru we krwi.
 - Stosowanie insuliny zgodnie z zaleceniami lekarskimi.
 - Stosowanie diety cukrzycowej.
 - Poinformowanie o odczuciach w przypadku hipoglikemii i hiperglikemii. Zwrócenie uwagi na konieczność informowania o takich stanach personelu pielęgniarstwiej.
 - Edukacja rodziny dotycząca objawów hipoglikemii i hiperglikemii. Zwrócenie uwagi na konieczność informowania o takich stanach personelu pielęgniarstwiej
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarstwiej:** Poziom cukru we krwi pacjenta utrzymuje się na stałym, prawidłowym poziomie.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwiej 3: Trudności w samodzielnym spożywaniu pokarmu, polegające na utrudnionym żuciu, połykaniu, dyskomforcie spowodowanym suchością w ustach.**

- ✓ **Cel opieki:** Dostarczanie pokarmu i płynów.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwiej:**
- Tak długo jak było to możliwe dokarmienie drogą doustną.
 - Układanie pacjenta do karmienia w pozycji wysokiej.
 - Eliminacja suchych i twardych pokarmów z diety.
 - Z przyczyn nasilających się trudności z żuciem i połykaniem konieczne było wprowadzenie dokarmiania drogą dożylną.

- Tak długo jak było to możliwe podawanie płynów drogą doustną.
- Regularne zwilżanie ust pacjenta.
- Z przyczyn nasilających się trudności z połykaniem konieczne było podawanie płynów drogą dożylną.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarskiej:** Pomimo podjętych działań u pacjenta widoczne jest postępujące wyniszczenie organizmu.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 4: Kacheksja (odnowotworowe wyniszczenie organizmu), objawiająca się brakiem apetytu i spadkiem masy ciała.**

- ✓ **Cel opieki:** Zahamowanie postępowania wyniszczenia.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Farmakologiczne pobudzanie apetytu zgodnie z wskazaniami lekarskimi.
 - Podawanie małych, apetycznych porcji posiłków.
 - Zachęcanie rodziny, by w trakcie odwiedzin dokarmiali pacjenta lubianymi przez niego pokarmami, w celu zwiększenia częstotliwości karmienia.
 - Z powodu ciągłego spadku masy ciała pacjenta, nastąpiła konieczność włączenie karmienia pozajelitowego.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarskiej:** Masa ciała pacjenta przestała spadać.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 5: Obrzęk kończyn dolnych spowodowany zatrzymaniem płynów.**

- ✓ **Cel opieki:** Zmniejszenie, lub w miarę możliwości zlikwidowanie obrzęków.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Prowadzenie bilansu płynów.
 - Lokalizacja obrzęków.
 - Pomiar obwodów kończyn dolnych, w celu oceny przyrostu obrzęków.
 - Masarz limfatyczny obrzękniętych okolic.
 - Pozycja z uniesionymi nogami.
 - Podawanie leków moczopędnych według wskazań lekarskich.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarskiej:** Zmniejszenie obrzęków

➤ **Diagnoza pielęgniarska 6: Niebezpieczeństwo powikłań ze strony układu oddechowego, spowodowane unieruchomieniem w pozycji leżącej.**

- ✓ **Cel opieki:** Niedopuszczenie do zapalenia płuc.
 - ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Ocena oddechu pod względem częstości i charakteru.
 - Ćwiczenia oddechowe wykonywane z pacjentem.
 - Oklepywanie pacjenta w celu ułatwienia odkasztluszania zalegającej wydzieliny.
 - Układanie chorego w pozycji wysokiej lub półwysokiej.
 - Zadbanie o odpowiednią jakość powietrza (wietrzenie sali i nawilżanie powietrza).
 - ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarской:** Zapalenie płuc nie wystąpiło u pacjenta.
- **Diagnoza pielęgniarская 7: Utrudniona zmiana pozycji spowodowana niewydolnością ruchową.**
- ✓ **Cel opieki:** Polepszanie wydolności ruchowej chorego.
 - ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Ocena radzenia sobie.
 - Ocena i monitorowanie stanu fizycznego
 - Współpraca z fizjoterapeutą..
 - Asystowanie (wykonywanie części pracy z pacjentem) w ćwiczeniach fizycznych układu mięśniowo-szkieletowego.
 - Asystowanie w mobilności na łóżku.
 - Doskonalenie mobilności.
 - ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarской:** Wydolność ruchowa chorego nie pogorszyła się.
- **Diagnoza pielęgniarская 8: Niewydolność w zakresie czynności higienicznych.**
- ✓ **Cel opieki:** Uzupełnienie deficytu na miarę możliwości wdrożenie chorego do samoobsługi.
 - ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Ocena samoobsługi.
 - Asystowanie w czynnościach higienicznych.
 - Wdrożenie chorego do dbałości o prezencję.
 - Pomoc w zmianie bielizny osobistej.
 - Zmiana bielizny pościelowej.
 - ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarской:** Pacjent wykonuje mniej złożone czynności higieniczne pod nadzorem pielęgniarki.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 9: Ryzyko rozwoju już istniejącej odleżyny i powstania nowych na skutek unieruchomienia, braku kontroli nad zwieraczami i wymiotami.**

- ✓ **Cel opieki:** Wyleczenie istniejącej odleżyny i niedopuszczenie do powstania nowych
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - Stosowanie opatrunków leczniczych z maściami zaleconymi przez lekarza na istniejącą odleżynę.
 - Zmiana pozycji co 2 godziny.
 - Częsta zmiana pieluchy jednorazowej w zależności od potrzeby, z każdorazowym podmywaniem i stosowaniem kremów zapobiegających oparzeniom.
 - Codzienna toaleta, ze szczególnym zwróceniem uwagi na okolice narażone na powstanie odleżyn, z zastosowaniem środków myjących o neutralnym pH.
 - Dokładne osuszanie ciała po toalecie, ze szczególnym uwzględnieniem miejsc narażonych na wystąpienie odparzeń.
 - Oklepywanie miejsc narażonych na powstanie odleżyn.
 - Natłuszczanie miejsc narażonych na powstanie odleżyn.
 - Stosowanie materaca przeciwoleżynowego.
 - Stosowanie poduszek, wałków, czy innych udogodnień dla odciążenia miejsc uciśniętych.
 - Zapewnienie dostępu powietrza do miejsc narażonych na odleżyny.
 - Zwrócenie uwagi rodzinie na potrzebę gładkiej bielizny oraz zabezpieczenie jej w takiej ilości, co pozwoli na utrzymanie pacjenta w czystości.
 - Słanie łóżka, nie dopuszczając do powstania zagnieceń bielizny pościelowej.
 - Dieta wysokobiałkowa, bogata w witaminy i sole mineralne.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgnarskiej:** Zahamowano rozwój istniejącej odleżyny. Nowe odleżyny nie powstały.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 10: Ryzyko przykurczów, oraz zaniku mięśni spowodowanych unieruchomieniem.**

- ✓ **Cel opieki:** Niedopuszczenie do powstania przykurczów i zaniku mięśni.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - Zmiana pozycji co 2 godziny.
 - Zastosowanie udogodnień typu wałki, gąbki, oraz łóżko z regulacją wysokości.

- Prawidłowe ułożenie ciała chorego.
- Masaż miejsc narażonych na zaniki mięśni.
- Stosowanie ćwiczeń biernych.
- Współpraca z fizjoterapeutą.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarstwa:** Przykurcze i zanik mięśni nie wystąpiły u pacjenta.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 11: Niebezpieczeństwo obniżenia ruchomości stawów, spowodowane unieruchomieniem w łóżku i brakiem aktywności fizycznej.**

- ✓ **Cel opieki:** Zachowanie ruchomości stawów.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Współpraca z fizjoterapeutą.
 - Zachęcenie pacjenta do powtarzania niektórych ćwiczeń samodzielnie.
 - Ćwiczenia bierne, wspierające pracę fizjoterapeuty
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarstwa:** Ruchomość w stawach została zachowana.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 12: Nudności i wymioty zagrażające odwodnieniem i prowadzące do obniżonego samopoczucia pacjenta, oraz dyskomfortu w zakresie higieny.**

- ✓ **Cel opieki:** Zlikwidowanie nudności i wymiotów. Wyrównanie gospodarki wodno-elektrolitowej. Utrzymanie prawidłowej higieny. Przywrócenie dobrego samopoczucia pacjenta.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Zabezpieczenie pacjenta przed zachłyśnięciem wymiocinami (pozycja boczna z odchyłoną głową).
 - Dostarczanie doustnie odpowiedniej ilości płynów.
 - Kontrola parametrów życiowych.
 - Stosowanie środków farmakologicznych zgodnych ze zleceniem lekarza.
 - Prowadzenie bilansu płynów.
 - Stosowanie płynów nawadniających zgodnych ze zleceniem lekarza.
 - Zapewnienie miski nerkowatej i ligniny.
 - Zmiana bielizny osobistej i pościelowej zależnie od konieczności.
 - Pielęgnowanie jamy ustnej.
 - Zapewnienie spokoju i komfortu psychicznego pacjentowi.

- Wprowadzenie diety lekkostrawnej w celu zapobiegania nudnościom
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarstwiej:** Nudności i wymioty zmniejszyły się. Pacjent jest prawidłowo nawodniony. Utrzymanie w czystości ciała , poprawiło samopoczucie chorego.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwiej 13: Niebezpieczeństwo powstania zakażenia spowodowane założonym cewnikiem moczowym.**

- ✓ **Cel opieki:** Niedopuszczenie do powstania zakażenia.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwiej:**
 - Kontrola diurezy.
 - Kontrola przyjmowanych płynów doustnie, uzupełnienie niedoborów drogą dożylną.
 - Wymiana worka na mocz oraz cewnika zgodnie z procedurą,
 - Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas wymiany cewnika.
 - Zawieszanie worka na mocz poniżej poziomu pacjenta.
 - Higiena okolicy cewki moczowej.
 - Utrzymanie w czystości bielizny pościelowej i osobistej chorego.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarstwiej:** Nie doszło do zakażenia.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwiej 14: Ryzyko zakażenia w miejscu wkłucia dożylnego.**

- ✓ **Cel opieki:** Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia zakażenia.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwiej:**
 - Obserwacja miejsca wkłucia.
 - Zmiana opatrunku co 12 godzin, lub częściej w razie konieczności.
 - Przepłukanie solą fizjologiczną przed i po podaniu leków.
 - Zmiana wenflonu w zależności od potrzeby.
 - Zabezpieczenie miejsca wkłucia podczas wykonywania czynności higienicznych
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarstwiej:** Miejsce wkłucia nie zostało zakażone.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwiej 15: Deficyty komunikacyjne, wynikające z trudności w wypowiedaniu słów.**

- ✓ **Cel opieki:** Utrzymanie kontaktu z pacjentem.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwiej:**
 - Ocenianie zdolności komunikacji słownej.

- Nawiązanie kontaktu niewerbalnego z pacjentem.
- Pisanie poleceń na kartce.
- Realizowanie zaleceń logopedy
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarstka:** Kontakt z pacjentem został zachowany.

➤ **Diagnoza pielęgniarstka 16: Deficyt samopielęgnacji.**

- ✓ **Cel opieki:** Wdrożenie pacjenta do samoopieki (w miarę możliwości).

Zapobieganie obniżenia poczucia własnej wartości na skutek zależności od innych

- ✓ **Interwencje pielęgniarstka:**

- Ocena radzenia sobie.
- Asystowanie w samoopiece, bez wyręczania.
- Wdrażanie do samopielęgnacji.
- Poprawa stanu psychicznego za pomocą przebywania i rozmowy z pacjentem.
- Współpraca z psychologiem.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarstka:** Dzięki asystowaniu, a nie wyręczaniu, pacjent nie czuje się ciężarem dla innych.

➤ **Diagnoza pielęgniarstka 17: Deficyt wiedzy z zakresu stosowanej terapii.**

- ✓ **Cel opieki:** Uzupełnienie wiedzy pacjenta na temat zaleceń terapeutycznych oraz farmakologicznych

- ✓ **Interwencje pielęgniarstka:**

- Ocena przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjenta.
- Kontrolowanie przyjmowania leków.
- Edukacja na temat raka trzustki, jego skutków i poprawy stanu zdrowia.
- Uzyskanie informacji zwrotnej od pacjenta, włączenie go do kontrolowania efektów terapii.
- Umożliwienie kontaktu z lekarzem prowadzącym.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarstka:** Uzupełnienie wiedzy pacjenta zwiększyło jego zaangażowanie w proces terapeutyczny.

➤ **Diagnoza pielęgniarstka 18: Dyskomfort psychiczny spowodowany hospitalizacją oraz lęk przed śmiercią w szpitalu.**

- ✓ **Cel opieki:** Zmniejszenie lęku.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Holistyczne podejście do pacjenta.
- Rozmowa z chorym.
- Prowadzenie edukacji pacjenta w czasie wykonywania czynności pielęgnacyjnych, opiekuńczych, leczniczych.
- Informowanie pacjenta na temat pielęgnacji.
- Postawa cechująca życzliwość i zainteresowanie problemami pacjenta.
- Częsty kontakt z pacjentem.
- Gotowość do udzielania pomocy choremu.
- Empatyczna postawa względem pacjenta.
- O ile to możliwe zachęcanie rodziny do częstych odwiedzin.
- Umożliwienie jak najczęstszego kontaktu z rodziną-brak ograniczeń czasowych na wizyty.
- Zapewnienie kontaktu z lekarzem w celu wyjaśniania wątpliwości.
- Umożliwienie kontaktu z duchownym

✓ **Rezultaty opieki pielęgniarskiej:** Poziom lęku u pacjenta obniżył się.**PODSUMOWANIE I WNIOSKI**

Pielęgniarstwo jako dziedzina nauki za cel nadrzędny stawia rozwiązywanie problemów wynikających w czasie procesu pielęgnowania pacjenta, przez naukowe poznanie badanej rzeczywistości, przewidywanie oraz planowanie jej zmian, w pożądanym dla badacza sposób, mając na uwadze dbałość o opiekę zdrowotną jednostki, rodziny i społeczności, przy jednoczesnej koordynacji swojej pracy z innymi odpowiednimi grupami.

Celem niniejszej pracy było rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta z rakiem trzustki. Za pomocą metody studium indywidualnego przypadku, posługując się technikami analizy dokumentów, wywiadu środowiskowego i obserwacji, oraz narzędziami w postaci arkusza do gromadzenia danych o pacjencie oraz standaryzowanych skalach stosowanych w pielęgniarstwie, dokonano opisu indywidualnego przypadku. Opis ten posłużył do postawienia diagnoz pielęgniarских i opracowania planu opieki pielęgniarskiej. Zespół pielęgniarский opiekujący się pacjentem z zaawansowaną chorobą nowotworową trzustki powinien ze szczególną uwagą skupić się na rozwiązywaniu problemu bólu, który najbardziej wpływa na jakość życia chorego, a dodatkowo jest trudny do opanowania.

Zespół pielęgniarski ma w obowiązku dbać o odpowiednie pielęgnowanie, odżywianie chorego i zapobieganie możliwym powikłaniom wynikającym z unieruchomienia w łóżku i niepożądanych efektów ubocznych terapii. Działania pielęgniarskie winny umożliwiać realizację podstawowych potrzeb chorego oraz wsparcie rodziny.

Do zadań personelu pielęgniarskiego należy również realizowanie biopsychospołecznych potrzeb chorego i zapewnienie mu możliwie jak największego komfortu w tym trudnym czasie.

Opieka pielęgniarska nie powinna poprzestawać na podnoszeniu jakości życia pacjenta w wymiarze biologicznym, ale należy dążyć do zapewnienia choremu komfortu psychicznego, polegającego na zaadaptowaniu się w rzeczywistości szpitalnej, zminimalizowaniu lęku przed śmiercią. Można to osiągnąć dzięki postawie cechującej życzliwość i zainteresowanie problemami chorego.

PIŚMIENNICTWO:

- 1 Hidalgo M.: Rak trzustki. Onkologia po Dyplomie 2010, 7(5), 1605-1617.
- 2 Michajlik A. Ramotowski W.: Anatomia i fizjologia człowieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2016, 203 – 204.
- 3 Pilch T., Bauman T.: Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe. Wyd. 2. Wydawnictwo Akademickie Żak. Warszawa 2011, 50- 83.
- 4 Kapala W.: Pielęgniarstwo w chirurgii. Agencja Wydawniczo – Reklamowa Bugaj, Wronki, 2005, 147 – 151.
- 5 Fibak J. : Chirurgia .Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2016, 364 – 377.
- 6 Ceranowicz P., Gorczyca J., Skawina A.: Anatomia prawidłowa człowieka. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2016, 88 – 91.
- 7 Jeziorski A.: Onkologia – podręcznik dla pielęgniarek, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2015, 128 – 131.
- 8 Krechowicki A., Kubik W., Łasiński W., Narkiewicz O., Sylwanowicz W., Szostakiewicz-Sawicka H., Sokołowska-Pituchowa J, (red.): Anatomia człowieka. Warszawa, PZWL, 2011.
- 9 Kmiecik M.: Udział pielęgniarki w opiece paliatywnej. Pielęgniarka i Położna, 2005, 19(1), 115 – 122.
- 10 Krajewski M.: Pacjent, pielęgniarka onkologiczna, rodzina – jako partnerzy w walce z

- chorobą nowotworową. *Pielęgniarka i Położna*, 2005, 19(1), 101 – 104.
- 11 Drake R., Vogl A.W., Mitchell A.W.M.: *Gray Anatomia. Podręcznik dla studentów*. Tom 2. Edra Urban & Partner Wydawnictwo, Wrocław 2016.
 - 12 Duda-Król W., Welnicki M., Mamcarz A.: *Choroby wewnętrzne*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2019.
 - 13 Kirschnick O.: *Pielęgniarstwo*. Wydawnictwo Medyczne, Wrocław, 2011, 77, 209-214.
 - 14 Boxel van Gijs I., Leach Oliver A., *Crash Course: Choroby wewnętrzne* Edra Urban & Partner, Wrocław 2016.
 - 15 Kędziora-Kornatowska K., Krajewska-Kułak E., Muszalik M., *Repetitorium z pielęgniarstwa*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2019.
 - 16 Johannes-Martin H.: *Checklist Choroby wewnętrzne*, Medpharm, Warszawa 2015.
 - 17 Krakowiak P. SAC.: *Zdążyć z prawdą– o sztuce komunikacji w hospicjum*, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk, 2016, 65 – 68.
 - 18 Pączek L., Mucha K., Foroniewicz B.: *Choroby wewnętrzne podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa*, PZWL, Warszawa 2009.
 - 19 Krasuska M., Turowski K (red.): *Wybrane aspekty opieki nad pacjentem onkologicznym*. Neurocentrum, Lublin, 2012, 79-85.
 - 20 Gaciong Z.: *Choroby wewnętrzne*, Warszawa 2015.
 - 21 Łuczak J.: *Zasady postępowania w leczeniu bólów nowotworowych według światowej organizacji zdrowia*. Biblos, Tarnów, 2013, 87 – 90.
 - 22 Greenberg N.J., Blumberg R.S., Burakoff R.: *Gastroenterologia, hepatologia i endoskopia*. Tom I. Wyd. Czelaj, Lublin 2013, 187.
 - 23 Jurkowska G., Łagoda K.: *Pielęgniarstwo internistyczne.*, wyd. PZWL, Warszawa 2011.
 - 24 Mohr P.: *Choroby nowotworowe*. Agencja wydawnicza Jerzy Mostowski, Janki, 2012, 111 – 115.
 - 25 Stępień R., Wiraszka G.: *Rola psychoterapeutyczna pielęgniarki w opiece nad pacjentem z chorobą nowotworową*. *Pielęgniarka i Położna*, 2003, 3, 21 – 22.
 - 26 Stodak A. *Metodologia badań w pielęgniarstwie*. Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy, Legnica 2011.

OCENA STOPNIA AKCEPTACJI CHOROBY WŚRÓD KOBIET Z RAKIEM PIERSI

Barbara Jankowiak¹, Patrycja Anna Budna^{2,3}*1/ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku**2/ Absolwenta Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku**3/ Oddział Chirurgii Onkologicznej ze Specjalistycznymi Pododdziałami Leczenia Chorób Nowotworowych, Pododdział Chirurgii Piersi i Rekonstrukcji, Białostockie Centrum Onkologii***WSTĘP**

Choroby piersi nie stanowią współczesnego odkrycia, były znane ludziom już w czasach starożytnych. Pierwsze wzmianki o guzach piersi znaleziono w pisanych zbiorach starożytnego Egiptu. W tzw. „*papirusie chirurgicznym Smitha*”, którego powstanie szacuje się na około 1550 r. p.n.e, przedstawiono m.in. 8 opisów guzów w piersiach. Wśród przypadków zmian najprawdopodobniej o charakterze zapalnym jeden z nich różnił się sposobem leczenia oraz postacią kliniczną wskazującą na chorobę nowotworową piersi. Prowadzący szkołę medycyny, Hipokrates (460–377 r. p.n.e.) opisał raka piersi, dokonał zróżnicowania nowotworów na łagodne oraz złośliwe oraz ustanowił nazwę *karkinos* (rak lub krab) określając zmiany złośliwe [1, 2]. Nazwę tłumaczy się w sposób podobieństwa tworów zaawansowanego raka piersi do odnóży kraba, które równie ciężko odciąć od podłoża, jak raka od otaczających go tkanek. Początkowo nie wykonywano zabiegów chirurgicznych, ponieważ sądzono, że przyspieszają one rozwój choroby. Wraz z rozwojem medycyny zaczęto wycinać chorą pierś wraz z przyżeganiem. W zapiskach datowanych na 150 rok n.e. znaleziono pierwszy opis mastektomii piersi (bez usuwania węzłów chłonnych) wykonanej przez Leonidesa, greckiego lekarza i chirurga. Dopiero na przełomie XVI/XVII zaczęto usuwać powiększone węzły chłonne, natomiast w wieku XVII zaczęto usuwać również mięsień piersiowy w przypadku nacieczenia [2].

Obecny sposób leczenia związany jest przeprowadzeniem amputacji całkowitej, zwanej też radykalną przez Williama Stewarta Halsteda z końcem XIX wieku, którą następnie modyfikowano na rzecz bardziej oszczędzających metod leczenia. Odkrycie promieniowa

rentgenowskiego oraz promieniotwórczego radu dało możliwość innych metod leczenia. W latach 30 rozpoczęto stosowanie mammografii, jako sposobu diagnozowania choroby. Wraz z rokiem 1958 zaczęto podawać cytostatyki, które w populacji badanych z wysokim ryzykiem remisji pozwoliły na wydłużenie czasu do ponownego nawrotu. Rozwój medycyny oraz nowe osiągnięcia w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów piersi dają możliwość złożonego oraz skuteczniejszego leczenia choroby, jak również wydłużania okresu przeżywania z jej obecnością [2, 3].

Amputacja gruczołu piersiowego jest zabiegiem prowadzącym do fizycznej utraty atrybutu kobiecości, macierzyństwa oraz atrakcyjności seksualnej, co może wiązać się z wystąpieniem zaburzeń emocjonalnych [4, 5]. Kobiety mogą obawiać się wyglądu ciała po zabiegu operacyjnym oraz przejmować się odbiorem swojej osoby przez najbliższych. Pacjentki, u których przeprowadza się operację radykalną powinny zostać poinformowane o ewentualnej możliwości rekonstrukcji piersi. Kobiety zamężne oraz posiadające dzieci częściej na pierwszym miejscu stawiają chęć szybkiego powrotu do zdrowia oraz poprawy sprawności fizycznej. Pacjentki niezamężne oraz bezdzietne boją się trudności w ułożeniu sobie życia z racji znacznych zmian w wyglądzie fizycznym. Jednak obie grupy kobiet mogą zmagać się z depresją wynikającą niskiego poczucia własnej wartości oraz nieadekwatnego wsparcia emocjonalnego [5, 6]. Informacja o możliwości wykonania operacji odtwórczej może wpłynąć na poprawę szeroko rozumianej jakości życia oraz pomóc w zmniejszeniu odczuwania negatywnych skutków wystąpienia choroby nowotworowej [4].

Celem pracy było określenie stopnia akceptacji choroby wśród kobiet z rozpoznanym rakiem piersi.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badania zostały przeprowadzone wśród pacjentek Oddziału Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Piersi i Rekonstrukcji z Pododdziałem Leczenia Bólu w Białostockim Centrum Onkologii. Badania prowadzono w okresie od 30.11.2020 do 30.04.2021r. Do pracy zakwalifikowano 106 kobiet z rozpoznanym rakiem piersi przed zabiegiem mastektomii. Grupę badaną stanowiły pacjentki w przedziale wiekowym od 18-70 lat i powyżej.

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Do oceny stopnia akceptacji choroby wykorzystano standaryzowaną Skalę akceptacji choroby AIS (*Acceptance of Illness Scale*) autorstwa B. J. Feltona, T. A. Revensona i G. A. Hinrichsena.

Skala AIS zawiera 8 określeń, które opisują negatywne następstwa obecności choroby. Subiektywna ocena poszczególnych stwierdzeń pozwala określić stopień akceptacji ograniczeń związanych z aktualnym stanem zdrowia badanego. Osoba wypełniająca kwestionariusz proszona jest o odniesienie się do podanych określeń w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza zdecydowaną zgodę ze stwierdzeniem, natomiast 5 oznacza, że się z nim zdecydowanie nie zgadza. Ankietowany mógł uzyskać sumę punktów w przedziale od 8 do 40. W interpretacji wyniku im wyższa wartość punktacji ogólnej tym wyższy stopień akceptacji choroby badanego. Osiągnięcie wyniku punktów w przedziale 8-18 oznacza niski poziom akceptacji choroby, 19-29 punktów oznacza średnią akceptację choroby zaś wynik 30-40 punktów świadczy o dobrej akceptacji obecności choroby osoby badanej.

Wyniki zostały przedstawione przy pomocy wykresów, struktury liczbowej oraz procentowej wszystkich zebranych odpowiedzi na zadane w kwestionariuszach pytania. Dla zobrazowania struktury odpowiedzi udzielanych na poszczególne pytania przedstawiono procentowy udział ilości wskazań poszczególnych kategorii w stosunku do całej badanej próby. Analizę wyników przeprowadzono przy użyciu testu Kruskala-Wallisa oraz U Mana-Whitneya.

Badanie przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku (APK.002.360.2020).

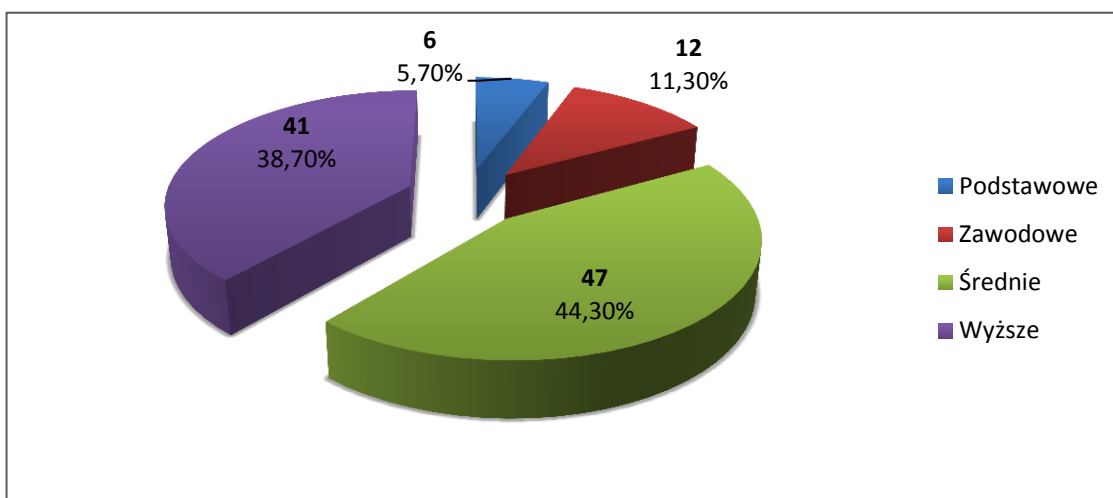
WYNIKI

Przedstawienie grupy badawczej

W badaniu wzięło udział 106 kobiet. Wśród respondentek najliczniejszą grupę stanowiły pacjentki w przedziale wiekowym od 36 do 54 lat ($n=43$; 40,6%), 55-70 lat ($n=38$; 35%), powyżej 70 lat ($n=14$; 13,2%) oraz 18-35 lat ($n=11$; 10,4%).

Ankietowane zapytano o miejsce zamieszkania. 71,7% respondentek mieszkało w mieście, 28,3% to mieszkanki wsi.

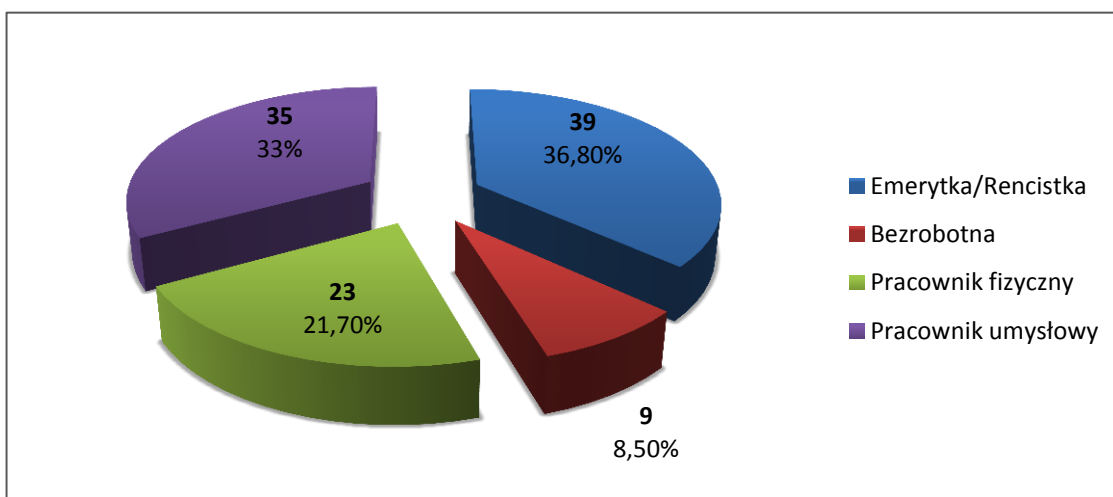
Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim (Rycinie 1).



Rycina 1. Wykształcenie respondentek.

Największą grupę stanowiły pacjentki pozostające w związku małżeńskim (60,4%) oraz wdowy (17,9%). Najmniej liczną grupę stanowiły panny (13,2%) i pacjentki rozwiedzione (8,50%).

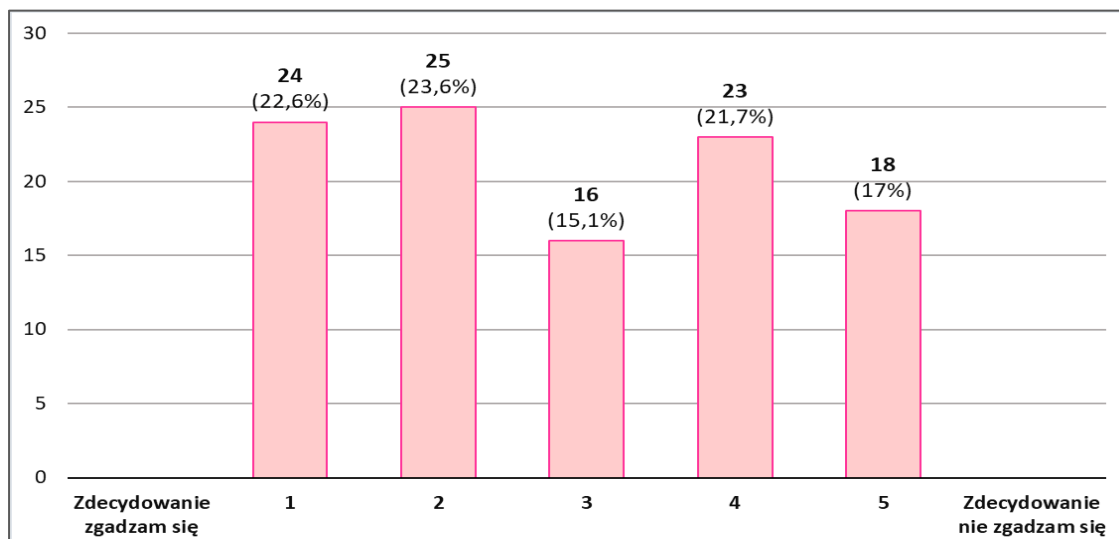
Pacjentki określały swój status zatrudnienia. Emerytki/ rencistki stanowiły grupę najliczniejszą badanych, natomiast 1/3 ankietowanych stanowiły kobiety pracujące umysłowo. Rozkład pozostałych danych o zatrudnieniu respondentek przedstawiono na Rycinie 2.



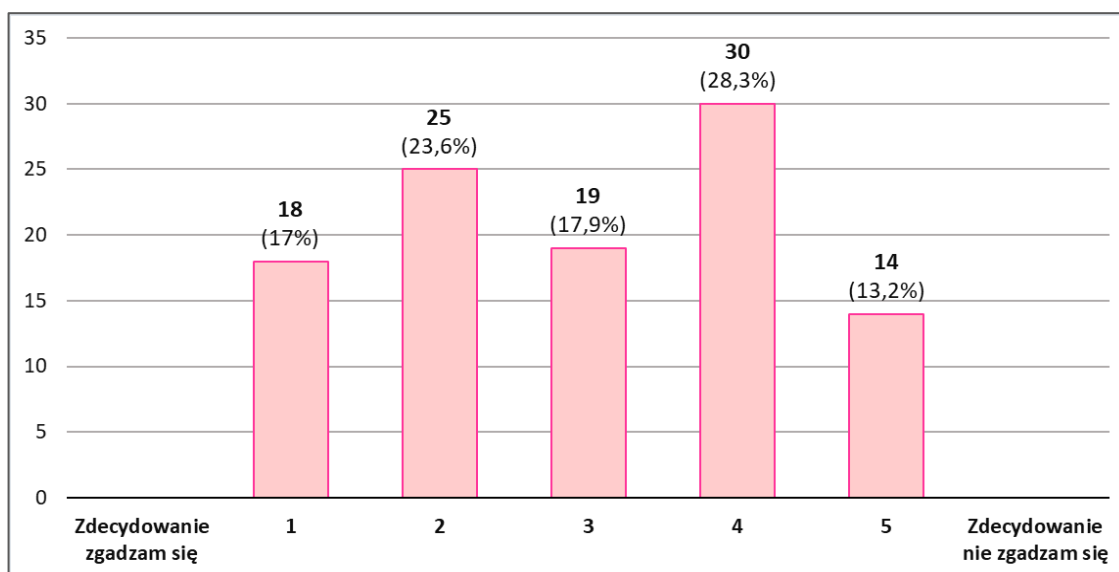
Rycina 2. Status zatrudnienia ankietowanych.

Analiza danych kwestionariusza AIS

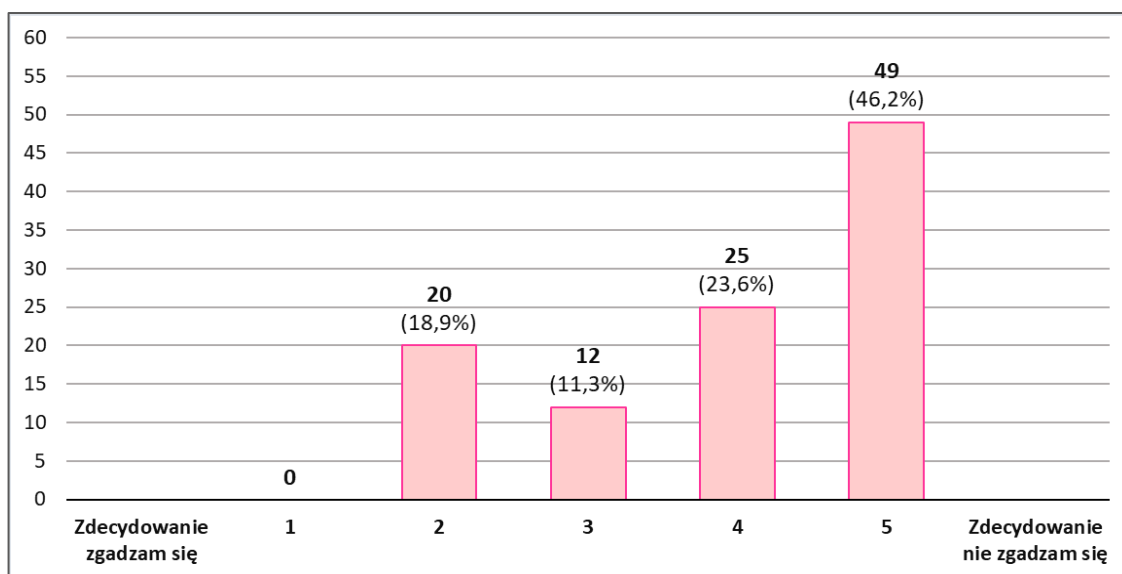
Kwestionariusz AIS został wypełniony poprawnie przez wszystkie ankietowane osoby. Liczba oraz częstość występowania danej odpowiedzi na wszystkie stwierdzenia zawarte w kwestionariuszu zostały przedstawione w sposób graficzny na Rycinach 3- 10.



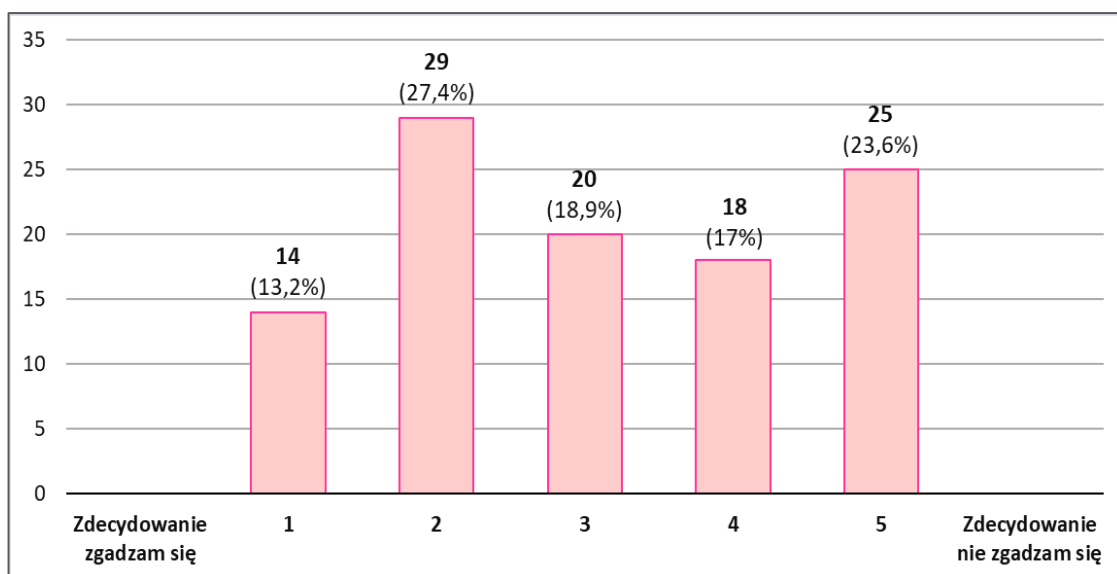
Rycina 3. Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę.



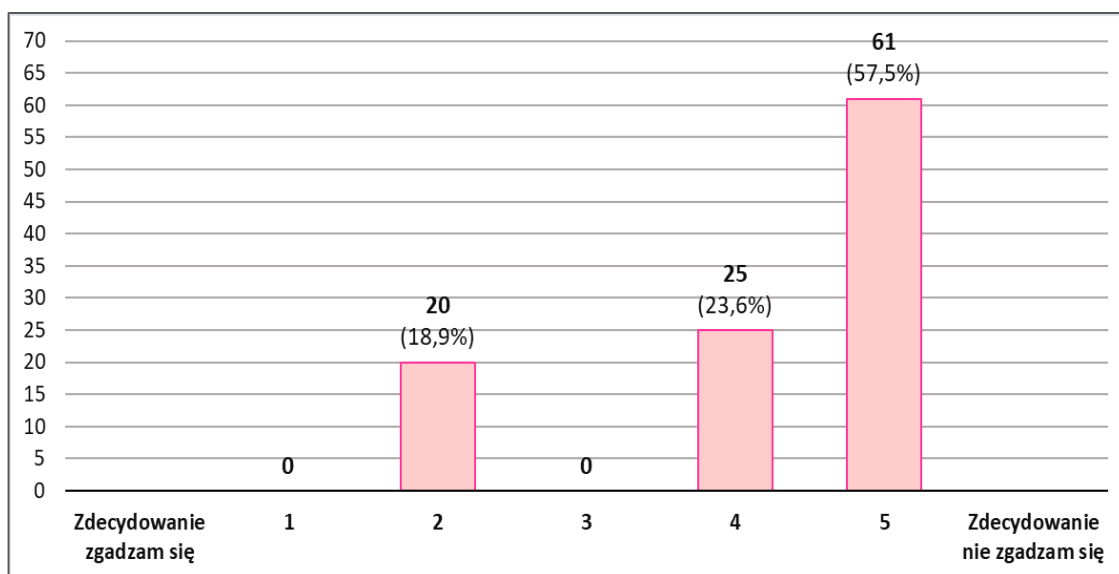
Rycina 4. Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię.



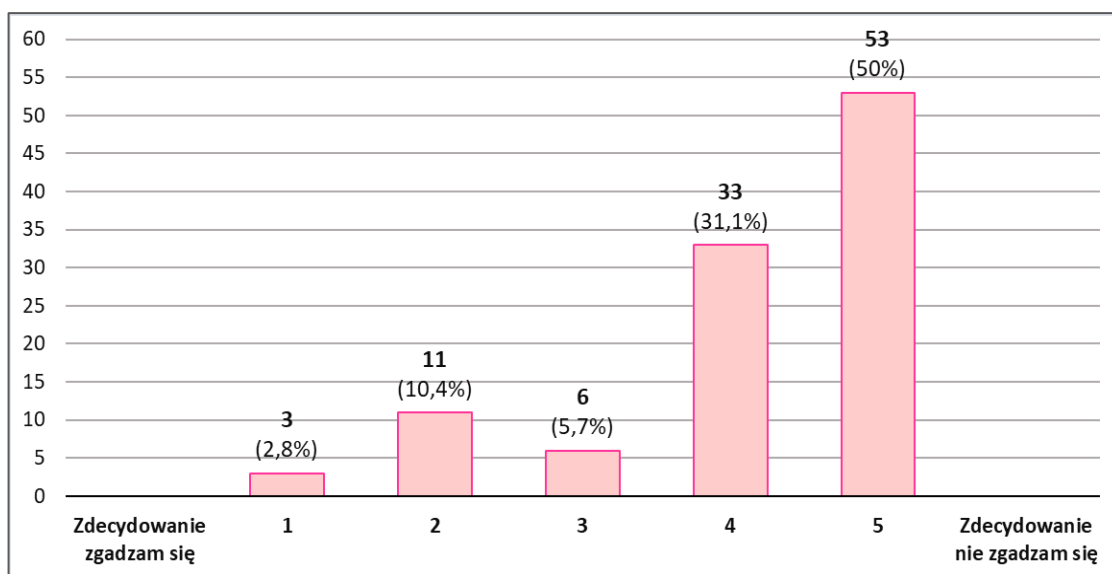
Rycina 5. Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny.



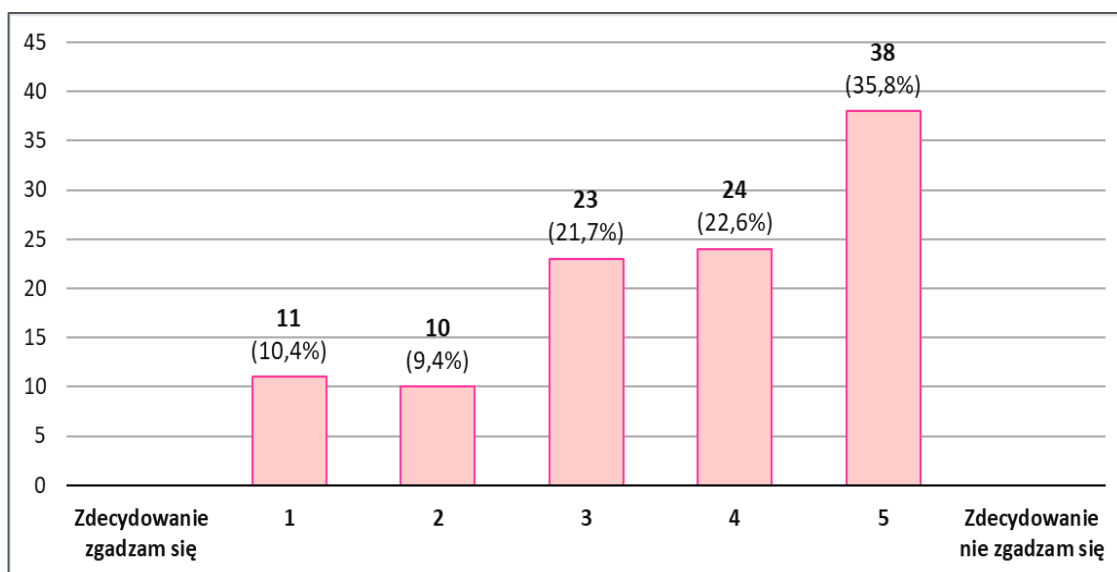
Rycina 6. Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę.



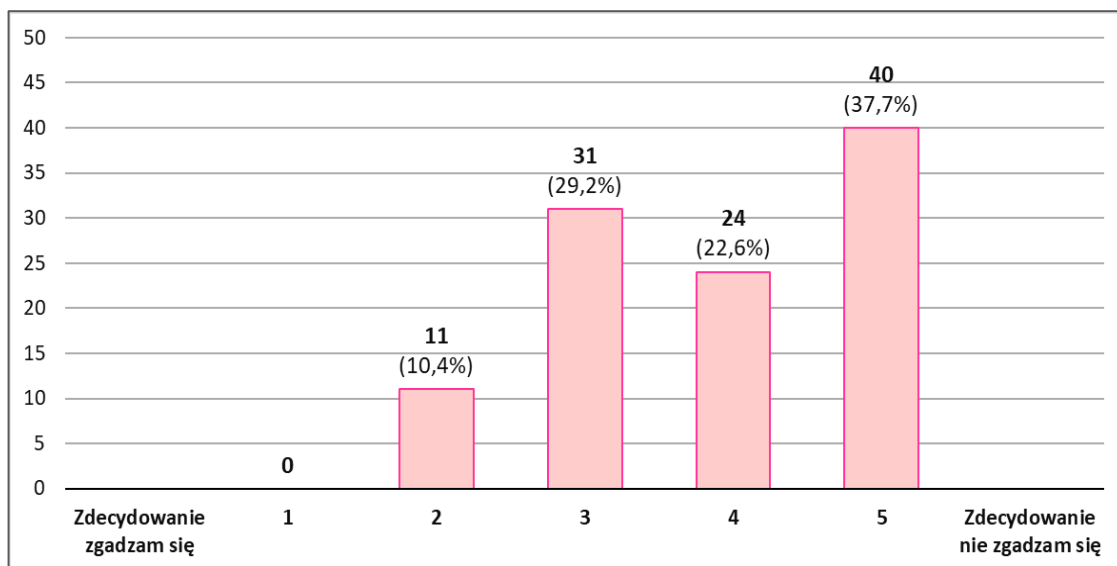
Rycina 7. Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół.



Rycina 8. Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem.



Rycina 9. Nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być.



Rycina 10. Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby.

Ze szczegółowej analizy skali AIS (Tabela 1) wynika, że spośród wszystkich stwierdzeń najwyżej oceniono poczucie, iż nie jest się ciężarem dla własnej rodziny i przyjaciół (śr. 4,20 pkt). W dalszej kolejności znalazł się aspekt, że obecny stan zdrowia nie wpływa na postrzeganie siebie jako niepełnowartościowego człowieka (śr. 4,16 pkt). Najniżej ze wszystkich obszarów oceniono: „z powodu mojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego co najbardziej lubię” (śr. 2,97 pkt) oraz „mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę (śr. 2,87 pkt).

Średnia wartość wyników AIS dla badanej grupy wyniosła 28,78 punktów, co świadczyło o przeciętnej akceptacji choroby, na pograniczu z wysokim poziomem akceptacji choroby ($Me=30$). Odchylenie standardowe wynosiło 6,50, co świadczyło o niskim zróżnicowaniu wyników AIS. Minimalna wartość uzyskanych punktów wynosiła 14 pkt, natomiast maksymalna wartość wyniku wynosiła 40 pkt (suma stanowiła wartość maksymalną możliwą do uzyskania w kwestionariuszu). W badanej grupie wartość ponad 24 pkt uzyskało ponad 75% badanych osób, natomiast więcej niż 34 pkt uzyskało ponad 25% wszystkich ankietowanych.

Tabela 1. Wyniki uzyskane w skali akceptacji choroby (AIS) dla całej grupy pacjentów.

AIS	Średnia	SD	Min.	Max.	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl
1. Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę.	2,87	1,43	1	5	2	3	4
2. Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię.	2,97	1,32	1	5	2	3	4
3. Choroba sprawia, że czasami czuję się niepotrzebny.	3,97	1,16	2	5	3	4	5
4. Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę.	3,10	1,39	1	5	2	3	4
5. Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół.	4,20	1,14	2	5	4	5	5
6. Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem.	4,16	1,10	1	5	4	4,5	5
7. Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym.	3,64	1,33	1	5	3	4	5
8. Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby.	3,88	1,04	2	5	3	4	5
SUMA	28,78	6,50	14	40	24	30	34

W zależności od uzyskanej punktacji ogólnej w skali AIS respondentki podzielono na trzy grupy. Najwięcej pacjentek ($n=59$; 55,66%) wykazywało wysoki poziom akceptacji choroby. Były to osoby badane, które uzyskały od 30 do 40 punktów. Najmniejszą grupę badanych osób stanowiły respondentki charakteryzujące się niskim poziomem akceptacji choroby ($n=10$; 9,43%), które uzyskały od 8 do 18 punktów. Wyniki porównawcze przedstawiono w Tabeli 2.

Tabela 2. Podział badanej populacji na grupy ze względu na poziom akceptacji choroby.

Kategoria	Liczba	Procent
Niski poziom akceptacji choroby (8- 18pkt)	10	9,43%
Średni poziom akceptacji choroby (19- 29 pkt)	37	34,91%
Wysoki poziom akceptacji choroby (30- 40pkt)	59	55,66%

Poziom akceptacji choroby poddano szczegółowej analizie biorąc pod uwagę zmienne społeczno- demograficzne zawarte w kwestionariuszu ankiety (Tabela 3). Analizując wiek respondentek najwyższą średnią wartość wyników AIS uzyskały kobiety w przedziale wiekowym od 36 do 54 lat (śr. 29,95 pkt), w dalszej kolejności znalazły się kobiety w wieku od 55 do 70 roku życia (śr. 29,55 pkt). Obie grupy wiekowe charakteryzował wysoki poziom akceptacji choroby a średnia punktów była wyższa niż średnia wyników całej grupy badanej (śr. 28,78 pkt). Najgorszym poziomem akceptacji choroby charakteryzowały się pacjentki powyżej 70-go roku życia (śr. 22,27 pkt). Grupa ta uzyskała wynik świadczący o średnim stopniu akceptacji schorzenia. Analiza statystyczna wykazała zależność między akceptacją choroby a wiekiem badanych respondentek ($p= 0,0019$). Statystyczną różnicę zauważono w odniesieniu do kobiet w przedziałach wiekowych 36- 54 lat oraz 55- 70 lat w porównaniu z respondentkami po 70-tym roku życia (odpowiedni $p= 0,0039$ oraz $p= 0,0012$).

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania respondentek średnie wyniki uzyskane w skali AIS nie różniły się znacząco ($p= 0,8191$). Minimalna wartość punktowa ankietowanych zamieszkujących miasto wyniosła 14 punktów, natomiast zamieszkujących wieś- 28 punktów.

Najwyższym poziomem akceptacji choroby charakteryzowały się badane z wykształceniem średnim (śr. 29, 83 pkt) oraz podstawowym (śr. 29,50 pkt), zaś najniższym z

wykształceniem zawodowym (śr. 27,25 pkt). Przeprowadzona analiza nie wykazała istotnie statystycznych różnic ($p=0,2667$).

Biorąc pod uwagę stan cywilny respondentek a poziom akceptacji choroby zauważono istotnie statystyczną różnicę ($p=0,0023$). Analizując badane grupy istotna zależność występowała między kobietami pozostającymi pannami a respondentkami rozwiedzionymi ($p=0,0015$). Kobiety pozostające pannami uzyskały średnią 32,79 pkt, co świadczyło o wysokim poziomie obecności choroby nowotworowej i przewyższało ogólną średnią grupy uzyskaną w kwestionariuszu AIS. Wysoki wynik akceptacji uzyskały również pacjentki będące w związku małżeńskim (śr. 29,08 pkt). Najniższą średnią otrzymały natomiast kobiety rozwiedzione (śr. 22,67 pkt), co świadczyło o przeciętnej akceptacji schorzenia.

Analiza zależności liczby posiadanych dzieci a akceptacji choroby wykazała różnice statystycznie istotne ($p=0,0079$). Różnice zauważono w braku potomstwa a posiadaniem 1, 2 lub 3 i więcej dzieci (odpowiednio $p=0,0377$, $p=0,0052$, $p=0,0434$).

Biorąc pod uwagę status zatrudnienia wysoki poziom akceptacji choroby uzyskały respondentki pracujące fizycznie (śr. 31,96 pkt) oraz pacjentki bezrobotne (śr. 29,67 pkt). Najniższą średnią punktów charakteryzowały się kobiety będące na emeryturze lub rencie (śr. 27,05 pkt). Analiza badanej zależności nie wykazała różnic istotnie statystycznych ($p=0,062$).

Tabela 3. Poziom akceptacji choroby a zmienne społeczno- demograficzne.

Zmienne	Liczba osób	Średnia	SD	Min.	Max.	p
Wiek						
18-35	11	29,82	6,32	23	40	0,0019
36-54	14	29,95	3,70	24	36	
55-70	38	29,55	7,86	16	39	
Powyżej 70 lat	14	22,29	6,17	14	30	
Miejsce zamieszkania						
Miasto	76	28,54	6,29	14	38	0,8191
Wieś	30	29,40	7,07	28	40	
Wykształcenie						
Podstawowe	6	29,50	3,83	26	33	0,2667
Zawodowe	12	27,25	7,29	18	34	
Średnie	47	29,83	6,64	14	39	
Wyższe	41	27,93	6,40	16	40	

Stan cywilny							
	Panna	14	32,79	5,60	23	38	0,0023
	Zamężna	64	29,08	6,40	14	40	
	Wdowa	19	27,74	5,94	20	35	
	Rozwiedziona	9	22,67	5,29	16	28	
Liczba posiadanych dzieci							
	0	4	38,00	0	38	38	0,0079
	1	47	28,96	7,14	14	39	
	2	43	27,63	6,01	16	40	
	3 lub więcej	12	29,17	4,02	25	33	
Status zatrudnienia							
	Emerytka/Rencistka	39	27,05	6,70	14	35	0,0616
	Bezrobotna	9	29,67	9,07	18	40	
	Pracownik fizyczny	23	31,96	3,94	27	39	
	Pracownik umysłowy	35	28,40	6,35	16	38	

DYSKUSJA

Obecność choroby nowotworowej wpływa na różne aspekty ludzkiego życia. Może wiązać się z zaburzeniami natury psychofizycznej, funkcjonowania w życiu społecznym oraz zawodowym. U kobiet może wystąpić lęk przed rozpadem rodziny, bólem oraz trudnością w zaakceptowaniu wyglądu zewnętrznego. Rehabilitacja w dziedzinie psychicznej ma na celu zapobieganie spadkowi własnej wartości oraz powinna stanowić pomoc w zaakceptowaniu obecności choroby. Kobiety zmagają się również z obecnością fizycznych ograniczeń, których zminimalizowanie pozwala na szybszy powrót do czynności zawodowych oraz pełnienia określonych ról społecznych. Zaakceptowanie zaistniałych problemów przy wsparciu ze strony najbliższych warunkuje poprawę funkcjonowania chorych we wszystkich dziedzinach życia.

Operacja odjęcia piersi może wpłynąć negatywnie na kobiecą psychikę w kontekście niezadowolenia ze swojego wyglądu, braku akceptacji ze strony najbliższych jak również niechęci w kontaktach międzyludzkich oraz trudnościach w powrocie do obowiązków sprzed choroby [6].

Średni poziom wyników w skali akceptacji choroby w badanej grupie wyniósł 28,78 punktów, co świadczy o średniej akceptacji choroby na pograniczu z wysokim poziomem pogodzenia się z obecnością choroby. Podobne wyniki otrzymała Jakubas i wsp., w których poziom akceptacji choroby wyniósł 28,44 punktów [7]. W badaniach Kazimierczak uzyskano podobny wynik ogólny, który wynosił 28,2 punktów w skali AIS [8]. Przebadana populacja w badaniach Kozieł i wsp. uzyskała średnio 27,21 punktów, co informowało o średniej

akceptacji schorzenia [9]. Ogólny poziom akceptacji schorzenia w badaniach Jurczak i Jankowiak wyniósł 26,43 punktów [10]. Podobny wynik uzyskała Pawlik i Kaczmarek-Borowska, które badały kobiety po mastektomii. Ankietowane charakteryzowała przeciętna akceptacja choroby (śr. 27,91 punkty) [11]. W badaniu kobiet po mastektomii Bąk-Sosnowska i wsp. uzyskali wyniki niższy niż średni otrzymany w niniejszej pracy (śr. 24,56 punkty) [12]. Wynik badań przeprowadzonych przez Smoleń i wsp. również wykazały, iż pacjenci leczeni onkologicznie wykazują średni poziom akceptacji choroby (śr. 25,03 punkty), natomiast wyodrębniając grupę kobiet z rakiem piersi wartość ta była niższa i wyniosła 23,81 punktów [13]. Natomiast respondentki badania Kozery uzyskały niski wynik pomiarów wynoszący 14,5 pkt. Świadczyło to o braku akceptacji choroby nowotworowej [14].

U ponad połowy ankietowanych kobiet wykazano wysoki poziom akceptacji choroby nowotworowej (55,66%). Podobne wyniki uzyskały Jurczak i Jankowiak oznaczając wysoki poziom zaakceptowania raka piersi u 57,0% badanych osób [10]. Również Pawlik i Kaczmarek-Borowska [11] przedstawiły, że najwięcej respondentek charakteryzował wysoki poziom pogodzenia się ze schorzeniem (46,29%). W badaniach Kazimierczak odsetek ten wynosił 45,0% wszystkich wyników [8]. Natomiast w badaniach Kozieł i wsp. najwięcej otrzymanych wyników stanowiły wartości średnie a kolejno wyniki wysokie (odpowiednio 44,0% oraz 36,0%) [9]. Również w badaniach Smoleń i wsp. większa część respondentów wykazywała średni poziom akceptacji schorzenia. Wyniki średnie uzyskało 49,8% ankietowanych osób, natomiast wyniki wysokie uzyskało jedynie 8,8% badanych. Biorąc pod uwagę grupę kobiet z rakiem piersi wyniki wysokie osiągnęło jedynie 19,0% przebadanych pacjentek [13]. Aż 79% badanych respondentek badania Kozery [14] wykazywało niski poziom akceptacji choroby a jedynie 2% respondentek opowiedziało się za wysokim stopniem akceptacji schorzenia.

Ponad połowa respondentek (57,5%) nie przejawiała odczucia bycia ciężarem dla najbliższych oraz nie czuła się kimś niepełnowartościowym (50,0%). Punktacja średnia otrzymana w powyższych stwierdzeniach wynosiła odpowiednio 4,20 punktów oraz 4,16 punktów co w ocenie świadczy o dobrym przystosowaniu do życia z chorobą. Podobne wyniki uzyskały Pawlik i Kaczmarek-Borowska [11], w których 53,7% respondentek nie czuła się ciężarem dla bliskich, natomiast 44,44% kobiet czuły się osobami pełnowartościowymi. Pacjentki w badaniu Kozieł na podane stwierdzenia uzyskały odpowiednio 3,65 pkt oraz 3,64 pkt [9], natomiast w badaniach Jurczak i Jankowiak- 3,65 pkt

oraz 3,41 pkt [10]. Średnia punktów u Kazimierczak na określenie o byciu człowiekiem niepełnowartościowym wyniosła 3,69 pkt [8]. Stosunkowo gorsze wyniki otrzymali pacjenci onkologiczni biorący udział w badaniu Smoleń i wsp. Średnia punktów otrzymanych przy stwierdzeniu dotyczącym bycia ciężarem wyniosła 3,44 punktów, natomiast za określenie dotyczące bycia człowiekiem pełnowartościowym pacjenci uzyskali wynik przeciętny 3,27 punktów [13]. Wyniki zdecydowanie gorsze uzyskała Kozera, w których średnia punktów na stwierdzenie bycia ciężarem wyniosła 2,02 pkt, natomiast za stwierdzeniem bycia kimś niepełnowartościowym uzyskano wynik średni 1,57 pkt [14].

Respondentki nie czują się niepotrzebne (śr. 3,97 pkt). Kozieł odnotowała podobne wyniki (śr. 3,64 pkt) [9]. W badaniu Jurczak i Jankowiak pacjentki charakteryzował podobny wynik uzyskany w powyższy stwierdzeniu (śr. 3,52 pkt) [10]. Wynik zbliżony uzyskała również Kazimierczak (śr. 3,7 pkt) [8]. Pacjenci przebadani przez Smoleń i wsp. otrzymali wynik 3,27 punktów, co w ogólnej ocenie przejawiało się średnim odczuciem bycia potrzebnym. Respondenci pracy Kozery uzyskali niski wynik- 2,53 pkt [14].

Nagorzej respondentki oceniły fakt, że z powodu swojego stanu zdrowia nie mogą robić rzeczy, które najbardziej lubią (śr. 2,97 pkt) oraz że mają kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez schorzenie (śr. 2,87 pkt). Pacjenci hospitalizowani z powodu problemów onkologicznych biorący udział w badaniach Smoleń i wsp. uzyskali wyniki w analizie podanych określeń- odpowiednio 2,97 pkt oraz 2,61 pkt [13]. W badaniach Kozieł i wsp. średnia punktacja uzyskana na powyższe stwierdzenia była wyższa i wynosiła odpowiednio 3,04 pkt oraz 3,11 pkt [9]. W pracy Kozery wyniki przedstawionych stwierdzeń wyniosły odpowiednio 1,73 pkt oraz 2,04 pkt, co informowało o złej akceptacji swojego życia [14].

Przeprowadzona analiza wykazała istotnie statystyczne różnice między akceptacją choroby a wiekiem respondentów ($p= 0,0019$). Porównując wyróżnione grupy wiekowe zależność zauważono między kobietami w przedziale wiekowym 36-54 lata oraz 55-70 lat w odniesieniu do kobiet powyżej 70 roku życia (odpowiednio $p= 0,0039$ oraz $p= 0,0012$). Pacjentki powyżej 70 lat wykazują gorszą akceptację choroby w porównaniu do młodszych grup wiekowych. Średni wyniki w skali AIS dla badanych w określonych przedziałach wiekowych wyniósł odpowiednio: 18- 35lat- 29,82 pkt, 36- 54 lata- 29,95 pkt, 55- 70 lat- 29,55 pkt, natomiast powyżej 70 lat- 22,29 pkt. W badaniach Smoleń i wsp. ankietowani poniżej 40 roku życia otrzymali średnio 29,67 pkt, pacjenci w przedziale 51- 60 lat- 22,98 pkt

a powyżej 70 roku życia osiągnięto wynik 23,11 pkt [13]. Natomiast w ocenie funkcjonowania kobiet po mastektomii Pawlik oraz Kaczmarek- Borowskiej nie pojawiła się zależność akceptacji choroby a wieku ($p= 0,656$) [11]. Różnic istotnych statystycznie nie otrzymała Jakubas i wsp. ($p= 0,360$) [7]. Również w analizie badań Kazimierczak nie zauważono różnicy istotnej statystycznie ($p= 0,94$) [8].

Szczegółowa analiza nie wykazała istotnie statystycznych różnic między akceptacją choroby a miejscem zamieszkania respondentów ($p= 0,8191$). Podobne wyniki podaje Pawlik i Kaczmarek- Borowska ($p= 0,992$) [11]. W badaniach Jakubas i wsp. nie zauważono takich różnic ($p= 0,420$) [7]. Analiza wyników badań Kazimierczak też nie wykazywała istotności statystycznych ($p= 0,5555$) [8].

Analiza rodzaju wykształcenia a akceptacji choroby nie wykazała różnic istotnych statystycznie ($p= 0,2667$). W badaniu Pawlik i Kaczmarek- Borowska również nie zauważono danej zależności ($p= 0,875$) [11]. Jakubas oraz wsp. [7] również nie wyróżniają takiej zależności ($p= 0,230$). Nie wykazano ich również w badaniu Kazimierczak ($p= 0,9163$) [8].

Biorąc pod uwagę zależność akceptacji choroby a stan cywilny respondentek zauważono różnicę istotną statystycznie ($p= 0,0023$). Szczegółowa analiza wykazała różnice pomiędzy grupą kobiet pozostających pannami a respondentkami rozwiedzionymi ($p= 0,0015$). Panny w skali AIS uzyskały średnią punktów 32,79 pkt (wysoki poziom akceptacji choroby), natomiast kobiety rozwiedzione- 22,67 pkt co świadczyło o średniej akceptacji raka piersi. Pacjentki pozostające w związku małżeńskim również charakteryzował wysoki poziom akceptacji schorzenia (śr. 29,08 pkt). W badaniach Smoleń i wsp. zauważono zależność, iż dwukrotnie większy odsetek wyników wysokich przejawiały osoby pozostające w związku w porównaniu do badanych stanu wolnego ($p= 0,003$) [13]. Odmienne badania prezentują Jakubas i wsp., u których nie wystąpiła zależność akceptacji choroby i stanu cywilnego ($p= 0,137$) [7].

Pod względem obecnego statusu zatrudnienia badanych respondentek nie zauważono znacznych odmienności ($p= 0,062$). Podobne wyniki otrzymała Kazimierczak ($p= 0,5445$) [8]. Natomiast w badaniach Smoleń i wsp. zauważono różnicę istotną statystycznie w analizie danej zależności ($p= 0,001$). Respondenci pracujący charakteryzowali się wyższym poziomem akceptacji schorzenia niż ankietowani przebywający na rencie, emeryturze oraz zasiłkach [13].

WNIOSKI

1. Pacjentki akceptują obecność nowotworu piersi w stopniu przeciętnym, na pograniczu ze stopniem wysokim.
2. Kobiety pozostające w związku małżeńskim oraz panny lepiej akceptują obecność choroby niż kobiety rozwiedzione.

PIŚMIENNICTWO:

1. Jassem J., Kordek R.: Onkologia: Podręcznik dla studentów i lekarzy. Via Medica, Gdańsk 2019.
2. Skokowski J., Jankau J., Renkielska A., Jaśkiewicz J.: 5000 lat krzywej uczenia się chirurgii raka piersi. Forum Medycyny Rodzinnej 2011, 5(2), 123-129.
3. Berner J.: Rak piersi od starożytności do współczesności. Nowotwory. Journal of Oncology 2012, 62(1), 42-48.
4. Markocka-Mączka K., Lewandowski A., Szelachowski P., Andrzejczak E.: Miejsce operacji oszczędzających i rekonstrukcyjnych w chirurgii raka gruczołu piersiowego. Zdrowie i dobrostan 2013, 3, 103-112.
5. Gacek E., Siwek M.: Psychospołeczne funkcjonowanie kobiet po mastektomii. Część I. Subiektywna ocena wybranych aspektów życia przez kobiety po mastektomii. Psychoonkologia 2018, 22(3), 90–95.
6. Kimszal E., Kurowska K.: Jak zabieg mastektomii wpływa na kobiecą psychikę? Pielęgniarstwo Polskie 2018, 3(69), 293-297.
7. Jakubas J., Rycombel A., Lomper K.: Wpływ akceptacji choroby na jakość życia kobiet z rakiem piersi. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia 2014, 3(3), 62-66.
8. Kaźmierczak M.: Stopień akceptacji i przystosowania psychicznego do choroby u kobiet leczonych z powodu nowotworu piersi. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2018, (4), 444-451.
9. Kozieł P., Lomper K., Uchmanowicz B., Polański J.: Związek akceptacji choroby oraz lęku i depresji z oceną jakości życia pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2016, 10(1), 28–36.
10. Jurczak B., Jankowiak B.: Ocena stopnia akceptacji choroby a poziom samooceny u pacjentek z rakiem piersi [w:] W drodze do brzegu życia, tom 19, Krajewska – Kułak

E. Lewko J., Łukaszuk C. (red.). Wydawnictwo Uniwersytet Medyczny, Białystok 2020.

11. Pawlik M., Karczmarek-Borowska B.: Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie 2013, 2, 203–211.
12. Bąk-Sosnowska M., Oleszko K., Skrzypulec-Plinta V.: Adaptacja psychologiczna dojrzałych kobiet w pierwszych dobach po zabiegu mastektomii. Przegląd Menopauzalny 2013, 2, 120–124.
13. Smoleń E., Hombek K., Jarema M., Słysz M., Kalita K.: Czynniki warunkujące akceptację choroby u pacjentów leczonych onkologicznie. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2018, 24(1), 37–43.
14. Kozera E.: Zależność między akceptacją choroby a poziomem lęku i depresji u pacjentek z nowotworem gruczołu piersiowego. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia 2015, 4(4), 85- 88.

OCENA STOPNIA SATYSFAKCJI Z ŻYCIA WŚRÓD KOBIET Z RAKIEM PIERSI

Barbara Jankowiak¹, Patrycja Anna Budna^{2,3}

1/ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

2/ Absolwenta Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

3/ Oddział Chirurgii Onkologicznej ze Specjalistycznymi Pododdziałami Leczenia Chorób Nowotworowych, Pododdział Chirurgii Piersi i Rekonstrukcji, Białostockie Centrum Onkologii

WSTĘP

Obecność choroby nowotworowej wpływa na wiele aspektów ludzkiego życia, co rodzi konieczność akceptacji oraz dostosowania się do ograniczeń z nią związanych. Długotrwałe leczenie oraz zmiany w dotychczasowym trybie życia mogą prowadzić do rozwoju zaburzeń takich jak stres, nasilony lęk bądź rozwój poczucia bezradności [1]. Przejawem postępu chorobowego jest również przewlekłe zmęczenie, wpływające na obniżenie dotychczasowej jakości życia kobiety, osłabienie psychiczne oraz fizyczne, jak również trudność w pełnieniu określonych ról społecznych [1]. Zaburzeniu ulega poczucie własnego bezpieczeństwa oraz chęć podejmowania kontaktów międzyludzkich. Izolacja społeczna jest często traktowana jako zachowanie obronne chroniące przed negatywnymi emocjami, które mogą wystąpić w przypadku kontaktu z innymi ludźmi. Z tego względu chora powinna być poddana kompleksowej terapii podejmującej aspekty zdrowia fizycznego, psychicznego jak również społecznego oraz zawodowego [2].

Nieodłącznym elementem w procesie leczenia kobiet z rakiem piersi jest rehabilitacja pomagająca w przystosowaniu się do ograniczeń związanych z obecnością choroby. Terapia powinna dotyczyć sfery fizycznej, jak również psychicznej, społecznej oraz zawodowej, a proces leczenia powinien rozpocząć się już przed mastektomią. Operacja może wiązać się z wystąpieniem: zmiany postawy ciała, ograniczeniem ruchomości w obrębie kończyny górnej, bólu, obrzęku limfatycznego oraz zmniejszeniem siły mięśniowej po stronie operowanej [2, 3]. Zmniejszenie ograniczeń sfery fizycznej oraz przystosowanie się do ograniczeń narzuconych przez chorobę wpływa na przyspieszenie powrotu do życia sprzed choroby, aktywnego angażowania się w sprawy rodzinne i zawodowe [2].

W sferze psychicznej profilaktyka powinna opierać się na eliminacji lęku związanego z okaleczeniem ciała, strachem przed rozbiciem rodziny, bólem fizycznym oraz ryzykiem śmierci jak również zapobieganiu spadkowi poczucia własnej wartości. Rehabilitacja w sferze psychicznej ma na celu pomoc w zaakceptowaniu obecności choroby nowotworowej. Nieocenionym czynnikiem warunkującym powrót do sprawności jest wsparcie najbliższych w procesie terapeutycznym. Pomocnym dla wielu chorych może być również dołączenie do grupy wsparcia m.in. Federacja Stowarzyszeń „Amazonki”. Przynależąc do wspólnoty można liczyć na pomoc praktyczną, wsparcie ze strony psychicznej, jak również poczuć, że choroba nie jest tylko indywidualną kwestią, a problemem wielu osób [1, 3].

CEL PRACY

Celem pracy było określenie stopnia satysfakcji z życia u pacjentek z postawioną diagnozą raka piersi.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badania zostały przeprowadzone wśród pacjentek Oddziału Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Piersi i Rekonstrukcji z Pododdziałem Leczenia Bólu w Białostockim Centrum Onkologii. Do pracy zakwalifikowano 106 kobiet z rozpoznanym rakiem piersi przed zabiegiem mastektomii. Grupę badaną stanowiły pacjentki w przedziale wiekowym od 18-70 lat i powyżej. Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety w przedziale wiekowym od 36 do 54 lat (n=43; 40,6%).

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. W określeniu poziomu satysfakcji z życia posłużono się Skalą satysfakcji z życia SWLS (*Satisfaction with Life Scale*) stworzoną przez E. Dienera i wsp. Polskiej adaptacji obu wykorzystanych skal dokonał Z. Juczyński [4], która składa się z 5 stwierdzeń, do których odnosi się badany przy użyciu 7 stopniowej skali. W punktacji 1 oznacza, iż badany zupełnie nie zgadza się z podanym stwierdzeniem. Kolejne punkty mają określenia wyrażające narastającą aprobatę, natomiast 7 oznacza całkowitą zgodę z przedstawionym stwierdzeniem. W celu określenia satysfakcji z życia sumuje się punktację przydzieloną każdemu określeniu. Badany mógł uzyskać wynik od 5 do 35 punktów. Im wyższa wartość punktacji ogólnej tym większe odczucie satysfakcji z życia osoby badanej. W ocenie wyników posłużono się również porównaniem grupy badanej z grupą normalizacyjną przekładając punktację na wartość jej odpowiadającą w skali

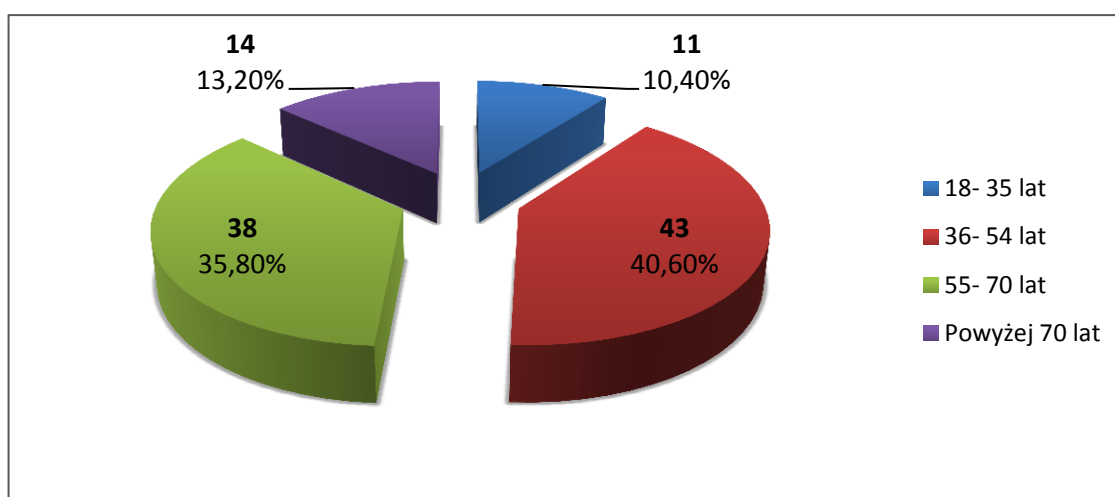
stenowej. Wartość w granicach 1-4 stena uznaje się za niską, 5-6 stena jako wynik przeciętny, natomiast 7-10 stena wyniki wysokie [4, 5].

W celu przeliczenia danych statystycznych posłużono się programem STATISTICA 13.3. Analizę wyników przeprowadzono przy użyciu testu Kruskala-Wallisa oraz U Mana-Whitneya.

Badanie przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku (APK.002.360.2020).

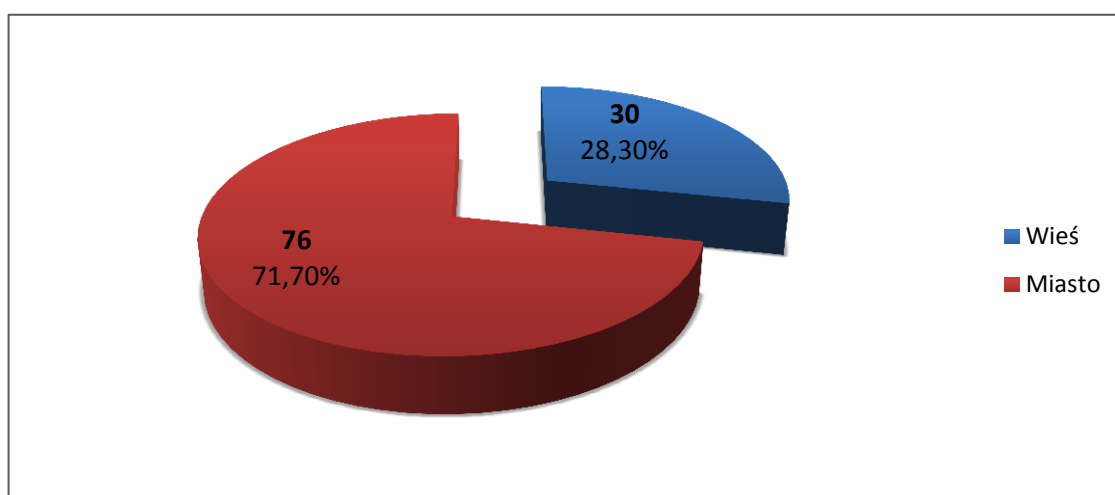
WYNIKI

W badaniu wzięło udział 106 kobiet. Wśród respondentek najliczniejszą grupę stanowiły pacjentki w przedziale wiekowym od 36 do 54 lat ($n=43$; 40,6%). Szczegółowe dane przedstawiono na Rycinie 1.



Rycina 1. Wiek respondentek.

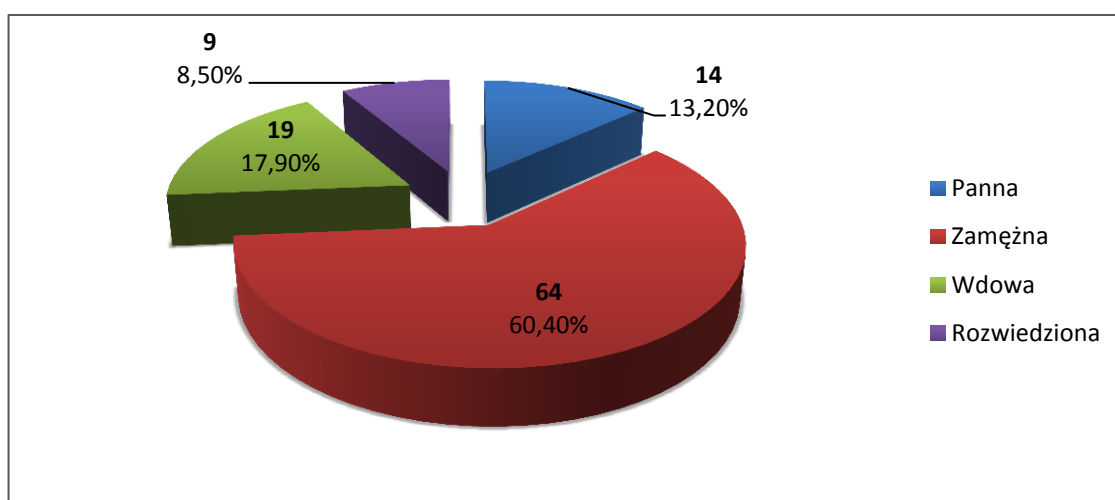
Ankietowane zapytano o miejsce zamieszkania. Rozkład badanej grupy podzielonej na mieszkańców miasta oraz osoby zamieszkujące wieś przedstawiono na Rycinie 2.



Rycina 2. Miejsce zamieszkania respondentek.

Respondentki zostały zapytane o posiadane wykształcenie. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim ($n=47$; 44,3%), natomiast 1/3 badanych deklaroowało wykształcenie na poziomie wyższym ($n=41$; 38,70%).

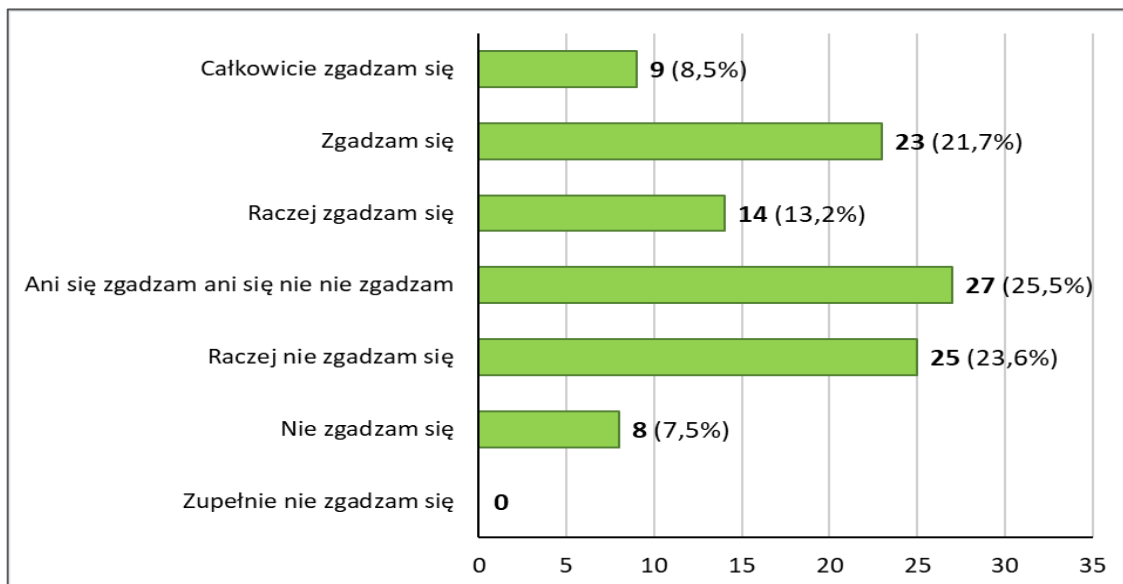
Największą grupę stanowiły pacjentki pozostające w związku małżeńskim. Odpowiedzi takiej udzieliły 64 kobiety (60,4%). Najmniej liczną grupę stanowiły pacjentki rozwiedzione ($n=9$; 8,50%). Stan cywilny pozostałych ankietowanych ukazano na Rycinie 3.

**Rycina 3.** Stan cywilny respondentek.

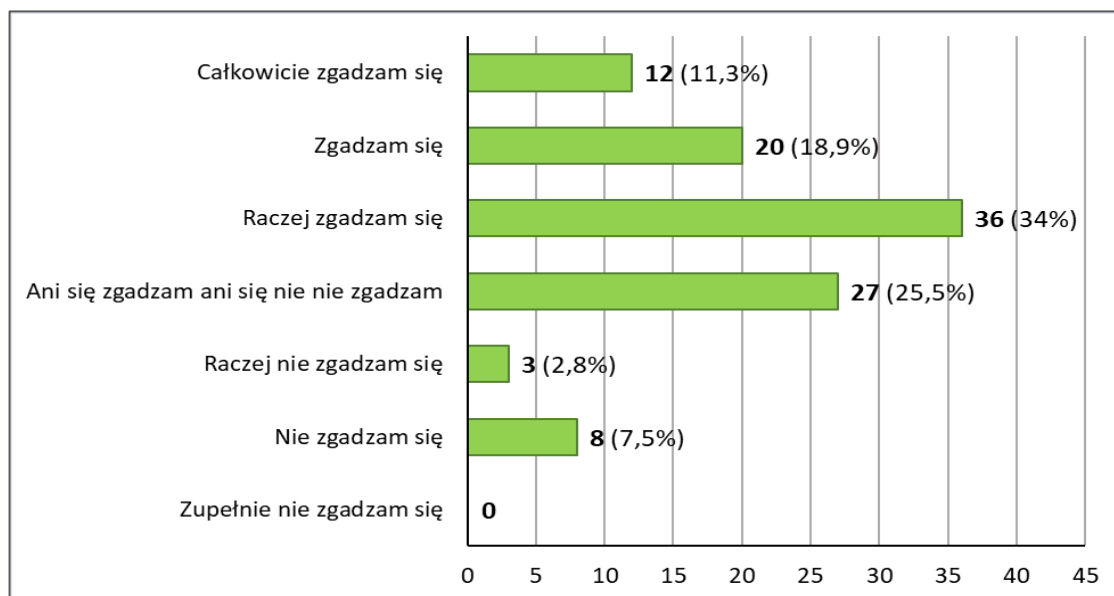
Emerytki/ rencistki stanowiły grupę najliczniejszą badanych (36,8%), natomiast 33% ankietowanych stanowiły kobiety pracujące umysłowo i 21,7% fizycznie. 8,5% to kobiety bezrobotne.

Analiza danych kwestionariusza SWLS

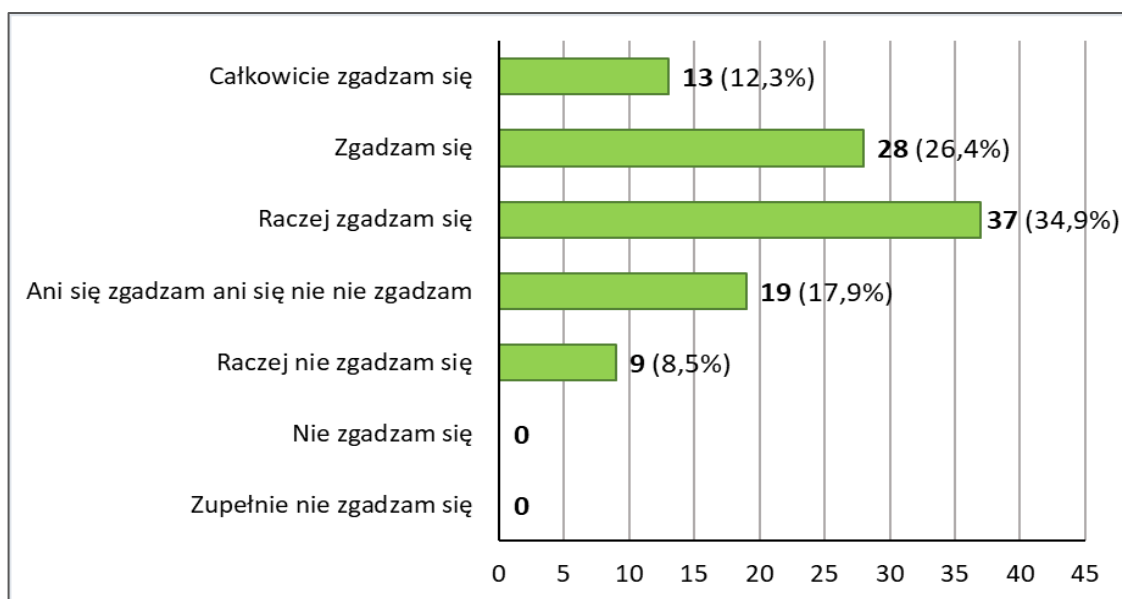
Kwestionariusz Skali Satysfakcji z Życia został wypełniony poprawnie przez wszystkie respondenci (n=106). Liczba oraz częstość występowania danych odpowiedzi w populacji ogólnej respondentek została przedstawiona na Rycinach 4- 8.



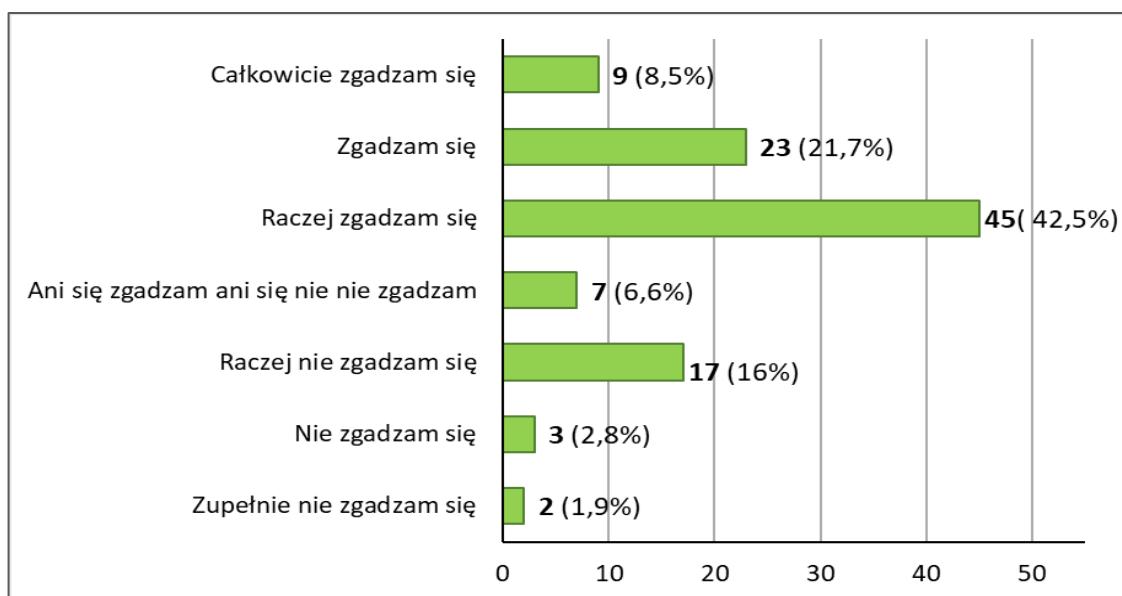
Rycina 4. Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału.



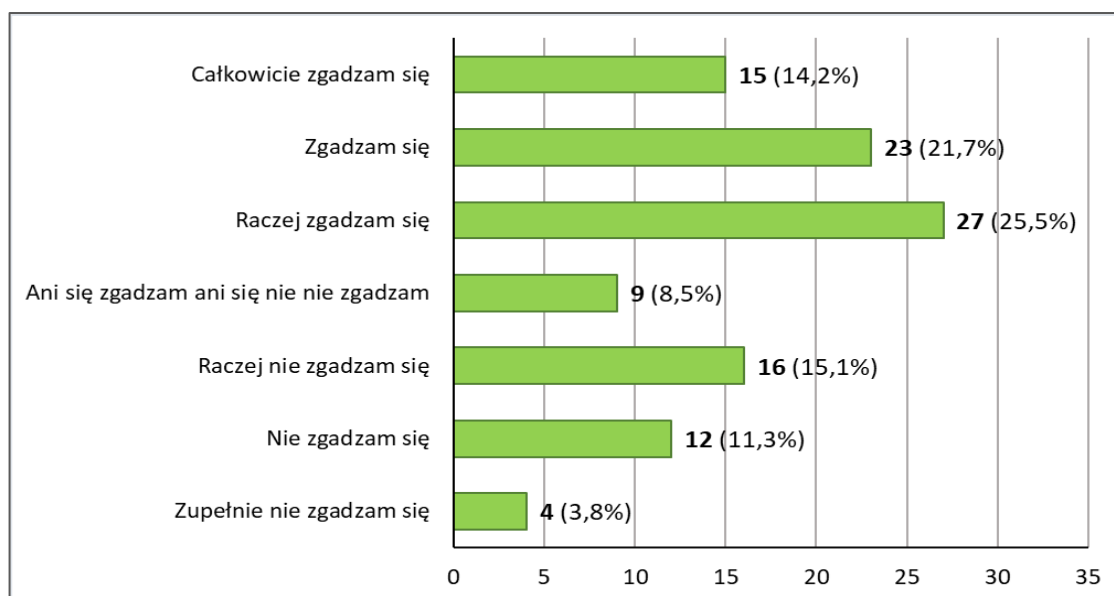
Rycina 5. Warunki mojego życia są doskonałe.



Rycina 6. Jestem zadowolony z mojego życia.



Rycina 7. W życiu osiągnąłem najważniejsze rzeczy, które chciałem.



Rycina 8. Gdybym mógł jeszcze raz przeżyć życie, to nie chciałbym prawie nic zmienić.

Satysfakcja z życia oceniana przy pomocy skali SWLS wyraża się odczuciu zadowolenia z warunków i własnych osiągnięć. Z analizy skali SWLS (Tabela 1) wynika, że respondenci są raczej zadowoleni ze swojego życia (śr. 5,16 pkt). Warunki życia w ocenie respondentek są raczej na dobrym poziomie (śr. 4,88 pkt) oraz rzeczy, które chciałyby w życiu osiągnąć w jakimś stopniu zostały uzyskane (śr. 4,84 pkt). Najniżej oceniono stwierdzenie: „pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału” (śr. 4,43 pkt).

Średnia satysfakcji z życia (SWLS) wyniosła 23,93 pkt w badanej grupie co świadczyło o wysokim poczuciu satysfakcji z życia w badanej grupie ($Me = 24$). Odchylenie standardowe wynosiło 4,57, co świadczyło o niskim zróżnicowaniu wyników. Minimalna wartość uzyskanych wyników w populacji badanej wynosiła 13 punktów, natomiast wartość najwyższa wynosiła 31 punktów. Wartość ponad 27 punkty uzyskała ponad 1/4 przebadanych respondentek.

Tabela 1. Wyniki uzyskane w skali satysfakcji z życia (SWLS) dla całej grupy pacjentów.

SWLS	Średnia	SD	Min.	Max.	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl
1. Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału.	4,43	1,46	2	7	3	4	6
2. Warunki mojego życia są doskonałe.	4,88	1,30	2	7	4	5	6
3. Jestem zadowolony z mojego życia.	5,16	1,12	3	7	4	5	6
4. W życiu osiągnąłem najważniejsze rzeczy, które chciałem.	4,84	1,35	1	7	4	5	6
5. Gdybym mógł jeszcze raz przeżyć życie, to nie chciałbym prawie nic zmienić.	4,62	1,73	1	7	3	5	6
SUMA	23,93	4,57	13	31	21	24	27

Wyniki ogólne uzyskane przez respondentki przekształcone zostały na jednostki standaryzowane w skali stenowej. Najwięcej osób badanych (n=57; 53,17%) uzyskało wyniki w granicach 7-10 stena świadczące o wysokim poczuciu satysfakcji z życia. W grupie tej badani uzyskiwali wynik ogólny od 24 punktów wzwyż. Niskie wyniki (1-4 stena) uzyskało 11,32% grupy badanych (n=12). Osiągali oni wartości punktowe ≤ 17 punktów (Tabela 2).

Tabela 2. Podział badanej populacji na grupy ze względu na stopień satysfakcji z życia.

Kategoria	Liczba	Procent
Wyniki niskie (1-4 stena)	12	11,32%
Wyniki przeciętne (5-6 stena)	37	34,91%
Wyniki wysokie (7-10 stena)	57	53,17%

Uzyskane średnie wyniki zestawiono z wynikami dla grupy normalizacyjnej (Tabela 3). Kobiety z grupy objętej badaniem uzyskały wyższą średnią wyników skali SWLS, charakteryzowała je mniejsza rozpiętość uzyskanych danych oraz wyższy odsetek wyników wysokich w porównaniu z grupą normalizacyjną. Biorąc pod uwagę wyniki uzyskane przez kobiety w okresie menopauzy, respondentki badania wykazały się wyższą średnią w skali satysfakcji z życia. Odsetek wyników niskich był wyższy u kobiet w okresie menopauzy, natomiast procent wyników wysokich był znacznie niższy niż w grupie objętej badaniem.

Tabela 3. Porównanie średnich wyników badanej grupy z grupą normalizacyjną kobiet.

Grupa	Średnia	SD	% wyników niskich (1-4 stena)	% wyników wysokich (7-10 stena)
Grupa kobiet badanych	23,93	4,57	11,32%	53,17%
Grupa normalizacyjna kobiet	21,09	5,26	32,8 %	33,4%
Kobiety w okresie menopauzy	18,42	5,28	36,0 %	18,0 %

Poziom satysfakcji z życia wśród wszystkich respondentek poddano analizie pod kątem zmiennych społeczno- demograficznych (Tabela 4). Biorąc pod uwagę wiek pacjentów najwyższą satysfakcją z życia charakteryzowała się grupa kobiet w wieku od 36 do 54 lat (śr. 25,28 pkt; 7 punktów w skali stenowej). Najniższy wynik uzyskały pacjentki powyżej 70-go roku życia (śr. 22,29 pkt; 6 punktów w skali stenowej). Przeprowadzona analiza wykazała różnice istotne statystycznie ($p=0,0080$). Porównując grupy badane istotną różnicę zauważono między kobietami w wieku 36- 54 lat a 55- 70 lat ($p=0,0160$).

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania ankietowanych poziom satysfakcji z życia nie różnił się znacząco ($p=0,7871$). Obie grupy uzyskały 7 punktów w skali stenowej, co świadczyło o wysokiej satysfakcji z życia.

Najwyższy poziomem zadowolenia z życia charakteryzowały się respondentki posiadające wykształcenie zawodowe (śr. 24,49 pkt; 7 stenów) oraz średnie (śr. 24,17 pkt; 7 stenów). Analiza statystyczna nie wykazała istotnych statystycznie różnic ($p=0,1207$).

Największą rozbieżność wyników zauważono w analizie stanu cywilnego ($p=0,002$). Najwyższy poziom z zadowolenia prezentowały kobiety zamężne (śr. 25,23 pkt; 7 stenów) oraz kobiety stanu wolnego (śr. 25,21 pkt; 7 stenów). Respondentki rozwiedzione prezentowały najgorszy poziom satysfakcji z życia porównaniu do kobiet mających inny stan cywilny. Średni wynik w punktacji ogólnej skali SWLS wynosił 18,78 punktów, 5 w skali stenowej, co świadczyło o przeciętnym zadowoleniu z życia. Analiza szczegółowa wykazała istotną zależność między wdowami a mężatkami ($p=0,00036$), rozwiedzionymi a mężatkami ($p=0,0081$) oraz rozwiedzionymi a pannami ($p=0,0442$).

Najwyższą satysfakcją z życia charakteryzowały się kobiety bezdzietne (śr. 28,00; 8 stenów), zaś najniższą kobiety posiadające dwoje dzieci (śr. 22,93 pkt; 6 stenów). Analiza nie wykazała różnic istotnych statystycznie ($p=0,1544$).

Biorąc pod uwagę miejsce zatrudnienia wyniki wysokie uzyskały kobiety pracujące umysłowo (śr. 25,40; 7 stenów), pracujące fizycznie (śr. 24,35 pkt; 7 stenów) oraz ankietowane bezrobotne (śr. 24,33 pkt; 7 stenów). Najmniejsze zadowolenie z życia przejawiały emerytki oraz rencistki (śr. 22,28; 6 stenów). Analiza wpływu statusu zatrudnienia na satysfakcję z życia wykazała istnienie zależności ($p=0,0147$). Najwyższą istotność uzyskano z porównania kobiet na emeryturze/ rencie a pracujących umysłowo ($p=0,0099$).

Tabela 4. Poziom satysfakcji z życia a zmienne społeczno- demograficzne.

Zmienne	Liczba osób	Średnia (wartość stenowa)	SD	Min.	Max.	p
Wiek						
18-35	11	25,00 (7)	3,61	20	30	0,0080
36-54	43	25,28 (7)	5,16	13	31	
55-70	38	22,71 (6)	3,45	15	30	
Powyżej 70 lat	14	22,29 (6)	4,95	16	30	
Miejsce zamieszkania						
Miasto	76	24,04 (7)	4,24	14	31	0,7871
Wieś	30	23,67 (7)	5,38	13	31	

Wykształcenie							
Podstawowe	6	23,33 (6)	2,42	21	27	0,1207	
Zawodowe	41	24,49 (7)	4,58	14	31		
Średnie	47	24,17 (7)	5,00	13	31		
Wyższe	12	21,42 (6)	2,68	17	26		
Stan cywilny							
Panna	14	25,21 (7)	3,17	21	30	0,002	
Zamężna	64	25,23 (7)	3,70	17	31		
Wdowa	19	21,05 (6)	4,78	15	31		
Rozwiedziona	9	18,78 (5)	5,72	13	26		
Liczba posiadanych dzieci							
	4	28,00 (8)	1,83	26	30	0,1544	
0	47	24,51 (7)	4,07	16	31		
1	43	22,93 (6)	5,25	13	31		
2	12	23,92 (7)	3,33	21	30		
3 lub więcej							
Status zatrudnienia							
Emerytka/Rencistka	39	22,28 (6)	4,31	15	31	0,0147	
Bezrobotna	9	24,33 (7)	4,44	20	30		
Pracownik fizyczny	23	24,35 (7)	5,20	13	31		
Pracownik umysłowy	35	25,40 (7)	4,01	14	31		

DYSKUSJA

Wystąpienie choroby nowotworowej jest trudnym oraz niezwykle stresującym momentem wymagającym adekwatnej pomocy oraz zrozumienia. Wsparcie ze strony bliskich jest czynnikiem pozwalającym na odczucie bycia potrzebnym drugiemu człowiekowi oraz warunkującym chęć podjęcia leczenia.

W badaniach własnych podjęto próbę oceny wpływu obecności nowotworu piersi na ogólną satysfakcję z życia. Juczyński stwierdził, iż ocenę zadowolenia z życia można określić w momencie przyrównania swojej sytuacji ze standardami przez siebie ustalonymi. O odczuciu satysfakcji można więc powiedzieć, gdy wyobrażenia naszego idealnego życia pokrywają się z naszą sytuacją życiową [4, 5].

Z analizy skali SWLS wynika, że respondentki są zadowolone ze swojego życia. Średnia punktów grupy wyniosła 23,94 punkty, co świadczyło o wysokim poziomie satysfakcji z życia, mimo obecności choroby nowotworowej. W badaniach Kazimierzak i wsp. uzyskano wynik świadczący o średnim zadowoleniu z życia (śr. 22,43 pkt) [6]. Przeciętny wynik otrzymała również Cipora i współpracownicy, gdzie kobiety ankietowane uzyskały wynik ogólny 20,67 punktów [7]. W badaniach Nowickiego i wsp., którymi objęci zostali pacjenci z różnymi chorobami nowotworowymi uzyskali wynik średni wynoszący 22,37 pkt

[8]. Natomiast znacznie wyższy wyniki mieli pacjenci z badania Fonseci i współpracowników, którzy uzyskali 27,96 pkt. Świadczyło to o wysokim zadowoleniu z życia [9].

Wyniki wysokie w skali satysfakcji z choroby (w przedziale 7- 10 stena) uzyskało 53,17% respondentek, natomiast wyniki niskie (w przedziale od 1 do 4 stena) uzyskało 11,32% badanych kobiet. W badaniach przeprowadzonych przez Nowickiego i wsp. wyniki wysokie uzyskało aż 52,0 % badanych, natomiast wyniki niskie charakteryzowały 27,0% respondentów [8]. W badaniu Kazimierzczak i wsp. odsetek wyników wysokich był znacznie niższy- 23,6% ogółu, natomiast ilość wyników niskich była stosunkowo na podobnym poziomie- 10%. W badaniach zauważono, iż kobiety z nienowotworową chorobą narządu rodowego wyniki średnie wyższe niż grupa kobiet ze stwierdzoną chorobą nowotworową [6].

Uzyskany średni wynik w skali SWLS porównano z wynikami grupy normalizacyjnej [4]. Respondentki badania własnego uzyskały średnią punktów wyższą (śr. 23,93 pkt) niż kobiety z grupy normalizacyjnej oraz kobiety w okresie menopauzy, które miały odpowiednio średnio 21,09 pkt oraz 18,42 pkt. Procentowość występowania wyników wysokich w grupach wynosiła odpowiednio: grupa badana- 53,17%, grupa normalizacyjna- 33,4% a kobiety w okresie menopauzy- 18,0%. Analizując steny niskie podanych grup najmniejszy procent wyników prezentowała grupa własna, co świadczyło o znacznie lepszej satysfakcji z życia.

Kobiety ankietowane były zadowolone ze swojego życia (śr. 5,16 pkt). Warunki życia w ocenie badanych były na dobrym poziomie (śr. 4,88 pkt) a rzeczy, które chciałyby osiągnąć w jakimś stopniu zostały zrealizowane (śr. 4,84 pkt). Nowecki i wsp. przeanalizowali wyniki badanej grupy uzyskując równie wysokie odpowiedzi na powyższe stwierdzenia. Pacjenci byli raczej zadowoleni ze swojego życia (śr. 4,76pkt), warunki życia były na dobrym poziomie (śr. 4,36) a najwyżej oceniono, iż respondenci osiągnęli w życiu rzeczy, które chcieli (śr. 7,79 pkt) [8]. Na podstawie analizy badania przeprowadzonego przez Ciporę i wsp. można określić, że respondenci badania własnego charakteryzowali się wyższym zadowoleniem z życia. Uzyskano wyniki iż pacjenci są raczej zadowoleni ze swojego życia (śr. 4,50 pkt) oraz raczej osiągnęli najważniejsze rzeczy w swoim życiu (śr. 4,82). Nie sądzą jednak, że warunki ich życia są doskonałe (śr. 3,31 pkt) [7].

Najniższą punktację badane uzyskały w zestawieniu ich życia z życiem idealnym (śr. 4,43 pkt). Respondenci Nowickiego i wsp. odpowiedzieli podobnie uzyskując 4,18 pkt [8]. W badaniach przeprowadzonych przez Ciporę i wsp. grupa badana odpowiedziała na podane stwierdzenie gorzej otrzymując wynik stwierdzenia 3,29 pkt [7].

Analizie poddano zależność stopnia satysfakcji z życia od zmiennych społeczno-demograficznych. Zauważono istotnie statystyczną różnicę biorąc pod uwagę wiek respondentów ($p = 0,0080$). Porównując grupy badane różnice w wynikach zauważono w wynikach pacjentek w przedziale 36- 54 lat a 55- 70 lat ($p = 0,0160$). Również w badaniach Kazimierczak i wsp. zauważono istotną różnicę ($p < 0,05$) [6]. W badaniach Cipory i wsp. zaobserwowano różnice pomiędzy osobami w wieku 25 do 45 lat w stosunku do osób powyżej 45 roku życia ($p = 0,042$). Średnie otrzymane wyniosły odpowiednio 21,57 pkt oraz 20,07 pkt [7]. Natomiast w badaniach Kanadys i wsp., które obejmowały kobiety znajdujące się w okresie okołomenopauzalnym nie zaobserwowano istotnej różnicy w podanym zakresie wiekowym [5]. Różnic nie zaobserwowano również w badaniu Nowickiego i wsp. [8].

Analiza nie wykazała różnic istotnych statystycznie między zadowoleniem z życia miejscem zamieszkania ($p = 0,7871$). Nie wykazało to również badanie Nowickiego i wsp. [8]. Natomiast w badaniach przeprowadzonych przez Ciporę i wsp. zauważono istotnie statystyczną różnicę ($p < 0,01$). Analizując wyniki otrzymano, iż wyższym wynikiem ogólnym satysfakcji z życia charakteryzowały się kobiety mieszkające w mieście niż na wsi (odpowiednio 22,04 pkt oraz 18,56 pkt) [7].

Pod względem poziomu wykształcenia badanych respondentek nie zauważono znacznych różnic ($p = 0,1207$). Analiza statystyczna pracy Nowickiego i wsp. również nie przedstawiła istotności danej zależności [8]. Natomiast w badaniach Kanadys i wsp. zauważono, że w grupie badanych kobiety z wykształceniem wyższym były bardziej zadowolone z życia (śr. 20,61 pkt) niż ankietowane z wykształceniem średnim (śr. 16,56 pkt). W grupie ankietowanych z wykształceniem podstawowym lub zawodowym średnia wynosiła 15,77 pkt i była istotnie niższa ($p = 0,0002$) [5]. W badaniach Cipory i wsp. badani charakteryzowali się podobnym wynikiem satysfakcji z życia, nie zauważono statystycznych różnic [7].

Biorąc pod uwagę stan cywilny w badaniach zauważono zależność istotną statystycznie ($p = 0,002$). Najwyższym poziomem satysfakcji z życia charakteryzowały się kobiety zamężne (śr. 25,23 pkt) oraz panny (śr. 25,21 pkt), natomiast najniższy prezentowała grupa kobiet rozwiedzionych (śr. 18,78 pkt). Natomiast w badaniach Kanadys i wsp. nie zaobserwowano takiej różnicy [5]. Nie zauważono tego również w badaniu Cipory i wsp. [7] oraz w pracy Nowickiego i współników [8].

Analiza szczegółowa wykazała zależność zadowolenia i statusu zatrudnienia ($p=0,0147$). Najwyższym poziomem satysfakcji z życia charakteryzowały się kobiety pracujące umysłowo- śr. 25,40 punktów zaś najniższym kobiety będące na emeryturze bądź rencie- śr. 22,8 punktów ($p=0,0099$). W badaniach Cipory i wsp. oceniono stopień zadowolenia z życia porównując kobiety niepracujące oraz pracujące zawodowo przed rozpoznaniem raka piersi oraz po jego wyleczeniu. Przed rozpoznaniem choroby zadowolenie z życia kobiet aktywnych zawodowo wynosiło 20,65 pkt, natomiast wśród osób nieaktywnych zawodowo było porównywalnie podobne- 20,72 pkt. Po zakończeniu leczenia kobiety aktywne zawodowo uzyskały wynik 21,2 pkt, natomiast kobiety niepracujące charakteryzował nieco niższy poziom zadowolenia z życia. Różnice te nie były jednak istotne statystycznie [7]. Istotności statystycznej nie wykazała analiza pracy Nowickiego i wsp. [8].

WNIOSKI

1. Stopień satysfakcji z życia badanej grupy był na poziomie wysokim. Kobiety były zadowolone ze swojego obecnego życia.
2. Kobiety pozostające w związku małżeńskim oraz panny wykazują wyższy poziom satysfakcji z życia niż kobiety rozwiedzione.

PIŚMIENNICTWO:

1. Kimszal E., Kurowska K.: Jak zabieg mastektomii wpływa na kobiecą psychikę? *Pielęgniarstwo Polskie* 2018, 3(69), 293-297.
2. Markocka-Mączka K., Lewandowski A., Szelachowski P., Andrzejczak E.: Miejsce operacji oszczędzających i rekonstrukcyjnych w chirurgii raka gruczołu piersiowego. *Zdrowie i dobrostan* 2013, 3, 103-112.
3. Sierko E., Legieta M., Sokół M., Wojtukiewicz M. Z.: Ocena aktywności ruchowej kobiet po leczeniu radykalnym z powodu raka piersi. *NOWOTWORY Journal of Oncology* 2012, 62(5), 354–362.
4. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
5. Kanadys K., Lewicka M., Sulima M., Surdyka D., Wiktor H.: Analiza poziomu satysfakcji z życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym zależnie od wybranych czynników socjodemograficznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2014, 20(1), 42–45.

6. Kaźmierczak M., Gebuza G., Izdepska E. K., Mieczkowska E., Gierszewska M.: Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych, położniczych i psychologicznych na stopień akceptacji choroby u kobiet leczonych z powodu chorób narządu rodowego. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2018, 8(2), 110–122.
7. Cipora E., Konieczny M., Karwat I. D., Roczniak W., Babuńska-Roczniak M.: Satisfaction with life among women with breast cancer- selected demographic and social factors. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2018, 25(2), 314-319.
8. Nowicki A, Duba P, Lemanowicz M.: Satisfaction with life after radical treatment of cance. *OncoReview* 2017, 7(4), 192-198.
9. Fonseca S., Lencastre L., Guerra M.: Life Satisfaction in Women With Breast Cancer. *Paidéia* 2014, 24(59), 295-303.

PROBLEMY W OPIECE NAD PACJENTEM Z RAKIEM WĄTROBY W OKRESIE CHEMIOTERAPII

**Ewa Kulbaka¹, Agnieszka Bobis², Magdalena Brodowicz – Król³, Jolanta Stachyra⁴,
Marzena Janczaruk⁵**

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

² – *Absolwentka: Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu*

³ – *Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

⁴ – *Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

⁵ – *II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

WSTĘP

Definicja pojęcia

Rak wątroby to jeden z najczęściej występujących, pierwotnych nowotworów złośliwych wątroby. Bardzo często jest efektem zaniedbań dotyczących stylu życia człowieka. Na jego rozwój mają wpływ wszystkie patologiczne zmiany jakie zachodzą w wątrobie. Począwszy od przewlekłych stanów zapalnych poprzez, powstawanie zwłóknień mięszu wątroby oraz powstawanie guzków regeneracyjnych, dochodzi do martwicy komórek wątroby. Najczęściej są skutkiem przyjmowania dużych ilości leków, niewłaściwej diety, nadużywania alkoholu, które doprowadzają do niewydolności wątroby i nadciśnienia wrotnego [1].

Epidemiologia i etiologia

Rak wątroby w skali światowej jest piątym pod względem występowania, a trzecim pod kątem umieralności. Drugie miejsce jako nowotwór złośliwy, powodujący śmierć chorego uzyskał w Azji Południowo-Wschodniej. Roczna liczba chorych na raka wątroby w Polsce oscyluje między 2-3 tysiącami [1].

Grupą, u której najczęściej występuje rak wątroby są zdecydowanie mężczyźni. Stosunek zachorowalności między mężczyznami, a kobietami wynosi od 2:1 i 9:1 w zależności od części świata. Przyjmuje się, że zapadalność na tą chorobę występuje najczęściej między 50-60 rokiem życia. W krajach o najwyższej zachorowalności przedział wiekowy kształtuje się u osób znacznie młodszych między 20 a 40 rokiem życia. Ze względu na to, że ta postać raka wykazywała się wysoką śmiertelnością, położono duży nacisk na wczesną diagnostykę. Podjęte działania pozwoliły uzyskać większą wykrywalność w początkowym stadium nawet na poziomie 62%, natomiast w pośredniej fazie choroby 32%, a w postaci zaawansowanej tylko 6% [2].

Rocznie stwierdza się 750 tysięcy przypadków raka wątroby na całym świecie. Nowotwór występuje z różną częstotliwością, newralgicznymi krajami są te najsłabiej rozwinięte ekonomicznie. W Europie pod względem zapadalności na raka wątroby przodują takie kraje jak Włochy, Rumunia, Grecja, Francja i Hiszpania [1].

Należałoby wspomnieć, że nowotwór wątroby diagnozowany jest również u dzieci. Stwierdza się rocznie w Polsce około 10 przypadków, poniżej piątego roku życia. Interesujące jest to, że zachorowalność na raka wątroby w Polsce jest dwukrotnie niższa niż w krajach Europejskich [1].

Jedną z głównych przyczyn raka wątroby jest nadużywanie alkoholu za czym bardzo często kryje się późna diagnoza i zaawansowany etap choroby, spowodowany wstydliwą przypadłością nałogu alkoholowego. Kolejnymi istotnymi przyczynami powstania choroby jest wirusowe zapalenie wątroby, niealkoholowe stłuczenie wątroby. Do mniejszej grupy ryzyka zaliczamy też długotrwałe przyjmowanie preparatów hormonalnych (antykontracepcja, anaboliki), jak również wrodzone choroby metaboliczne między innymi hemochromatoza, niedobór alfa-1-antytrypsyny, porfiria skórna późna oraz szkodliwe działanie produktów spożywczych zanieczyszczonych aflatoksyną B1 [3]. Kolejnym aspektem patogenezy choroby u człowieka jest otyłość, cukrzyca, zakażenie wirusem oraz palenie papierosów [1]. Na przekształcanie nowotworowe ma wpływ środowisko zewnętrzne jak również mikro środowisko wewnętrzne gospodarza. W tych przypadkach dużą rolę odgrywa predyspozycja genetyczna. Tło genetyczne człowieka uwarunkowuje czułość na obecne w środowisku kancerogeny biologiczne, fizyczne i chemiczne, czy kancerogeny mikro środowiska wewnętrznego tworzące się na skutek przemian metabolicznych [3].

Objawy kliniczne raka wątroby w różnych stadiach zaawansowania

Rozwój kliniczny raka wątroby zależy od aktualnych zmian wywołanych podstawową chorobą wątroby. U osób z marskością wątroby bardzo często występują dysfunkcje miększu

wątroby oraz nadciśnienie wrotne [3, 4]. Taki stan może prowadzić do występowania różnych mało charakterystycznych objawów. Należą do nich krwawienie z żyłaków przełyku i dna żołądka, zapalenie wątroby, puchlina brzuszna, nieprawidłowości krzepnięcia, obrzęki kończyn dolnych, encefalopatia, osłabienie, łatwe męczenie się, utrata łaknienia, hipertransaminazemia, hipoalbumnemia, hipoglikemia [5, 6]. Chorzy bardzo często narzekają na bóle brzuszne z prawej strony pod żebrami, ciągle poczucie sytości, brak apetytu co powoduje spadek masy ciała, nagminnie występujące gorączki. Objawia się również krwawieniem z jam otrzewnowych, gdy zmiana ogniskowa znajduje się podtorebkowo albo rosnąco egzofitycznie. W momencie, gdy guz pęknie do jamy otrzewnej wystąpi gwałtowna mocna bolesć w nadbrzuszu i silne podrażnienie otrzewnej. Może również nastąpić krwawienie do środka guza, z czego wynika intensywny ból w jamie brzusznej, który powoduje napięcie torebki Glissona przez nagłe powiększenie wielkości wątroby. Z takimi przypadkami klinicznymi spotykamy się od 5 do 15% pacjentów [7, 8, 9].

Całokształt obrazu klinicznego choroby nowotworowej jest również uzależniony od naciekania oraz niedrożności układu wrotnego, występuje od 7,8 do 23,3% u osób ze zdiagnozowaną marskością wątroby, do której doszło przez zakażenie wirusem WZW typu B i C, a średnica guza nie jest większa niż 2cm. U chorych ze zmianami układu wrotnego, gdzie średnica guza oscyluje między 5 a 10 cm, diagnoza stawiana jest u 21 do 53% osób. Sytuacja ta doprowadza do zwiększonego przestoju w układzie wrotnym. Masy tkankowe jak i skrzepliny wpływają na zamknięcie się światła na obwodzie rozgałęzień naczynia żylnego wrotnego [6, 10]. Sporadycznie dochodzi do nacieków nowotworowych na żyły wątrobowe, jak i zlewania się czopu raka wątroby z żyłą główną dolną. Zdarzają się również nacieki w prawym przedsionku serca. Toruje to drogę możliwości powstania zatorowości płucnej jak również przerzutom do płuc. Takie przypadki można zaobserwować u 2 do 3% chorych [1].

W gronie osób z marskością wątroby (od 5 do 39%), gdzie rozwinął się nowotwór, dochodzi do patologii czynnościowej nerek w rozwoju zespołu wątrobowo-nerkowego. Towarzyszy on zaawansowanej fazie rozwoju niewydolności wątrobowej i jest zależny od czasu trwania zmian chorobowych [11, 12].

W przypadkach klinicznych, kluczowymi dolegliwościami w funkcjach wątroby jak i zmianach nowotworowych są niedociśnienie tętnicze, skąpomocz, zwiększony poziom kreatyniny w surowicy krwi oraz obniżona temperatura ciała poniżej 35°C. Rokowania istotnie pogarszają się w towarzyszących zespołach wątrobowo-nerkowych [1, 13]. Objawy w zespołach wątrobowo-płucnych, u chorych z nowotworem w znacznie postępującej marskości wątroby oraz nadciśnieniu wrotnym, to przede wszystkim duszność oraz sinica nasilająca się

w pozycjach stojących jak również przy wzmożonym wysiłku, przy współistniejącym niedotlenieniu krwi tętniczej i nadciśnieniu wrotnym. Doprowadza to do nietypowych nieprawidłowości hemodynamicznych związanych z mikro-ciepłotą w obszarze układu oddechowego oraz przecieków tętniczo-żylnych. Do takich nieprawidłowości dochodzi statystycznie od 4 do 24%. Rzadko, bo w 1 do 2% rak wątroby objawia się dając ucisk oraz naciekanie na przewody żółciowe z możliwością zamknięcia dopływu światła przez masy tkankowe [8].

Leczenie chorych na raka wątroby

Chemoterapia systemowa ma na celu zwalczanie choroby nowotworowej o działaniu ogólnoustrojowym. Leki cytostatyczne podawane są zazwyczaj przez centralny cewnik żylny, niektóre z nich podawane są drogą doustną [5].

Chemioterapeutyki mają na celu unicestwienie komórek nowotworowych i niedopuszczanie do ich podziału. W komórce rakowej wyróżniamy różne etapy faz jej rozrostu i rozwoju. Dlatego też w terapii głównie stosuje się metodę łączenia kilku grup leków o zróżnicowanym działaniu, zastosowanych w tym samym czasie. Dzięki temu jest dużo większa skuteczność w eliminacji komórek nowotworowych. W leczeniu raka wątroby stosuje się fluorouracyl, doksorubicyna i ciplatyna. Większą skuteczność leczenia uzyskuje się poprzez powiązanie z terapią miejscową. Wyróżniamy tu embolizację, krioterapię, elektroporację, radioembolizację, termoablację oraz alkoholizację [9].

Chemioterapia lokoregionalna ma na celu zwalczanie nowotworu przez aplikowanie chemioterapeutyków takich jak fluorouracylu, antracykliny oraz mitomycyny prosto do układu tętniczego wątroby. Leczenie takie ma celować ingerencją molekularnych podstaw tworzenia się raka wątroby pobiera krew z żyły wrotnej (około 70 %) jak również z tętnicy wątrobowej (około 30 %). W chwili, gdy powstanie nowotwór wątroby, zaopatruje się on w krew z tętnicy wątrobowej. Przy zwalczaniu zmian nowotworowych skuteczną metodą jest podawanie środków farmakologicznych docelowo do danego naczynia krwionośnego [14]. Racjonalnie umotywowaną mocną stroną tego zabiegu jest podanie bardziej stężonej dawki chemioterapeutyków bezpośrednio do zmian rakowych, dzięki czemu środek nie rozchodzi się po całym organizmie. Efekty uboczne w chemioterapii dotętniczej są bardzo podobne jak przy tradycyjnej chemioterapii. Czasami mogą spowodować takie zmiany jak zapalenie trzustki, pęcherzyka żółciowego jak również mogą doprowadzić do powstania wrzodów żołądka. W czasie cyklu chemioterapii chory dostaje ilość chemioterapeutyków wcześniej

ustalona przez onkologa i radiologa. Przewidywany czas chemioterapii wynosi od 6 do 12 tygodni. W trakcie zakładania cewnika korzysta się z metody fluoroskopii [4].

Problemy w opiece nad pacjentem z rakiem wątroby w okresie chemioterapii w sferze fizycznej.

Psychika pacjenta, która jest ściśle związana z osobowością jednostki, a więc wymaga indywidualnego podejścia. W związku z tym osoby, które otaczają chorego (lekarz, pielęgniarka, pedagog, psycholog, rodzina) mają bardzo trudne zadanie, polegające na tym, aby właściwie zrozumieć potrzeby pacjenta i dać mu to, co w danej chwili wpłynie korzystnie na jego samopoczucie, a tym samym wzmocni siły vitalne organizmu i ułatwi jego powrót do zdrowia [2, 7].

Następstwa dotyczące sfery fizycznej:

Problem utraty włosów w trakcie leczenia dotyczy niemalże 100 % chorych. Na stopień łysienia, który waha się od nieznacznego przerzedzenia włosów do całkowitego wyłysienia ma wpływ czas trwania oraz podawana dawka leku. Osoby, które na co dzień stykają się z taką sytuacją wiedząc, że jest to objaw przejściowy i nie ma wpływu na proces zdrowienia, często bagatelizują ten problem. Zmiana wyglądu zewnętrznego ma wpływ na odczucia psychiczne i kontakty społeczne pacjenta. Traci on poczucie własnej atrakcyjności, czuje się gorszy od innych, często boi się braku akceptacji przez swoje środowisko. Leżąc w szpitalu, problem ten staje się z czasem jakby mniej ważny, gdy dochodzą inne nieprzyjemne doznania związane z leczeniem [15, 16].

Biegunka to częste oddawanie luźnego stolca. O bieguncie mówi się wówczas, gdy chory w ciągu 24 godzin oddaje częściej niż trzykrotnie nieuformowany stolec, lub jeden płynny z zawartością krwi, śluzu czy ropy. Biegunki są najczęstszym powikłaniem chemioterapii u chorych leczonych cytostatykami [16]. Biegunka jako powikłanie chemioterapii występuje u około 75% pacjentów. Jest ona spowodowana uszkodzeniem komórek nabłonka jelitowego. Dochodzi wtedy do atrofii śluzówki jelita i skrócenia kosmków jelitowych. Przyczyną biegunki są zaburzenia wchłaniania zwrotnego wody, spowodowane zapaleniem nabłonka jelita cienkiego. Klinicznie objawia się to biegunkami zarówno przewlekłymi, jak i ostrymi oraz zespołami złego wchłaniania. Niepokój pacjenta i sytuacje stresowe zwiększają motorykę przewodu pokarmowego. Postępowanie lecznicze polega na nawodnieniu drogą doustną lub dożylną, uzupełnieniu wytrąconych soli mineralnych i wodorowęglanów oraz

stosowaniu leków zapierających [4]. Pacjent odbiera biegunkę jako dyskomfort fizyczny, ponieważ towarzyszy jej często ból brzucha, ból okolicy odbytu i pośladków. Objaw ten rzutuje również na psychikę, wywołuje obawę przed zabrudzeniem bielizny osobistej lub pościelowej oraz przed nieprzyjemnym zapachem, zmusza do przestrzegania rygorystycznych zaleceń dietetycznych. Pacjent czuje się osłabiony i skrępowany. Pożądana jest wtedy dyskretna pomoc pielęgniarki uzależniona od stanu chorego [17, 18].

Zaparcie jest to obecność dużej ilości twardego stolca w okrężnicy zstępującej, esicy i odbytnicy, co powoduje utrudnione, bolesne i rzadkie oddawanie stolca. Chorzy skarżą się na bolesne oddawanie gazów, wzdęcia i uczucie braku całkowitego wypróżnienia. Zaparcia stolca są częstą dolegliwością wynikającą z zaburzeń czynnościowych motoryki przewodu pokarmowego oraz niedrożności mechanicznej przewodu pokarmowego. Zaparcia powodują uczucie pełności, wzdęcia, odbijania, co jest pośrednią przyczyną braku apetytu i gorszego samopoczucia. Czynności związane ze sprowokowaniem wypróżnienia są również bardzo krępujące dla pacjenta [15].

Nudności i wymioty u chorych na raka wątroby są następstwem leczenia cytostatykami. Dotyczą one w mniejszym lub większym stopniu wszystkich pacjentów. W oddziale onkologicznym zawsze równocześnie z leczeniem cytostatykami musi być prowadzone leczenie przeciwwymiotne, które należy dobrać indywidualnie do każdego pacjenta. Stopień nasilenia i czas trwania nudności i wymiotów zależy od dawki, częstotliwości stosowania i drogi podania leku. Obserwuje się indywidualne różnice w reakcji chorych na identyczne zestawy i dawki cytostatyków [7, 17, 19]

Brak apetytu lub jego osłabienie związane z zaburzeniami smaku dotyczy okresowo wszystkich chorych. Zaburzenia smaku występują z powodu choroby nowotworowej, leczenia przeciwnowotworowego lub innych przyczyn emocjonalnych czy społecznych. Czynniki zniechęcające do przyjmowania pokarmów to suchość i bolesność w jamie ustnej, zła kontrola bólu, nudności, wymioty, zaparcia, biegunki, ograniczenia dietetyczne, nieestetycznie podany posiłek, nieprzyjemny zapach na sali, obecność chorych wymiotujących, zaburzenia smaku. Pośredni wpływ na przyjmowanie pokarmów ma także stan emocjonalny chorego. Przyczyną zaburzenia smaku jest uszkodzenie kubków smakowych na języku, podniebieniu miękkim, łuku podniebiennym i tylnej gardzieli, pojawiać się też może uszkodzenie komórek nabłonka wyściełającego ślinianki [7].

Ból jest zjawiskiem rozgrywającym się w obrębie układu nerwowego, ale należy do układu czuciowego. Do bólów nie można się przyzwyczaić, nie ma, bowiem adaptacji do bodźca bólowego. Długo trwający ból obniża naszą wytrzymałość i powoduje narastanie lęku. Ból jest istotnym problemem dla większości chorych leczonych z powodu choroby nowotworowej. Przyjmuje się, że dotyczy on 3/4 wszystkich chorych, przy czym 4/5 z nich odczuwa, co najmniej dwa rodzaje bólu, a 1/3 – więcej niż trzy. Ból u pacjentów onkologicznych może wynikać zarówno z samego procesu chorobowego, jak też z powikłań leczenia oraz innych chorób współistniejących. Na stopień odczuwania bólu duży wpływ mają czynniki psychiczne, jak nastawienie do choroby, chęć życia i znaczenie, jakie chory nadaje bólowi. W leczeniu przeciwbólowym należy się skupić nie na likwidowaniu już istniejącego bólu, ale na skutecznym niedopuszczeniu do jego powstania. W tym celu konieczna jest dobra współpraca całego zespołu terapeutycznego z pacjentem. Ostateczna decyzja o podjęciu leczenia przeciwbólowego należy do lekarza, ale opiera się ona na obserwacji pielęgniarki opiekującej się chorym, obserwacji rodziny oraz ocenie bólu przez samego chorego [12].

Zmiany w jamie ustnej o charakterze zapalnym to stan zapalny śluzówki jamy ustnej i tkanek otaczających w odpowiedzi na efekt chemioterapii. Może on doprowadzić do bolesnych owrzodzeń i wtórnych infekcji [4]. Uszkodzenia jamy ustnej wywierają bardzo znaczny wpływ na jakość życia pacjenta z tą chorobą. Przykrym dolegliwościom towarzyszą zaburzenia funkcjonowania fizycznego i psychicznego. Efektem schorzeń jamy ustnej jest zaburzenie odżywiania chorych drogą doustną, co prowadzi do utraty łaknienia, niedożywienia i kacheksji. Jama ustna spełnia również ważną rolę w procesie komunikowania, a w tym przypadku kontakt z chorym jest ograniczony i niepełny [15].

Zmiany dotyczące skóry i paznokci. Leczenie cytostatykami sprawia, że skóra staje się wysuszona, łuszczy się (dotyczy to głównie dłoni i stóp), traci swoją gładkość i elastyczność, a także z powodu niskich wartości hemoglobiny staje się blada, nierzadko też ze względu na ogólne osłabienie organizmu złana lepkiem potem. Wytwory skóry jak włosy czy paznokcie także odbiegają od swojego pierwotnego wyglądu [12].

Paznokcie, które stają się kruche i łamliwe, płytki paznokciowe ulegają rozwarstwieniu. Niekorzystny wygląd skóry może spowodować zbyt gwałtowną utratę wagi jako skutek braku apetytu, wymiotów, biegunk lub złego stanu psychicznego chorego [7].

Zmęczenie jest uczuciem słabości i wyczerpania oraz braku możliwości do zmobilizowania się w celu kontynuowania wykonania danej czynności. Jest ono połączone z pragnieniem snu, odpoczynku [12].

Problemy w opiece nad pacjentem z rakiem wątroby w okresie chemioterapii w sferze psychospołecznej.

Lęk jest jedną z najczęściej przeżywanych emocji w życiu człowieka. Odczuwają go zarówno ludzie zdrowi, jak i ludzie cierpiący na rozmaite zaburzenia somatyczne, i psychiczne. Lęk można opisać jako odczuwanie nieuzasadnionych obaw lub zagrożenia o różnym nasileniu i różnym czasie trwania. Niepokój jest tłem emocjonalnym innych przeżyć oraz działań chorego, wywołuje go każda niejasna, nieprzewidywalna sytuacja. Wpływa on destrukcyjnie na pacjenta, ponieważ jest nastrojem, a więc długotrwałym stanem uczuciowym. Ataki lękowe pojawiają się głównie w nocy. Polegają na nagłym i silnym wyrażaniu emocji lęku krzykiem, drżeniem ciała oraz poceniem się. Lęk jest predyktorem jakości życia przewlekle chorego i strategii radzenia sobie z dolegliwościami. Zbyt wysoki i zbyt niski lęk wymaga interwencji psychologicznej [20].

Obawa – człowiek doświadczający ciężkiej choroby, która wpływa na jego dotychczasowe życie bardzo często ma poczucie osamotnienia i opuszczenia, w takiej sytuacji pojawia się wiele obaw. Jest to naturalne zjawisko, gdyż chory staje w obliczu zupełnie nowej dla niego sytuacji życiowej, gdzie napotyka trudne i bolesne momenty. Obawa dotyczy, utrzymania pracy, samowystarczalności w codziennych obowiązkach, pozytywnych relacji rodzinnych i towarzyskich oraz strachu przed odrzuceniem. Niepewność, niewiedza wynikająca z braku doświadczeni, a od kogo można uzyskać wiarygodne informację na temat przebiegu swojej choroby oraz rozwiązać wszelkie wątpliwości związane z chemioterapią jest kolejnym źródłem obaw. Dlatego tak bardzo ważne jest dla chorego wsparcie emocjonalne ze strony rodziny, bliskich osób oraz personelu medycznego tak, aby zminimalizować stres i uczucie osamotnienia. Takie relacje z pacjentem pozwolą na wyciszenie wszelkich obaw jakie go dręczą [21, 22].

Bezradność – bezsilność przejawia się w biernej postawie pacjenta w przebiegu choroby. Chory przyjmuje postawę stoickiej akceptacji wobec trudnej sytuacji zdrowotnej w jakiej się znalazł. Strategie takie są opisywane przez K. de Walden-Galuszko, polegają one na ciągłej walce powodują zniekształcenie obrazu choroby poprzez selekcję informacji,

przewartościowanie, wypieranie, zaprzeczanie [20]. Pacjent jest świadomy o złym rokowaniu choroby, dlatego też bardzo często nie chce rozmawiać o niej, wypiera ten temat, skupia się na zupełnie innych sprawach i problemach, które uwalniają go od problemu, z który zupełnie nie radzi sobie emocjonalnie. Chory planuje swoją przyszłość bywa też, że wiele swojej uwagi poświęca na przeżywanie doznań życiowych oraz problemów innych osób [21, 22].

Postawy te wskazują na potrzebą wsparcia psychologicznego dla chorych onkologicznie w sytuacjach, gdy pacjent ucieka się do przeżyć twórczych oraz artystycznych dających mu poczucie wyzwolenia. Wsparcie powinno polegać na edukacji realnego radzenia sobie z rzeczywistymi problemami chorobowymi jak również niwelowaniem lęku, radzenia sobie z bezradnością oraz poczuciem beznadziejności. Działania te mają na celu poprawę oceny realnej sytuacji życiowej chorego, przekłada się to też również na zminimalizowanie pewnych objawów somatycznych [16].

CEL PRACY

Celem prezentowanego opracowania są problemy w opiece nad pacjentem z rakiem wątroby w okresie chemioterapii. Opierając się na konkretnym studium indywidualnego przypadku, uzyskano rezultaty ustalane na podstawie opisanego procesu pielęgnowania.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Problemy w opiece nad pacjentem z rakiem wątroby w okresie chemioterapii opisano i przeanalizowano na podstawie metody stadium indywidualnego przypadku. Ma ona na celu uwiarygodnienie i dokładne przedstawienie bieżącej sytuacji, w której znajduje się pacjent. Zmierzające do wnikliwego poznania szczegółowych problemów oraz ich następstw dotyczących opisywanej jednostki chorobowej [10]. Do gromadzenia danych o pacjencie wykorzystano następujące techniki badawcze obserwację, wywiad, analizę dokumentów oraz pomiar. Analizie poddano narzędzia badawcze kartę obserwacji, kartę gorączkową, kartę zleceń lekarskich, historię choroby pacjenta. W czasie prowadzenia badań mierzono ciśnienie tętnicze krwi, temperaturę ciała, tętno, liczbę oddechów, wzrost, masę ciała. Ponadto w pracy wykorzystano zmodyfikowany przewodnik do gromadzenia danych o pacjencie, Kwestionariusz do oceny stanu odżywienia MNA, Skala Akceptacji Choroby- AIS Skala, Skale depresji Raskin, Skalę oceny jamy ustnej wg Becka, Ocenę nudności oraz wymiotów według kryteriów WHO, Klasyfikację nadwagi oraz otyłości na podstawie BMI, Skalę numeryczną oceny bólu – NRS (Numerical Rating Scale), Skalę do oceny wystąpienia objawów ubocznych chemioterapii, Skalę rozwoju odleżyn Davida Douglasa.

WYNIKI

Studium przypadku pacjenta z rakiem wątroby w okresie chemioterapii – analiza i opis

Mężczyzna lat 65, przyjęty planowo do Szpitala Onkologicznego w Radomiu dnia 29.10.2020 r. z rozpoznaniem raka wątroby w **stopniu** średnio-zaawansowanym ze wskazaniem chemioterapii dotętnicznej. Pacjent wykonał kontrolne badanie w Poradni. Diagnostyka związana była z przewlekłą chorobą wątroby, jak również do badań skłoniły mężczyznę nasilające się dolegliwości w postaci prawostronnego bólu brzucha, braku łaknienia, znacznego spadku masy ciała i widocznej puchliny brzusznej. Podstawą do rozpoznania i postawienia ostatecznej diagnozy lekarskiej było wykonanie wcześniej badania w tutejszej placówce ultrasonografii (USG) z podaniem kontrastu. Zostały również wykonane pomiar markerów nowotworowych we krwi jak również badanie histopatologiczne wykluczające przerzuty komórek rakowych do innych narządów. Przeprowadzono również całościową ocenę stanu wątroby, z dokumentacji chorobowej i zebranego wywiadu z pacjentem wskazującego na współistniejącą przewlekłą marskość wątroby i przebytą żółtaczkę typu B. Z wywiadu z chorym wynika, że ma trudności w zachowaniu zaleconej diety lekkostrawnej. Sygnalizuje też, że od lat cierpi na żylaki przełyku, a w ostatnim półroczu nasilił się problem z połykaniem pożywienia. Mężczyzna przyznaje, że wieczorami bardzo często sięga po alkohol, który pomaga mu się odstresować oraz uśmierza dolegliwości bólowe. Chory w życiu codziennym odczuwa bardzo duże osamotnienie spowodowane niedosłuchem przez co izoluje się od jakichkolwiek kontaktów społecznych i życia towarzyskiego. Jediną mu bliską osobą jest żona.

Ocena poszczególnych układów pacjenta

Na podstawie przewodnika do gromadzenia danych o pacjencie oraz zastosowanych skal i pomiarów pośrednich i bezpośrednich dokonano oceny funkcjonowania poszczególnych układów:

Układ krążenia: Tętno dobrze wyczuwalne na obwodzie, o prawidłowym napięciu, miarowe z częstotliwością 75 uderzeń/minutę. Ciśnienie tętnicze 100/59 mmHg (130/85 mmHg po podaniu leku na niedociśnienie). Skóra chorego nie posiada oznak sinicy, na koniczynach dolnych widoczny jest obrzęk.

Układ oddechowy: Tor oddechu brzuszny, regularny – 16 oddechów/minutę. Pacjent nie wykazuje widocznego wysiłku oddechowego. Zapach wydychanego powietrza o charakterze odoru wątrobowego. Utlenianie krwi w normie dolnej granicy Sp O₂ – 95%. Drogi oddechowe są prawidłowo udrożnione.

Układ pokarmowy i stan odżywienia: Brzuch twardy widoczna puchlina brzuszna, bolesny podczas palpacji po prawej stronie podbrzusza. Pacjent zgłasza, że ma stałe uczucie pełności, sytości, pieczenie i ból w nadbrzuszu co wskazuje na dyspepsję czynnościową. Chory sygnalizuje, że występują u niego również okresowe nudności i wymioty w skali ocena nudności wg kryteriów WHO, chory został zakwalifikowany do III stopnia związanego z zaburzeniami przyjmowania posiłków. Przez wyżej wymienione objawy pacjent ma lęk przed posiłkami, co skutkuje unikaniem przyjmowania pokarmów, a w następstwie szybką utratą masy ciała. Mężczyzna mierzy 185 cm, a waga jego to 61 kg. Poziom wartości wg skali BMI: 17,82 wskazuje niedowagę. Stan odżywienie został oceniony na 4 pkt. według kwestionariusza do oceny stanu odżywienia MNA (oceny ryzyka niedożywienia). Chory wymaga wprowadzenia właściwej diety oraz zorganizowania ułatwiających sposobów jedzenia. Podczas zbiegu chemioterapii, wystąpił u pacjenta jedno razowy epizod wymiotów co wskazuje I stopień w skali oceny wymiotów wg kryteriów WHO.

Układ moczowy: Pacjent nie zgłasza problemu z oddawaniem moczu. Zabarwienie moczu jest prawidłowe koloru słomkowego. Pragnienie i dobową ilość oddawanego moczu zachowana w normie bez tendencji patologicznych.

Układ funkcji zmysłów: Mężczyzna w prawidłowy sposób toleruje zimno i ciepło wykazuje zwiększoną potliwość. Pacjent nosi okulary ma nieznaczna wadę wzroku związaną z wiekiem, dodatkowo cierpi na niedosłuch. Zgłasza dolegliwości bólowe brzucha i dyskomfort spowodowany zmianami zapalnymi w jamie ustnej, która wystąpiły po zabiegu. Na podstawie skali oceny jamy ustnej wg Becka nie stwierdza się znacznych zmian patologicznych, wymagana jest profilaktyczna interwencja pielęgniarska. Natomiast wg skali numerycznej oceny bólu – NRS (Numerical Rating Scale), pacjent ocenił ból brzucha na 9 co jest wskazaniem do interwencji pielęgniarskiej w zniwelowaniu bólu.

Układ krwiotwórczy: Chory nie wykazuje skłonności patologicznych.

Układ mięśniowo-szkieletowy: Przed chemioterapią u pacjenta nie zauważono zaburzeń w układzie ruchu. W codziennym życiu pacjent porusza się niezależnie od osób trzecich. Po zabiegu chemioterapeutycznym, chory wykazuje osłabienie, zmęczenie, potrzebę pomocy i wsparcia personelu medycznego. Na podstawie oceny ryzyka wysepnięcia odleżyn wg skali Davida Douglasa chory uzyskał 21 pkt co wykluczyło możliwość wystąpienia zmian patologicznych.

Skóra: Sucha słabo napięta, błony śluzowe bez cech odwodnienia, temperatura ciała 37,6 C, widoczne obrzęki kończyn dolnych. Skóra mężczyzny jest bez widocznych uszkodzeń o żółtawym zabarwieniu, pokryta potem. Widoczne popękane naczynka krwionośne na twarzy, dłonie o zabarwianiu sino bordowym. Ogólny stan fizyczny pacjenta po podaniu chemioterapeutyków został zdiagnozowany na podstawie skali oceny wystąpienia objawów ubocznych chemioterapii. Największe nasilenie skutków ubocznych wystąpiło w sferach ból mięśni, osłabienia zmęczenia, problemu z biegunką, zmian w jamie ustnej. Na tej podstawie w opiece pielęgniarskiej wyznaczone zostały cele opieki nad pacjentem.

Układ nerwowy: Pacjent przytomny w pełnym kontakcie słowno-logicznym. Zorientowany co do czasu, miejsca i swojej osoby. Zgłasza problemy ze snem, poczucie samotności, zależności od innych oraz uczucie zmęczenia. Przyznaje, że nadużywa alkohol od wielu lat.

Stan bio-psycho-społeczny: Pacjent mieszka ze współmałżonką, ma dobre warunki mieszkaniowe. Od 15 lat jest na emeryturze, aktualnie dorabia jako ubezpieczyciel w firmie ubezpieczeniowej na umowę zlecenie. Obawia się o ciągłość pracy w związku z zaistniałymi problemami zdrowotnymi. Lęk i obawy nasiliły się, gdy wystąpiła konieczność hospitalizacji boi się o swój stan zdrowia oraz dalszy proces leczenia. W skali depresji Raskin określamy poziom nastawienia chorego do życia na 9 pkt. w przedziale między 3-15 pkt, co wskazuje na obniżony nastrój mężczyzny, ilość otrzymanych punktów alarmuje o podjęcie szybkich działań terapeutycznych z psychologiem, w celu poprawy samopoczucia psychicznego.

Ocena zachowań prozdrowotnych pacjenta: Mężczyzna na co dzień wykonuje prace biurową przez co większość dnia przebywa w pozycji siedzącej. Pacjent ma nieregularny tryb życia, jednakże stara się dbać kondycję fizyczną przez możliwie systematyczną jazdę na rowerze oraz wieczorne spacer, nie dba o dietę, głównie spożywa przetworzone produkty

dodatkowo często sięga po alkohol. Do oceny świadomości i nastawienia chorego do jego stanie zdrowia posłużyła skala Akceptacji Choroby- AIS, z której wynika, iż pacjent w dużym stopniu nie jest pogodzony z swoją aktualną sytuacją zdrowotną. Ma to bardzo duży wpływ na jego komfort psychiczny w codziennym życiu, dlatego, też wymagana jest interwencja psychologa mająca na celu pomoc pacjentowi w zrozumieniu i akceptacji rzeczywistego stanu chorobowego.

Proces pielęgnowania w opiece nad pacjentem z rakiem wątroby w okresie chemioterapii

➤ **Diagnoza pielęgniariska 1: Ryzyko wystąpienia nudności i wymiotów.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniariskiej:** Zapobieganie lub ograniczenie występowania nudności i wymiotów.
- ✓ **Interwencje pielęgniariskie:**
 - Wdrożenie leków przeciwwymiotnych przed rozpoczęciem chemioterapii.
 - Podawanie według schematu skojarzonych leków przeciwwymiotnych. ze środkami uspakajającymi oraz przeciwhistaminowymi. w celu optymalizacji efektu przeciwwymiotnego.
 - Udzielenie porad dietetycznych choremu (unikanie potraw słodkich. tłustych. mocno słonych i pikantnych. o mocnym zapachu).
 - Zapewnienie wygodnej pozycji i spokoju.
 - Wyeliminowanie takich bodźców jak nieprzyjemne zapachy. silne perfumy. inne wymiotujące osoby.
 - Ułożenie pacjenta w pozycji wysokiej lub półwysokiej w celu wyeliminowania ryzyka zachłyśnięcia.
 - Zapewnić dopływ świeżego powietrza.
 - Rozproszenie uwagi pacjenta ulubionym programem telewizyjnym. lekturą. muzyką. rozmową z zaprzyjaźnionymi osobami.
 - Zapewnienie warunków intymności i pomocy osoby zaufanej.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniariskiej:** Podczas chemioterapii wystąpiły wymioty o nieznacznym nasieniu, po jej zakończeniu pacjent czuł się dobrze.

➤ **Diagnoza pielęgniariska 2: Brak łaknienia.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniariskiej:** Pokrycie zapotrzebowania kalorycznego niedopuszczenie do wyniszczenia organizmu.
- ✓ **Interwencje pielęgniariskie:**

- Zachęcanie pacjenta do przyjmowania posiłków.
- Podanie mniejszych posiłków minimum 5 razy dziennie.
- Zapewnienie estetyki posiłków.
- Przygotowanie aromatycznych potraw pobudzających wrażenia smakowe.
- Używanie przypraw takich jak bazylia mięta cytryna wanilia w ilościach niedrażniących śluzówkę.
- Używanie bez cukrowych miętówek i gum do żucia w celu zneutralizowania niesmaku w jamie ustnej.
- Usuwanie przykrych zapachów z otoczenia.
- Skrupulatna pielęgnacja jamy ustnej oraz leczenie zmian zapalnych (jeżeli występują).
- Zapobieganie i usuwanie suchości w jamie ustnej (podawanie pokarmów w postaci płynnej).
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarstwa:** Mężczyzna znacznie chętniej przyjmuje posiłki, nie doszło do wyniszczenia organizmu.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 3: Biegunka spowodowana cyklem chemioterapii.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarstwa:** Niedopuszczenie do odwodnienia i zmniejszenie częstotliwości wypróżnień.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Wprowadzenie diety ubogiej w błonnik wysokobiałkowej i wysokokalorycznej.
 - Unikanie potraw pobudzających motorykę ciężkostrawnych i wzdymających.
 - Wprowadzenie do jadłospisu zwiększonej ilości pokarmów bogatych w potas w razie potrzeby uzupełnienie farmakologiczne potasu na zlecenie lekarza.
 - Spożywanie częstych posiłków ale w małych ilościach.
 - Prowadzenie bilansu przyjętych i wydanych płynów.
 - Kontrola częstości oraz objętości wypróżnień.
 - Zabezpieczenie okolicy odbytu przed drażniącym działaniem stolców.
 - Toaleta okolicy odbytu, zastosowanie maści i kremów ochronnych.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarstwa:** Stolec luźny bez zmian patologicznych, utrzymana w normie gospodarka wodno-elektrolitowej.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 4: Zmiany zapalne w jamie ustnej jako efekt uboczny chemioterapii.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarstwa:** Minimalizacja dyskomfortu spowodowanego zmianami w

jamy ustnej.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Przyjmowanie posiłków rozdrobnionych, chłodnych.
- Rezygnacja ze szczoteczki do zębów, czyszczenie zębów gazikiem.
- Ocena bólu za pomocą skal bólowych.
- Stosowanie środków przeciwbólowych według drabiny analgetycznej na zlecenie lekarza.
- Stosowanie mieszanek ze środkiem przeciwgrzybicznym lub antybiotykiem.
- Nawodnienie organizmu, picie dużej ilości płynów.
- Dieta wysokobiałkowa.
- Płukanie jamy ustnej po posiłkach i między posiłkami.
- Laseroterapia jamy ustnej u pacjenta.
- Codzienna ocena stanu jamy ustnej.

✓ **Rezultaty opieki pielęgniarskiej:** Po wykonanych czynnościach pacjent odczuł znaczną ulgę.

➤ **Diagnoza pielęgniariska 5: Suchość skóry oraz kruchość i łamliwość paznokci.**

✓ **Cel opieki pielęgniarskiej:** Nawilżenie skóry i nauczanie pacjenta pielęgnacji paznokci w czasie choroby.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Zalecenie dla chorego aby nie zapuszczał paznokci, nie obcinać zbyt krótko, nie wolno wycinać skórek, nie należy obgryzać paznokci.
- Wskazania dla pacjenta, aby chronił skórę przed nasłonecznieniem i urazami, używał delikatnych środków do mycia i pielęgnacji ciała.
- Zalecenie noszenia odzieży nie uwierającej, z naturalnych tkanin, unikanie krochmalenia odzieży.
- Nawilżanie i natłuszczanie skóry hypoalergicznymi środkami kosmetycznymi.
- Obserwacja zmian skórnych chorego.

✓ **Rezultaty opieki pielęgniarskiej:** Chory otrzymał i stosuje wskazówki dotyczące pielęgnacji skóry i paznokci.

➤ **Diagnoza pielęgniariska 6: Uczucie zmęczenia pacjenta.**

✓ **Cel opieki pielęgniarskiej:** Zminimalizowanie uczucia zmęczenia.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Łagodzenie objawów zmęczenia poprzez drzemki w ciągu dnia, wygodne ułożenie w łóżku.
- Uświadomienie pacjentowi, że objaw ten jest działaniem ubocznym stosowania leczenia, a nie zwiastunem postępowania choroby.
- Unikanie zbyt wczesnego wprowadzania za dużego wysiłku fizycznego.
- W miarę możliwości prowadzenie normalnego trybu życia.
- Zaplanowanie okresów aktywnych ćwiczeń dostosowanych do możliwości pacjenta.
- Przygotowanie teoretyczne chorego do włączenia w normalne życie domowe.
- Prawidłowe odżywianie i odpowiednia podaż płynów.
- Unikanie bólu przez zastosowanie środków przeciwbólowych na zlecenie lekarza.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarskiej:** Zmęczenie stało się dla pacjenta mniej uciążliwe.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 7: Ból brzuch spowodowany obumieraniem komórek nowotworowych po zabiegu chemioterapii.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarskiej:** Redukcja lub zmniejszenie dolegliwości bólowych.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Zapewnienie ciszy i spokoju w sali chorego.
 - Ocena bólu za pomocą skal bólowych.
 - Podanie leku przeciwbólowego na zlecenie lekarza.
 - Poinformowanie pacjenta z czego wynika ból, zaproponowanie przyjęcie pozycji minimalizującej dolegliwość bólową (pozycja leżąca skulona).
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarskiej:** Ból zmniejszył się.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 8: Możliwość wystąpienia krwawienia z rany po usunięciu cewnika.**

- ✓ **Cel opieki pielęgniarskiej:** Niedopuszczenie do wystąpienia krwawienia z rany w prawej pachwinie.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Ocena stanu rany.
 - Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki w czasie pielęgnacji.
 - Założenie opatrunku uciskowego.
 - Obserwacja opatrunku pod względem krwawienia.
 - Pomiar ciśnienia w prawej tętnicy udowej.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarskiej:**

Nie doszło do wystąpienia krwotoku.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 9: Podwyższona ciepłota ciała.**

✓ **Cel opieki pielęgnarskiej:** Utrzymanie prawidłowej temperatury ciała.

✓ **Interwencje pielęgnarskie:**

- Wywietrzenie sali chorego.
- Wykonanie chłodzącego okładu.
- Podanie leku obniżającego temperaturę na zlecenie lekarza.
- Poinformowanie mężczyzny o konieczności systematycznego uzupełniania płynów.
- Kontrola temperatury ciała i udokumentowanie.
- Umożliwienie i pomoc pacjentowi w toalecie ciała.
- Zapewnienie czystej bielizny osobistej i pościelowej.

✓ **Rezultaty opieki pielęgnarskiej:**

Temperatura została obniżona

➤ **Diagnoza pielęgnarska 10: Lęk i niepokój wynikająca z bezwzględnej potrzeby hospitalizacji.**

✓ **Cel opieki pielęgnarskiej:** Obniżenie lęku oraz niepokoju, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa.

✓ **Interwencje pielęgnarskie:**

- Zapoznanie pacjenta z regulaminem szpitala.
- Budowanie pozytywnych relacji z chorym.
- Stworzenie przyjaznej atmosfery.
- Zapoznanie pacjenta z topografią oddziału i regulaminem dnia.
- Pokazanie w jaki sposób i kiedy należy posługiwać się dzwonkiem przywoławczym.
- Przekazanie informacji choremu, gdzie znajduje się sklepik, bar, kaplica.
- Relacjonowanie i omówienie z pacjentem wszystkich wykonywanych zabiegów pielęgnacyjnych.
- Umożliwienie choremu kontaktu z rodziną.
- Pomoc w werbalizacji wszystkich obaw i niepokojów.
- Okazywanie empatii i zapewnienie wyjaśnienia wszelkich wątpliwości.

✓ **Rezultaty opieki pielęgnarskiej:** Pacjent poczuł się dużo swobodniej, większość obaw i niepokojów została zminimalizowana.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 11: Trudności w połykaniu spowodowane żylakami przełyku**

- ✓ **Cel opieki pielęgnarskiej:** Zapobieganie zachłyśnięcia się pacjenta podczas przyjmowania posiłków.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - Rozdrobnienie posiłku, umożliwiając łatwiejsze połykanie.
 - Zaaranżowanie przyjemnej atmosfery przy jedzeniu.
 - Zapewnienie odpowiednio długiego czasu na zjedzenie przygotowanej porcji.
 - Obserwacja chorego podczas jedzenia. w razie potrzeby udzielenie pomocy.
 - Zachęcanie do częstego popijania co umożliwi nawilżenie kęśów i ułatwi przełykanie.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgnarskiej:** Nie doszło do zachłyśnięcia.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 12: Chory ma problem z zasypianiem i spokojnym snem.**

- ✓ **Cel opieki pielęgnarskiej:** Ułatwienie zasypiania i zapewnienie spokojnego snu.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - Weryfikacja przyczyn trudności zasypianiu.
 - Wywietrzenie sali przed snem.
 - Stworzenie atmosfery ciszy i spokoju.
 - Zastosowanie metod relaksacji.
 - Wygaszenie światła.
 - Podanie środków nasennych według zlecenia lekarza.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgnarskiej:** Chory przespał spokojnie noc.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 13: Bariera w porozumiewaniu się z chorym spowodowana niedosłuchem.**

- ✓ **Cel opieki pielęgnarskiej:** Jasna komunikacja z pacjentem.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - Zaplanowanie sposobów porozumiewania się z chorym.
 - Przekazanie ważnych informacji drogą pisemną, wykorzystując duże drukowane litery.
 - Przedstawienie językiem migowym i głośną wyraźną mową wykonania zamierzonych czynności.
 - Podchodzenie do pacjenta od przodu. a nie od tyłu.

- Mówienie do chorego wolno, wyraźnie, głośno.
- Uzyskanie informacji zwrotnej czy pacjent rozumie przekazane komunikaty.
- Stosowanie w porozumiewaniu się z pacjentem sprawdzonych komunikatów niewerbalnych.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarskiej:** Komunikacja z chorym jest zachowana.

- **Diagnoza pielęgniarska 14: Niewystarczająca wiedza pacjenta na temat jego choroby, leczenia i pielęgnacji.**
- ✓ **Cel opieki pielęgniarskiej:** Uzupełnienie wiedzy pacjenta.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Przekazanie choremu najważniejszych i aktualnych wiadomości dotyczących tematyki raka wątroby.
 - Udostępnienie pacjentowi materiałów dotyczących jednostki chorobowej.
 - Umożliwienie rozmowy z zespołem terapeutycznym.
 - Rozmowa z pacjentem na temat powikłań na jakie może napotkać w trakcie leczenia.
 - Przekazanie wskazówek dotyczących pielęgnacji podczas wystąpienia niepożądanych objawów.
- ✓ **Rezultaty opieki pielęgniarskiej:** Deficyt wiedzy pacjenta został uzupełniony.

- **Diagnoza pielęgniarska 15: Obrzęk kończyn dolnych.**
- ✓ **Cel opieki pielęgniarskiej:** Zmniejszenie oraz maksymalne zniwelowanie obrzęku kończyn dolnych.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Systematyczna elewacja nóg.
 - Udostępnienie choremu, odpowiedniej bawełnianej bielizny (bez sięgaczy uciskowych).
 - Higiena i monitorowanie obrzęków kończyn dolnych.
 - Zastosowanie na skórę nóg natłuszczającego i nawilżającego balsamu.
 - Kontrolowanie prawidłowej ilości przyjmowanych płynów.
 - Zminimalizowanie w diecie podaży soli.
 - Ocena i pomiar obwodu kończyn dolnych pod kątem zwiększania obrzęku.
 - Podanie leku moczopędnego na zlecenie lekarza.
 - Prowadzenie bilansu płynów.
- ✓ **Rezultat opieki pielęgniarskiej:** Obrzęk kończyn dolnych został zminimalizowany.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 16: Obawa chorego przed powrotem do życia codziennego spowodowana zmianami chorobowymi.**

- ✓ **Cel opieki pielęgnarskiej:** Zminimalizowanie obaw chorego.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - Zorganizowanie i umożliwienie choremu spotkania z psychologiem i lekarzem w celu rozwiania wszelkich wątpliwości.
 - Wsparcie psychiczne poprzez okazywanie empatii oraz akceptację.
 - Uzupełnienie braków wiedzy pacjenta dotyczących tematu jego choroby.
 - Przekazanie informacji dietetycznych (udostępnianie broszur zawierających diety wątrobowe).
 - Przekazanie zaleceń żywieniowych na piśmie.
 - Przekonywanie chorego do prozdrowotnego stylu życia.
 - Pomoc w zorganizowaniu ciągłości opieki jak również specjalistycznego poradnictwa.
- ✓ **Rezultat opieki pielęgnarskiej:** Obawy chorego zostały znacznie zmniejszone

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Holistyczna opieka nad pacjentem podczas chemioterapii ma na celu zapewnienie podstawowych potrzeb związanych ze sferą fizyczną, psychiczną i duchową. Zaplanowane działania pielęgnarskie mają na celu zminimalizowanie oraz zredukowanie negatywnych objawów, które wystąpiły po podaniu chemioterapii oraz wsparciu emocjonalnym. Istotą asekurowania pielęgnarskiego jest ciągła i wnikliwa obserwacja chorego. Pozwala ona na postawienie trafnych diagnoz pielęgnarskich, które przekładają się na profesjonalizm w realizacji wyznaczonych celów. Czujne i systematyczne monitorowanie parametrów czynności życiowych pacjenta wyklucza przeoczenie ważnych sygnałów organizmu koniecznych do podjęcia natychmiastowych działań zapewniających prawidłowe czynności życiowe. Bardzo ważna w troszczeniu się o chorych onkologicznie jest praca zespołowa personelu. Ze strony pielęgniarki polega ona na wypełnianiu wszystkich zleceń lekarskich, w razie wątpliwości upewnienie się o ich realizacji. Przekazuje również wszystkie zaobserwowane niepokojące zachowania chorego lekarzowi oraz psychologowi. W razie potrzeby organizuje spotkanie pacjenta z duszpasterzem.

Podczas hospitalizacji u mężczyzny ujawniło się szereg problemów związanych z reakcją organizmu na podane chemioterapeutyki. Pacjent ma wiele obaw i niepokoju związanego ze skutecznością terapii leczniczej oraz powrotem do życia codziennego.

Przeżywa trudny dla niego czas, w poczuciu bezradności i osamotnienia. W strefie fizycznej występują problemy z niedożywieniem, brakiem łaknienia związane z trudnością połykania i ciągłym poczuciem wzdęcia oraz nudnościami. Utrudniony jest też kontakt przez niedosłuch męczyzny. Powoduje to dodatkowe negatywne emocje związane z brakiem zrozumienia. Badany wykazuje duże zmęczenie podczas hospitalizacji nie jest całkowicie wydolny w samoopiece. Mężczyzna otrzymał wsparcie emocjonalne przez okazywanie empatii, zapewnienie miłej atmosfery oraz pokonaniu bariery komunikowania się. Przeprowadzone zostały rozmowy wspierające i uzupełniających niewiedzę w zakresie żywieniowym oraz codziennym prozdrowotnym funkcjonowaniu. Została również udzielona pomoc w niedostatkach chorego w samoopiece przez zapewnienie komfortu higieny osobistej, zminimalizowaniu dolegliwości bólowych, ułatwieniu spożywania posiłków, profilaktyce przeciwwymiotnej oraz zwalczaniu obrzęku kończyn dolnych. Mężczyzna podczas hospitalizacji nawiązał przyjazny kontakt z zespołem terapeutycznym. Badany po uprzednim zachęceniu aktywnie uczestniczył w procesach pielęgnacyjnych prowadzących do poprawy swojego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego. Niestety dużą trudnością do zrealizowania był plan działania wspierający zaakceptowanie aktualnego stanu zdrowia chorego. Pacjent potrzebuje intensywnej terapii psychologicznej, mającej na celu poprawę samopoczucia własnej wartości jak również wsparcia dla ludzi uzależnionych od alkoholu.

PIŚMIENNICTWO:

- 1 Krawczyk M.: Rak wątrobowokomórkowy. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2015.
- 2 Krok D.: W poszukiwaniu znaczenia choroby nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, 2017.
- 3 Siedlecki J.A.: Choroby nowotworowe. Elementy genetyki klinicznej. Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2013.
- 4 Krzakowski M., Potemski P.: Działania niepożądane leczenia przeciwnowotworowego. Wydawnictwo VIA Medica, Gdańsk 2020.
- 5 Koper A., Koper K.J.: Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową i opieka interdyscyplinarna. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2021.

- 6 Robak T., Warzocha K.: Hematologia. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2016.
- 7 Kowalska-Wojtysiak M.: Wsparcie społeczne płynące od partnerów życiowych a radzenie sobie z chorobą przewlekłą (na podstawie cukrzycy typu 2) przez kobiety i mężczyzn. *Nowiny Lekarskie*, 2012, 81(3), 187–196.
- 8 Krasuska M., Turowski K (red.): Wybrane aspekty opieki nad pacjentem onkologicznym. Neurocentrum, Lublin, 2012, 79-85.
- 9 Mohr P.: Choroby nowotworowe. Agencja wydawnicza Mostowski J., Janki 2012, 14 – 21, 111 – 115.
- 10 Stodak A.: Metodologia badań w pielęgniarstwie. Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy, Legnica 2011.
- 11 Duda-Król W., Wełnicki M., Mamcarz A.: Choroby wewnętrzne. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2019.
- 12 Zahradniczek K. (red.): Pielęgniarstwo. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, 610 – 634.
- 13 Talarska D., Zozulińska-Ziółkiewicz D.: Pielęgniarstwo Internistyczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
- 14 Stengler M., Anderson P.: Najnowsze metody leczenia nowotworów. Wydawnictwo Vital, Białystok 2019.
- 15 Kłęk S.: Leczenie żywieniowe w onkologii-współczesne podejście. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2020.
- 16 Johannes-Martin H.: Choroby wewnętrzne. Checklist. Medpharm, Warszawa 2015.
- 17 Kokot F. i Franek E.: Zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2013.
- 18 Walden – Gałuszko K., Kaptacz A. (red.): Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2015, 61-75, 145-151.

- 19 Dyzmann-Sroka A., Piotrowski T.: Programy zdrowotne skuteczna profilaktyka zachorowań (przykłady dobrych praktyk), Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2017.
- 20 Stępień R. Wiraszka G.: Rola psychoterapeutyczna pielęgniarki w opiece nad pacjentem z chorobą nowotworową. *Pielęgniarka i Położna*, 2013, 21-22.
- 21 Krajewski M.: Pacjent, pielęgniarka onkologiczna, rodzina – jako partnerzy w walce z chorobą nowotworową. *Pielęgniarka i Położna*, 2015, 101 – 104.
- 22 Pasek M., Dębska G. (red.): Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową, Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne, Kraków, 2011.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z NIEDROBNOKOMÓRKOWYM RAKIEM PŁUC

Anna Baranowska¹, Weronika Czajkowska², Beata Olejnik³

¹ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

³ Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Niedrobnokomórkowy rak płuc-definicja

Na tle wszystkich nowotworów rak płuc jest powodem śmierci największej grupy wszystkich pacjentów onkologicznych. Jest to najczęściej występujący nowotwór wśród mężczyzn oraz trzeci najczęściej występujący wśród kobiet na całym świecie. Dominującą przyczyną rozpoczęcia procesów kancerogennych raka płuc jest palenie tytoniu oraz bierna ekspozycja na dym tytoniowy.

Ze względu na sposób leczenia wyróżniamy dwa główne typy raka płuc: rak drobnokomórkowy (ang. small-cell lung cancer; SCLC), który jest podatny na leczenie chemioterapeutyczne, oraz niedrobnokomórkowy rak płuc (non-small-cell lung cancer; NSCLC), który w większości przypadków (I i II stopień zaawansowania) jest leczony chirurgicznie. NSCLC stanowi około 80% wszystkich rozpoznanych nowotworów płuc. Charakteryzuje się wolniejszym rozwojem, z czym wiąże się późniejsze pojawienie objawów choroby. Ponad to tylko u 25% chorych w momencie rozpoznania występują przerzuty odległe. Leczenie chirurgiczne jest skuteczne u niemal połowy chorych, jest jednak możliwe tylko w I oraz II stadium zaawansowania [1].

Wśród niedrobnokomórkowych raków płuca wyróżnia się trzy podstawowe typy histologiczne:

1. Rak płaskonabłonkowy płuc (ocenia się, że stanowi 40% przypadków raka płuca. Jest zazwyczaj skutkiem palenia papierosów i zwykle ma swój początek w komórkach,

z których jest zbudowany nabłonek wyściełający drogi oddechowe. Wykazuje tendencje do bardziej powolnego wzrostu niż inne postacie raka płuc i później daje przerzuty).

2. Gruczolakorak (uważa się, że gruczolakorak rozwija się z komórek gruczołowych zlokalizowanych w nabłonku wyściełającym drogi oddechowe. Często rozwijają się na zewnętrznej przestrzeni płuca i niekiedy już na wczesnym etapie mogą dawać przerzuty do węzłów chłonnych lub innych miejsc w organizmie. Ten typ występuje bardziej powszechnie u kobiet).
3. Rak wielkokomórkowy (jest postacią, która stanowi 10% wszystkich przypadków nowotworów płuc. Jest stwierdzany zazwyczaj u palaczy. Większość guzów wzrasta w kierunku dystalnym, ku brzegowi płuc).

Te trzy typy można podzielić na kilka odmian. Najczęstszym obecnie typem histologicznym NDRP jest rak gruczołowy. Stanowi on około połowy wszystkich NDRP. Częstość raka płaskonabłonkowego płuca szacuje się na około 30%. Rzadko spotykanymi typami raka niedrobnokomórkowego płuca są: rak o utkaniu mieszanym, rak pleomorficzny z elementami mięsakowymi i nowotwory płuca wywodzące się z błony śluzowej.

Epidemiologia

Rak płuc obok raka piersi u kobiet oraz raka odbytnicy należy do trójki najczęściej występujących oraz piątki najbardziej śmiertelnych nowotworów (odpowiednio pierwszy, piąty i drugi). Jest on również odpowiedzialny za największą liczbę zgonów (1,8 mln zgonów, co stanowi 18,4% ogółu), ze względu na fakt, że zazwyczaj jest wykrywany zbyt późno, aby leczenie było skuteczne.

Według badań z 2012 roku ponad 30% wszystkich przypadków nowo zdiagnozowanych nowotworów płuc wystąpiło w Chinach. Wśród mężczyzn zachorowalność osiągnęła już szczyt i obserwuje się utrzymanie lub nawet spadek statystyk, podczas gdy wśród kobiet statystyki wciąż rosną.

Rak płuc występuje głównie u osób starszych. Większość osób, u których zdiagnozowano raka płuc, ma 65 lat lub więcej; bardzo mała liczba zdiagnozowanych osób ma mniej niż 45 lat. Średni wiek chorego to 70 lat [2].

Najnowsze trendy zachorowalności odzwierciedlają trwającą epidemię palenia tytoniu. Uważa się, że dzięki zjawisku rzucania palenia tytoniu liczba nowych przypadków NSCLC nadal spada. Ponad to współczynnik śmiertelności jest również coraz niższy. Jest to powiązane z zaprzestawaniem palenia oraz postępami we wczesnym wykrywaniu i leczeniu. Ogromną rolę mają badania screeningowe wśród najbardziej narażonych grup wiekowych oraz zawodowych.

CEL PRACY

Przedstawienie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem dotkniętym niedrobnokomórkowym nowotworem płuca, poprzez przedstawienie najczęstszych problemów pielęgnacyjnych chorego borykającego się z wyżej wymienioną jednostką chorobową poprzez opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej dla opisywanego pacjenta oraz oceny realizacji działań

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badaniem objęto 65-letniego mężczyznę z rozpoznaniem niedrobnokomórkowego nowotworu płuc. Pacjent K. K. zgłosił się do lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej z powodu uporczywego kaszlu, utrzymującego się przed ostatnie 2 miesiące. Zauważył spadek masy ciała o 11kg w ciągu ostatnich 3 miesięcy, a także pogłębiające się zmęczenie, które wcześniej zrzucał na karb wieku.

Pan K. jest żonaty, ma dwójkę dorosłych dzieci, jest emerytowanym programistą komputerowym. Od 45 lat pali paczkę papierosów dziennie, nie wykazuje chęci rzucenia nałogu mimo wielokrotnych próśb żony. Ojciec Pana K. zmarł w wieku 73 lat z powodu raka prostaty, a jego matka w wieku 71 lat z powodu zawału serca.

Badanie przedmiotowe wykazało stłumione dźwięki oddechowe oraz rozproszone świsty obecne podczas wdechów. Parametry życiowe w normie.

Zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej uwidocznilo masę wielkości 5cm umiejscowioną w dolnym płacie płuca prawego. W celu pogłębienia diagnostyki została wykonana tomografia komputerowa klatki piersiowej, która wykazała, że spikularna masa znajdująca się w prawym dolnym płacie jest wielkości 5.4cm oraz kilka ipsilateralnych mas w węzłach chłonnych śródpiersia. Zlecona została biopsja oraz konsultacja z pulmonologiem.

Biopsja węzłów chłonnych śródpiersia pana K. ujawniła rozpoznanie niedrobnokomórkowego raka płuca, stadium IV (T2bN3M1b). Po potwierdzeniu diagnozy lekarz prowadzący zlecił badanie PET oraz rezonans magnetyczny głowy, w celu zakończenia procesu oceny stadium zaawansowania. Skan PET potwierdził hipermetaboliczną aktywność w prawym dolnym płacie i węzłach chłonnych śródpiersia. Wykonany został rezonans magnetyczny mózgu, który wykluczył obecność przerzutów do mózgu. Pan K. został poinformowany o rozpoznaniu i skierowany do zespołu onkologicznego w celu dalszego leczenia.

Niniejsza praca wykorzystuje następujące metody badawcze i narzędzia:

1. Wywiad z pacjentem,
2. Obserwacja,
3. Analiza dokumentacji medycznej pacjenta
4. Skala ECOG (skala sprawności opracowana przez Eastern Cooperative Oncology Group), używana do oceny sprawności pacjenta. Jest to sześciostopniowa skala (0-5), gdzie 0 oznacza sprawnego pacjenta, który jest w stanie wykonywać normalne czynności, a 5 oznacza zgon pacjenta.
5. Skala depresji Becka, czyli kwestionariusz składający się z 21 pytań wielokrotnego wyboru, służący do pomiaru nasilenia depresji.
6. Wizualna skala analogowa VAS, wykorzystana do określenia nasilenia bólu. Pacjent przypisuje odczuwanemu bólowi cyfrę od 1 do 10, gdzie 1 to ból ledwo odczuwalny, a 10 to ból niemożliwy do zniesienia.
7. Ocena stanu odżywienia MNA (Mini Nutritional Assessment).
8. Skala oceny nasilenia duszności MRC.
9. Skala podstawowych czynności dnia codziennego ADL.
10. Skala oceny złożonych czynności życia codziennego IADL.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Pacjent K. K. został przyjęty do I Kliniki Chorób Płuc i Gruźlicy z Pododdziałem Chemioterapii w Białymstoku w celu podania 3 tury chemioterapeutyku. Trzy miesiące temu zdiagnozowano u niego niedrobnokomórkowy nowotwór płuc w IV stadium, który rozsiał się

do węzłów chłonnych śródpiersia.

Pacjent pochodzi z Białegostoku, mieszka w domu jednopiętrowym wraz z żoną. Jest emerytowanym programistą. Ich sytuacja finansowa i warunki mieszkaniowe są dobre, mimo to mężczyzna zgłasza obniżony nastrój, spowodowany niepokojem o swoje zdrowie. Wykazuje silną motywację do podjęcia walki z chorobą, lecz bagatelizuje zalecenia personelu medycznego, dotyczące rzucenia palenia. W skali Becka otrzymał 16 punktów, co sugeruje lekką depresję i konieczność konsultacji psychologicznej.

W skali ADL otrzymał 6 punktów, czyli wynik maksymalny, z kolei skala IADL wykazała lekką niesamodzielność i konieczność pomocy w robieniu zakupów, sprzątaniu i drobnych pracach naprawczych. Według skali ECOG został zakwalifikowany do grupy pacjentów, u których występują objawy choroby, zdolnych do wykonywania lekkiej pracy. Ma dwójkę dzieci, które również mieszkają w Białymstoku oraz pomagają ojcu w robieniu zakupów oraz dojeżdżaniu na leczenie, a także w drobnych naprawach domowych. Żona pacjenta również jest na emeryturze, swój stan zdrowotny określa jako dobry, martwi się chorobą męża oraz wspiera go w procesie leczenia. Ponadto motywuje go do rzucenia nałogu.

Pan K. prowadzi spokojny tryb życia, ma małą aktywność fizyczną, co spowodowane jest uporczywą dusznością. Przed rozpoznaniem choroby zauważył nieuzasadniony spadek masy ciała o 11kg. Mężczyzna ma obniżony apetyt. Obecnie waży on 52kg, a jego BMI wynosi 15.87 kg/m^2 , co oznacza lekkie niedożywienie. Diagnoza ta powtórzyła się w wyniku skali MNA, która wykazała 7 punktów.

Przy przyjęciu pacjent skarżył się na ból, który w skali VAS określa na 5, a w nasileniu na 7 punktów. Ból nasila się przy aktywności fizycznej oraz kaszlu. Zgłasza również duszność, która utrudnia mu codzienne funkcjonowanie. W skali MRC otrzymał 2 punkty. Ponadto pan K. cierpi z powodu osłabienia organizmu, badania laboratoryjne wykazały obniżony poziom czerwonych krwinek (10.6 g/dL). Poza anemią, brak innych nieprawidłowości w morfologii krwi. Pacjent odczuwa dolegliwości ze strony układu pokarmowego, od 5 dni cierpi na biegunkę, ponadto zgłasza nudności i wymioty spowodowane chemioterapią. Ze względu na to pacjent należy do grupy osób szczególnie zagrożonych rozwinieniem się zaburzeń elektrolitowych. W badaniu przedmiotowym wykazano obecność obrzęków kończyn dolnych, stłumione dźwięki oddechowe oraz rozproszone świsty obecne podczas wdechów.

Parametry:

- Ciśnienie tętnicze: 118/85 mmHg,

- Tętno: 84 uderzenia/min,
- Temperatura: 36.6°C,
- Saturacja: 90% SpO₂,
- Oddech: 20 oddechów/min.

Zalecenia:

Cisplatin Actavis 1mg/ml, Gemstad 38mg/ml, Ferrytyna 800ng/ml, Apap 500mg, Tramal 50mg, Metoclopramid 10mg, 0.9% NaCl, Smecta, doraźna tlenoterapia 6l/min

Plan opieki wobec pacjenta z niedrobnokomórkowym rakiem płuc podczas chemioterapii

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 1: Ból spowodowany zaawansowanym procesem nowotworowym.**

✓ **Cel:** Złagodzenie dolegliwości bólowych i zapewnienie choremu komfortu.

✓ **Planowane interwencje pielęgniarstwa:**

- Pomiar parametrów życiowych pacjenta- ciśnienia tętniczego, temperatury oraz tętna- dokumentacja wyników w karcie obserwacyjnej pacjenta.
- Zastosowanie wizualnej skali analogowej VAS w celu określenia natężenia bólu odczuwanego przez pacjenta.
- Podaż środków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarskim, zasugerowanie lekarzowi prowadzącemu dostosowanie schematu podaży środków przeciwbólowych do cyklu nasilania się bólu w celu zminimalizowania wpływu bólu na czynności dnia codziennego pacjenta.
- Obserwacja stanu pacjenta po podaniu leków przeciwbólowych pod kątem ewentualnego wystąpienia działań niepożądanych.
- Rozproszenie pacjenta oraz odwrócenie jego uwagi od dolegliwości bólowych poprzez rozmowę, włączenie telewizji.
- Asystowanie pacjentowi w wykonywaniu czynności dnia codziennego.
- Zapewnienie choremu warunków sprzyjających wypoczynkowi.
- Rozmowa z pacjentem na temat charakteru bólu oraz konieczności poinformowania personelu w sytuacji jego nasilenia.

- Zachęcenie pacjenta do stosowania technik antystresowych (muzyka, medytacja, obrazowanie, aromaterapia).
- Stosowanie ciepłych lub zimnych okładów, masażu.
- Rozmowa z pacjentem w celu ustalenia realistycznych oczekiwań względem leczenia oraz działań niepożądanych podawanych leków przeciwbólowych.

✓ **Realizacja interwencji pielęgniarских:**

- Prowadzony był codzienny pomiar podstawowych parametrów życiowych pacjenta 2 razy dziennie.
- Podawane były leki przeciwbólowe zgodnie z kartą zleceń lekarskich (Apap 100mg+Tramal 50mg). Przed ich podaniem oraz po ich podaniu stosowano skalę VAS w celu określenia skuteczności podanych leków.
- Po podaży pacjent był również poddany obserwacji w kierunku wystąpienia działań niepożądanych.
- Dolegliwości bólowe obrzęków kończyn dolnych zmniejszano za pomocą zimnych okładów.
- W przypadku nasilenia dolegliwości bólowych udzielano pacjentowi pomocy w wykonywaniu czynności dnia codziennego.
- Zadbano o zapewnienie pacjentowi komfortowych i intymnych warunków w czasie pobytu w Klinice.
- Nauczono pacjenta techniki relaksacji za pomocą oddechu z liczeniem połączonego z rozluźnianiem mięśni.
- Przeprowadzono rozmowę z chorym na temat chemioterapii oraz jej skutków ubocznych oraz o ograniczonym działaniu leków przeciwbólowych.

✓ **Ocena wyników opieki:**

- Parametry życiowe pacjenta utrzymywały się w granicach normy
- Dzięki zastosowanemu leczeniu przeciwbólowemu pacjent zgłasza złagodzenie bólu, po podaniu leków określa jego nasilenie jako 1 w skali VAS.
- Pacjent nie doświadczył działań niepożądanych zastosowanych leków.
- Pacjent jest świadomy ograniczonego działania leków przeciwbólowych.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 2: Duszność spowodowana niedokrwistością oraz zaawansowanym procesem nowotworowym.**

✓ **Cel:** Ograniczenie nasilenia duszności.

✓ **Planowane interwencje pielęgniarckie:**

- Zapewnienie sprzyjającego mikroklimatu otoczenia- temperatura 18-20°C, wilgotność powietrza 60-70%, częste wietrzenie sali pacjenta.
- Stosowanie inhalacji.
- Regularne pomiary saturacji pacjenta, niedopuszczenie do niedotlenienia organizmu.
- Doraźna podaż tlenu za pomocą wąsów lub maski tlenowej.
- Zalecenie choremu spoczynku w pozycji półwysokiej lub wysokiej.
- Prowadzenie z pacjentem ćwiczeń oddechowych, poinstruowanie go na temat techniki efektywnego usuwania płwociny zalegającej w drogach oddechowych.
- Monitorowanie oraz dokumentowanie koloru, konsystencji oraz ilości odkrztuszanej wydzieliny.
- Motywowanie pacjenta do rzucenia nałogu nikotynowego.

✓ **Realizacja interwencji pielęgniarckich:**

- Utrzymano temperaturę otoczenia pacjenta na stałym poziomie 20°C oraz 65% wilgotności.
- Salę pacjenta wietrzono codziennie po kolacji.
- Mierzono poziom saturacji krwi pacjenta 2 razy dziennie.
- Prowadzenie z pacjentem ćwiczeń oddechowych: oddychanie z gwizdaniem, oddychanie w staniu, oddychanie z liczeniem. Ponadto przekazano pacjentowi wiedzę dotyczącą oddechu kontrolowanego podczas duszności.
- Na prośbę pacjenta została zastosowana doraźna tlenoterapia w przepływie 5L/minutę.
- Codziennie kontrolowany był charakter odkrztuszanej wydzieliny.
- Przeprowadzono rozmowę z pacjentem na temat szkodliwości palenia tytoniu oraz konieczności rzucenia nałogu.

✓ **Ocena wyników opieki:**

1. Nauka ćwiczeń oddechowych przyniosła pożądany efekt, pacjent stosuje je w celu poprawy wydolności układu oddechowego.
2. Stosowana tlenoterapia przynosi pacjentowi ulgę w związku z dusznością.

3. Pacjent zgłasza złagodzenie dolegliwości związanej z zastosowanymi działaniami.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 3: Nudności i wymioty spowodowane zastosowanym leczeniem chemioterapeutycznym.**

✓ **Cel:** Zniwelowanie nudności i wymiotów.

✓ **Planowane interwencje pielęgniarstwa:**

- Zapewnienie pacjentowi miski nerkowatej, ligniny oraz wody.
- Wykluczenie z diety pacjenta zbyt słodkich, tłustych lub pikantnych potraw lub innych mogących prowokować nudności.
- Podaż środków przeciwwymiotnych przed podaniem środka przeciwnowotworowego, ocena skuteczności leków przeciwwymiotnych i zmiana ich w sytuacji braku satysfakcjonujących efektów.
- Kontrolowanie czynników środowiskowych (silne, nieprzyjemne zapachy, duszne pomieszczenia) mogących prowokować wymioty.
- Poinformowanie pacjenta na temat znaczenia utrzymania prawidłowej higieny jamy ustnej w celu przeciwdziałania pojawianiu się wymiotów oraz ich skutków.
- Kontrolowanie bilansu płynów w celu uniknięcia odwodnienia pacjenta.
- Polecenie pacjentowi wykonywania serii spokojnych, głębokich oddechów w przypadku wystąpienia napadu mdłości.
- Spożywanie częstych, małych, regularnych posiłków.
- Polecenie pacjentowi przyjęcia pozycji siedzącej podczas jedzenia oraz godzinę po nim oraz zasugerowanie powolnych zmian pozycji, unikania gwałtownych ruchów.

✓ **Realizacja interwencji pielęgniarstwa:**

- Pacjent został poinformowany na temat wagi utrzymania prawidłowej higieny jamy ustnej.
- Polecono pacjentowi przyjmowanie posiłków w pozycji siedzącej oraz unikanie gwałtownych zmian.
- Zapewniono pacjentowi miskę nerkowatą oraz ligninę, a także wodę.
- Salę pacjenta wietrzono codziennie po kolacji.
- Prowadzono bilans płynów pacjenta.
- Przed podawaniem Cisplatyny pacjent otrzymywał Metoclopramid.

- Zastosowano dietę, w której wyłączono potrawy zbyt słodkie, tłuste lub pikantne.

✓ **Ocena wyników opieki:**

- Pacjent utrzymuje dobrą higienę jamy ustnej, dostosował się do zaleceń dotyczących postawy ciała podczas posiłków.
- Zastosowane leki przeciwwymiotne przynoszą pacjentowi ulgę.
- Pacjent zgłasza złagodzenie nudności dzięki zastosowanym działaniom.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 4: Wyniszczenie nowotworowe spowodowane utratą apetytu.**

- ✓ **Cel:** Właściwe odżywienie organizmu.

✓ **Planowane interwencje pielęgniarckie:**

- Monitorowanie dziennego spożycia pokarmu przez pacjenta.
- Regularne sprawdzanie masy ciała pacjentów poprzez ważenie, pomiar grubości fałdu skórniego.
- Stosowanie diety wysokokalorycznej, bogatej w składniki odżywcze, z odpowiednią podażą płynów. Zaproponowanie pacjentowi stosowania suplementów diety, wysokobiałkowych shake'ów białkowych. Spożywanie mniejszych, ale częstszych posiłków w ciągu dnia. Zachęcanie pacjenta, by w środowisku domowym spożywał posiłki z rodziną i przyjaciółmi.
- Rozmowa z pacjentem na temat kacheksji jako powikłania choroby nowotworowej, sposobów walki z wyniszczeniem, motywacja pacjenta i jego rodziny do dbania o właściwe odżywienie organizmu, w celu poprawy jakości życia chorego.
- Kontrolowanie czynników środowiskowych mogących wpływać na zmniejszenie apetytu u pacjenta (silne i nieprzyjemne zapachy, hałas)
- Pobieranie materiałów do badań laboratoryjnych zgodnie ze zleceniem lekarskim w celu określenia stopnia odżywienia organizmu.
- Założenie zgłębnika do żywienia dojelitowego, jeśli jest to wskazane

✓ **Realizacja interwencji pielęgniarckich:**

- Codziennie monitorowano ilość spożywanego przez pacjenta pokarmu.
- Codzienny pomiar masy ciała pacjenta.

- Pacjentowi zapewniono dietę wysokokaloryczną oraz Nutridrinki.
- Dostosowano ilość oraz czas posiłków do preferencji pacjenta.
- Mężczyźnie podawano pokarmy bez silnego zapachu oraz o estetycznym wyglądzie.
- Pacjentowi zapewniono spokojną atmosferę podczas posiłków.
- Przeprowadzono rozmowę z pacjentem na temat powikłania choroby nowotworowej, jakim jest kacheksja. Przedstawiono metody radzenia sobie z tym powikłaniem m.in.: spożywanie posiłków w miłej atmosferze z rodziną, spożywanie mniejszych porcji jedzenia w częstszych odstępach czasu oraz dostosowanie rodzaju pokarmu do preferencji chorego.
- Pobrano krew pacjenta do badania laboratoryjnego zgodnie ze zleceniem lekarza.

✓ **Ocena wyników opieki:**

- Chory wykazuje zrozumienie dla faktu, że jest zagrożony kacheksją.
- Pomiar mas ciała pacjenta wykazują stopniowe ubytki.
- Pacjent stara się przyjmować jedzenie, mimo dolegliwości wymiotnych.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 5: Ryzyko zaburzeń elektrolitowych spowodowane uporczywą biegunką.**

- ✓ **Cel:** Wyeliminowanie biegunki, niedopuszczenie do wystąpienia zaburzeń elektrolitowych.

✓ **Planowane interwencje pielęgniarskie:**

- Dokumentowanie bilansu płynów chorego.
- Zachęcenie pacjenta do przyjmowania większej ilości płynów (2000-2500ml na dobę)
- Małe, częste, regularne posiłki, ograniczenie produktów mlecznych, ograniczenie spożywania kofeiny, smażonych potraw, fasoli.
- Utrzymanie odpowiedniej higieny okolic krocza chorego w celu uniknięcia rozwoju zakażenia.
- Zapewnienie pacjentowi basenu lub jeśli warunki na to pozwalają- osobnej toalety.
- Podaż środków przeciwdziałających biegunce zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Pobranie materiałów do badań na obecność *Clostridium difficile* zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Zapewnienie pacjentowi intymnych warunków, sprzyjającego środowiska.

- Częste wietrzenie sali pacjenta.

✓ **Realizacja interwencji pielęgniarских:**

- Przeprowadzono bilans płynów pacjenta.
- Pacjent stosuje się do zaleceń, przyjmuje około 2000ml płynów w ciągu doby.
- Pacjent ograniczył spożywanie produktów mlecznych, spożywania kofeiny, smażonych potraw, fasoli.
- Zadbano o codzienną toaletę okolicy krocza pacjenta.
- Zapewniono pacjentowi basenu do załatwienia potrzeb fizjologicznych.
- Chory otrzymywał Smectę zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Pacjentowi pobrano materiał do badań na obecność *Clostridium difficile* zgodnie ze zleceniem lekarskim.

✓ **Ocena wyników opieki:**

- Badania laboratoryjne wykazały obecność bakterii *Clostridium difficile* w pobranym materiale biologicznym.

➤ **Diagnoza pielęgniarська 6: Ryzyko wystąpienia neutropenii spowodowane zastosowaniem chemioterapii.**

- ✓ **Cel:** wczesne wykrycie neutropenii, niedopuszczenie do rozwoju zakażeń u pacjenta.

✓ **Planowane interwencje pielęgniarские:**

- Pobieranie krwi do badań laboratoryjnych w celu kontrolowania poziomu granulocytów.
- Regularne pomiary oraz dokumentacja parametrów życiowych pacjenta (ciśnienie tętnicze, tętno, temperatura ciała) w celu możliwie wczesnego wykrycia procesu zapalnego u chorego.
- Kontrola stanu odżywienia pacjenta, stosowanie diety bogatej w witaminę B oraz kwas foliowy.
- Przestrzeganie zasad aseptyki oraz antyseptyki podczas wykonywania procedur medycznych przy pacjencie.
- Zwrócenie pacjentowi uwagi na znaczenie utrzymania prawidłowej higieny jamy ustnej.

- Częściowa izolacja pacjenta w przypadku wykrycia neutropenii.
- Farmakoterapia zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- ✓ **Realizacja interwencji pielęgniarских:**
 - Pobrano krew do badań laboratoryjnych zgodnie ze zleceniem lekarza.
 - Codziennie kontrolowano podstawowe parametry życiowe pacjenta.
 - Zapewniono pacjentowi dietę wysokokaloryczną bogatą w witaminy.
 - Prowadzono codzienną kontrolę ilości spożywanego przez pacjenta pokarmu.
 - Przeprowadzono rozmowę z pacjentem na temat konieczności utrzymywania przez niego prawidłowej higieny jamy ustnej.
- ✓ **Ocena wyników opieki:**
 - Badania Laboratoryjne nie wykazały objawów neutropenii.
 - Parametry życiowe pacjenta pozostawały w normie.
 - Pacjent rozumie konieczność utrzymania przez niego prawidłowej higieny jamy ustnej.
- **Diagnoza pielęgniarська 7: Zmęczenie spowodowane anemią.**
- ✓ **Cel:** Wyrównanie poziomu czerwonych krwinek.
- ✓ **Planowane interwencje pielęgniarские:**
 - Ocena zdolności pacjenta do samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego za pomocą skali ADL oraz IADL.
 - Pobieranie krwi do badań laboratoryjnych zgodnie ze zleceniem lekarskim.
 - Rozmowa z pacjentem na temat znaczenia częstych przerw na odpoczynek w ciągu dnia i wagi dobrej organizacji czasu oraz dzielenia się obowiązkami z innymi, delegowania swoich zadań innym po powrocie ze szpitala.
 - Częste wietrzenie sali chorego, zadbanie o sprzyjające warunki środowiskowe (wilgotność powietrza 60-70%, temperatura otoczenia 18-20°C)
 - Doraźne stosowanie maski lub wążów tlenowych.
 - Stosowanie pozycji półwysokiej lub wysokiej podczas odpoczynku.
 - Unikanie gwałtownego wstawania; powolne zmiany pozycji w celu uniknięcia wystąpienia hipotonii ortostatycznej.

- Stosowanie farmakoterapii zgodnie ze zleceniem lekarskim (Ferrytyna 800ng/ml).

✓ **Realizacja interwencji pielęgniarских:**

- Oceniono zdolność pacjenta do samoopieki przy pomocy skal ADL oraz IADL.
- Pobrano krew pacjenta do badania laboratoryjnego zgodnie ze zleceniem lekarza.
- Podano pacjentowi preparaty żelaza zgodnie z kartą zleceń lekarskich.
- Stosowano doraźne tlenoterapię o przepływie 5L/minutę.
- Utrzymano temperaturę sali pacjenta na stałym poziomie 20⁰C oraz wilgotność na poziomie 65%.
- Przeprowadzono rozmowę z pacjentem o konieczności prowadzenia przez niego oszczędnego trybu życia, który polega na m.in.: robieniu przerw w czasie wysiłku fizycznego oraz dostosowanie aktywności fizycznej do aktualnego stanu zdrowia.
- Wyedukowano pacjenta o konieczności stopniowego i wolnego wstawania, a także stosowania pozycji półwysokiej celem zmniejszenia uczucia duszności.

✓ **Ocena wyników opieki:**

- Pacjent zgłasza poprawę samopoczucia po zastosowaniu tlenoterapii.
- Pacjent zastosował się do wskazówek odnośnie oszczędnego trybu życia.
- Po zastosowaniu terapii preparatami żelaza jego samopoczucie uległo poprawie.
- Chory opanował i planuje stosować w dalszym procesie leczenia technikę powolnego wstawania oraz pozycję półwysoką.

➤ **Diagnoza pielęgniarська 8: Niepokój i strach pacjenta o własne zdrowie i życie.**

✓ **Cel:** Uspokojenie pacjenta.

✓ **Planowane interwencje pielęgniarские:**

- Okazanie zrozumienia pacjentowi, zachęcanie go do wyrażania swoich uczuć i obaw.
- Danie pacjentowi możliwości zadawania pytań oraz uczciwe odpowiadanie na nie unikając używania specjalistycznej terminologii niezrozumiałej dla chorego.
- Stosowanie pochwał wobec postępów chorego, motywowanie go do walki z chorobą.
- Zachęcenie pacjenta do pisania dziennika w celu przepracowania przez niego negatywnych emocji.

- Motywowanie pacjenta do walki z chorobą poprzez przytaczanie pozytywnych wzorców pacjentów, którzy pokonali chorobę.
- Stworzenie atmosfery ciepła, zrozumienia i spokoju.

✓ **Realizacja interwencji pielęgniarских:**

- Zastosowano odpowiednie metody komunikacji m.in.: aktywne słuchanie, parafrazy, zachowanie otwartej postawy ciała oraz dotyk terapeutyczny. Okazano choremu zrozumienie i stworzono możliwość do wyrażania przez niego swoich uczuć i lęków. Nawiązano również więź terapeutyczną z pacjentem.
- Udzielono odpowiedzi na wszystkie pytania pacjenta dotyczące sposobów radzenia sobie z chorobą nowotworową.
- Zadbano o przyjazną i spokojną atmosferę.
- Zapropozowano pacjentowi spotkanie z innymi chorymi w celu przedstawienia pozytywnych wzorców pacjentów, którzy pokonali chorobę nowotworową oraz z pacjentami, którzy nadal borykają się z nią.
- Zmotywowano pacjenta do radzenia sobie z negatywnymi myślami i emocjami poprzez prowadzenie dziennika.

✓ **Ocena wyników opieki:**

- Pacjent zgłasza poprawę samopoczucia po rozmowie na temat radzenia sobie z chorobą nowotworową oraz po rozpoczęciu prowadzenia dziennika.
- Nawiązano więź terapeutyczną z pacjentem, dzięki czemu pacjent otwarcie zgłasza personelowi medycznemu swoje obawy.
- Spotkanie z innymi chorymi przyniosło pacjentowi ulgę i chęć do działania.

➤ **Diagnoza pielęgniarская 9: Obrzęki kończyn dolnych spowodowane chemioterapią.**

✓ **Cel:** Zmniejszenie obrzęków.

✓ **Planowane interwencje pielęgniarские:**

- Stosowanie farmakoterapii zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Zalecenie pacjentowi picia herbat z żurawiną, mniszkiem lekarskim, czarnym bzem, pokrzywą.

- Monitorowanie bilansu płynów pacjenta.
- Ograniczenie spożycia soli przez pacjenta.
- Stosowanie pończoch uciskowych oraz bandaży, w celu przeciwdziałania zakrzepom oraz zatorom.
- Codzienne monitorowanie masy ciała pacjenta w celu wykrycia zwiększenia lub zmniejszenia ilości nagromadzonej wody w organizmie.

✓ **Realizacja interwencji pielęgniarских:**

- Stosowano leki zmniejszające obrzęki zgodnie z kartą zleceń lekarskich.
- Podawano pacjentowi herbatę z żurawiną oraz pokrzywą.
- Prowadzono bilans płynów.
- Stosowano dietę wysokokaloryczną z obniżoną ilością soli.
- Zastosowano pończochy uciskowe.
- Monitorowano masę ciała pacjenta każdego dnia jego pobytu w Klinice.

✓ **Ocena wyników opieki:**

- Obrzęki kończyn dolnych pacjenta uległy zmniejszeniu.
- Pacjent wykazał spadek masy ciała o 2kg w ciągu tygodnia.
- Bilans płynów wykazał zwiększoną diurezę.

➤ **Diagnoza pielęgniarська 10: Ryzyko zakażenia obwodowego wkłucia żylnego.**

- ✓ **Cel:** Niedopuszczenie do rozwoju zakażenia, wczesne wykrycie pierwszych oznak procesu zapalnego toczącego się w organizmie.

✓ **Planowane interwencje pielęgniarские:**

- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas wykonywania czynności medycznych przy chorym.
- Obserwacja miejsca wkłucia, pod kątem wystąpienia objawów procesu zapalnego (zaczerwienienie, miejscowe ocieplenie skóry okolicy wkłucia, ropny wyciek, bolesność w miejscu wkłucia) przed każdorazowym dożylnym podaniem płynów.
- Sprawdzanie drożności kaniuli dożylnej oraz przepłukiwanie jej po podaniu leku, poprzez wprowadzenie do niej 2ml 0.9% NaCl.

✓ **Realizacja interwencji pielęgniarских:**

- Przestrzegano zasad aseptyki i antyseptyki w czasie wykonywania czynności pielęgnacyjnych przy pacjencie.
- Obserwowano miejsce wkłucia obwodowego przy każdorazowym dożylnym podaniu płynów.
- Utrzymano drożność wkłucia obwodowego poprzez podanie 2ml 0,9% NaCl przed oraz po podaży dożylnych płynów lub leków.

✓ **Ocena wyników opieki:**

- Nie wystąpiły objawy procesu zapalnego.
- Utrzymano drożność wkłucia obwodowego.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 11: Uporczywy kaszel spowodowany wieloletnim nikotynizmem.**

✓ **Cel:** Wyeliminowanie lub złagodzenie kaszlu.

✓ **Planowane interwencje pielęgniarckie:**

- Polecenie choremu przyjęcia pozycji półwysokiej lub wysokiej.
- Przeprowadzanie u chorego gimnastyki oddechowej.
- Oklepywanie klatki piersiowej w celu ewakuacji zalegającej w drogach oddechowych wydzieliny.
- Edukacja chorego na temat efektywnego odkrztuszania zalegającej wydzieliny oraz zapewnienie pacjentowi miski nerkowatej na ewakuowaną wydzielinę, a także ligniny do wytarcia ust.
- Rozmowa z pacjentem na temat szkodliwości palenia papierosów, ich negatywnego wpływu na zdolności regeneracyjne organizmu, układ oddechowy, układ krwionośny. Motywowanie pacjenta do rzucenia palenia papierosów.
- Zaproponowanie pacjentowi alternatyw ułatwiających rzucenie nałogu, takich jak plastry nikotynowe.
- Zwrócenie uwagi pacjenta na fakt, że jest odpowiedzialny za własne zdrowie i za efekty swojego leczenia.

✓ **Realizacja interwencji pielęgniarckich:**

- Przeprowadzono gimnastykę oddechową u chorego, polegającą na m.in.: oddychaniu z liczeniem, oddychaniu z rozciąganiem.
- Zastosowano oklepywanie klatki piersiowej chorego.
- Nauczono pacjenta metod efektywnego odkrztuszania.
- Przeprowadzono rozmowę z pacjentem na temat pozytywnych skutków rzucenia palenia tytoniu. Zaproponowano choremu alternatywne metody radzenia sobie z nałogiem.

✓ **Ocena wyników opieki:**

- Pacjent jest w stanie samodzielnie stosować metody efektywnego oddychania i odkrztuszania.
- Pacjent zgłasza łatwiejsze odkrztuszanie wydzieliny.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 12: Utrudnione poruszanie się oraz ograniczone samodzielne wykonywanie czynności dnia codziennego spowodowane wycieńczeniem organizmu.**

✓ **Cel:** Ułatwienie pacjentowi wykonywania czynności życia codziennego.

✓ **Planowane interwencje pielęgnarskie:**

- Asystowanie pacjentowi w wykonywaniu czynności higienicznych oraz poruszaniu się i jedzeniu, zapewnienie mu dostępu do basenu oraz kaczki.
- Motywowanie pacjenta do jak najdłuższego utrzymania samodzielności w wykonywaniu podstawowych czynności, takich jak jedzenie, picie, kąpiel.
- Zapewnienie pacjentowi urządzeń wspomagających ADL oraz IADL: gąbka do kąpieli z długą rączką, laska ortopedyczna lub chodzik.
- Zachęcanie pacjenta do korzystania z możliwości wypoczynku tak często jak będzie czuł, że tego potrzebuje.
- Ograniczenie bodźców środowiskowych mogących zakłócić sen pacjenta, takich jak hałas.
- Stosowanie diety zaspokajającej zapotrzebowanie energetyczne pacjenta, motywowanie pacjenta do unikania pomijania posiłków.
- Stosowanie farmakoterapii zgodnie ze zleceniem lekarskim.

✓ **Realizacja interwencji pielęgniarских:**

- Zapewniono pacjentowi pomoc pielęgniarską w wykonywaniu czynności dnia codziennego takich jak toaleta ciała, a także pomoce w postaci np. gąbki do kąpieli z długą rączką.
- Stworzono pacjentowi odpowiednie warunki do odpoczynku poprzez eliminację hałasu i zaciemnienie jego sali w czasie jego snu.
- Motywowano pacjenta do utrzymywania samodzielności w wykonywaniu czynności dnia codziennego oraz zachęcano go do unikania przemęczenia się i korzystania z wypoczynku w razie potrzeby.
- Zapewniono pacjentowi dietę wysokokaloryczną. Posiłki podawano w mniejszych porcjach oraz w mniejszych odstępach czasowych.
- Stosowano farmakoterapię zgodnie z kartą zleceń lekarskich.

✓ **Ocena wyników opieki:**

- Pacjent wykazuje chęć samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego.
- Pacjent korzysta z możliwości pomocy podczas wykonywania niektórych czynności oraz stosuje przerwy w przypadku zmęczenia.

➤ **Diagnoza pielęgniarская 13: Obniżony nastrój oraz zwiększone ryzyko rozwoju depresji spowodowane postawioną diagnozą oraz zastosowaniem wyczerpującego leczenia.**

✓ **Cel:** Wczesne rozpoznanie objawów depresji u pacjenta.

✓ **Planowane interwencje pielęgniarские:**

- Polecenie pacjentowi wypełnienia skali depresji Becka w celu jak najwcześniejszego jej rozpoznania.
- Zaproponowanie pacjentowi konsultacji z psychologiem.
- Otoczenie chorego atmosferą ciepła, troski, bezpieczeństwa oraz zrozumienia.
- Rozmowa z rodziną pacjenta na temat jego kondycji psychicznej, ewentualnych niepokojących objawów, które mogli zaobserwować.
- Rozmawianie z pacjentem przy okazji wykonywania procedur medycznych, pytanie o jego nastrój.

- Zapewnienie pacjenta o gotowości personelu do pomocy mu, rozmowy, zachęcenie pacjenta do dzielenia się swoimi emocjami.

✓ **Realizacja interwencji pielęgniarских:**

- Zastosowano skalę depresji Becka.
- Zaproponowano pacjentowi konsultację psychologiczną.
- Nawiązano więź terapeutyczną z pacjentem oraz stworzono przyjazną atmosferę poprzez rozmowę w czasie wykonywania czynności pielęgniarских.
- Skontaktowano się z rodziną pacjenta w celu lepszego zrozumienia jego kondycji psychicznej.

✓ **Ocena wyników opieki:**

- Pacjent zgodził się na konsultację medyczną.
- Pacjent odczuwa ulgę dzięki możliwości rozmowy z personelem medycznym na temat jego obaw dotyczących leczenia i choroby.
- Rodzina nie zgłosiła żadnych niepokojących zachowań pacjenta.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Niedrobnokomórkowy rak płuc jest powodem śmierci wśród największej grupy pacjentów onkologicznych, wiąże się z konsekwencjami drastycznie obniżającymi jakość życia oraz utrudniającymi codzienne funkcjonowanie. Najistotniejsze problemy sfery bio-psycho- społecznej, powodowane przez opisywany nowotwór, dotyczą wycieńczenia organizmu oraz bólu. Ponadto pacjenci, ze względu na stosowane leczenie, są wystawieni na szereg działań niepożądanych, wśród których wyróżniamy nudności, wymioty, utratę apetytu, biegunkę oraz zaparcia, a także bóle głowy, bóle stawów, zmiany skórne, pogłębienie zmęczenia, owrzodzenia ust oraz zaburzenia widzenia. Diagnostyka opisywanej w niniejszej pracy jednostki chorobowej opiera się na RTG oraz tomografii klatki piersiowej, pozytonowej tomografii emisyjnej (PET), bronchoskopii i bronchofiberoskopii.

1. Sformułowano indywidualny plan opieki pielęgniarskiej dla pacjenta cierpiącego na niedrobnokomórkowy nowotwór płuc. Zastosowane działania pielęgniarские przyniosły ulgę, w związku z dolegliwościami, z którymi borykał się pacjent. Jakość życia pacjenta była znacznie obniżona.

2. Na podstawie postawionych diagnoz pielęgniarских i celów dokonano planowania i realizacji interwencji pielęgniarских, z których udało się wykonać jedynie część, ponieważ pacjent był nadal w trakcie wyczerpującego leczenia.

3. Rolą pielęgniarki była obserwacja pacjenta, zbieranie informacji na temat jego obecnego stanu zdrowia oraz pomoc w rozwiązaniu problemów natury biologicznej, psychologicznej oraz społecznej.

PIŚMIENNICTWO:

1. Czyżykowski R., Tworek D., Potemski P.: Rak płuca [w:] Pulmonologia. Część I. Antczak A. (red.). Medical Tribune Polska, Warszawa, 2020, 361-423.
2. Brambilla E., Travis W. D.: Lung cancer [w:] World Cancer Report 2014. Stewart B.W., Wild C.P. International Agency for Research on Cancer, Lyon, 2014, 350-361.

KRS: 0000690380

prosalute.com.pl

PRO SALUTE

**DZIĘKUJEMY
ZA WSPARCIE!**

Stowarzyszenie Pro Salute
wspiera terapię i rehabilitację dzieci chorych
na Dystrofię Mięśniową Duchenne'a (DMD)
Chcesz nam pomóc?

**Przełącz 1% - STOWARZYSZENIE PRO SALUTE
KRS 0000690380**

wpłać na konto

Konto Stowarzyszenia na wszystkie cele statutowe

28 1950 0001 2006 0038 7745 0002

Bank: IDEA BANK S.A

Konto wyłącznie dla dzieci z dystrofią

71 1950 0001 2006 0038 7745 0004

Bank: IDEA BANK S.A

An abstract graphic of a molecular structure, possibly a protein or a complex molecule, rendered in a variety of colors including blue, green, red, yellow, and grey. 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 I TOM – 978-83 -962261-6-7