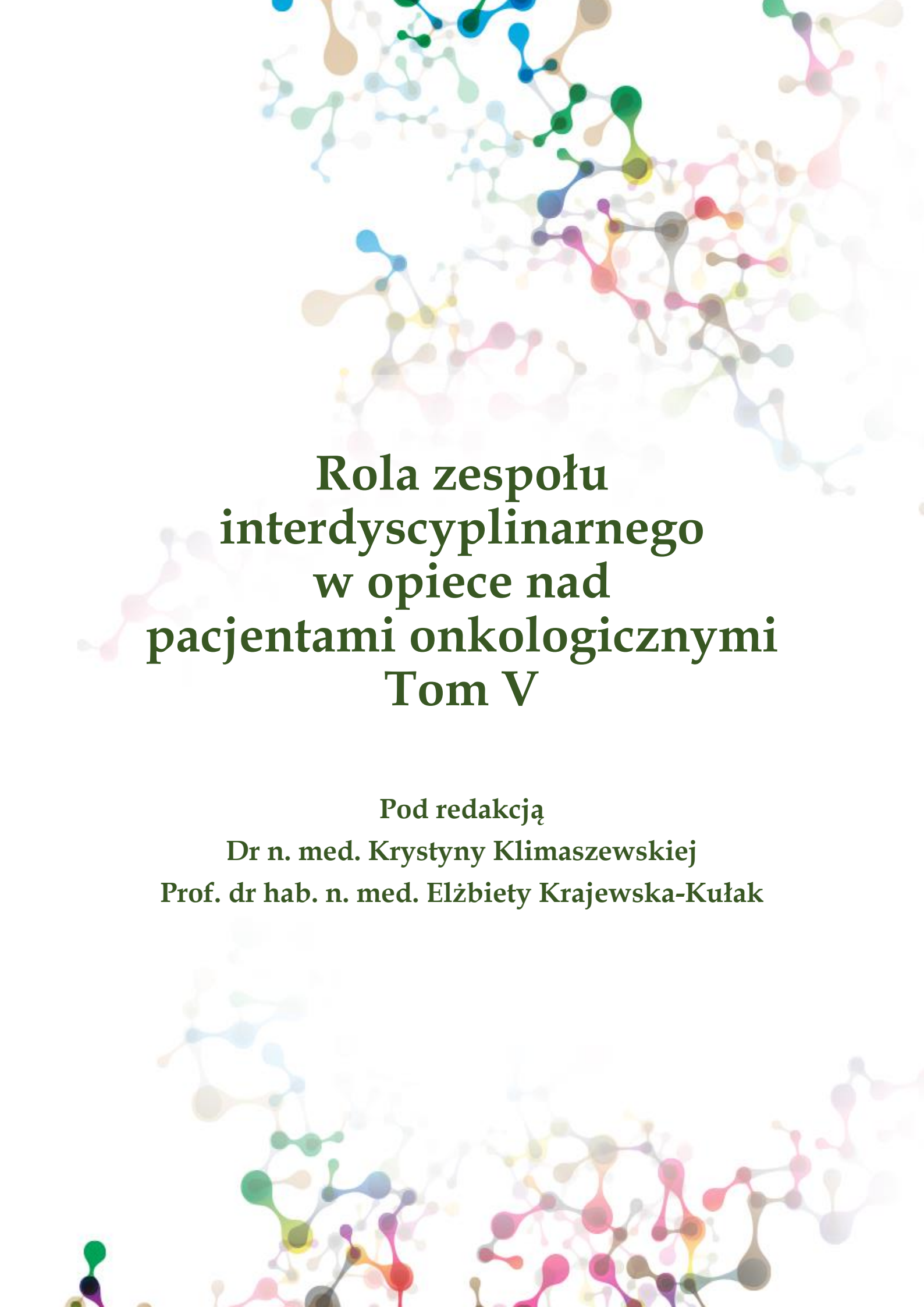




Rola zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentami onkologicznymi Tom V

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 V

Praca zbiorowa pod redakcją

Dr n. med. Krystyny Klimaszewskiej,

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

Białystok 2025

RECENZENCI MONOGRAFII

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

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

Dr hab. n. o zdr. Halina Doroszkiewicz

Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wydawca

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Kilińskiego1
Białystok

ISBN komplet

978-83-962261-5-0

ISBN V tom

978-83-978350-0-9

Wydanie I

Białystok 2025

Wszelkie prawa zastrzeżone

Opracowanie graficzne

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

Druk

Monografia wydana w formie pdf

Pełna wersja dostępna online na stronach

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

https://www.umb.edu.pl/monografie_konferencyjne

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 V

WYKAZ AUTORÓW

Baczewska Bożena

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

Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Interny i Pielęgniarstwa Internistycznego

Betke Katarzyna

Dr n. o zdr.

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

Brodowicz-Król Magdalena

Dr n. o zdr.

Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii Collegium Medicum Uniwersytetu Rzeszowskiego

Czaja Agnieszka

Lic. piel.

Absolwentka, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii Collegium Medicum Uniwersytetu Rzeszowskiego

Dąbrowska Julia

Lic. Piel.

Absolwentka, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii Collegium Medicum Uniwersytetu Rzeszowskiego

Hajec Weronika

Dr n. med. i n. o zdr.

*Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych,
Dział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Centrum Onkologii im. prof. Łukaszczyka w Bydgoszczy*

Jurkiewicz Marta

Dr n. med.

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyśle, Instytut Ochrony Zdrowia

Kępa Marzena

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Klimaszewska Krystyna

Dr n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Kopeć Justyna

Mgr piel.

II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Krajewska – Kułak Elżbieta

Prof. dr hab. n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Kruk Edyta

Dr n. o zdr.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Wydział Medyczny. Collegium Medicum Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Kulbaka Ewa

Dr n. med.

Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

Lesiak Aneta

Dr n. o zdr.

Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii Collegium Medicum Uniwersytetu Rzeszowskiego

Lewandowska Paulina

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Makar Małgorzata

Mgr piel.

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyśle, Instytut Ochrony Zdrowia

Piasecka Martyna

Mgr pielęgniarstwa

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy

Stębowska Julia

Lic. Piel.

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

Susik Judyta

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Szałach Agnieszka

Mgr piel.

Absolwentka, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Akademia Zamojska

Walczko Agnieszka

Mgr piel.

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyślu, Instytut Ochrony Zdrowia

Winiarczyk Alicja

Mgr piel.

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyślu, Instytut Ochrony Zdrowia

Winogrodzka Paulina

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Wiraszka Anna

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Wiśniewska Katarzyna

Dr n. med. i n. o zdr.

Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

Żurawska vel Dziurawiec Kinga

Dr n. med.

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyślu, Instytut Ochrony Zdrowia

SPIS TREŚCI

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTKĄ PO SPLENEKTOMII- STUDIUM PRZYPADKU W OPARCIU O ICNP®	15
<i>Katarzyna Betke, Julia Stębowska</i>	
ZAKRES REALIZOWANYCH FUNKCJI ZAWODOWYCH W OPIECE NAD PACJENTEM Z NOWOTWOREM JELITA GRUBEGO	32
<i>Julia Dąbrowska, Magdalena Brodowicz-Król, Aneta Lesiak</i>	
OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z RAKIEM TRZUSTKI	48
<i>Katarzyna Wiśniewska, Ewa Kulbaka, Paulina Lewandowska</i>	
OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z RAKIEM PRZĘŁYKU	68
<i>Katarzyna Wiśniewska, Ewa Kulbaka, Anna Wiraszka</i>	
OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z NOWOTWOREM ZŁOŚLIWYM TRZUSTKI	80
<i>Katarzyna Wiśniewska, Ewa Kulbaka, Paulina Winogrodzka</i>	
OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z NOWOTWOREM JELITA GRUBEGO Z WYŁONIONĄ KOŁOSTOMIĄ	92
<i>Katarzyna Wiśniewska, Ewa Kulbaka, Judyta Susik</i>	
OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM W TERMINALNEJ FAZIE RAKA TRZUSTKI	103
<i>Agnieszka Czaja, Magdalena Brodowicz-Król, Agnieszka Szalach, Edyta Kruk, Katarzyna Wiśniewska</i>	
OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO ZABIEGU OPERACYJNYM WOLA GUZOWEGO TARCZYCY	117
<i>Katarzyna Wiśniewska, Marzena Kępa</i>	
ZNACZENIE ZESPOŁU INTERDYSCYPLINARNEGO W OPIECE ZORIENTOWANEJ NA OSOBĘ NA ONKOLOGICZNYM ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII DOROSŁYCH	129
<i>Weronika Hajec, Martyna Piasecka</i>	
CZERNIAK – OBJAWY, DIAGNOSTYKA, LECZENIE	137
<i>Justyna Kopeć, Krystyna Klimaszewska</i>	

WIEDZA NA TEMAT CZERNIAKA I ZACHOWANIA PROFILAKTYCZNE SPOŁECZEŃSTWA, NA PRZYKŁADZIE MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO	149
<i>Justyna Kopeć, Krystyna Klimaszewska</i>	
ADAPTACJA I POZIOM AKCEPTACJI CHOROBY NOWOTWOROWEJ U PACJENTÓW, WYZWANIA PSYCHOLOGICZNE I SPOŁECZNE	173
<i>Alicja Winiarczyk, Agnieszka Waleczko, Kinga Żurawska vel Dziurawiec, Marta Jurkiewicz, Małgorzata Makar, Bożena Baczewska</i>	
DOŚWIADCZENIE NADZIEI W PERSPEKTYWIE OSÓB Z ANTROPOCENTRYCZNYM PODEJŚCIEM DO ŻYCIA W TERMINALNEJ FAZIE CHOROBY NOWOTWOROWEJ	182
<i>Agnieszka Waleczko, Alicja Winiarczyk, Kinga Żurawska vel Dziurawiec, Marta Jurkiewicz, Jolanta Kopeć, Bożena Baczewska</i>	
HOLISTYCZNE PODEJŚCIE DO WSPARCIA OSÓB W TERMINALNEJ FAZIE CHOROBY NOWOTWOROWEJ	192
<i>Agnieszka Waleczko, Alicja Winiarczyk, Kinga Żurawska vel Dziurawiec, Marta Jurkiewicz, Jolanta Kopeć, Bożena Baczewska</i>	
NADZIEJA JAKO CZYNNIK DUCHOWEGO PRZETRWANIA W TERMINALNEJ FAZIE CHOROBY NOWOTWOROWEJ	202
<i>Agnieszka Waleczko, Alicja Winiarczyk, Kinga Żurawska vel Dziurawiec, Marta Jurkiewicz, Jolanta Kopeć, Bożena Baczewska</i>	
POZIOM JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTÓW Z CHOROBAŁ NOWOTWOROWĄ: ASPEKTY FIZYCZNE, PSYCHICZNE I SPOŁECZNE	215
<i>Alicja Winiarczyk, Agnieszka Waleczko, Kinga Żurawska vel Dziurawiec, Marta Jurkiewicz, Jolanta Kopeć, Bożena Baczewska</i>	
NADZIEJA W PERSPEKTYWIE TEOCENTRYCZNEJ U OSÓB W TERMINALNEJ FAZIE CHOROBY NOWOTWOROWEJ	228
<i>Alicja Winiarczyk, Agnieszka Waleczko, Kinga Żurawska vel Dziurawiec, Marta Jurkiewicz, Bożena Baczewska</i>	

Wiem jedno: choroba jest tylko tłem do
tego, co dzieje się w życiu każdego z nas.
Dzięki niej na pewno łatwiej zrozumieć,
co jest dla nas ważne, a co nie.

Choroba dodaje nam odwagi, byśmy
walczyli o siebie.

Sylvia Pogorzelska



Słowo wstępne

Szanowni Państwo

Opieka nad pacjentem onkologicznym to jedno z największych wyzwań współczesnej medycyny. Postęp naukowy, dynamiczny rozwój technologii diagnostycznych i terapeutycznych oraz rosnące oczekiwania społeczne sprawiają, że skuteczne leczenie nowotworów wymaga nie tylko wysokospecjalistycznej wiedzy, lecz także ścisłej współpracy wielu profesjonalistów. W centrum tego procesu stoi pacjent – człowiek, którego potrzeby zdrowotne, emocjonalne i społeczne wymagają zintegrowanego, holistycznego podejścia.

Prezentowany **piąty tom monografii „Rola zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentami onkologicznymi”** stanowi kontynuację i pogłębienie rozważań nad znaczeniem współpracy specjalistów różnych dziedzin w praktyce klinicznej. Autorzy przedstawiają aktualne wyzwania, dobre praktyki oraz innowacyjne modele organizacji opieki, które sprzyjają skutecznemu leczeniu i poprawie jakości życia chorych.

Celem niniejszego tomu jest nie tylko przedstawienie aktualnego stanu wiedzy, ale również inspirowanie do dalszej refleksji i doskonalenia praktyki zawodowej. Mamy nadzieję, że zawarte tu treści będą wsparciem zarówno dla lekarzy, pielęgniarek, psychologów, fizjoterapeutów, dietetyków, jak i wszystkich osób zaangażowanych w proces opieki onkologicznej – przypominając, że prawdziwa skuteczność terapii tkwi we współdziałaniu i wzajemnym zrozumieniu.

Dr n. med. Krystyna Klimaszewska

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

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTKĄ PO SPLENEKTOMII- STUDIUM PRZYPADKU W OPARCIU O ICNP®

Katarzyna Betke¹, Julia Stębowska²

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

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

WPROWADZENIE

Splenektomia jest zabiegiem chirurgicznym polegającym na częściowym lub całkowitym usunięciu śledziony. Wskazaniami bezwzględnymi do jej wykonania może być uraz lub pęknięcie narządu, torbiel, ropień, nowotwór, a względnymi między innymi choroby hematologiczne (białaczka, czerwienica prawdziwa). Najczęściej wykonywana jest u pacjentów ze wskazań onkologicznych, zazwyczaj w trybie planowym, choć także u poszkodowanych np. po wypadkach komunikacyjnych - w trybie nagłym. Procedura usunięcia śledziony może być wykonana metodą laparoskopową lub też metodą laparotomii, czyli metodą otwartą poprzez nacięcie powłok brzusznych [1,2].

Śledziona należy do układu odpornościowego człowieka i jest jego największym narządem, choć stanowi także część układu krwiotwórczego [3,4]. Hipersplenizm czyli nadaktywność śledziony jest procesem sekwestracji oraz nadmiernej destrukcji, przez makrofagi śledzionowe, krwinek- neutrofilów, erytrocytów i płytek krwi. Ze względu na etiologię można wymienić hipersplenizm pierwotny, wtórny i utajony. Przykładem postaci pierwotnej jest pierwotny rozrost śledziony oraz nietropikalna idiopatyczna splenomegalia, etiologia tych zachorowań pozostaje nieznana. Hipersplenizm wtórny spowodowany jest najczęściej nowotworami złośliwymi, infekcjami, RZS, marskością wątroby czy między innymi nadciśnieniem tętniczym krwi. Hipersplenizm zazwyczaj powiązany jest z powiększeniem śledziony. Najważniejszym i najdokładniejszym wykonywanym badaniem jest scyntygrafia z zastosowaniem izotopu. Badanie to wykazuje podwyższoną aktywność

makrofagów w śledzionie i może stanowić wskazanie do przeprowadzenia zabiegu splenektomii [5,6].

Jednym z możliwych wskazań do wykonania splenektomii jest chłoniak dużych rozlanych komórek B- DLBCL (ang. *diffuse large B-cell lymphoma*- chłoniak rozlany z dużych komórek B), wywodzący się z dojrzałych limfocytów obwodowych B. Jest to nowotwór układu chłonnego, o agresywnym przebiegu, będący najczęściej występującym chłoniakiem - stanowi ok. 40% wszystkich zachorowań. Etiologia nadal pozostaje niewyjaśniona, natomiast wskazuje się na istotną rolę czynników predysponujących do zachorowania: praca i kontakt z pestycydami oraz innymi środkami chemicznymi, promieniowanie jonizujące, choroby układu chłonnego w rodzinie. Ryzyko wzrasta także w przypadku: wirusowego zapalenia wątroby typu C, chorób autoimmunologicznych, AIDS, immunosupresji, wrodzonych lub nabytych defektów immunologicznych, a także u chorych po chemioterapii. Ze względu na niestabilność genetyczną dochodzi do zaburzenia ekspresji onkogenów i utraty funkcji nowotworowych genów supresorowych. Mutacje zwiększają ryzyko zaburzeń w regulacji cyklu komórkowego jak i procesów proliferacji komórkowej i różnicowania komórek. W przeciwieństwie do onkogenów mutacje te pojawiają się w bardzo późno w stadiach opornych na leczenie przez co niemożliwe jest ich wczesne wykrycie i określenie podtypu DLBCL [7]. Diagnostyka obejmuje analizę objawów występujących u pacjenta oraz badań obrazowych i laboratoryjnych. Pierwszy objaw, który najczęściej zauważają chorzy - w 60% przypadków to powiększenie węzłów chłonnych. Węzły osiągają rozmiar przekraczający 2 cm, są niebolesne, a skóra w ich okolicy niezmieniona. U 40% chorych pojawia się guz, ale poza obszarem węzłów. Występują również objawy niecharakterystyczne takie jak: gorączka, chudnięcie, nocne poty, oraz objawy charakterystyczne dla zajętego przez guz obszaru (szpik kostny, śledziona, wątroba, przewodu pokarmowego, skóry, tarczycy, gruczoły piersiowe, OUN). U chorego wykonuje się badania obrazowe - USG, TK itp. oraz badania laboratoryjne min. morfologię krwi obwodowej, poziom LDH, biochemie parametrów nerek i wątroby, badania wirusologiczne. Możliwe jest wykonanie biopsji wycinającej czy też chirurgiczne wycięcie zmiany lub jeżeli jest to niemożliwe należy wykonać biopsję gruboigłową, co niestety często nie dostarcza wystarczającej ilości materiału diagnostycznego. W celu określenia stopnia zaawansowania choroby, po jej wykryciu, należy wykonać PET-CT lub gdy to niemożliwe CT z kontrastem. Dokonuje się także punkcji lędźwiowej i analizy płynu mózgowo-rdzeniowego w celu wykluczenia występowania zmian w OUN [6,7].

Pierwsza w historii splenektomia, została wykonana w 1549r roku w Neapolu. Zabiegu podjął się Andrea Zucarelli, asystował mu Leonardo Fioravanti. Operacja przeprowadzona była na młodej kobiecie ze względu na splenomegalię spowodowaną malarią. Według zapisu kobieta po 24 dniach była w stanie udać się już na msze. Zabieg został opisany przez Frioavanti'ego w „Il tesoro della vita Humana”, jednakże nie dostatecznie udokumentowany, ze względu na co wiarygodność tej operacji podlega wątpliwości. W 1826 roku w Niemczech Carl Freiderich Quittenbaum przeprowadził zabieg usunięcia śledziony. Pacjentka była operowana bez znieczulenia, zmarła po 6 godzinach od zabiegu. Przez wielu operacja uznawana jako pierwsza splenektomia na świecie, ze względu na odpowiednie udokumentowanie naukowe, w przeciwieństwie do zabiegu z Neapolu. Dopiero w 1867 roku we Francji Jules Péans dokonał pomyślnego usunięcia śledziony, bez zgonu pacjenta. Pierwsza splenektomia w Polsce została przeprowadzona 1896 roku przez Juliana Kosińskiego. Ze względu na inwazyjność zabiegu, metodą otwartą, zaczęto rozważać wykonywanie go metodą laparoskopową. Jako pierwszy dokonał tego w 1991 roku Andrea Delaitre, nie krótko po tym technika ta, zaczęła być również używana w Polsce. W grudniu 2010 roku nastąpił kolejny przełom w historii, ze względu na rozpoczęcie pracy z pomocą robota chirurgicznego DaVinci, przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu. Przy asyście robota wykonywana zaczęła także być splenektomia [8,9]. Powikłania po wykonaniu zabiegu splenektomii mogą wystąpić zarówno w trakcie trwania operacji, bezpośrednio po jej zakończeniu jak i w późniejszym okresie. Ryzykiem powikłań obarczony jest zarówno zabieg wykonywany metodą tradycyjną, jak i metodą laparoskopową [10]. Najpopularniejszym protokołem używanym w opiece okołoperacyjnej jest protokół ERAS. Protokół ten redukuje stres pacjenta, co ma pozytywny wpływ na proces gojenia się rany pooperacyjnej, zmniejszenie ryzyka powikłań oraz krótszą hospitalizację [11,12].

Pacjent po splenektomii nie wymaga przeszczepu śledziony, może bez niej żyć, jednakże odporność chorego pozostaje upośledzona do końca życia. Pacjenci każdego dnia narażeni są na infekcje, nawet wiele lat po zabiegu. Dodatkowym obciążeniem u pacjentów onkologicznych jest wdrożona chemioterapia i radioterapia. Dla osoby z brakiem śledziony szczególnie ważna jest profilaktyka zakażeń bakteriami otoczkowymi. Zalicza się tu szczepienia ochronne przeciwko zakażeniom pneumokokowym, meningokokom, *Haemophilus influenzae* typu b (Hib), grypie, tężcowi i błonicy (Td) [13].

CEL PRACY

Celem pracy było przedstawienie problemów pielęgnacyjnych występujących u pacjenta po zabiegu operacyjnym usunięcia śledziony oraz utworzenie wzorcowego procesu pielęgnowania zindywidualizowanego na potrzeby biopsychospołeczne pacjenta w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®).

MATERIAŁ I METODY

W pracy wykorzystano metodę studium przypadku do opisu sytuacji zdrowotnej 79-letniej pacjentki po zabiegu splenektomii z powodu nowotworu. Zastosowano wystandaryzowane narzędzia badawcze - skalę Barthel – do oceny samodzielności pacjenta w codziennym funkcjonowaniu., skalę VAS – do oceny dolegliwości bólowych, skalę ADL – do oceny podstawowych czynności życia codziennego, skalę IADL – do oceny zaawansowanych czynności życia codziennego, skala SWLS - do subiektywnej oceny satysfakcji pacjenta z życia, a także przeprowadzono kompleksowe badanie fizykalne pacjentki. Całościowa ocena stanu ogólnego oraz szczegółowa obserwacja pielęgnarska umożliwiły identyfikację głównych problemów badawczych chorej. Na podstawie zebranych informacji sformułowano diagnozy pielęgnarskie oraz zaplanowano adekwatne do nich interwencje. Proces pielęgnowania został opracowany zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Pielęgniarską ICNP®.

Opis przypadku

Pacjentka J.K, lat 79. W 2016 roku została poddana zabiegowi usunięcia śledziony, z powodu nowotworu. Zabieg wykonany był metodą laparotomii. W latach 2016-2017 pacjentka została poddana chemioterapii i radioterapii. Pacjentka choruje na przewlekłe zapalenie błony śluzowej żołądka, nadciśnienie tętnicze krwi, niedoczynność tarczycy, kamica pęcherzyka żółciowego (bez dolegliwości), od 2 lat migotanie przedsionków (lezione farmakologicznie).

Podstawowe parametry życiowe:

- ciśnienie tętnicze krwi: 135/89 mmHg
- tętno 98' uderzeń/minutę
- waga: 74kg
- wzrost: 156cm

-temperatura 37,1 °C

-saturacja : 97% SpO2

Stan fizyczny:

Zauważalnie podwyższone tętno, pacjentka choruje na migotanie przedsionków. Podwyższona temperatura związana jest z toczącym się zakażeniem układu moczowego. Pozostałe parametry życiowe w normie. Zależność pomiędzy wzrostem a wagą jest nieprawidłowa, BMI wyniosło 30,41, co oznacza 1 stopień otyłości. Pacjentka jest mobilna, ale porusza się przy pomocy balkonika i potrzebuje niewielkiej pomocy w czynnościach codziennych. Posiłki przygotowuje sama, natomiast przy sprzątanii mieszkania, czy też kąpieli potrzebuje asysty. W skali Barthel otrzymała wynik 75 punktów, co wskazuje, że jest osobą wymagającą częściowej opieki. W skali ADL pacjentka otrzymała wynik 5 punktów - wskazuje na samodzielność w zakresie czynności dnia codziennego, w skali IADL uzyskała 20 punktów - wskazuje na dużą samodzielność pacjentki, jednak mimo wszystko potrzebującej asysty. Chora szybko się męczy, wyzwaniem jest wejście nawet po kilku stopniach, deklaruje, że nie jest w stanie wejść na pierwsze piętro bez zadyszki, wymagana jest też pomoc i przerwy. Problem z poruszaniem się spowodowany jest także obrzękiem nóg, z wywiadu wynika, że nogi robią się twarde i bolesne w zależności od natężenia wysiłku w danym dniu oraz pogody. Pacjentka odżywia się prawidłowo, a jej dieta jest bogata w warzywa i owoce. Jednakże przyznaje, że okazjonalnie sięga po słodkie. Ze względu na zakażenie *Clostridium Difficile* w przeszłości, pacjentka ogranicza laktozę i stosuje się do zaleceń dietetycznych. Nie spożywa alkoholu i nie pali. Chora skarży się na ból kręgosłupa, w odcinku piersiowym oraz lędźwiowym, w skali VAS ocenia ból na 6. Pacjentka jest po operacji zaćmy na obu oczach, po zabiegu histerektomii w latach 80, zaćmy oraz po splenektomii z powodu chłoniaka typu B w 2016r. Najnowsze badanie PET/CT nie wykazuje wznowy nowotworu ani znacznych zmian od czasu zakończenia chemioterapii.

Stan psychiczny:

Pacjentka zorientowana co do czasu i miejsca w, którym się znajduje. Kontakt logiczny zachowany. Jest świadoma swojej choroby, ale ignoruje swój stan. Mimo problemów z poruszaniem się, pacjentka prowadzi samochód. Chorej najbardziej dokucza inkontynencja, stresuje ją to, że nie kontroluje w pełni oddawania moczu. Czuje się tym

skrepowana. W skali SWLS pacjentka otrzymała 23 punkty co wskazuje na średni poziom satysfakcji z życia.

Funkcjonowanie społeczne

Pacjentka nieaktywna zawodowo, na emeryturze. Czas spędza zazwyczaj w domu, okazjonalnie udaje się na zakupy lub też na krótki spacer, jeżeli pozwala jej na to stan zdrowia. Chorą wspiera rodzina, syn i synowa.

Przyjmowane leki:

- Euthyrox N 50/75mg; Bisocard 5 mg; Xarelto 15mg; Tenox 5mg; Prestarium 5 mg; Milurit 100 mg; Enterol 250 mg; Sorbifer Durules 100mg Fe²⁺ + 60 mg; Digoxin Teva 100 mcg.

WYNIKI

Proces pielęgnowania polega na zaplanowanych i celowych działaniach pielęgniarskich w celu poprawy stanu zdrowia pacjenta [44,45].

PROCES PIELĘGNOWANIA PACJENTA PO SPLENEKTOMII W OPARCIU O ICNP®

Diagnoza 1. Zwiększone ryzyko infekcji spowodowane obniżeniem odporności po zabiegu splenektomii	
Diagnoza 1 według ICNP®. Potencjalne ryzyko [10017252] infekcja [10023032] zaburzony proces układu immunologicznego [10041093]	
Interwencje	
Klasyczne ujęcie działań pielęgniarskich	ICNP®
- izolacja pacjentki	-ocenie podatności na infekcje [10002821]
- zapewnienie środków ochrony dla pacjentki i jej rodziny	-zapewnienie materiału instruktażowego [10024493]
-stosowanie środków ochrony np. maseczki, jednorazowe fartuchy przez zespół terapeutyczny	-zastosowanie urządzenia zabezpieczającego [10002472]
-edukacja pacjentki i jej rodziny odnośnie	-administrowanie leczeniem profilaktycznym

prawidłowej higienie i dezynfekcji rąk	[10001827] -nauczanie o środkach bezpieczeństwa 10024687] -ocenianie barier przestrzegania zaleceń [10024214]
Implementacja 1. Korzystanie ze środków bezpieczeństwa, zapewnienie pacjentce jednoosobowej sali, edukacja i motywacja rodziny do przestrzegania zaleceń Ewaluacja 1. Ryzyko infekcji zmalało po wprowadzeniu środków bezpieczeństwa Wynik 1 według ICNP®. Bez infekcji [10028945]	
Diagnoza 2. Częste infekcje pęcherza moczowego spowodowane obniżeniem odporności po zabiegu splenektomii Diagnoza 2 według ICNP®. Infekcja dróg moczowych [10029915] zaburzony proces układu immunologicznego [10041093] Interwencje	
Klasyczne ujęcie działań pielęgniarских -Izolacja pacjentki -Zachęcenie pacjentki do przyjmowania dużej ilości płynów -Zachęcenie pacjentki do noszenia czystej i przewiewnej, najlepiej bawełnianej, bielizny -Edukacja pacjentki odnośnie dbania o higienę okolic intymnych	ICNP® - zapewnienie materiału instruktażowego [10024493] - nauczanie o środkach bezpieczeństwa 10024687] -ocenianie barier przestrzegania zaleceń [10024214] - promowanie samoopieki [10026347]
Implementacja 2. Odpowiednia higiena okolic intymnych, prowadzenie bilansu płynów, motywacja pacjentki do dbania o higienę oraz do picia dużej ilości płynów Ewaluacja 2. Zmniejszone ryzyko infekcji dróg moczowych	

Wynik 2 według ICNP® adekwatne nawodnienie [10042065] bez zakażenia [10028950]	
Diagnoza 3. Ryzyko odparzeń spowodowane częstymi biegunkami	
Diagnoza 3 według ICNP®. Zaburzona funkcja układu pokarmowego [10022931] biegunka [10000630] rana oparzeniowa [10029737]	
Interwencje	
Klasyczne ujęcie działań pielęgniarских	ICNP®
-regularna higiena odbytu i jego okolic	-monitorowanie perystaltyki jelit [10037211]
-nawilżanie okolic odbytu	- utrzymanie godności i prywatności [10011527]
- stosowanie probiotyków	-oceniać kontrolę objawów [10026161]
-regularna zmiana bielizny	
-kontrola liczby wypróżnień	
- wspieranie emocjonalne pacjenta i dbanie o jego komfort	
Implementacja 3. Dbanie o higienę pacjentki, motywacja do stosowania się do zaleceń, wspieranie pacjentki oraz zadbanie o komfort i prywatność	
Ewaluacja 3. Rana na odbycie nie rozwinęła się	
Wynik 3 według ICNP® brak urazu [10028966]	
Diagnoza 4 Obniżony nastrój spowodowany złym samopoczuciem	
Diagnoza 4 według ICNP®. smutek [10040662] bezradność [10039952] brak nadziei[10000742]	
Interwencje	
Klasyczne ujęcie działań pielęgniarских	ICNP®
	-oceniać akceptacji statusu zdrowia

-zapewnienie konsultacji psychologicznej -wspieranie pacjentki w trudnościach -motywowanie pacjentki -leczenie objawów dokuczających pacjentce	[10026249] -ocenie nastroju depresyjnego [10026055] -zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051] -promowanie nadziei [10024440]
Implementacja 4. Rozmowa z pacjentką, wspieranie pacjentki, rozmowa z psychologiem, zapewnienie bezpiecznej przestrzeni do rozmowy Ewaluacja 4. Nastrój pacjentki uległ poprawie Wynik 4 według ICNP® efektywne radzenie sobie [10022378]	
Diagnoza 5. Ryzyko upadku spowodowane osłabieniem/ograniczoną mobilnością Diagnoza 5 według ICNP®. Ryzyko upadku [10015122] zaburzona mobilność [10001219] Interwencje	
Klasyczne ujęcie działań pielęgniarских - edukacja pacjenta odnośnie prewencji upadków - edukacja rodziny pacjenta odnośnie prewencji upadków -ocena mobilności pacjenta - zapewnienie konsultacji u fizjoterapeuty	ICNP® -nauczanie o prewencji upadków [10040253] -nauczanie rodziny o prewencji upadków [10040269] -kierowanie na fizykoterapię [10024019] - współdziałanie z fizjoterapeutą [10050378] -ocenie ryzyka upadków [10023520] -prewencja upadków [10040211]
Implementacja 5. Edukacja pacjenta i jego rodziny odnośnie przygotowania najbliższego środowiska pacjenta do bezpiecznego poruszania się, konsultacja z fizjoterapeutą Ewaluacja 5. Ryzyko upadku zostało znacznie obniżone Wynik 5 według ICNP® bez upadku [10034704]	

Diagnoza 6 Wysoki poziom wyedukowania rodziny odnośnie choroby	
Diagnoza 6 według ICNP®. Adekwatna wiedza [10027112] wiedza rodziny o chorobie [10037658]	
Interwencje	
Klasyczne ujęcie działań pielęgniarских	ICNP®
- motywowanie rodziny do utrzymywania stanu wiedzy	-wzmacnianie osiągnięć [10026427]
-wspieranie rodziny w zdobywaniu dalszej wiedzy	-wspieranie opiekuna [10024570]
	-ocenie stopnia radzenia sobie rodziny [10026600]
Implementacja 6. Motywowanie rodziny do dalszego pogłębiania wiedzy, wspieranie rodziny, pozytywna ocena dotychczasowych działań rodziny	
Ewaluacja 6. Rodzina otrzymała wsparcie w zakresie wiedzy	
Wynik 6 według ICNP® pozytywne wsparcie pacjenta [10045702]	
Diagnoza 7 Pozytywne nastawienie pacjentki do współpracy z zespołem terapeutycznym	
Diagnoza 7 według ICNP®. Pozytywna postawa wobec opieki [10022275]	
Interwencje	
Klasyczne ujęcie działań pielęgniarских	ICNP®
-utrzymywanie dobrych relacji z pacjentką	-promowanie nadziei [10024440]
-utworzenie atmosfery wsparcia i wzajemnego zaufania	-ustalenie zaufania [10024396]
	-ustalenie relacji [10023738]
	-zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051]
Implementacja 7. Zapewnienie atmosfery wsparcia oraz motywacja pacjentki do dalszego pozytywnego myślenia	
Ewaluacja 7. Pozytywne nastawienie pacjentki odnośnie opieki utrzymało się	

Wynik 7 według ICNP® Pozytywna postawa wobec opieki [10022275]	
Diagnoza 8. Dyskomfort spowodowany wzmożonym parciem na mocz z powodu infekcji pęcherza	
Diagnoza 8 według ICNP®. Dyskomfort [10023066] zaburzona funkcja układu moczowego [10001359]	
Interwencje	
Klasyczne ujęcie działań pielęgniarских	ICNP®
- zapewnienie pacjentce bliskiego dostępu do toalety	-ocenianie nastroju depresyjnego [10026055]
-zapewnienie pacjentce wkładek na wypadek ewentualnego oddania moczu	-wspieranie statusu psychologicznego [10019161]
-zachęcenie pacjentki do picia preparatów ziołowych np. z żurawiną	-zapewnienie urządzenia zabezpieczającego [10024527]
-wspieranie emocjonalne pacjentki	
Implementacja 8. Zapewniono wsparcie emocjonalne dla pacjentki, oraz zaopatrzone pacjentkę we wkładki na wypadek inkontynencji, położono pacjentkę w sali z prywatną toaletą	
Ewaluacja 8. Komfort pacjentki poprawił się	
Wynik 8 według ICNP® komfortowy [10025574] efektywne radzenie sobie [10022378]	
Diagnoza 9. Dyskomfort spowodowany inkontynencją spowodowaną osłabieniem mięśni dna miednicy	
Diagnoza 9 według ICNP®. dyskomfort [10023066] ryzyko nagłej inkontynencji moczu [10026848]	
Interwencje	
Klasyczne ujęcie działań pielęgniarских	ICNP®

-zapewnienie pacjentce wkładek, chłonnych majtek -wsparcie emocjonalne pacjentki -zapewnienie konsultacji psychologicznej -ocena radzenia sobie pacjentki	ocenianie postawy wobec choroby [10024192] -zapewnienie urządzenia zabezpieczającego [10024527] -utrzymanie godności i prywatności [10011527] -wspieranie statusu psychologicznego [10019161] -zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051]
Implementacja 9. Zaopatrzenie pacjentki we wkładki, konsultacja psychologa, wsparcie emocjonalne pacjentki Ewaluacja 9. Komfort pacjentki poprawił się Wynik 9 według ICNP® komfortowy [10025574]	
Diagnoza 10. Dyskomfort spowodowany hemoroidami Diagnoza 10 według ICNP®. dyskomfort [10023066] hemoroidy [10043267] Interwencje	
Klasyczne ujęcie działań pielęgniarских -zapobieganie zaparciom, stosowanie środków zmiękczających stolec -wspieranie pacjentki -edukacja rodziny odnośnie zapobieganiu zaparciom -nauka pacjenta i jego rodziny o aplikacji czopków -edukacja pacjenta odnośnie zapobiegania	ICNP® -administrowanie lekiem [10025444] -demonstrowanie sposobu podawania leku [10024354] -ewaluacja odpowiedzi na lek [10007182] -monitorowanie perystaltyki jelit [10037211] -prewencja urazu mechanicznego [10015683] -zapewnienie materiału instruktażowego [10024493]

zaparciom -zapropowanie pacjentowi zakupu poduszki ortopedycznej z otworem w okolicach odbytu w celu odciążenia miejsca bólowego i zapobiegnięciu naruszenia hemoroidu	-promowanie samoopieki [10026347]
Implementacja 10. Edukowanie pacjenta i jego rodziny odnośnie prewencji zaparć, kontrolowanie stanu pacjenta, edukacja odnośnie aplikacji czopków doodbytniczo Ewaluacja 10. Komfort pacjentki poprawił się Wynik 10 według ICNP® brak urazu [10028966] komfortowy [10025574]	
Diagnoza 11. Ryzyko udaru spowodowane migotaniem przedsionków Diagnoza 11 według ICNP®. Ryzyko zaburzenia funkcji obwodowej nerwowo-naczyniowej [10015228] ryzyko krwotoku [10017268] Interwencje	
Klasyczne ujęcie działań pielęgniarских -motywowanie pacjenta do przyjmowania leków zgodnie z zaleceniem lekarskim -monitorowanie parametrów pacjenta -współpraca z lekarzem	ICNP® -monitorowanie statusu neurologicznego [10035326] -współdziałanie z lekarzem [10023565] - zapewnienie materiału instruktażowego [10024493] - nauczanie o środkach bezpieczeństwa [10024687] -ocenie barier przestrzegania zaleceń [10024214]
Implementacja 11. Monitorowanie parametrów życiowych pacjentki, konsultacja kardiologiczna, kontynuacja przyjmowania leków zgodnie ze zleceniem lekarskim Ewaluacja 11. Ryzyko zostało zmniejszone	

Wynik 11 według ICNP®. Efektywna funkcja układu nerwowego [10027675]	
Diagnoza 12. Ból kręgosłupa spowodowany zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa	
Diagnoza 12 według ICNP®. ból [10023130] ból kości [10003569]	
Interwencje	
Klasyczne ujęcie działań pielęgniarских	ICNP®
-ocenie bólu pacjentki	-administrowanie lekiem [10025444]
-leczenie bólu	-monitorowanie bólu [10038929]
-edukacja odnośnie nie farmakologicznych sposobów radzenia sobie z bólem	-zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051]
-wsparcie emocjonalne pacjentki	-współdziałanie z fizjoterapeutą [10050378]
-konsultacja z fizjoterapeutą	
Implementacja 12. Oceniono ból pacjentki i rozpoczęto leczenie, wsparcie emocjonalne, konsultacja z fizjoterapeutą	
Ewaluacja 12. Ból oceniony przez pacjentkę na 0 w skali VAS, brak bólu u pacjentki	
Wynik 12 według ICNP® bez bólu [10029008]	

DYSKUSJA

Chłoniak z rozlanych limfocytów B to najczęstszy nowotwór układu chłonnego. Jest agresywną i szybko postępującą chorobą. Leczenie rozpoczyna się od chirurgicznego usunięcia guza, a następnie przechodzi się do chemioterapii. Przypadek opisanej pacjentki potwierdza, że odpowiednie leczenie oraz adekwatne interwencje mają znaczny wpływ na zdrowie i życie pacjentki. U kobiety w 2016 roku zdiagnozowano guza śledziony i przeprowadzono leczenie operacyjne. Z badania histopatologicznego wynikało, że jest to zmiana nowotworowa, chłoniak nieziarniczny NHL. W trybie natychmiastowym po zabiegu została wdrożona chemioterapia i radioterapia [7].

Splenektomia jest zabiegiem chirurgicznym ratującym życie. Pacjent po zabiegu usunięcia śledziony boryka się z wieloma problemami. Jednym z nich jest deficyt odporności obserwowany u większości pacjentów po tym zabiegu. Może on wystąpić u pacjentów do nawet 20 lat po zabiegu. Szczególnie narażone są dzieci oraz osoby po 80 roku życia. Stosowane regularnie szczepionki, w celu uniknięcia infekcji, są wsparciem dla pacjentów, jednak zawsze występuje ryzyko. Roliński, Siedlarska i Węsik-Szewczyk (2023) w swym opracowaniu wykazali, że ryzyko infekcji powiązane z usunięciem śledziony, a jej funkcją w procesie usuwania bakterii otoczkowych. Zakażenie zagrażające życiu bakterią np. *S. pneumoniae* może wystąpić nawet do kilku lat po zabiegu, w tym przypadku śmiertelność wynosi od 50% do aż 70%. W związku z tak poważnym ryzykiem u pacjentów należy wprowadzać odpowiednie działania w celu zminimalizowania ryzyka wystąpienia zakażenia. Jednym z działań profilaktycznych jest szczepienie w celu uniknięcia potencjalnych infekcji. Prewencja jest kluczowa, dlatego wprowadzone w interwencjach działania były potrzebne w celu zminimalizowania ryzyka infekcji [14]. Opisana pacjentka często doświadcza infekcji pęcherza moczowego. W literaturze podobne doniesienia przedstawia Kupilas (2010). Wskazuje on, że przewlekłe zakażenia układu moczowego mogą występować u pacjentów z obniżoną odpornością. Z badania wynika również, że w ok.80% przypadków infekcje powodują bakterie, pałeczki jelitowe, *E.Coli*. W niniejszej pracy zaobserwowano występowanie częstych ZUM-ów skorelowanych z współistniejącymi biegunkami, co potwierdza doniesienia Kupilasa [15].

Zespół pielęgniarski pełni niezwykle ważną rolę w procesie opieki nad chorym, musi wykazać się umiejętnością obserwacji, analizy i trafnych interwencji. Ważnym jest określenie problemu oraz zaplanowanie odpowiednich działań. Stan pacjentki, dzięki zindywidualizowanym interwencjom pielęgniarskim, poprawił się. Działania pielęgniarskie jak i współpraca z rodziną są kluczowym aspektem w opiece nad pacjentem.

WNIOSKI

1. Splenektomia jest zabiegiem chirurgicznym ratującym życie, który wiąże się z upośledzeniem odporności na całe życie.
2. Pielęgniarka pełni ważną rolę w zespole interdyscyplinarnym, samodzielnie diagnozuje problemy pielęgnacyjne pacjenta i podejmuje zindywidualizowane interwencje w celu poprawy stanu chorego.

3. Podejmowanie adekwatnych do stanu zdrowia pacjenta interwencji oraz zachęcanie chorego do uczestniczenia w procesie terapeutycznym pozytywnie wpływa na stan i samopoczucie chorego.
4. Zastosowanie klasyfikacji ICNP® dało możliwość kompleksowej realizacji działań zorientowanych na dobrostan pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

1. Karlikowska-Skwarnik M.: Powiększenie śledziony (splenomegalia): przyczyny, objawy i leczenie. Medycyna Praktyczna. Wrocław 2022
2. Fransvea P., Costa G., Serao A. et al.: Laparoscopic splenectomy after trauma: Who, when and how. A systematic review. Journal of Minimal Access Surgery. 2021; 17(2):141-146. DOI: 10.4103/jmas.JMAS_149_19. PMID: 31670290; PMCID: PMC8083752.
3. Mahadevan V.: Anatomy of the pancreas and spleen, Surgery (Oxford), Volume 37, Issue 6, 2019, Pages 297-301, ISSN 0263-9319,
4. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2019.04.008>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026393191930095X>)
5. Suttorp M., Friedrich Classen C.: Splenomegaly in children and adolescents. Frontiers in Pediatrics, 2021; 9: 704 635, tłumaczenie: lek. Paulina Sieniawska, <https://www.mp.pl/pediatrica/artykuly-wytyczne/artykuly-przegladowe/279332,powwiekszenie-sledziony-u-dzieci-i-mlodziezy> [odczyt na dzień 10.01.2024r.]
6. Malinowska I.: Diagnostyka splenomegalii i hipersplenizmu. Pediatra po Dyplomie. 2022;26(5):27-33.
7. Alpert N., Rapp J.L., Mascarenhas J., et al.: Prevalence of Cytopenia in the General Population-A National Health and Nutrition Examination Survey Analysis. Frontiers in Oncology. 2020 Nov 20;10:579075.
8. DOI: 10.3389/fonc.2020.579075. PMID: 33330056; PMCID: PMC7714991.
9. Warzocha K.: Chłoniaki rozlane z dużych komórek B. Onkologia w Praktyce Klinicznej-Edukacja 6.A, 2020: 411-438.
10. Celani, R. Fioravanti L. In: Sgarbi, M. (eds) Encyclopedia of Renaissance Philosophy. Springer, 2022, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-14169-5_1191, [odczyt na dzień 9.01.2024r.]

11. Pandit N., Awale L., Adhikary S.: Modified Makuuchi incision for major upper abdominal surgeries. *Polski Przegląd Chirurgiczny*. 2019; 22;91(6):15-19. DOI: 10.5604/01.3001.0013.5382. PMID: 31849352.
12. Tahir F., Ahmed J., Malik F.: Post-splenectomy Sepsis: A Review of the Literature. *Cureus*. 2020, 6;12(2):e6898. DOI: 10.7759/cureus.6898. PMID: 32195065; PMCID: PMC7059871.
13. Elias KM., Stone AB., McGinagle K. et al.: The Reporting on ERAS Compliance, Outcomes, and Elements Research (RECOVER) Checklist: A Joint Statement by the ERAS® and ERAS® USA Societies. *World Journal of Surgery*. 2019, 43(1):1-8. DOI: 10.1007/s00268-018-4753-0. PMID: 30116862; PMCID: PMC6313353.
14. Pisarska M., Czuczwar M., Pędziwiatr M., Szczeklik W.: Praktyka kliniczna – opieka okołoperacyjna. Podstawowe zasady protokołu opieki okołoperacyjnej ERAS. *Med. Prakt.*, 2020; 1: 109–117
15. Babicki, M., Mastalerz-Migas, A.: Szczepienia zalecane. *Lekarz POZ* 4/2021 file:///C:/Users/katar/Downloads/LPOZ_Art_45394-10.pdf, , [odczyt na dzień 9.01.2024r.]
16. Roliński J., Siedlar M., Więsik-Szewczyk E. Asplenia i hiposplenizm.: *Alergologia : podręcznik specjalistyczny* Kraków Medycyna Praktyczna, 2024: 542-544
17. Kupilas A.: Przewlekłe zakażenia układu moczowego. *Przegląd Urologiczny*, 2010, 5: 19-24.

ZAKRES REALIZOWANYCH FUNKCJI ZAWODOWYCH W OPIECE NAD PACJENTEM Z NOWOTWOREM JELITA GRUBEGO

Julia Dąbrowska¹, Magdalena Brodowicz-Król², Aneta Lesiak²

1 - Absolwentka, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii Collegium Medicum Uniwersytetu Rzeszowskiego

2- Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii Collegium Medicum Uniwersytetu Rzeszowskiego

WSTĘP

Nowotwór to zmiana, która powstaje w wyniku niekontrolowanego podziału komórek. Komórki nie tworzą normalnych tkanek danego narządu. Rosną i konkurują ze zdrowymi komórkami o zasoby, które są potrzebne do prawidłowego funkcjonowania. Nowotwór rozwija się w wyniku stopniowego gromadzenia się, uszkodzeń w materiale genetycznym komórek[1]. Rak to złośliwy nowotwór, który powstaje z komórek nabłonkowych. Jego komórki dzielą się w sposób niekontrolowany i ignorują sygnały regulujące ich wzrost i niszczenie. Mogą naciekać do sąsiednich tkanek, przez co granica między nowotworem a zdrową tkanką jest niewyraźna. Mają również zdolność rozprzestrzeniania się przez naczynia limfatyczne i krwionośne do innych części ciała, gdzie tworzą nowe ogniska tzw. przerzuty [8]. Gruczolakorak to łagodny nowotwór nabłonkowy tworzący struktury gruczołowe lub wywodzący się z nabłonka gruczołowego, w którym nastąpiła proliferacja i dysplazja; może ulegać transformacji do złośliwego gruczolakoraka [1]. Gruczolakorak to nowotwór złośliwy wywodzący się z nabłonka wyściełającego gruczoły i przewody [1]. 90% przypadków nowotworów jelita grubego stanowi gruczolakorak o różnym stopniu złośliwości histologicznej [tabela 1]. Stopień zróżnicowania nowotworu ocenia się na podstawie badania histopatologicznego materiału pobranego w biopsji lub po resekcji guza [1, 2, 3]. Rzadziej rozpoznawany (<10%) jest rak gruczołowy śluzowy oraz rak śluzowo – komórkowy. Sporadycznie występuje: rak drobnokomórkowy, rak gruczołowo – płaskonabłonkowy, rak płaskonabłonkowy, rak rdzeniasty oraz rak niezróżnicowany [1].

Do stanów przedrakowych zalicza się występowanie pojedynczych gruczolaków, rodzinne polipowatości oraz przewlekłe choroby zapalne jelit.

Ze względu na pochodzenie oraz cechy histologiczne WHO wyróżnia takie nowotwory jelita grubego jak: [2, 4, 5]

1. Nowotwory pochodzenia nabłonkowego:

- a) Gruczolak
 - cewkowy,
 - kosmkowy,
 - kosmkowo-cewkowy,
 - ząbkowany,
- b) Śródnabłonkowa dysplazja związana z przewlekłymi chorobami zapalnymi
 - niskiego stopnia,
 - wysokiego stopnia,
- c) rak
 - gruczolowy,
 - gruczolowy śluzotwórczy,
 - sygnetowokomórkowy,
 - rak drobnokomórkowy,
 - łuskowokomórkowy,
 - gruczolowo-łuskowy,
 - rdzeniasty,
 - niezróżnicowany,
- d) rakowiak
 - dobrze zróżnicowany nowotwór endokrynnny produkujący serotonin
 - rakowiakogruczolakorak

2. Nowotwory pochodzenia nienabłonkowego:

- tłuszczak,
- mięśniak gładkokomórkowy,
- nowotwór podścieliskowy,
- mięśniakomięsak gładkokomórkowy,
- naczyniakomięsak,
- mięsak Kaposiego,
- czerniak złośliwy,
- inne,

3. Chłoniak;
4. Polip nienowotworowy (hiperplastyczny, Peutz-Jeghersa lub młodzieńczy) [4].

Klasyfikacja NICE jest stosowana do oceny polipów jelita grubego przy użyciu badania endoskopowego. Polipy oceniane są względem trzech cech: koloru, struktury naczyń, ujścia krypt gruczolowych. [9]. Na podstawie tych kryteriów zmiany rozpoznawane są jako: nie gruczolaki (NICE 1) co oznacza łagodnego polipa lub błonę śluzową bez zmian; gruczolaki – NICE 2; złośliwego raka – NICE 3.

Przed rozpoczęciem leczenia należy dokonać oceny zaawansowania nowotworu jelita grubego. Służy temu klasyfikacja TNM. Pomaga w określeniu wielkości guza, obecności przerzutów do węzłów chłonnych i ewentualnych przerzutów odległych. Klasyfikacja TNM jest szeroko stosowana do planowania leczenia oraz prognozowania przebiegu choroby. Klasyfikacja ta składa się z trzech elementów:

- oceny wielkości guza pierwotnego (T - tumor – guz)
- stanu regionalnych węzłów chłonnych (N - nodus – węzeł)
- braku lub obecności przerzutów odległych (M - metastases – przerzuty)

Cecha T określa stopień rozrostu guza pierwotnego i ilość zajętych przez niego otaczających tkanek w skali od 0 do 4. Stopień 4 oznacza najwyższe stadium nowotworu.

Cecha N opisuje obecność nowotworów w regionalnych węzłach chłonnych, czyli właściwych dla konkretnego narządu) w skali od 0 do 3. Dzieje się tak gdy komórki nowotworowe z guza pierwotnego przedostają się do naczyń chłonnych i osiadają w najbliższych węzłach chłonnych. Im większy stopień N tym większa obecność komórek nowotworowych w węzłach chłonnych.

Do określenia przerzutów odległych należy cecha M. Określamy ją w skali od 0 do 1. Przerzuty odległe to rozprzestrzenienie się komórek guza pierwotnego do odległych narządów lub tkanek za pomocą krwi lub układu limfatycznego [1, 6, 5].

CEL PRACY

Celem głównym pracy jest analiza zakresu realizowanych funkcji zawodowych przez pielęgniarki w opiece nad pacjentem z nowotworem jelita grubego oraz ocena ich wpływu na jakość opieki i komfort pacjenta.

MATERIAŁ I METODY

W pracy zastosowano metodę indywidualnego studium przypadku. Metoda ta umożliwia dogłębne zrozumienie sytuacji pacjenta i jego złożonych problemów poprzez szczegółowy opis jego stanu zdrowia, zachowań oraz czynników mających wpływ na jego funkcjonowanie.[10].

WYNIKI

Badaniem objęto 60 letnią pacjentkę, która aktualnie przebywa w środowisku domowym. W marcu 2024 roku pacjentka zgłosiła się do szpitala z bólami brzucha i zaparciami. Po wykonaniu badań u pacjentki zdiagnozowano nowotwór złośliwy okrężnicy wstępującej. Wdrożono leczenie chirurgiczne. 16.05.2024 pacjentka przeszła pierwszą operację niedrożności zrostowej jelita krętego z odcinkową resekcją jelita.

Podczas hospitalizacji wykryto nieszczelność zespolenia, w związku z czym 23.05.2024 wykonano reoperację podczas, której wyłoniono ileostomie, celem odciążenia zespolenia oraz zapewnieniem prawidłowego pasażu jelitowego. Pacjentka od 24.09.2024 do 15.03.2025 przyjmowała chemioterapie. 17.11.2024 założono port naczyniowy.

Pacjentka mieszka z mężem, synem, synową oraz dwójką wnucząt. Swoje warunki mieszkaniowe ocenia jako dobre. Posiada wyższe wykształcenie ekonomiczne. Obecnie przebywa na emeryturze, pracowała jako księgowa. Pacjentka nie przestrzega żadnej określonej diety, ani nie uprawia aktywności fizycznej. BMI pacjentki wynosi 17, co wskazuje na niedożywienie. Pacjentka nie pali papierosów, ani nie spożywa alkoholu. Nie zgłasza żadnych chorób współistniejących.

Aktualnie pacjentka przebywa w domu. Potrzebuję pomocy w samopielęgnacji (głównie podczas kąpieli) oraz w pielęgnacji stomii. Wokół stomii widoczne jest zaczerwienie oraz zmiany skórne. W związku z przyjmowaną chemioterapią pacjentka zgłasza nudności, obniżony apetyt oraz osłabienie.

Pacjentka przeszła edukację stomijną. Sprzęt stomijny zmienia z pomocą męża, przestrzega zaleceń dietetycznych. Pacjentka zgłasza problemy ze snem. Jest zmotywowana do leczenia, współpracująca. Zgłasza niepokój związany z długotrwałą obecnością stomii i jej wpływem na jakość życia.

Tabela 1. Karta wywiadu pielęgniarского. Źródło: opracowanie własne.

DANE PERSONALNE PACJENTKI	
Wiek	60 lat
Płeć	kobieta
Data urodzenia	04.01.1965
Stan cywilny	mężatka
Wykształcenie	wyższe
Sytuacja zawodowa	emerytura
Osoba sprawująca opiekę nad chorą	mąż
Warunki mieszkaniowe	dobre
Choroby w rodzinie	Cukrzyca typu II, miażdżyca, udar niedokrwienny
PRYZYWYCZAJENIA ŻYCIOWE	
Zainteresowania	czytanie książek
Sposób spędzania wolnego czasu	Z wnukami, na świeżym powietrzu
Dieta stosowana w domu	zbilansowana
Sen	Zaburzony, przerywany, problemy z zaśnięciem
INFORMACJE O STANIE ZDROWIA	
Rozpoznanie	Nowotwór złośliwy okrężnicy wstępującej
Choroby współistniejące	brak
Przebyte choroby	Zapalenie płuc, COVID-19
Przebyte operacje	Tylko operacje związane z obecną chorobą
Hospitalizacje	Tylko związane z obecną chorobą
Przebyte urazy	brak

Stosowane leki	brak	
Uczulenia	Brak	
Nałogi	Brak	
Nietolerancje pokarmowe	brak	
Wzrost (cm)	176	
Waga (kg)	54	
BMI	17	
Podstawowe parametry życiowe	Temperatura ciała (°C)	36,4
	Ciśnienie tętnicze (mmHg)	112/76
	Tętno (ud./min)	74
	Oddech (ilość/min)	13
Ocena bólu w skali NRS	4	
Lokalizacja bólu	Okolice ileostomii	
BADANIE POSZCZEGÓLNYCH UKŁADÓW		
Skóra	Zabarwienie	blada
	Wilgotność	prawidłowa
	Ciepłota	prawidłowa
	Inne	wyłoniona ileostomia
Układ nerwowy	Świadomość	pełna
	Myślenie logiczne	pełne
	Nastrój	Obniżony, niepokój spowodowany diagnozą

	Zapamiętywanie	prawidłowe
	Kontakt słowny	prawidłowy
	Inne problemy	Brak
Układ sercowo - naczyniowy	Duszność	Brak
	Sinica	Brak
	Obrzęki	brak
	Inne problemy	Brak
Układ pokarmowy	Łaknienie	Znacznie obniżone
	Pragnienie	Lekko obniżone
	Stolec	Pacjentka ma wylonioną ileostomie, stolec adekwatny do stanu zdrowia pacjentki
	Odżywianie	doustne
	Dolegliwości ze strony układu pokarmowego	Nudności, wymioty
Układ oddechowy	Oddech	Prawidłowy
	Duszność	brak
	Kaszel	brak
	Plwocina	brak
	Inne	brak
Układ moczowo - płciowy	Diureza	prawidłowa
	Barwa moczu	słomkowa
	Cewnik moczowy	brak

	Inne	brak
Układ kostno – stawowy	Siła mięśniowa	prawidłowa
	Zakres ruchów	pełny
	Sposób poruszania się	samodzielny
Zmysły	Słuch	prawidłowy
	Wzrok	Krótkowzroczność
	Węch	prawidłowy
	Smak	Lekko zaburzony
	Czucie	prawidłowe
STAN PSYCHICZNY		
Zaburzenia emocjonalne	Epizody depresyjne, wahania nastroju	
Stosunek do choroby	Niepokój	
Obawy związane z chorobą	Lęk dalszymi etapami leczenia i rozwojem choroby	
Samoocena stanu zdrowia	Obniżona jakość życia i satysfakcja z codziennego funkcjonowania	
Sposób radzenia sobie w trudnych sytuacjach	Rozmowa i wsparcie najbliższych	
Orientacja co do czasu i miejsca	zachowana	
Ocena jakości życia wg skali SF - 36	35/100	
STAN WIEDZY I UMIEJĘTNOŚCI DOTYCZĄCE SAMOOPIEKI I SAMOOBSŁUGI		
Wiedza	średnia	
Umiejętności	niskie	

Motywacja	średnia
Wydolność samoopieki	średnia

Na podstawie zebranych danych z dokumentacji medycznej, wywiadu pielęgniarskiego, obserwacji oraz pomiarów można było sporządzić i zrealizować indywidualny plan opieki pielęgniarskiej.

*Tabela 2. Plan opieki pielęgniarskiej nad pacjentką z nowotworem złośliwym jelita grubego.
Źródło: opracowanie własne.*

Diagnoza I	Duże ryzyko niedożywienia spowodowane przebiegiem choroby (wylonienie stomii, obniżone łaknienie, nudności i wymioty)
Cel	Niedopuszczenie do niedożywienia pacjentki
Planowane interwencje	1. Ocena stanu odżywienia pacjentki 2. Wykonanie pomiarów antropometrycznych (masa ciała, wzrost, pomiar obwodów, fałdów skórnych) i obliczenie BMI 3. Badanie składu ciała 4. Analiza posiłków spożywanych przez pacjentkę 5. Podanie leków przeciwwymiotnych 6. Zaproponowanie pacjentce spożywania posiłków, na które ma ochotę 7. Zastosowanie żywienia pozajelitowego 8. Dostarczanie pacjentce potrzebnych mikroskładników drogą dożylną 9. Dostarczenie składników pokarmowych ilościowo i jakościowo dostosowanych do potrzeb pacjentki 10. Umożliwienie konsultacji z dietetykiem
Wynik	U pacjentki nie wystąpiło niedożywienie
Diagnoza II	Dyskomfort spowodowany bólem w okolicy stomii, spowodowanym podrażnieniem skóry

Cel	Zmniejszenie dyskomfortu pacjentki
Planowane interwencje	1. Ocena natężenia bólu w skali VAS 2. Ocena skóry wokół stomii 3. Regularna pielęgnacja skóry w okolicach stomii 4. Regularna zmiana worka stomijnego w celu uniknięcia podrażnienia skóry wokół stomii wyciekającą treścią pokarmową 5. Prawidłowe przyklejenie worka stomijnego 6. Odpowiednie dobranie rozmiaru otworu w worku stomijnym 7. Stosowanie odpowiedniej ilości pasty stomijnej 8. Zastosowanie odpowiednich preparatów łagodzących 9. Edukacja pacjentki odnośnie istoty regularnego opróżniania worka stomijnego 10. Rozmowa z pacjentką o jej obawach i odczuciach
Wynik	Pacjentka odczuwa mniejszy dyskomfort
Diagnoza III	Nudności i wymioty spowodowane chorobą oraz przyjmowaną chemioterapią
Cel	Zmniejszenie nudności i wymiotów
Planowane interwencje	1. Monitorowanie częstości, czasu trwania oraz nasilenia nudności i wymiotów 2. Ocena skuteczności stosowanych leków przeciwwymiotnych 3. Kontrola bilansu płynów 4. Obserwacja objawów powikłań tj. odwodnienie, zaburzenia elektrolitowe, osłabienie 5. Zapewnienie spokojnego środowiska (ograniczenie silnych zapachów wzmagających nudności, dobre wietrzenie pomieszczeń) 6. Zalecanie małych, częstych posiłków 7. Dbanie o nawodnienie pacjentki 8. Kontrola parametrów laboratoryjnych (elektrolity, mocznik, kreatynina)

	9. Monitorowanie masy ciała 10. Rozmowa z pacjentką o jej obawach i odczuciach
Wynik	U pacjentki nudności i wymioty występują bardzo sporadycznie. Pacjentka potrafi im zapobiegać oraz sobie z nimi radzić
Diagnoza IV	Obniżona jakość i satysfakcja z życia spowodowana chorobą, szczególnie wylonioną stomią
Cel	Poprawa jakości i satysfakcji z życia
Planowane interwencje	1. Ocena jakości życia za pomocą skali.. 2. Zapewnienie regularnych rozmów z psychologiem 3. Włączenie rodziny w proces leczenia 4. Pomoc pacjentce w pielęgnacji stomii 5. Znalezienie wspólnie z pacjentką sposobów na spędzanie wolnego czasu 6. Zaproponowanie dołączenia do grupy wsparcia
Wynik	Jakość życia pacjentki jest lepsza. Pacjentka odczuwa większą satysfakcję z życia.
Diagnoza V	Podrażnienia i uszkodzenia skóry wokół ileostomii
Cel	Prawidłowy stan skóry wokół ileostomii
Planowane interwencje	1. Ocena stanu skóry 2. Zwrócenie uwagi w jaki sposób pacjentka zmienia worek stomijny, jeśli sytuacja tego wymaga przeprowadzenie edukacji jak robić to prawidłowo 3. Obserwowanie przyczyn zmian skórnych wokół stomii (wyciek treści pokarmowej, uczulenie na sprzęt stomijny) 4. Dobranie odpowiedniego sprzętu stomijnego 5. Prawidłowa pielęgnacja skóry wokół stomii 6. Zastosowanie preparatów łagodzących objawy
Wynik	U pacjentki nie występują podrażnienia wokół skóry. Pacjentka potrafi w odpowiedni sposób pielęgnować stomię aby zapobiegać podrażnieniom i uszkodzeniom skóry.

Diagnoza VI	Zaburzenia obrazu ciała i trudności w akceptacji stanu zdrowia
Cel	Lepsze samopoczucie pacjentki
Planowane interwencje	1. Zapewnienie wsparcia i zrozumienia, okazywanie empatii, cierpliwości i poszanowania dla emocji pacjentki 2. Umożliwienie pacjentce wyrażenia swoich obaw, lęków i wątpliwości 3. Edukacja na temat ileostomii i jej funkcjonowania, przedstawienie ileostomii jako sposobu leczenia 4. Ułatwienie kontaktu z innymi osobami żyjącymi ze stomią (grupy wsparcia stomików, spotkania ze specjalistami w tej dziedzinie) 5. Zapewnienie dostępu do psychologa lub terapeuty 6. Udzielanie wsparcia w powrocie do codziennych czynności (zachęcanie do samodzielnego dbania o wygląd zewnętrzny i higienę, pomoc w znalezieniu wygodnej i estetycznej odzieży maskującej worek stomijny) 7. Instruktaż jak poradzić sobie ze zmianą worka stomijnego w miejscu publicznym, jeśli zaszłaby taka konieczność, aby zachować odpowiednie warunki higieniczne oraz komfort i intymność 8. Zachęcanie do rozmowy z rodziną o zmianach wynikających z obecności stomii 9. Monitorowanie zmian nastroju i zachowania
Wynik	Pacjentka bardziej pozytywnie wypowiada się o sobie, potrafi dostrzec pozytywne strony stomii, w większym stopniu akceptuje swój stan zdrowia i wygląd.
Diagnoza VII	Trudności w samopielęgnacji
Cel	Usamodzielnienie się pacjentki w zakresie pielęgnacji
Planowane działania	1. Ocena poziomu wiedzy i umiejętności pacjentki poprzez krótki wywiad i obserwacje 2. Przeprowadzenie indywidualnego instruktażu (nauka

	opróżniania i wymiany worka stomijnego) 3. Pokazanie technik mycia skóry wokół stomii i nakładania pasty ochronnej 4. Zachęcanie do aktywnego udziału w pielęgnacji stomii 5. Wzmacnianie wiary pacjentki we własne możliwości 6. Dobór sprzętu stomijnego indywidualnie do potrzeb pacjentki 7. Włączenie rodziny do procesu nauki 8. Monitorowanie postępów w samopielęgnacji
Wyniki	Pacjentka potrafi samopielęgnować stomię przy minimalnej pomocy męża

DYSKUSJA

Pierwszy zauważonym problemem było duże ryzyko niedożywienia, celem było zapobieganie niedożywieniu pacjentki, które mogłoby skutkować pogorszeniem ogólnego stanu zdrowia i wydłużeniem czasu rekonwalescencji. W tym celu oceniono stan odżywienia przy pomocy skali SGA, wykonano pomiary antropometryczne oraz analizowano jakość i ilość spożywanych posiłków. Dodatkowo zaproponowano konsultację z dietetykiem. Podjęcie tych działań było uzasadnione niskim BMI, spadkiem masy ciała oraz obecnością objawów takich jak nudności i wymioty, które ograniczały apetyt pacjentki i mogły prowadzić do wyniszczenia organizmu. W przypadku odczuwanego przez pacjentkę dyskomfortu i bólu w okolicy stomii, celem było jego zmniejszenie poprzez odpowiednie działania pielęgnacyjne i edukacyjne. W kontekście występujących u pacjentki nudności i wymiotów celem było ich ograniczenie oraz zapobieganie powikłaniom, takim jak odwodnienie i zaburzenia elektrolitowe. Działania te były niezbędne, ponieważ częste nudności mogły prowadzić do dalszego spadku masy ciała, pogorszenia samopoczucia i ograniczenia przyjmowania pokarmów.

Obniżona jakość życia pacjentki, spowodowana przede wszystkim obecnością stomii, wymagała działań mających na celu poprawę jej codziennego funkcjonowania i dobrostanu psychicznego.

Oceniono jakość życia przy pomocy odpowiednich narzędzi (Kwestionariusz SF-36), zapewniono możliwość rozmów z psychologiem oraz włączono rodzinę w proces opieki.

Działania te miały na celu zmniejszenie poczucia izolacji społecznej, odbudowę więzi oraz wsparcie emocjonalne, które są niezbędne w akceptacji nowej sytuacji życiowej.

W przypadku diagnozy dotyczącej podrażnień i uszkodzeń skóry wokół ileostomii, celem było przywrócenie prawidłowego stanu skóry oraz zapobieganie dalszym uszkodzeniom. W razie potrzeby prowadzono instruktaż oraz stosowano preparaty łagodzące objawy. Podjęcie tych działań było uzasadnione występowaniem bólu i widocznych zmian skórnych, które wpływały na komfort życia i ryzyko infekcji.

Zaburzenia obrazu ciała i trudności w akceptacji stanu zdrowia wymagały szczególnego podejścia psychologicznego. Celem było poprawienie samopoczucia i wsparcie pacjentki w procesie akceptacji wyglądu oraz funkcjonowania z ileostomią.

Umożliwiono kontakt z innymi osobami żyjącymi ze stomią, a także zachęcano do dbania o wygląd zewnętrzny i udział w życiu towarzyskim.

Udzielono również instruktażu, jak radzić sobie ze zmianą worka stomijnego w miejscu publicznym. Działania te były konieczne, by odbudować poczucie własnej wartości i umożliwić pacjentce normalne funkcjonowanie społeczne.

WNIOSKI

Celem niniejszej pracy było przedstawienie zakresu działań opieki pielęgniarskiej nad pacjentką z nowotworem jelita grubego. Przeprowadzone badanie pozwoliło sformułować następujące wnioski:

1. Najistotniejszą funkcją zawodową pielęgniarki sprawującej opiekę nad pacjentką z nowotworem jelita grubego jest funkcja wspierająca.
2. Najważniejszymi interwencjami zastosowanymi przez pielęgniarkę w ramach funkcji wspierającej w opiece nad pacjentką z nowotworem jelita grubego rozmowa i aktywne wysłuchanie potrzeb i obaw pacjentki oraz włączenie w rodziny w proces leczenia i pielęgnację.
3. Do głównych problemów, z którymi zmagają się pacjentka z nowotworem jelita grubego możemy zaliczyć obniżoną pewność siebie, obniżoną jakość życia, brak akceptacji wyglądu. Problemy psychiczne zdecydowanie bardziej utrudniały pacjentce codzienne funkcjonowanie podczas choroby.

4. Nowotwór jelita grubego znacząco obniża jakość życia pacjentki zarówno w aspekcie fizycznym, jak i psychicznym. Ma negatywny wpływ na jakość życia pacjentki. Pacjentka skarży się na brak akceptacji swojego wyglądu oraz zmianę dotychczasowego trybu życia.

PIŚMIENNICTWO

1. Deptała A.: Nowotwory dolnego odcinka przewodu pokarmowego. W: Stec R, Smoter M, Deptała A. Onkologia Wydanie 2 Podręcznik dla studentów medycyny. Pomoc dydaktyczna dla lekarzy specjalizujących się w onkologii. AsteriaMed, Gdańsk 2021; 171 – 183 ISBN 978-83-66801-13-4
2. Bartnik W.: Polipy i nowotwory jelita grubego. W: Dąbrowski A (red.). Gastroenterologia część II. Medical Tribune, Warszawa 2019; 369-381 ISBN 978-83-953472-6-9
3. Bywalec J, Magalas S.: Unaczynienie polipów gruczolakowych w aspekcie oceny ryzyka wystąpienia raka jelita grubego. Postępy biologii komórki tom 46 2019 nr 1; 19–30
4. Grunwald A., Klimaszewska K.: Profilaktyka i leczenie nowotworów jelita grubego. W: Klimaszewska K, Krajewska – Kułak E. Rola zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentami onkologicznymi. Tom III. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2023; 76-92.
5. Szmeja J., Szmyt K., Krokiewicz Ł., Banasiewicz T.: Co nowego w leczeniu chirurgicznym nowotworów okrężnicy i odbytnicy? Chirurgia po Dyplomie 2019; 9: 6-10.
6. Tomasik B.: Biologia molekularna raka jelita grubego. W: Potemski P (red.). Rak jelita grubego 2. Wybrane zagadnienia. PZWL, Warszawa 2023; 30-41 ISBN 978-83-01-23202-3
7. Bradley MC, Ferrara A, Achacoso N et al.: A Cohort Study of Metformin and Colorectal Cancer Risk among Patients with Diabetes Mellitus, Cancer Epidemiolog Biomarkers Prev 2018
8. Zera M, Musioł A.: Metody gromadzenia danych o pacjencie. Przewodnik w pielęgniarstwie. PZWL, Warszawa 2022; 111-133
9. Modzelewska P., Chludzińska S., Ładny R. i wsp.: Metodyka oceny i jakości życia w chorobach nowotworowych; Warszawa 2023; 52-59

10. Lesińska – Sawicka M. :Techniki gromadzenia danych o chorym. Badania naukowe w pielęgniarstwie. Wybrane zagadnienia. Przewodnik dla studentów. PWSZ, Piła 2017;17-26

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z RAKIEM TRZUSTKI

Katarzyna Wiśniewska¹, Ewa Kulbaka², Paulina Lewandowska²

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

2- *Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*

3- *Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu*

WSTĘP

Nowotwory trzustki pomimo znacznego postępu medycyny nadal pozostają jednymi z najbardziej śmiertelnych nowotworów u ludzi na świecie [1]. Ze względu na budowę trzustki nowotwory tego narządu dzieli się na dwie grupy: wywodzące się z części zewnątrzwydzielniczej i wewnątrzwydzielniczej [2]. Według dostępnej literatury 95% nowotworów trzustki pochodzi z części zewnątrzwydzielniczej, odpowiadającej za produkcję soku trzustkowego. Pozostałe 5% stanowią nowotwory części wewnątrzwydzielniczej tzw. dokrewnej, określane jako guzy neuroendokrynne oraz przerzuty z innych narządów, z czego najczęściej obserwuje się przerzuty z raka nerki [2].

Mianem „rak trzustki” definiuje się nowotwory złośliwe pochodzenia nabłonkowego pochodzących z części zewnątrzwydzielniczej trzustki. Wśród nich najczęściej występującym jest rak gruczołowy przewodowy (z ang. *pancreatic ductal adenocarcinoma*), inaczej zwany gruczolakorakiem przewodowym [3]. Gruczolakoraki charakteryzują się wysoką agresywnością, znaczną opornością na standardowe cytostatyki, bogatym podścieliskiem łącznotkankowym, ubogim unaczynieniem oraz zdolnością do szybkiego naciekania na otaczające struktury, a także zdolnością dawania przerzutów do okolicznych węzłów chłonnych i wątroby [3,4]. W większości przypadków guz zlokalizowany jest w głowie trzustki (70%) powodując ucisk na zewnątrzwątrobowe drogi żółciowe, prowadząc do wystąpienia żółtaczki mechanicznej [3,5]. Pozostałe 30% stanowią guzy zlokalizowane w trzonie lub ogonie trzustki, które mogą przybierać większe rozmiary z jednocześnie dłuższym okresem bezobjawowym [4].

Rak trzustki stanowi 3% wszystkich nowotworów złośliwych na świecie [6]. Częściej

diagnozowany jest u mężczyzn [7]. Ryzyko zachorowania zwiększa się wraz z wiekiem. W 80% dotyczy osób w 7. i 8. dekadzie życia [6]. Odsetek 5-letnich przeżyć wynosi zaledwie około 10%. Prognozy przewidują, że w 2030 roku rak trzustki stanie się 2. najczęstszą przyczyną zgonów na skutek chorób nowotworowych [1].

Zapadalność na raka trzustki w Polsce ma w ostatnich latach tendencję wzrostową, co prawdopodobnie związane jest ze starzeniem się polskiego społeczeństwa [4]. W 2021 roku w Polsce rozpoznano 3787 nowych przypadków raka trzustki. Z powodu raka trzustki zmarło zaś 4691 osób stawiając go na 6. miejscu w populacji mężczyzn i 5. w populacji kobiet jako przyczynę zgonu na nowotwory złośliwe [8,9].

Wywiad rodzinny w kierunku gruczolakoraka stanowi najistotniejszy czynnik ryzyka wystąpienia i rozwoju nowotworu. Około 10% zdiagnozowanych przypadków związane jest z wcześniejszym występowaniem rodzinnym [10]. Najczęściej dziedziczonym rakiem trzustki jest tzw. rodzinny rak trzustki [11]. Obserwuje się związek pomiędzy wystąpieniem raka trzustki a obecnością wrodzonych zespołów genetycznych takich jak dziedziczny rak piersi i jajnika, dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością, dziedziczne zapalenie trzustki, zespół Peutza-Jeghersa, zespół rodzinnego występowania znamion atypowych i czerniaka bądź mukowiscydozy. Ponadto innymi, niedziedzicznymi czynnikami ryzyka raka trzustki są palenie tytoniu, przewlekłe zapalenie trzustki, spożywanie alkoholu, cukrzyca, otyłość, czynniki dietetyczne, ekspozycja m.in. na azbest, pestycydy oraz zły stan uzębienia lub brak zębów [12,13].

W początkowym stadium rak trzustki może pozostawać bezobjawowy, szczególnie jeśli rozwija się w trzonie lub ogonie trzustki. Wraz z postępem procesu chorobowego ujawniają się objawy takie, jak: żółtce skóry i białówek, oddawanie jasnych stolców i ciemnego moczu, świąd skóry, wyczuwalny przez powłoki brzuszne zastoinowy, powiększony i niebolesny pęcherzyk żółciowy (objaw Courvoisiera), ogólne osłabienie połączone z utratą apetytu i spadkiem masy ciała, ból promieniujący do kręgosłupa, nudności, wymioty, cukrzyca, wędrujące zapalenie żył powierzchniowych (objaw Trousseau), gorączka, wyczuwalny w nadbrzuszu guz, depresja [5,10,13].

Leczenie raka trzustki zależy od oceny zakresu resekcyjności guza. Dokonuje się jej na podstawie badania tomografii komputerowej bądź ultrasonografii endoskopowej. W przypadku guzów resekcyjnych podstawową metodą leczenia chirurgicznego jest pancreatoduodenektomia sposobem Whipple'a (guz głowy trzustki) lub pankreatektomia (guz

trzonu lub ogona). W przypadku guzów granicznie resekcyjnych w celu poprawy resekcyjności guza włącza się wstępne leczenie w formie chemioterapii i/lub chemioradioterapii. W sytuacji, gdy guz nie jest resekcyjny wykonuje się chirurgiczne zabiegi paliatywne (m.in. zespolenie żołądkowo-jelitowe oraz przewodowo-jelitowe) [1,14].

Jakość życia pacjentów z zaawansowanym rakiem trzustki zostaje znacznie obniżona ze względu na odczuwane dolegliwości oraz niekorzystne rokowanie. Pacjentom towarzyszy lęk o własne zdrowie i życie oraz obawa o brak pomyślności leczenia i wizja zbliżającej się śmierci. Napięcie emocjonalne związane z chorobą jest odczuwane zarówno przez pacjenta, jak również członków jego rodziny bądź opiekunów. Opieka nad pacjentem z rakiem trzustki powinna wyróżniać się holistycznym podejściem personelu pielęgniarskiego w odniesieniu do potrzeb i stanu bio-psycho-społecznego pacjenta.

CEL PRACY

Celem głównym niniejszej pracy jest ukazanie roli personelu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentem z rakiem trzustki w okresie po zabiegu operacyjnym usunięcia pęcherzyka żółciowego i wykonaniu protezowania dróg żółciowych.

MATERIAŁ I METODY

W niniejszej pracy zastosowano metodę indywidualnego przypadku. W zastosowanej metodzie badawczej – studium indywidualnego przypadku rozpoznaniu podlega sytuacja pacjenta w kontekście choroby – raka trzustki. Zastosowania tej metody badawczej daje możliwość poddanie pacjenta szczegółowej obserwacji oraz analizie w celu opracowania planu opieki pielęgniarskiej nad tym pacjentem.

W pracy zostały zastosowane następujące techniki badawcze: wywiad pielęgniarski z pacjentem, obserwacja pacjenta, analiza dokumentacji medycznej, pomiary podstawowych parametrów życiowych m.in. pomiar ciśnienia tętniczego krwi, tętna, temperatury ciała, saturację oraz pomiar ilości i jakości oddechów pacjenta a także pomiary antropometryczne – pomiar masy ciała, wzrostu, wskaźnik BMI.

W zakresie wykorzystanych narzędzi badawczych wykorzystane zostały: Przewodnik do gromadzenia danych o pacjencie, Bristolska skala uformowania stolca, Skala akceptacji

choroby AIS, Skala depresji Becka - BDI, Skala wizualno-analogowa oceny bólu VAS, Skala do oceny ryzyka rozwoju odleżyn Norton, Skala do oceny stanu świadomości Glasgow, Skala Barthel, klasyfikacja nadwagi oraz otyłości na podstawie BMI, Index SENIC do oceny ryzyka zakażenia miejsca operowanego.

Badanie przeprowadzono na Oddziale Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu przy ulicy Juliana Aleksandrowicza w styczniu 2025 roku. Analizie został poddany mężczyzna w wieku 74 lat. Został on wybrany metodą losową. Pacjenta poinformowano o anonimowości, celu i zakresie wykonywanych działań. Pacjent wyraził zgodę na przeprowadzenie badania. W trosce o bezpieczeństwo i komfort pacjenta spotkania odbywały się za zgodą kierownika Oddziału Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej oraz personelu medycznego. Podczas spotkań z pacjentem zadbano o poszanowanie jego godności oraz intymności. Pacjenta poinformowano o konieczności zgłaszania wszelkich niepokojących objawów podczas trwania badania. Zgromadzony w toku badania materiał poddano analizie i na jej podstawie został stworzony proces pielęgnowania pacjenta z rakiem trzustki po zabiegu usunięcia pęcherzyka żółciowego i wykonaniu podwójnego zespolenia omijającego żołądkowo-jelitowego oraz przewodowo-jelitowego na pętli Roux.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Metodą studium indywidualnego przypadku objęto mężczyznę w wieku 74 lat. Pacjent przyjęty został w trybie pilnym na Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu przy ulicy Juliana Aleksandrowicza w dniu 3.01.2025 roku z powodu silnego bólu zlokalizowanego w nadbrzuszu, zażółcenia powłok skórnych oraz dreszczy.

Pacjent w wywiadzie podaje, że był hospitalizowany z powodu żółtaczki i bólu w nadbrzuszu środkowym we wrześniu 2024 roku w Oddziale Chirurgii Ogólnej Radomskiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu. Pacjent został wówczas zakwalifikowany do protezowania dróg żółciowych z powodu rozpoznania kamicy przewodu żółciowego, jednak z uwagi na przeciwwskazania kardiologiczne odstąpiono od zabiegu. Zlecono konsultację kardiologiczną i wdrożono leczenie zachowawcze. Pacjent odmówił dalszej diagnostyki i leczenia i na własne żądanie został wypisany do domu z zaleceniami.

W chwili przyjęcia na Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu pacjent był w stanie ogólnym dobrym, wydolny krążeniowo i oddechowo, chodzący, w logicznym kontakcie słownym, prawidłowo zorientowany auto- i allopsychicznie. Pacjent podawał ból w nadbrzuszu utrzymujący się od kilku dni, świad skóry oraz dreszcze. W badaniu fizykalnym brzuch był miękki, tkliwy w nadbrzuszu środkowym, objawy otrzewnowe ujemne, objawy Chełmońskiego i Goldflama ujemne.

Pacjent alergię negował. W wywiadzie podał, że leczy się kardiologicznie z powodu niewydolności serca.

Zlecono wykonanie badań laboratoryjnych, w których stwierdzono wysokie poziomy: aminotransferazy alaninowej (ALT), aminotransferazy asparaginianowej (ASAT), bilirubiny całkowitej, gamma-gliutamylotranspeptydazy (GGTP), białka C-reaktywnego (CRP), prokalcytoniny oraz zmiany w morfologii krwi obwodowej. W chwili przyjęcia na oddział pobrano również wymazy w kierunku kolonizacji patogenami alarmowymi – wymaz z nosa w kierunku kolonizacji szczepami gronkowca złocistego wrażliwego na metycylinę (MSSA) oraz gronkowca złocistego opornego na działanie metylcyliny (MRSA). Szczepów MRSA i MSSA nie wyhodowano. Pobrano także wymaz z odbytu w kierunku kolonizacji patogenami alarmowymi – MRSA, pałeczkami Enterobacteriaceae wytwarzającymi karbapenemazy (CPE), enterokokami opornymi na wankomycynę (VRE) oraz pałeczkami Gram-ujemnymi wytwarzającymi beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym [ESBL (+)].

W wykonanym badaniu USG uwidoczniono poszerzony PŻW śr. 15mm, poszerzenie dróg żółciowych wewnątrzwątrobowych oraz nieregularną, hypodensyjną zmianę ogniskową śr. 24mm w wyrostku haczykowatym. Diagnostykę poszerzono o badanie TK, którym stwierdzono poszerzenie dróg żółciowych, PŻW do 9mm, przewód Wirsunga do 5,4mm oraz uwidoczniono trzustkę ze zmianą o charakterze tu w głowie o wymiarach ok. 28x20mm bez cech naciekania na duże naczynia.

Wykonano biopsję aspiracyjną cienkoigłową (BAC) trzonu trzustki. W pobranym materiale stwierdzono obecność komórek raka niedrobnokomórkowego oraz normotypowe komórki nabłonka przewodowego; wg ICD-O-3 Morf PL: M-8010-3 – Rak, BNO po czym postawiono ostateczną diagnozę - nowotwór złośliwy trzustki; wg ICD10 PL:C25.

Po przeprowadzonej diagnostyce i przygotowaniu żywieniowym pacjenta zakwalifikowano do operacji metodą Whipple'a. Śródoperacyjnie stwierdzono jednak brak

możliwości resekcji guza i podjęto decyzję o zastosowaniu leczenia chirurgicznego paliatywnego poprzez usunięcie pęcherzyka żółciowego i wykonanie podwójnego zespolenia omijającego żołądkowo-jelitowego i przewodowo-jelitowego na pętli Roux, wykonano biopsję węzłów chłonnych tętnicy wątrobowej wspólnej, a także wykonano drenaż otrzewnej.

Przebieg pooperacyjny niepowikłany, pacjenta w 8. dobie po zabiegu operacyjnym wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym. Przekazano zalecenia dotyczące dalszego leczenia, żywienia i pielęgnowania.

Proces pielęgnowania pacjenta

W oparciu o dane zgromadzone w wyniku przeprowadzonego wywiadu, obserwacji, pomiarów i analizy dokumentacji medycznej oraz użytych narzędzi badawczych sformułowano diagnozy pielęgniarские ze wskazaniem ściśle określonego celu i interwencji pielęgniarских w opiece nad pacjentem z rakiem trzustki w okresie po zabiegu operacyjnym usunięcia pęcherzyka żółciowego wraz z wykonaniem podwójnego zespolenia omijającego.

- **Diagnoza pielęgniarська 1:** Ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych (tj. ropnie wewnątrzbrzuszne, krwotok z rany pooperacyjnej, zapalenie otrzewnej, zapalenie dróg żółciowych) związanych z techniką przeprowadzonego zabiegu, rozległego urazu operacyjnego, choroby nowotworowej, niedożywienia i obniżonej odporności.

Cel opieki: Wczesne wykrycie powikłań pooperacyjnych.

Plan opieki:

- Regularne monitorowanie oraz dokumentowanie parametrów życiowych pacjenta – ciśnienie tętnicze krwi, tętno, temperatura ciała, częstość i charakter oddechów, saturacja.
- Ocena dolegliwości bólowych obejmująca ich umiejscowienie, natężenie oraz charakter w oparciu o skalę wizualno-analogową VAS.
- Obserwacja koloru i wilgotności skóry pod kątem wystąpienia objawów wstrząsu.
- Obserwacja powłok skórnych i śluzówek ocznych pod kątem zaostrenia żółtaczki mechanicznej.
- Kontrola rany pooperacyjnej wraz z obserwacją drenażu obejmująca ilość, zabarwienie i charakter drenowanej treści.
- Zmiana opatrunków na ranie pooperacyjnej z zachowaniem zasad jałowości.

- Poinformowanie pacjenta o zachowaniu ostrożności podczas zmiany pozycji z uwagi na obecność drenu.
- Poinformowanie pacjenta o konieczności natychmiastowego zgłaszania wszelkich niepokojących dolegliwości np. duszności, osłabienia bądź nasilenia dolegliwości bólowych.
- Udział w farmakoterapii pooperacyjnej obejmującej m.in. podawanie antybiotyków, leków o działaniu przeciwbólowym oraz innych leków zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- W przypadku wystąpienia objawów mogących świadczyć o wystąpieniu powikłań pooperacyjnych niezwłoczne powiadomienie lekarza.
- Pobieranie materiału biologicznego do badań diagnostycznych oraz przygotowanie pacjenta do badań obrazowych zleconych przez lekarza.
- W przypadku wystąpienia powikłań tj. krwotoku, zapalenia otrzewnej i pogarszającego się stanu zdrowia przygotowanie pacjenta do reoperacji.

Ocena efektów podjętych działań: Powikłania pooperacyjne nie wystąpiły.

- **Diagnoza pielęgniarska 2:** Silne dolegliwości bólowe nadbrzusza o charakterze tępych będące wynikiem procesu nowotworowego trzustki oraz przebytego zabiegu operacyjnego objawiające się złym samopoczuciem i obniżonym nastrojem.

Cel opieki: Zmniejszenie dolegliwości bólowych, poprawa samopoczucia.

Plan opieki:

- Obserwacja i ocena dolegliwości bólowych za pomocą skali VAS; ocena umiejscowienia, charakteru i nasilenia bólu.
- Udział w farmakoterapii zgodnie z kartą zleceń lekarskich.
- Monitorowanie efektywności prowadzonych działań przeciwbólowych.
- Zapewnienie pacjentowi warunków ciszy i spokoju.
- Kontrolowanie wypróżnień pacjenta, gdyż w przypadku stosowania silnych leków opioidowych mogą wystąpić zaparcia, prowadzące do nasilenia dolegliwości bólowych.
- W przypadku podjęcia przez lekarza decyzji o wykonaniu zabiegu blokady splotu trzewnego przygotowanie pacjenta i asystowanie lekarzowi.

Ocena efektów podjętych działań: Dolegliwości bólowe u pacjenta zmniejszyły się, samopoczucie uległo poprawie.

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Ryzyko wystąpienia duszności spowodowane utrzymywaniem się wiotkości mięśni po znieczuleniu ogólnym oraz zaleganiu wydzieliny w drzewie oskrzelowym wynikającej z upośledzenia funkcji płuc na skutek wieloletniego palenia papierosów.

Cel opieki: Zapobieganie wystąpieniu duszności.

Plan opieki:

- Kontrolowanie oraz dokumentowanie ilości i jakości oddechów, poziomu saturacji, wartości ciśnienia tętniczego, tętna co 15 minut w ciągu 2 godzin od zabiegu operacyjnego, potem co 1 godzinę lub zgodnie ze zleconym przez lekarza harmonogramem.
- Ułożenie pacjenta w pozycji wysokiej lub półwysokiej za zgodą lekarza.
- Nacieranie klatki piersiowej i jej oklepywanie 3 razy dziennie po uzyskaniu zgody lekarza.
- Prowadzenie gimnastyki oddechowej.
- Podawanie pacjentowi środków przeciwbólowych przed wykonywaniem ćwiczeń oddechowych.
- Zachęcanie pacjenta do wykonywania głębokich oddechów przy braku przeciwwskazań.
- Nauczenie i zachęcanie pacjenta do efektywnego kaszlu i odkrztuszania zalegającej w drzewie oskrzelowym wydzieliny – wykorzystując stabilizację rany pooperacyjnej.
- Odessanie wydzieliny z dróg oddechowych w przypadku jej nadmiernego zalegania i braku możliwości odkrztuszenia jej przez pacjenta.
- Doraźne stosowanie tlenoterapii biernej przez maskę tlenową o przepływnie 5-8 l/min.
- Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali pacjenta.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent efektywnie odkrztusza zalegającą wydzielinę, doraźnie stosowano tlenoterapię bierną.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Zażółcenie powłok skórnych oraz silny świąd skóry w wyniku utrzymującej się żółtaczki mechanicznej.

Cel opieki: Zmniejszenie świądu skóry u pacjenta.

Plan opieki:

- Poinformowanie chorego, że mimo przeprowadzonego zabiegu protezowania dróg żółciowych dolegliwości związane z żółtaczką mechaniczną mogą się krótkotrwale utrzymywać.
- Udział w farmakoterapii zgodnie ze zleceniem lekarskim – np. podawanie leków przeciwhistaminowych zmniejszających świąd skóry.
- Poinformowanie chorego o konieczności powstrzymania się od drapania swędzącej skóry, gdyż może to skutkować postaniem trudno gojących się ran, wystąpieniem infekcji bakteryjnych, bólu i zapalenia skóry.
- Poinformowanie chorego, by zamiast drapania swędzącej skóry stosował delikatny ucisk.
- Pielęgnacja skóry pacjenta z użyciem środków pielęgnacyjnych bogatych w witaminy, lipidy oraz substancje odżywcze i ochronne w celu odbudowy warstwy lipidowej skóry.
- Stosowanie pozbawionych substancji zapachowych i barwiących maści natłuszczających minimum 6 razy dziennie.
- Obserwacja nasilenia objawów żółtaczki mechanicznej: zabarwienia skóry, śluzówek gałek ocznych i błon śluzowych.
- Kontrola badań laboratoryjnych zgodnie ze zleceniem lekarskim obejmująca w szczególności pobieranie krwi w celu oznaczenia poziomu bilirubiny i enzymów wątrobowych.
- Kontrola makroskopowa moczu i stolca.

Ocena efektów podjętych działań: Żółte zabarwienie powłok skórnych oraz świąd skóry znacznie się zmniejszyły.

- **Diagnoza pielęgnarska 5:** Naprzemienne biegunki i zaparcia z towarzyszącymi wzdęciami brzucha wynikające z patomechanizmu choroby nowotworowej trzustki oraz stosowania opioidowych leków przeciwbólowych i leków przeciwdepresyjnych.

Cel opieki: Uzyskanie prawidłowego rytmu wypróżnień, niedopuszczenie do występowania zaprac i wzdęć z uwagi na ryzyko rozejścia brzegów rany pooperacyjnej, zapobieganie wystąpieniu zaburzeń wodnoelektrolitowych na skutek biegunki.

Plan opieki:

- Wyjaśnienie pacjentowi przyczyn występowania zaburzeń wypróżniania.

- Ocena wypróżnień na podstawie wywiadu, obserwacji i Bristolskiej skali uformowania stolca.
- Ocena stanu nawodnienia pacjenta.
- Pobieranie materiału do badań diagnostycznych na zlecenie lekarskie oraz ocena współudział w ocenie wyników badań laboratoryjnych m.in. określających poziom elektrolitów we krwi .
- Prowadzenie płynoterapii zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Podaż leków przeciwbiegunkowych oraz zmniejszających wzdęcia zgodnie ze zleceniem lekarskim np. Loparemid, Tianninum albuminatum.
- Kontrola wypróżnień i dawkowania leków przeciwbiegunkowych w celu niedopuszczenia do wystąpienia zaprac.
- Stosowanie podkładów ochronnych na materac w celu uniknięcia zabrudzenia bielizny pościelowej.
- Stosowanie odpowiedniej pielęgnacji okolic krocza poprzez dokładne mycie, delikatne osuszanie i stosowanie środków natłuszczających do pielęgnacji skóry.
- Zachowanie ostrożności podczas stosowania opioidowych leków przeciwbólowych i leków przeciwdepresyjnych z uwagi możliwość wystąpienia efektów ubocznych w postaci zaprac.
- W przypadku wystąpienia zaparc niezwłoczne podjęcie działań mających na celu przywrócenie prawidłowego rytmu wypróżnień.

Ocena efektów podjętych działań: Uregulowano rytm wypróżnień, nie doszło do wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych oraz wystąpienia zaprac.

- **Diagnoza pielęgniarska 6:** Dyskomfort pacjenta spowodowany suchością jamy ustnej i nieprzyjemnym zapachem wydychanego powietrza wynikający z oddychania przez otwarte usta i brakiem podaży żywności i płynów drogą doustną z powodu wyłączeniem przewodu pokarmowego po przebytym zabiegu operacyjnym.

Cel opieki: Zmniejszenie dyskomfortu pacjenta, poprawa nawilżenia śluzówek jamy ustnej oraz zniwelowanie nieprzyjemnego zapachu wydychanego powietrza.

Plan opieki:

- Ocena stanu nawodnienia organizmu pacjenta.
- Polecenie pacjentowi robienia częstszych przerw podczas mówienia.
- Zwiększenie częstotliwości zabiegów pielęgnacyjnych w obrębie jamy ustnej.

- Używanie do pielęgnacji jamy ustnej preparatów o działaniu nawilżającym i dezynfekcyjnym np. Fumukal, Axerosta zgodnie ze zleceniem lekarskim .
- Wprowadzenie na zlecenie lekarza substytutu śliny np. Glosal, Kserostemin.

Ocena efektów podjętych działań: Dyskomfort pacjenta został zmniejszony, śluzówki jamy ustnej prawidłowo nawilżone, nieprzyjemny zapach wydychanego powietrza został zniwelowany.

- **Diagnoza pielęgniarska 7:** Ryzyko wystąpienia hipoglikemii lub hiperglikemii spowodowane zaburzeniem endokrynnej funkcji trzustki na skutek zaawansowanego procesu nowotworowego.

Cel opieki: Wczesne wykrycie nieprawidłowych poziomów glikemii oraz zapobieganie powikłaniom.

Plan opieki:

- Regularne kontrolowanie wartości glikemii oraz dokumentowanie jej poziomu w karcie cukrzycowej.
- Udział w farmakoterapii (insulinoterapii) zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Przekazanie pacjentowi informacji na temat możliwości wystąpienia wahań poziomu glukozy we krwi oraz uwrażliwienie go, by zgłaszał wszelkie niepokojące objawy tj. w hipoglikemii – przyspieszone bicie serca (tachykardia), nerwowość, nagły napad głodu, podwójne widzenie, drgawki, osłabienie, senność, wzmożona potliwość, nudności oraz wymioty; w hiperglikemii- wzmożone pragnienie, częste oddawanie moczu (częstomocz), osłabienie, bóle głowy, nieprawidłowe widzenie oraz zapach acetonu z ust.

Ocena efektów podjętych działań: Wartości poziomu glikemii prawidłowe. Powikłania tj. hipoglikemia lub hiperglikemia nie wystąpiły.

- **Diagnoza pielęgniarska 8:** Ryzyko zakażenie miejsca operowanego wynikające z niedożywienia, zmniejszonej odporności oraz kolonizacji florą bakteryjną.

Cel opieki: Zapobieganie wystąpieniu zakażenia miejsca operowanego.

Plan opieki:

- Ocena ryzyka wystąpienia zakażenia miejsca operowanego przy użyciu indeksu SENIC.

- Dbanie o utrzymanie higieny osobistej pacjenta poprzez wykonywanie codziennej toalety ciała dwa razy dziennie: rano i wieczorem, codzienną zmianę bielizny osobistej i pościelowej.
- Zapewnienie stałej temperatury ciała pacjenta.
- Zmiana opatrunku na ranie pooperacyjnej z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki po upływie 24 – 48 godzin od operacji lub wcześniej w przypadku zabrudzenia lub przesiąkania opatrunku.
- Ocena opatrunków na ranie pooperacyjnej każdorazowo po wystąpieniu kaszlu.
- Obserwacja rany pooperacyjnej pod kątem wystąpienia objawów zapalenia tj. obrzęku i zaczerwienienia rany, bólu, podwyższonej ciepłoty ciała.
- Obserwacja wyprowadzonych z rany pooperacyjnej drenów pod kątem jakości i ilości drenowanej treści oraz szczelności i drożności układu drenującego. Udokumentowanie dokonanych obserwacji.
- Zabezpieczenie systemu drenującego przed zaginaniem lub mechanicznym uszkodzeniem.
- Właściwe umiejscowienie pojemników będących częścią systemu drenującego tj. poniżej poziomu łóżka.
- Poinformowanie pacjenta o konieczności zachowania ostrożności podczas prób zmiany pozycji z uwagi na obecność drenów.
- Opróżniania zbiorników z wydzielin minimum 1 raz na dobę oraz zmiana na nowe pojemniki z zachowaniem zasad aseptyki.
- W przypadku zaobserwowania niedrożności systemu drenującego niezwłoczne poinformowanie o tym fakcie lekarza oraz asystowaniu mu podczas ich udrażniania.
- Asystowanie lekarzowi podczas usuwania drenów.

Ocena efektów podjętych działań: Rana pooperacyjna goi się prawidłowo poprzez rychłozrost, brak oznak zapalenia w miejscu założenia drenów, do zakażenia miejsca operowanego nie doszło.

- **Diagnoza pielęgniarska 9:** Ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej spowodowane unieruchomieniem w czasie zabiegu oraz we wczesnym okresie pooperacyjnym, reakcją organizmu na uraz operacyjny, a także wydzielaniem substancji prozakrzepowych przez guz trzustki.

Cel opieki: Zapobieganie wystąpieniu choroby zakrzepowo – zatorowej.

Plan opieki:

- Zachęcanie pacjenta do wykonywania ćwiczeń przeciwzakrzepowych kończyn dolnych.
- Asystowanie pacjentowi podczas wykonywania ćwiczeń przeciwzakrzepowych.
- Kontrola stanu nawodnienia pacjenta,
- Obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia objawów choroby zakrzepowo – zatorowej m.in. wystąpienie obrzęku, ocieplenie kończyny dolnej, podwyższenie parametrów krzepnięcia.
- Wczesne uruchomienie pacjenta po zabiegu operacyjnym.
- Stosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej zgodnie ze zleceniem lekarskim.

Ocena efektów podjętych działań: Objawy choroby zakrzepowo – zatorowej u pacjenta nie wystąpiły.

- **Diagnoza pielęgniarska 10:** Ryzyko wystąpienia powikłań dostępu naczyniowego do żyły centralnej spowodowane niewłaściwą pielęgnacją.

Cel opieki: Zapobieganie powikłaniom dostępu naczyniowego.

Plan opieki:

- Ograniczenie manipulowania wkłuciem przy dostępie centralnym.
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas koniecznego manipulowania wkłuciem.
- Dezynfekcja miejsca wyjścia cewnika ze skóry z zastosowaniem bezalkoholowego środka dezynfekującego z zachowaniem czasu jego działania.
- Dezynfekcja gniazda cewnika centralnego oraz drenów na całej długości przed podłączeniem leków z zastosowaniem bezalkoholowego środka dezynfekującego .
- Zmiana jałowych korków zabezpieczających każdorazowo po podaniu leków, przepłukiwaniu wkłucia centralnego.
- Sprawdzanie drożności dostępu centralnego poprzez przepłukiwanie drenów 0,9% NaCl.
- Zmiana opatrunku nie rzadziej niż co 24 godziny lub częściej w przypadku zabrudzenia lub przemoczenia z zachowaniem zasad antyseptyki.
- Ocena miejsca wyjścia cewnika ze skóry podczas zmiany opatrunku pod kątem zaczerwienienia, ropienia bądź nieszczelności.

- W przypadku zaobserwowania niepokojących zmian w miejscu wyjścia ze skóry niezwłoczne powiadomienie o tym fakcie lekarza.
- Odnotowanie obserwacji w karcie centralnego dostępu naczyniowego.

Ocena efektów podjętych działań: Powikłania dostępu naczyniowego do żyły centralnej nie wystąpiły, pielęgnacja cewnika zgodna z zasadami aseptyki.

- **Diagnoza pielęgniarska 11:** Niedożywienie wynikające z zaburzeń trawienia na skutek niewydolności zewnątrzwydzielniczej funkcji trzustki spowodowane zaawansowanym procesem nowotworowym mogące prowadzić do wyniszczenia organizmu.

Cel opieki: Zapobieganie pogłębianiu się niedożywienia. Poprawa stanu odżywienia.

Plan opieki:

- Ocena stanu odżywienia na podstawie Klasyfikacji nadwagi i otyłości na podstawie BMI.
- Codzienne dokonywanie pomiaru masy ciała o tej samej porze oraz jej udokumentowanie.
- Pobieranie materiału do badań laboratoryjnych m.in. morfologia, albuminy zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Współudział w ocenie stanu odżywienia pacjenta na podstawie badań laboratoryjnych.
- Uzupełnianie niedoborów pokarmowych poprzez kontynuowanie żywienia pozajelitowego zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Kontrola drożności dostępu naczyniowego do żyły centralnej.
- Podłączanie żywienia pozajelitowego zgodnie z zleceniem lekarskim.
- Prowadzenie bilansu płynów.
- Kontrola diurezy.
- Obserwacja pacjenta pod kątem możliwości wystąpienia infekcji z powodu obniżonej odporności.
- Zapobieganie wystąpieniu infekcji.

Ocena efektów podjętych działań: Nie doszło do dalszego spadku masy ciała pacjenta.

- **Diagnoza pielęgniarska 12:** Ryzyko powstania i rozwoju odleżyn spowodowane złym stanem odżywienia, osłabieniem oraz ograniczoną zdolnością do zmiany pozycji.

Cel opieki: Zapobieganie powstawaniu i rozwojowi odleżyn.

Plan opieki:

- Ocena ryzyka rozwoju odleżyn na podstawie skali Norton.
- Ocena stanu odżywienia pacjenta.
- Żywienie pozajelitowe pacjenta w celu poprawy stanu odżywienia zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Kontrola stanu skóry obejmująca ocenę koloru, wilgotności, temperatury, struktury i ewentualnych uszkodzeń minimum 1 raz dziennie.
- Codzienna toaleta ciała pacjenta przy użyciu delikatnych środków myjących.
- Unikanie używania gorącej wody, nadmiernego tarcia podczas wykonywania toalety ciała pacjenta.
- Nawilżanie i natłuszczanie skóry pacjenta przy użyciu delikatnych środków do pielęgnacji skóry.
- Stosowanie materacy przeciwoleżynowych zmiennociśnieniowych.
- Stosowanie udogodnień w miejscach szczególnie narażonych na ucisk.
- Udzielenie pomocy pacjentowi w zmianie pozycji ułożeniowej co 2 godziny.
- Zapobieganie wystąpieniu uszkodzeń mechanicznych skóry podczas zmiany pozycji.

Ocena efektów podjętych działań: Nie doszło do wystąpienia odleżyn.

- **Diagnoza pielęgniarska 13:** Objawy depresji psychicznej spowodowane odczuwanymi dolegliwościami wynikającymi z postępowania procesu nowotworowego, obawą o własne zdrowie i życie, dalszym leczeniem oraz brakiem akceptacji choroby.

Cel opieki: Poprawa stanu psychicznego pacjenta.

Plan opieki:

- Ocena stanu psychicznego pacjenta z wykorzystaniem skali depresji Becka-BDI.
- Ocena poziomu akceptacji choroby za pomocą Skali Akceptacji Choroby.
- Zapewnienie pacjentowi możliwości kontaktu z bliskimi.
- Zapewnienie pacjentowi konsultacji z psychiatrą.
- Umożliwienie pacjentowi kontaktu z psychologiem.
- Poinformowanie chorego i jego rodziny o możliwości uzyskania wsparcia w fundacjach/grupach wsparcia dla osób chorych na nowotwór trzustki.
- Podawanie zgodnie ze zleceniem lekarskim leków przeciwdepresyjnych.
- Okazywanie pacjentowi zrozumienia, życzliwości i empatii.

- Cierpliwe wysłuchiwanie pacjenta, jego obaw, odczuwanych emocji.
- Zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa.
- Informowanie chorego o przeprowadzanych procedurach diagnostycznych, leczniczych w sposób zrozumiały dla pacjenta.
- Zapewnienie pacjentowi warunków ciszy i spokoju.

Ocena efektów podjętych działań: Stan psychiczny pacjenta uległ nieznacznej poprawie.

- **Diagnoza pielęgniarska 14:** Niepokój pacjenta przed powrotem do domu spowodowany dolegliwościami bólowymi oraz złym samopoczuciem wynikającymi z postępującego procesu nowotworowego oraz braku wiedzy na temat samoopieki w warunkach domowych.

Cel opieki: Zmniejszenie niepokoju oraz deficytu wiedzy na temat samoopieki w warunkach domowych.

Plan opieki:

- Rozmowa z pacjentem mająca na celu wyjaśnienie wątpliwości i obaw pacjenta.
- Zapewnienie pacjentowi konsultacji z psychologiem/psychoonkologiem.
- Zapewnienie pacjentowi warunków spokoju i odpowiednich warunków do odpoczynku.
- Podawanie leków przeciwbólowych i uspokajających zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Edukacja pacjenta i jego rodziny w obszarze samoopieki w warunkach domowych obejmująca m.in. postępowanie z raną pooperacyjną, stosowanie diety lekkostrawnej, udzielenie instruktażu podskórnego podawania heparyny drobnocząsteczkowej.

Ocena efektów podjętych działań: Niepokój pacjenta nieznacznie się obniżył, pacjent i rodzina przygotowani do sprawowania samoopieki w warunkach domowych.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonego badania opierającego się na metodzie studium indywidualnego przypadku pacjenta z rakiem trzustki po paliatywnym zabiegu operacyjnym polegającym na usunięciu pęcherzyka żółciowego oraz wykonaniu podwójnego zespolenia omijającego można wysunąć następujące wnioski będące istotą holistycznej roli personelu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentem z prezentowaną jednostką chorobową:

1. U pacjenta zaobserwowano znaczny deficyt wiedzy na temat zdiagnozowanej choroby. Deficyt ten obejmował zarówno istotę procesu chorobowego, jak również wiedzę na temat dostępnych metod leczenia. W kwestii rokowań pacjent posiadał ogólną wiedzę dotyczącą niepomyślnego rokowania w rozpoznanej u niego jednostce chorobowej. Pacjentowi udzielono niezbędnych informacji o istocie choroby, mechanizmach jej powstawania oraz metod leczenia ze szczególnym omówieniem leczenia poprzez stosowanie chemio- i radioterapii oraz możliwości wykonania neurolizy splotu trzewnego w leczeniu bólu nowotworowego.
2. Badany pacjent z rozpoznanym rakiem trzustki odczuwa szereg dolegliwości wynikających z patomechanizmu schorzenia. Występujące u pacjenta objawy w znaczny sposób wpływają na obniżenie jego jakości życia. Wpływ na zmniejszenie jakości życia chorego w znacznym stopniu mają odczuwane dolegliwości bólowe, świąd i zażółcenie powłok skórnych, biegunki występujące naprzemiennie z zaparciami, ogólne osłabienie, suchość jamy ustnej, nieprzyjemny zapach wydychanego powietrza oraz ograniczenie zdolności do samoopieki i samopielęgnacji.
3. Kluczowym elementem opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z rakiem trzustki jest podejmowanie działań mających na celu złagodzenie dolegliwości bólowych. Działania podejmowane przez personel pielęgniarski podczas przeprowadzonego badania skupiały się na ocenie stopnia nasilenia dolegliwości bólowych przy użyciu skali VAS, prowadzeniu farmakoterapii zgodnie ze zleceniem lekarskim, monitorowaniu efektywności prowadzonej farmakoterapii, zapewnieniu choremu warunków ciszy i spokoju, kontrolowaniu częstości i jakości wypróżnień oraz odczuwanych dolegliwości dyspeptycznych mogących potęgować odczuwane dolegliwości. Kolejnym aspektem opieki pielęgnacyjnej nad badanym pacjentem była kwestia niwelowania świądu i zażółcenia powłok skórnych. Wykonanie podczas zabiegu podwójnego zespolenia omijającego miało na celu przywrócenie przepływu żółci i zniesienie objawów żółtaczki mechanicznej. Organizm pacjenta po przebytej operacji potrzebował czasu, by przywrócić prawidłowy poziom bilirubiny. Działania pielęgniarskie miały na celu przyspieszenie tego procesu oraz zmniejszenie odczuwanych dolegliwości i obejmowały: informowanie chorego o przyczynie odczuwanych dolegliwości, konieczności powstrzymania się od drapania swędzącej skóry, udział w farmakoterapii zgodnie ze zleceniem lekarskim, pobieraniu materiału do badań laboratoryjnych i ich ocenie, odpowiedniej pielęgnacji skóry użyciem

łagodnych środków pielęgnacyjnych zawierających lipidy i substancje odżywcze konieczne do regeneracji skóry. Ponadto monitorowano stan pacjenta oraz prowadzono obserwacje mające na celu niedopuszczenie lub wczesne wykrycie ewentualnych powikłań zarówno pooperacyjnych, jak i wynikających z postępującego procesu nowotworowego m.in. możliwości wystąpienia zakażenia miejsca operowanego, ryzyka wystąpienia zaburzeń gospodarki węglowodanowej, możliwości rozwoju odleżyn oraz objawów choroby zakrzepowo-zatorowej.

4. Ważnym elementem opieki nad pacjentem z rakiem trzustki było wsparcie psychiczne chorego. Otrzymanie diagnozy raka trzustki, brak możliwości resekcji guza, przebyty zabieg operacyjny, obawa o własne zdrowie i życie, strach przed podjęciem chemioterapii oraz niemożność sprawowania nad sobą samoopieki w znacznym stopniu wpłynęły na stan psychiczny pacjenta. Pacjenta oceniono w zakresie poziomu akceptacji choroby oraz skali depresji Becka-BDI. Przeprowadzona ocena stanu psychicznego pacjenta wykazała, iż u pacjenta występują objawy depresji o umiarkowanym nasileniu oraz niski poziom akceptacji choroby. W celu poprawy stanu psychicznego pacjenta personel pielęgniarski w swoich działaniach odnosił się do pacjenta ze spokojem, cierpliwością, zrozumieniem i empatią. Pacjentowi zapewniono konsultację z lekarzem psychiatrą oraz zapewniono możliwość kontaktu z psychologiem. Prowadzono farmakoterapię zgodnie ze zleceniem lekarskim. Cierpliwie i bez pośpiechu wysłuchiowano obaw pacjenta, rozwiewano wątpliwości i odpowiadano na zadawane pytania. Pacjentowi zapewniono możliwość kontaktu z rodziną i bliskim z zachowaniem środków ostrożności z uwagi na obniżoną odporność pacjenta. Wsparciem objęto samego pacjenta, jak i jego rodzinę. Udzielono im wskazówek edukacyjnych w zakresie pielęgnacji, postępowania z raną pooperacyjną, stosowania diety, dalszego postępowania leczniczego oraz możliwości wsparcia przez fundacje i grup wsparcia działające na rzecz chorych z rakiem trzustki.

PIŚMIENNICTWO:

1. Grabowska K., Krajewska-Kułak E., Lewko J.: Wiedza społeczeństwa na temat raka trzustki. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2024: 1-27.

2. Gwoździwicz K.: Ocena przydatności biopsji w diagnostyce guzów trzustki, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2021: 25-32.
3. Piotrowski P.: Nowotwory przewodu pokarmowego [w:] Onkologia podręcznik dla studentów medycyny, Kułakowski A., Skowrońska-Gardas A. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018:153-154.
4. Kawecki M., Wyrwicz L.: Epidemiologia, biologia i patogeneza raka trzustki [w:] Rak trzustki. Kompendium, Wyrwicz L. (red.). Grupa Wydawnicza Medical Education, Warszawa 2018: 1-25.
5. Puchalski Z.: Chirurgia trzustki [w:] Chirurgia. Podstawy, Głuszek S. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019: 351-356.
6. Jeziorski A.: Najczęstsze nowotwory - objawy, rozpoznanie i leczenie [w:] Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek, Jeziorski A. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 128-130.
7. Raczyński I., Ddikowska J., Radecka B.: Advanced pancreatic cancer: diagnosis and systemic treatment evolution over the last decades. *Oncology of Clinical Practice* 2022; 8: 344-353.
8. Didkowska J.A., Wojciechowska U., Barańska K. i wsp.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2021 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów , Warszawa 2023: 7.
9. Dąbrowski A., Wereszyńska-Sięmiątkowska U., Daniluk J. i wsp.: Choroby trzustki [w:] Interna Szczeklika 2024, Gajewski P., Jaeschke R. (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2024: 1172-1774.
10. Jurkowska G., Świdnicka-Siergiejko A., Wojtukiewicz M.: Rak trzustki [w:] Wielka interna. Gastroenterologia. Część I, Dąbrowski A. (red.). Medical Tribune Polska, Warszawa 2019: 400-424.
11. Noszczyk W.: Choroby trzustki [w:] Chirurgia. Repetytorium, Noszczyk W. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020: 355-358.
12. Grydź F., Filipow J., Żeleźnicka M. i wsp.: Długoletnie przeżycie pacjentki z nieresekcyjnym gruczolakorakiem przewodowym trzustki - opis przypadku i przegląd literatury. *Rewiew of Medical Practice* 2024; 1/2024: 62-69.
13. Krawczyk-Lipiec J., Kraj L.: Kliniczne aspekty raka trzustki. [w:] Rak trzustki, Kompendium, Wyrwicz L. (red.). Grupa Wydawnicza Medical Education, Warszawa 2018: 29-40.

14. Kawecki M., Wyrwicz L.: Leczenie radykalne pacjentów z rakiem trzustki [w:] Rak trzustki. Kompendium, Wyrwicz L. (red.). Grupa Wydawnicza Medical Education, Warszawa 2018: 41-63.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z RAKIEM PRZĘŁYKU

Katarzyna Wiśniewska¹, Ewa Kulbaka², Anna Wiraszka³

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

2- *Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*

3- *Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu*

WSTĘP

Nowotwór przełyku jest chorobą o dynamicznym rozwoju oraz źle rokującą. Rozróżniany jest głównie w dwóch rodzajach: płaskonabłonkowy i gruczolakorak oraz rzadko występujący rak drobnokomórkowy. Bogaty w naczynia chłonne a ubogi w błony surowicze przełyk, jest łatwym dla nowotworu miejscem do rozprzestrzeniania się oraz penetracji w głąb jego ścian, powodując zmiany nowotworowe w układzie chłonnym [1].

Wśród metod leczenia tego nowotworu, główną rolę odgrywa zabieg operacyjny. Mianowicie chodzi o resekcję zajętego nowotworem narządu- przełyku. Jednakże nie każdy przypadek można określić jako operacyjny. Wsparciem leczenia operacyjnego jest radio- i chemioterapia. Zastosowanie wymienionych metod leczenia stanowi możliwość przedłużenia życia chorującym [2].

W rozpoznaniu na szczególną uwagę zwraca się na tak zwany przełyk Barretta. U osób z danym przełykiem regularnie przeprowadza się badania przesiewowe, gdyż ten rodzaj przełyku wyjątkowo narażony jest na przeobrażenie w gruczolakoraka [3]. Epidemiologia podaje większą zachorowalność mężczyzn niż kobiet. W Europie przedstawia się następująco: 35 000 mężczyzn a kobiet 10 000 w ostatnich latach. Spośród objawów najbardziej niepokojące to dysfagia, dyskomfort i ból gardła oraz pleców podczas połykania pokarmów lub cofanie się pokarmu. Oparzenie przełyku gorącym pokarmem czy napojem stanowi poważne zagrożenie wystąpienia nowotworu, jak również alkohol czy tytoń to czynniki zwiększające ryzyko choroby [4] Nowotwór to stan chorobowy, który w każdym stopniu zaawansowania skłania zespół medyczny do opieki holistycznej nad pacjentem, z uwagi na bliskość pacjenta wraz z jego potrzebami.

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie roli zespołu pielęgniarskiego w opiece nad chorym z rakiem przełyku po resekcji przełyku.

MATERIAŁ I METODY

Metoda badawczą zastosowaną w prezentowanej pracy była metoda indywidualnego przypadku polegająca na analizie stanu bio-psychospołecznego pacjenta z rozpoznaniem raka przełyku. W zakresie zastosowanych technik wykorzystano obserwację pielęgniarską, wywiad pielęgniarski, analizę dostępnej dokumentacji badanego pacjenta oraz pomiary parametrów życiowych takich jak tętno, ciśnienie tętnicze krwi, saturacja, liczba oddechów, pomiar masy ciała. W zakresie zastosowanych narzędzi wykorzystano: Arkusz do gromadzenia danych o pacjencie, Klasyfikację nadwagi i otyłości w zależności od BMI, Skalę Akceptacji Choroby AIS, Skalę depresji Becka BDI, Skalę VAS, Skalę Norton, Skalę Bartel. Przedmiotowe badanie zostało zrealizowane w lipcu 2024 roku w Szpital Uniwersytecki w Krakowie. Badany został poinformowany o zakresie prowadzonych badań, a także o pełnym zachowaniu anonimowości oraz utrzymaniu tajemnicy zawodowej.

WYNIKI BADAŃ

Opis indywidualnego przypadku

Metodą studium przypadku objęto 48 letniego mężczyznę ze zdiagnozowanym gruczolowym rakiem przełyku, bez schorzeń dodatkowych, z nałogiem nikotynowym w wywiadzie.

Chory został przyjęty na Oddział Chirurgii Onkologicznej 10 lipca 2024r. w celu diagnostyki zaburzeń połykania. Zgłosił, że dolegliwości silniej odczuwa od około miesiąca. Dolegliwości w połykaniu szczególnie odczuwa przy połykaniu pokarmów stałych. W przeprowadzonej gastrokopii zaobserwowano naciekający światło przełyku guz, w odległości około 25 centymetrów od siekaczy. Pobrano próbki do badania histopatologicznego. Następnie w warunkach ambulatoryjnych wykonano u pacjenta tomografię komputerową jamy brzusznej i klatki piersiowej, gdzie w obrębie przełyku zaobserwowano patologiczną masę o wielkości 35/25/70 mm. Górna część guza usytuowana była na wysokości żył płucnych, zaś dolna część nie przekraczała granicy przepony. W obserwacji wpustu i okolicy przed przeponowej nie zaobserwowano nieprawidłowości. Węzły chłonne we wnętrzu płuc i okolicy przy tchawiczej również pozostawały bez zmian. Także w

narządach mięszowych jamy brzusznej nie stwierdzono nieprawidłowości. Pacjentowi ustalono termin leczenia operacyjnego. Przed planowanym zabiegiem operacyjnym choremu wykonano badania laboratoryjne, a także spirometrię wentylacji płuc. Przeprowadzone badania wykazywały normę, a pacjent został zakwalifikowany do zabiegu.

Podczas operacji wykonano resekcję przełyku z dostępu przez torakotomię i laparotomię z zespoleniem z żołądkiem na szyi. W trakcie operacji w środkowej części przełyku zaobserwowano guz, nienaciekający przyległych tkanek. Nie stwierdzono powiększenia węzłów chłonnych w okolicy. Po operacji przez trzy kolejne doby chory pozostawał na Oddziale Intensywnej Terapii, po czym wrócił na Oddział Chirurgii Onkologicznej. Chory pozostawał w stanie dobrym. Rentgenowska kontrola rozprężania płuc pozwoliła na usunięcie drenu opłucnego w czwartej dobie po zabiegu. Początkowo chory żywiony pozajelitowo, a w dziesiątej dobie wdrożono odżywianie doustne. Postępujący powrót do zdrowia i odzyskiwanie sił pozwoliły na wypis pacjenta do domu w piętnastej dobie po zabiegu. Wynik badania histopatologicznego preparatu pooperacyjnego uzyskany w pracowni patomorfologii przedstawił uszypułowanego guza przełyku o wymiarach 5,0-2,5 cm, rosnącego do światła przełyku, o przekroju ciemnobrunatnym, pstrym. W podglądzie mikroskopowym widoczna zmiana dwuogniskowa, zajmująca błonę śluzową i tkankę podśluzową oraz właściwą blaszkę śluzowej błony. Linie cięcia chirurgicznego okazały się być wolne od nowotworowego nacieku. Preparat pooperacyjny otoczenia przełyku zawierał 7 węzłów chłonnych, wolnych od przerzutów.

Po przebytych leczeniu szpitalnym pacjentowi zalecono okresowe kontrole stanu zdrowia oraz kontynuację leczenia w Poradni Chirurgii Onkologicznej i w Poradni Chemioterapii.

Posługując się zgromadzonymi danymi uzyskanymi poprzez obserwację pacjenta, w wywiadzie i pomiarach oraz analizie zebranych dokumentów i wykorzystanych narzędzi badawczych określono diagnozy pielęgniarskie z przedstawieniem konkretnego celu oraz podjętych interwencji pielęgnacyjnych przez personel pielęgniarski w opiece nad chorym z rakiem przełyku po resekcji tego narządu z dostępu przez torakotomię i laparotomię z zespoleniem z żołądkiem na szyi.

Proces pielęgnowania pacjenta

- **Diagnoza pielęgniarska 1:** Niestabilne czynności życiowe spowodowane zastosowanym znieczuleniem podczas operacji.

Cel opieki:

Niedopuszczenie do wystąpienia nieprawidłowości krążeniowych, incydentów nieefektywnego oddychania, hipoksji oraz utrzymanie prawidłowej wentylacji płuc.

Plan opieki:

- Regularna obserwacja podstawowych funkcji życiowych oraz stanu świadomości.
- Kontrola ciśnienia tętniczego krwi.
- Monitorowanie tętna.
- Obserwacja oddechu w okresie pooperacyjnym, oceniamy częstość, czyli liczbę oddechów w czasie jednej minuty (liczba oddechów $<5/\text{min}$ lub $>35/\text{min}$ wskazuje na zaburzenia krążeniowo-oddechowe), obserwacja toru oddychania, wysiłku oddechowego oraz czy występują okresy bezdechu.
- Kontrolowanie temperatury ciała.
- Obserwacja skóry, jej zabarwienia a także szybkości powrotu kapilarnego. Tu brana jest również szybkość z jaką powraca zabarwienie płytki paznokcia po uprzednim uciśnięciu, norma wynosi 1-2 sekundy.
- Kontrolowanie diurezy, jak również prowadzenie bilansu płynów.
- Zastosowanie zgodnie ze zleceniem lekarskim tlenoterapii.

Ocena efektów podjętych działań:

Ciśnienie tętnicze krwi stopniowo wracało do normy, temperatura ciała obniżona.

- **Diagnoza pielęgniarska 2:** Ryzyko wystąpienia stanu hipowolemicznego spowodowanego zmniejszoną objętością krwi krążącej.

Cel opieki:

Utrzymanie prawidłowego poziomu wodno-elektrolitowego, powstrzymanie utraty objętości krwi krążącej.

Plan opieki:

- Kontrola bilansu wodno-elektrolitowego- przetaczane płyny uzależnione są od klinicznych objawów oraz wyników badań laboratoryjnych.
- Obserwacja poziomu na jakim wypełnione jest łóżysko naczyniowe poprzez obserwacje elastyczności i napięcia skóry, napięcia gałek ocznych, wilgotności błon śluzowych i wypełnienia żył szyjnych.
- Monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi, tętna.

Ocena efektów podjętych działań:

Stan hipowolemiczny nie wystąpił.

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Możliwość wystąpienia powikłań rany pooperacyjnej w postaci krwotoku.

Cel opieki:

Natychmiastowe rozpoznanie problemu i podjęcie postępowania terapeutyczno-pielęgniacyjnego.

Plan opieki:

- Monitorowanie drenażu i rany pooperacyjnej pod kątem przesięku.
- Obserwacja drenowanej wydzieliny pod kątem ilości i jakości.
- Kontrola drożności drenu.
- Zachowanie ostrożności przy wykonywaniu czynności przy pacjencie aby nie pociągać za dren.

Ocena efektów podjętych działań:

Prawidłowe gojenie się rany.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Ból pooperacyjny spowodowany zabiegiem operacyjnym i chirurgicznym uszkodzeniem tkanek.

Cel opieki:

Złagodzenie bólu.

Plan opieki:

- Podawanie analgetyków na zlecenie lekarskie (farmakoterapia sterowana przez pacjenta oraz podawana z wyprzedzeniem).
- Regularna ocena natężenia bólu odczuwanego przez pacjenta za pomocą skali VAS.
- Obserwacja pacjenta pod kątem innych symptomów, gdyż mogą one świadczyć o silnym bólu, są to: przyspieszony lub spłycony oddech, ograniczenie do minimum ruchów ciała, przyspieszone tętno, wzmożona potliwość, wyrażanie grymasów na twarzy.

Ocena efektów podjętych działań:

Dolegliwości bólowe zostały złagodzone i ustąpiły.

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Dreszcze spowodowane obniżoną temperaturą ciała w wyniku znieczulenia pacjenta i zabiegu.

Cel opieki:

Zniwelowanie dreszczy i zapobieganie ich wystąpieniu, ponieważ dreszcze prowadzą do przyspieszenia akcji serca, wzrostu zużycia tlenu, przyspieszenia akcji serca, prowokują hipoksję oraz kwasicę mleczanową, przyczyniają się również do niewydolności serca.

Plan opieki:

- Utrzymanie odpowiedniej temperatury w otoczeniu to znaczy w granicach 22-24°C.
- Podawanie płynoterapii w postaci ogrzanych płynów infuzyjnych.
- Okrycie chorego ciepłym kocem, użycie materaca grzewczego.

Ocena efektów podjętych działań:

Osiągnięcie prawidłowej temperatury ciała pacjenta i ustąpienie dreszczy.

- **Diagnoza pielęgniarska 6:** Lęk i dezorientacja pacjenta spowodowane sytuacją zdrowotną oraz przeżytym zabiegiem operacyjnym.

Cel opieki

- Zapewnienie komfortu psychicznego, zniwelowanie odczuwanego lęku.

Plan opieki:

- Częste przebywanie przy chorym, nie pozostawianie go samego na dłuższy czas, zaglądanie do chorego aby miał pewność, że nie jest sam i może w każdej chwili liczyć na pomoc.
- Uprzedzanie pacjenta przed każdą wykonywaną przy nim czynnością pielęgnacyjno-terapeutyczną.
- Okazywanie choremu wyrozumiałości i cierpliwości oraz wsparcia psychicznego poprzez spokojne wykonywanie czynności pielęgnacyjnych, rozmowę z chorym, cierpliwe słuchanie i mówienie wprost o przykrych emocjach jeżeli pacjent ma taką potrzebę.

Ocena efektów podjętych działań:

Pacjent wyciszony, uspokojony, stopniowo nabiera zaufania do personelu pielęgniarskiego, rozumie sytuację w jakiej się znajduje.

- **Diagnoza pielęgniarska 7:** Ryzyko zakażenia i powstania infekcji rany pooperacyjnej spowodowane niewłaściwą pielęgnacją.

Cel opieki:

Niedopuszczenie do powstania zakażenia.

Plan opieki:

- Regularna obserwacja opatrunku i ocena wydzieliny z rany.
- Asysta przy zmianie opatrunku z zachowaniem zasad antyseptyki i aseptyki.
- Dbanie o higienę osobistą pacjenta, bielizny pościelowej i jego otoczenia.
- Prowadzenie antybiotykoterapii według zlecenia lekarskiego.
- Kontrola szczelności drenu oraz zbiornika drenu umieszczonego poniżej poziomu łóżka.

Ocena efektów podjętych działań:

Rana prawidłowo się goi, bez powikłań.

- **Diagnoza pielęgniarska 8:** Ryzyko wystąpienia infekcji układu moczowego spowodowane założeniem cewnika Foleya.

Cel opieki:

Niedopuszczenie do zakażenia układu moczowego.

Plan opieki:

- Ocena makroskopowa moczu: barwy, przejrzystości, zapachu.
- Na zlecenie lekarskie pobranie moczu do badania ogólnego oraz bakteryjnego.
- Dbanie o higienę osobistą chorego, poprzez codzienne mycie szczególnie krocza z zastosowaniem środków odkażających.
- Prowadzenie antybiotykoterapii według zlecenia lekarskiego.
- Kontrolowanie diurezy.
- Wymiana worka moczowego od razu po jego napełnieniu i dbanie o umieszczenie go poniżej poziomu łóżka chorego, by zapobiec cofaniu się moczu.

Ocena efektów podjętych działań:

U pacjenta nie doszło do infekcji dróg moczowych.

- **Diagnoza pielęgniarska 9:** Powracające nudności spowodowane zastosowanym do zabiegu operacyjnego znieczuleniem i osłabieniem pacjenta.

Cel opieki:

Zmniejszenie dyskomfortu pacjenta oraz niedopuszczenie do zaburzeń wodno-elektrolitowych.

Plan opieki:

- Ułożenie pacjenta w miarę możliwości w wygodnej dla niego pozycji.
- Zapewnienie higieny osobistej choremu.

- Unikanie przykrych zapachów na sali, wietrzenie sali.

Ocena efektów podjętych działań:

Ustąpienie nudności i poprawa komfortu pacjenta, wymiotów brak.

- **Diagnoza pielęgniarska 10:** Ryzyko wystąpienia niedoborów wodno-elektrolitowych spowodowanych pooperacyjnym okresem (zaburzenia odżywiania, nawadnianie drogą pozajelitową, wydzieliny z drenów).

Cel opieki:

Wczesne wykrycie zaburzeń wodno-elektrolitowych i niedopuszczenie do powikłań.

Plan opieki:

- Kontrolowanie płynów podawanych i utraconych (prowadzenie dobowej zbiórki moczu).
- Na zlecenie lekarza pobieranie krwi do badań stężenia elektrolitów.
- Monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi.
- Na zlecenie lekarza uzupełnienie drogą dożylną niedoborów wodno-elektrolitowych.

Ocena efektów podjętych działań:

Gospodarka wodno-elektrolitowa nie zaburzona.

- **Diagnoza pielęgniarska 11:** Możliwość wystąpienia niedożywienia pacjenta spowodowanego brakiem możliwości karmienia drogą doustną, lecz pozajelitową, oraz ograniczeniem dietetycznym.

Cel opieki:

Zapewnienie odpowiedniego odżywiania.

Plan opieki:

- Pobieranie krwi na zlecenie lekarza do badań do oceny stanu odżywienia pacjenta.
- Monitorowanie oznak nietolerancji podawanych preparatów odżywczych, czy nie wystąpiła biegunka, wzdęcia.
- Sprawdzanie ustawienia sondy.
- Podawanie przygotowanych roztworów odżywczych zgodnie z procedurą i na zlecenie lekarskie.
- Pielęgnowanie linii odżywiania pozajelitowego.
- Zabezpieczenie sondy przed przesuwaniem lub wypadnięciem.

Ocena efektów podjętych działań:

Pacjent prawidłowo odżywiony.

- **Diagnoza pielęgniarska 12:** Ryzyko powikłań w postaci odleżyn, odparzeń, zapaleniu płuc czy zakrzepowemu

Cel opieki:

Niedopuszczenie do wystąpienia powikłań.

Plan opieki:

- Prowadzenie profilaktyki przeciwoleżynowej poprzez zmianę pozycji ciała w miarę możliwości, utrzymywanie higieny pacjenta oraz zabezpieczanie skóry szczególnie w miejscach najbardziej narażonych na powstanie zmian poprzez nacieranie i oklepywanie, zastosowanie przeciwoleżynowego materaca.
- Prowadzenie profilaktyki przeciwzakrzepowej poprzez stosowanie na zlecenie lekarza farmakoterapii podskórnej (np. Clexane lub Fraxiparine).
- Prowadzenie profilaktyki zapalenia płuc.
- Określenie możliwości samo opieki i pomoc w czynnościach pielęgnacyjno-higienicznych.
- Ustalenie i edukacja ćwiczeń czynnych i biernych.

Ocena efektów podjętych działań:

Ryzyko powikłań zminimalizowane do minimum.

- **Diagnoza pielęgniarska 13:** Ryzyko wystąpienia zaparć spowodowane obniżoną perystaltyką jelit.

Cel opieki:

Wyregulowanie wypróżnień.

Plan opieki:

- Kontrolowanie wydalania stolca.
- Mobilizacja do aktywności ruchowej.
- W razie potrzeby wykonanie lewatywy.
- Edukacja dotycząca regulacji wypróżnień, np. sposobu wykonywania masażu powłok brzusznych ruchami okrężnymi.

Ocena efektów podjętych działań:

Pacjent nie wypróżnił się do tej pory i w kolejnej dobie należy wykonać lewatywę lub wlewkę przeczyszczającą.

- **Diagnoza pielęgniarska 14:** Obniżony nastrój, objawy depresyjne spowodowane obecną sytuacją zdrowotną.

Cel opieki:

Wyrównanie nastroju, przywrócenie komfortu psychicznego choremu.

Plan opieki:

- Częste przebywanie z chorym i okazywanie akceptacji.
- Wykazywanie empatycznej postawy podczas rozmowy z chorym.
- Budowanie poczucia wartości pacjenta poprzez troskliwe postępowanie pielęgniarskie.
- Zdobywanie zaufania pacjenta poprzez okazanie wsparcia emocjonalnego i wysłuchanie chorego.
- Umożliwienie kontaktu z bliskimi i zachęcanie rodziny do wspierania chorego.

Ocena efektów podjętych działań:

Nastrój pacjenta uległ poprawie, chory czuje się lepiej.

- **Diagnoza pielęgniarska 15:** Brak motywacji pacjenta do rzucenia nałogu nikotynowego.

Cel opieki:

Zaprzestanie palenia tytoniu.

Plan opieki:

- Określenie w jakim stopniu chory jest uzależniony i stopnia gotowości do porzucenia nałogu.
- Przedstawienie pacjentowi korzyści wynikających z zaprzestania palenia i uświadomienie o skutkach ubocznych nałogu.
- Wsparcie emocjonalne poprzez przedstawienie pozytywnych cech chorego.
- Nakreślenie pacjentowi wpływu nałogu tytoniowego na jego chorobę i przebieg leczenia.

Ocena efektów podjętych działań:

Pacjent zdeterminowany do rzucenia nałogu.

WNIOSKI

W oparciu o metodę studium przypadku w przeprowadzonym badaniu wysunięto wnioski przedstawiające holistyczną rolę zespołu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentem z rakiem

przełyku poddanemu operacji resekcji tego narządu z dostępu przez torakotomię i laparotomię z zespoleniem z żołądkiem na szyi:

1. Jako podstawę leczenia raka przełyku uważa się leczenie chirurgiczne. Operacja jest jednak uwarunkowana następującymi czynnikami: stan ogólny chorego, oraz stopień zaawansowania choroby w momencie jej rozpoznania. Metoda operacyjna opiera się na całkowitym lub prawie całkowitym wycięciu narządu wraz z okolicznymi węzłami chłonnymi. Sposób wykonania operacji zależny jest zaś od lokalizacji guza oraz zasięgu limfadenektomii. Wyróżnia się następujące metody operacji: z dostępu przez torakolaparotomię lewostronną (odnosi się do dystalnej części przełyku piersiowego), laparotomię i cerwikotomię (odnosi się do środkowej i górnej części przełyku piersiowego), torakotomię i cerwikotomię oraz torakotomię prawostronną. W celu odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego, najczęściej wykorzystywanym narządem jest żołądek ale okrężnica lub jelito cienkie także może być wykorzystane. Wszelkie zabiegi operacyjne w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego są skomplikowane i niosą duże ryzyko wszelakich powikłań.
2. Opieka pielęgniarska przed i pooperacyjna polega głównie na obserwacji pacjenta, monitorowaniu podstawowych parametrów życiowych, kontrolowaniu rany operacyjnej oraz niedopuszczeniu do powstania możliwych powikłań pooperacyjnych lub związanych z unieruchomieniem pacjenta w obrębie łóżka. Wnikliwa obserwacja pacjenta pozwoli na wczesne wykrycie powikłania i zapobiegnie pogorszeniu stanu ogólnego pacjenta osłabionego chorobą i zabiegiem chirurgicznym. Opieka pielęgniarska to również pomoc i wszelkie starania w dalszym postępowaniu pooperacyjnym pacjentowi w odzyskaniu sił i powrotu do zdrowia.
3. Okres rekonwalescencji po skomplikowanym zabiegu operacyjnym oraz przystosowanie się do nowej sytuacji zdrowotnej i zmian w dotychczasowym życiu jest jednak długi i nakreślony problemami natury klinicznej i psychicznej, które mogą doprowadzić do rozwoju depresji u pacjenta. Pacjent choć jest już po zabiegu to świadomy swojej choroby oraz możliwości powikłań pooperacyjnych czy przerzutów nowotworowych pozostaje w stresie o dalsze losy i kolejne etapy leczenia.
4. Opieka pielęgniarska nad pacjentem w okresie pooperacyjnym stanowi pełen zakres czynności opiekuńczo-pielęgnacyjnych z utrzymaniem reżimu sanitarnego.
5. Pacjent średnio akceptuje chorobę co może mieć wpływ na rekonwalescencję. W wyniku otrzymanej diagnozy i przebytej operacji chory przyjął odmienny sposób

myślenia i przystosowywania się do nowej sytuacji. Zrozumiał, że ma wsparcie w rodzinie, oraz w medycynie poprzez kolejne możliwości walki z chorobą.

PIŚMIENNICTWO

1. Sitarz R., Skierucha M., Mielko J., et al.: Gastric Cancer: epidemiology, prevention, classification, and treatment. w: Cancer Manag Res 2018; 10: 239-248.
2. Chłap Z.: Etiopatogeneza nowotworów [w:]: Patofizjologia, S. Maśliński J. Ryżewski (red.). PZWL, Warszawa 1992: 650-664.
3. Szumiło J.: Epidemiologia i czynniki ryzyka rozwoju raka płaskonabłonkowego przełyku. w: Pol Merkuriusz Lek., 2009; 26: 82-85.
4. Sabra MJ., Smotherman C., Kraemer DF., et al.: The effects of neoadjuvant therapy on morbidity and mortality of esophagectomy for esophageal cancer: Amercin college of surgeons national surgical quality improvement program (ACS-NSQIP) 2005-2012. J Surg Oncol 2017; 115(3): 296-300.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z NOWOTWOREM ZŁOŚLIWYM TRZUSTKI

Katarzyna Wiśniewska¹, Ewa Kulbaka², Paulina Winogrodzka³

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

2 - *Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*

3 - *Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu*

WSTĘP

Według profesora Wojciecha Wysockiego rak trzustki jest jednym z najbardziej agresywnych nowotworów a jego rozpoznanie następuje na zaawansowanym etapie, co stanowi ogromne wyzwanie dla zarówno lekarzy jak i pielęgniarek. Wczesne stadium choroby często przebiega bezobjawowo lub daje niejasne symptomy, co sprawia, że diagnoza jest stawiana na etapie, gdzie opcje leczenia są ograniczone [1].

Rak trzustki jest jednym z najczęściej występujących nowotworów zaraz po nowotworach jelita grubego i raku żołądka z bardzo wysoką umieralnością, która wynosi 10/11 na 100 000 mieszkańców każdego roku. Charakterystyczną cechą raka trzustki jest złe rokowanie i jest on bardzo rzadko wykrywany we wczesnym rozpoznaniu. Zaledwie 5% stanowi odsetek 5-letnich przeżyć dla guzów nieoperacyjnych, natomiast tam, gdzie możliwe jest leczenie operacyjne odsetek ten wynosi od 5% do 20 % [2]. Statystyki wskazują, iż około 10% przypadków zachorowania na raka trzustki ma podłoże genetyczne i jest związane z występowaniem rodzinnym [3].

Rak trzustki należy do grupy tych nowotworów, które charakteryzują się wysoką złośliwością kliniczną i biologiczną, zatem trudne jest wczesne rozpoznanie tego nowotworu. Przyczyniają się do tego bezobjawowy przebieg oraz dolegliwości, które mogą wskazywać na choroby innych narządów i układów często mylnie sugerujące inne choroby lub zespoły kliniczne. Charakterystyczną cechą nowotworu trzustki jest jego ingerencja w metabolizm i homeostazę organizmu [4].

Powszechnie uważa się, że wzrost zachorowalności na nowotwory jest związany ze

starzeniem się populacji, a co za tym idzie z koniecznością hospitalizacji oraz długotrwałym leczeniem nowotworów i schorzeń im towarzyszących. Choroba nowotworowa to nie jedyny problem chorych, towarzyszą jej również inne dolegliwości, z którymi chory nie jest w stanie sobie poradzić sam i wówczas profesjonalna opieka pielęgniarska jest niezbędna [5]. Opieka pielęgniarska to kluczowy i niezastąpiony element w procesie leczenia, która powinna zapewnić pacjentowi komfort psychiczny i fizyczny

CEL PRACY

Celem głównym niniejszej pracy jest ukazanie opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z nowotworem złośliwym trzustki.

MATERIAŁ I METODY

Metodą badawczą zastosowaną w prezentowanej pracy jest metoda indywidualnego przypadku polegająca na analizie stanu bio-psychospołecznego pacjenta ze zdiagnozowanym nowotworem złośliwym trzustki.

W zakresie zastosowanych technik wykorzystano obserwację pielęgniarską, wywiad pielęgniarski, analizę dostępnej dokumentacji badanego pacjenta oraz pomiary parametrów życiowych. Najczęściej wykonywane pomiary to: pomiar tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu, temperatury ciała, masy ciała. W zakresie zastosowanych narzędzi, które służą do rejestrowania danych w trakcie realizowania badania, wykorzystano: Kwestionariusz do gromadzenia danych o pacjencie, Kwestionariusz oceny uzależnienia od nikotyny wg Fagrströma, klasyfikację nadwagi i otyłości w zależności od BMI, Ocenę nudności i wymiotów według kryteriów WHO, Skalę Akceptacji Choroby AIS, Skalę VAS, Skalę Norton, Skalę Barthel, Skalę jakości życia pacjenta w terminalnym stadium choroby nowotworowej STAS, Skalę ryzyka niedożywienia NRS, Skalę Depresji Becka BDI.

Przedmiotowe badanie zostało zrealizowane w styczniu 2025 roku w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym Im. Dr. Tytusa Chałubińskiego.

Badany został poinformowany o zakresie prowadzonych badań, a także o pełnym zachowaniu anonimowości. Wyraził pełną zgodę na udział w badaniu. Badany został poproszony o zgłaszanie wszystkich niepokojących objawów, które mogłyby pojawić się w czasie przeprowadzania badania.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Metodą stadium przypadku objęto 63-letniego mężczyznę, przyjętego do szpitala z powodu utrzymujących się od 3 dni uporczywych dolegliwości bólowych jamy brzusznej zlokalizowanych w okolicy śródbrzusza oraz podbrzusza. Ból opisuje jako tępy, promieniujący do kręgosłupa o charakterze przewlekłym, nasilającym się po posiłkach. Pacjent zgłasza znaczną utratę masy ciała (około 10 kg w ciągu ostatnich 2 miesięcy), zaburzenia trawienia, zmniejszenie apetytu oraz zmiany w kolorze stolca i moczu, a także nudności i wymioty. Pacjent przyznaje się do częstego i nadmiernego spożywania alkoholu oraz do palenia papierosów (około 25 szt./dobę), co wskazuje na silne uzależnienie.

W czasie przyjęcia pacjent osłabiony, wychudzony, z wyraźnymi objawami odwodnienia.

Przed rokiem wykonano u pacjenta laparotomię z powodu guza trzustki ze zmianami przerzutowymi do wątroby, śródoperacyjnie stwierdzono guz o średnicy około 4-5 cm. Ze względu na nieoperacyjny charakter zmiany w trzustce wykonano paliatywne zespolenie żołądkowo-jelitowe. Po zabiegu chirurgicznym pacjent rozpoczął leczenie paliatywne. Badania obrazowe wykonane pół roku później wskazały regresję zmian przerzutowych w wątrobie, z prawie całkowitą regresją zmiany ogniskowej z trzustce. W przeciągu następnych miesięcy nastąpiło pogorszenie stanu ogólnego pacjenta. Skarżył się on na brak apetytu, zmniejszenie masy ciała, pojawiły się luźne stolce oraz nasilone dolegliwości bólowe w nadbrzuszu.

Z powodu braku efektu terapeutycznego leczenia objawowego dolegliwości bólowych i biegunek wykonano gastroskopię, w której stwierdzono obecność zmian refleksowych w dolnej części przełyku i zaleganie w żołądku znacznej ilości płynnej żółciowo podbarwionej treści. Nie wykazano zaburzeń drożności zespolenia żołądkowo-jelitowego.

W oparciu o zgromadzone dane uzyskane z wywiadu, obserwacji, pomiarów, analizy dokumentów oraz zastosowanych narzędzi badawczych sformułowano diagnozy pielęgniarskie ze wskazaniem.

Konkretnego celu i interwencji pielęgnacyjnych personelu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentem z nowotworem złośliwym trzustki.

Proces pielęgnowania pacjenta

- **Diagnoza pielęgniarska 1:** Nudności i wymioty spowodowane chorobą, przyjmowaniem opioidów, innych leków przeciwbólowych oraz wdrożonej chemioterapii.

Cel opieki: Załagodzenie i zmniejszenie nasilenia objawów dyspeptycznych.

Plan opieki:

- Ocena nasilenia nudności i wymiotów na podstawie skali WHO,
- Prowadzenie bilansu płynów w celu prawidłowego utrzymania gospodarki wodno-elektrolitowej,
- Zapewnienie miski jednorazowego użytku, ligniny oraz dbanie o higienę jamy ustanej poprzez każdorazowe przepłukanie po wymiotach,
- Podawanie leków przeciwwymiotnych zgodnie z zaleceniami lekarza,
- Obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia objawów niedrożności przewodu pokarmowego.

Ocena efektów podjętych działań: Po wdrożeniu farmakoterapii nudności i wymioty ustąpiły. Problem pielęgnacyjny do dalszej obserwacji.

- **Diagnoza pielęgniarska 2:** Ból przewlekły związany z nowotworem trzustki, promieniujący do kręgosłupa.

Cel opieki: Załagodzenie i zmniejszenie bólu, poprawa komfortu pacjenta.

Plan opieki:

- Ocena nasilenia bólu przy pomocy skali VAS,
- Regularne podawanie leków przeciwbólowych zgodnie z zaleceniami lekarza,
- Monitorowanie skuteczności leczenia bólu: dostosowanie dawek leków w zależności od intensywności bólu,
- Wspieranie i pomoc pacjentowi w znalezieniu najbardziej komfortowej pozycji ciała,
- Zastosowanie technik niefarmakologicznych, np. techniki relaksacyjne, masaże, techniki oddechowe.

Ocena efektów podjętych działań: Uczucie bólu uległo zmniejszeniu po podaży farmakoterapii zgodnie ze zleceniem lekarskimi.

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Zaburzenia czynności układu pokarmowego związane z nowotworem trzustki, przejawiające się bólami brzucha w nadbrzuszu, zmianą konsystencji stolca, wzdęciami, biegunką, zmniejszonym pragnieniem i łaknieniem.

Cel opieki: Utrzymanie odpowiedniego poziomu odżywienia i zapobieganie dalszej utracie masy ciała.

Plan opieki:

- Obserwacja wystąpienia nudności i wymiotów,
- Ocena konsystencji stolca i ilości wydalanego moczu,
- Pomoc w utrzymywaniu higieny jamy ustnej, aby zapobiegać powstawaniu owrzodzeń i trudnościom w przyjmowaniu pokarmu,
- Stosowanie preparatów dożylnych lub doustnych, które zapewnią pacjentowi niezbędne składniki odżywcze,
- Codzienny pomiar i monitorowanie masy ciała pacjenta.

Ocena efektów podjętych działań: U pacjenta wdrożono wspomaganie żywieniowe, stan odżywienia i masa ciała prawidłowa.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Ryzyko niewydolności nerek ujawniające się ciemnym moczem i bólem w okolicy lędźwiowej związanym z nowotworem.

Cel opieki: Utrzymanie odpowiedniej funkcji nerek, stałe monitorowanie parametrów moczu i stanu nawodnienia.

Plan opieki:

- Prowadzenie karty bilansu płynów,
- Monitorowanie jakiegokolwiek zmiany w zapachu, barwie i konsystencji moczu pacjenta,
- Kontrolowanie objawów mogących sugerować początek niewydolności nerek, np. obrzęki, nadciśnienie tętnicze krwi, osłabienie,
- Edukowanie pacjenta i jego rodziny na temat potrzeby regularnego oddawania moczu i zgłaszania wszelkich nieprawidłowości w tej kwestii: bóle w okolicy lędźwiowej,

uczucie pełności w pęcherzu, problemy z oddawaniem moczu,

- Udział w farmakoterapii zgodnie ze zleceniem lekarskim.

Ocena efektów podjętych działań: Stała kontrola wyników badań moczu, brak objawów świadczących o niewydolności nerek.

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Zaburzenia integralności skóry wskazujące na problemy z wątrobą i odwodnieniem przejawiające się suchością skóry i rozwojem żółtaczki.

Cel opieki: Zmniejszenie objawów żółtaczki i ryzyka powikłań, zapewnienie odpowiedniego nawilżenia skóry.

Plan opieki:

- Zapewnienie odpowiedniej pielęgnacji skóry poprzez stosowanie nawilżających preparatów - maści, kremów,
- Codzienne monitorowanie stanu skóry w miejscach szczególnie narażonych na ucisk: kości biodrowe, pięty, łokcie,
- Przestrzeganie zaleceń lekarskich dotyczących podaży płynów,
- Edukacja pacjenta i jego rodziny w zakresie rozpoznawania objawów pogorszenia stanu skóry,
- Obserwacja postępu żółtaczki i podejmowanie działań, które mogą poprawić funkcję wątroby.

Ocena efektów podjętych działań: Redukcja uczucia suchości skóry i dyskomfortu, poprawa w zakresie zabarwienia skóry.

- **Diagnoza pielęgniarska 6:** Zapalenie spojówek z zażółceniem przejawiające się łzawieniem, pieczeniem i suchością gałki będące wynikiem stosowanej chemioterapii.

Cel opieki: Pielęgnacja spojówek oraz uspokojenie pacjenta.

Plan opieki:

- Zakropienie leków w postaci kropli doocznych z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- Wyjaśnienie pacjentowi przyczyny objawów związanych z zapaleniem spojówek i zażółceniem gałek ocznych.

Ocena efektów podjętych działań: Po wdrożeniu leczenia kroplami nawilżającymi u pacjenta zapalenie spojówek ustępuje.

- **Diagnoza pielęgniarska 7:** Deficyt wiedzy pacjenta na temat cukrzycy i jej powikłań, skutkujących uszkodzeniem narządów, zaburzeniem metabolizmu i problemem z gojeniem ran.

Cel opieki: Zwiększenie wiedzy pacjenta na temat choroby, utrzymanie prawidłowego poziomu glukozy we krwi i zapobieganie skokom glukozy.

Plan opieki:

- Regularne pomiary poziomu glukozy we krwi, zgodne ze zleceniem lekarskim,
- Edukacja pacjenta w zakresie samodzielnego mierzenia poziomu glukozy oraz interpretacji wyników,
- Edukacja pacjenta w zakresie unikania pokarmów, które mogą powodować gwałtowne wzrosty poziomu glukozy,
- Monitorowanie stosowania leków przeciwcukrzycowych, szczególnie w trakcie leczenia nowotworowego, które może wpłynąć na metabolizm i wchłanianie leków.

Ocena efektów podjętych działań: Stabilny, dostosowany poziom glukozy do indywidualnych potrzeb pacjenta.

- **Diagnoza pielęgniarska 8:** Pielęgnacja kaniuli dożylnnej w celu niedopuszczenia do zakażenia.

Cel opieki: Minimalizowanie ryzyka zakażenia.

Plan opieki:

- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki przy każdorazowym manipulowaniu wkłuciem,
- Dezynfekcja przed każdym, rozłączeniem, podłączeniem, podażą leków,
- Zmiana opatrunku zabezpieczającego z zachowaniem zasad aseptyki,
- Codzienna obserwacja miejsca wkłucia pod kątem wystąpienia objawów infekcji lub zakażenia,

- Przepłukiwanie kaniuli przed każdorazowym podaniem leków wraz z wymianą koreczków zabezpieczających.

Ocena efektów podjętych działań: Nie zaobserwowano objawów zakażenia, pielęgnacja kaniuli zgodnie z zasadami aseptyki.

- **Diagnoza pielęgniarska 9:** Dyskomfort spowodowany marskością wątroby w wyniku przerzutów nowotworu trzustki.

Cel opieki: Zmniejszenie objawów dyskomfortu związanego z marskością wątroby, poprawa funkcji wątroby i zapobieganie powikłaniom.

Plan opieki:

- Codzienna ocena stanu zdrowia pacjenta, w tym poziomu bólu, objawów rozwoju żółtaczki, obrzęków,
- Stosowanie odpowiednich środków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- Monitorowanie objawów krwawień z przewodu pokarmowego i zakażeń,
- Regularne kontrolowanie wyników badań krwi oraz elektrolitów,
- Edukacja pacjenta w zakresie stosowania odpowiedniej diety i rozpoznawania wczesnych objawów zaostrzenia choroby.

Ocena efektów podjętych działań: Poprawa stanu zdrowia pacjenta po zastosowaniu interwencji pielęgniarskich i wdrożonej farmakoterapii.

- **Diagnoza pielęgniarska 10:** Dyskomfort związany z nasilonymi obrzękami kończyn dolnych, spowodowanymi niewydolnością wątroby.

Cel opieki: Załagodzenie i zmniejszenie dyskomfortu, zapobieganie powikłaniom.

Plan opieki:

- Obserwacja skóry w kierunku zmiany koloru, ciepłoty, temperatury i bólu,
- Układanie chorego z uniesionymi kończynami dolnymi w celu poprawy odpływu limfy i zmniejszenia obrzęku,
- Dokładne mycie obrzękniętej skóry, nawilżanie i natłuszczanie,
- Prowadzenie bilansu płynów,

- Edukacja pacjenta w zakresie częstej zmiany pozycji ciała, aby zapobiec pogłębianiu obrzęków.

Ocena efektów podjętych działań: Zmniejszenie dolegliwości bólowych i uczucia ciężkości w kończynach dolnych.

- **Diagnoza pielęgniarska 11:** Objawy depresji i przygnębienia będące wynikiem choroby, sposobem leczenia oraz brakiem akceptacji choroby.

Cel opieki: Ocena stanu psychicznego pacjenta w celu podjęcia dalszych kroków diagnostycznych.

Plan opieki:

- Ocena stanu psychicznego pacjenta na podstawie skali depresji Becka-BDI,
- Ocena stanu jakości życia pacjenta w terminalnym stadium choroby nowotworowej z zastosowaniem skali STAS,
- Okazanie zrozumienia, empatii, przekazywanie informacji w sposób jasny i zrozumiały dla pacjenta,
- Poświęcenie czasu choremu poprzez szczerą rozmowę i określenie najważniejszych obaw i trudności w adaptacji do zaistniałej sytuacji,
- Umożliwienie kontaktu z rodziną i psychologiem.

Ocena efektów podjętych działań: Nastrój pacjenta uległ poprawie, lęk został obniżony. Pacjent swobodnie rozmawia na temat swoich problemów i obaw.

- **Diagnoza pielęgniarska 12:** Ryzyko wystąpienia zakażenia układu moczowego spowodowane założeniem cewnika Foleya do pęcherza moczowego.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia zakażenia układu moczowego.

Plan opieki:

- Kontrolowanie objawów zakażenia, takich jak ból, pieczenie przy oddawaniu moczu, zmiany zapachu lub koloru moczu,
- Obserwacja cewnika pod kątem prawidłowego umiejscowienia, drożności oraz obecności zanieczyszczeń,

- Wykonywanie wszelkich procedur w warunkach aseptycznych, w celu zminimalizowania ryzyka infekcji,
- Dokładna toaleta okolicy krocza,
- Poinformowanie pacjenta o konieczności zgłaszania wszelkich niepokojących objawów, związanych z możliwością wystąpienia zakażenia.

Ocena efektów podjętych działań: Cewnik utrzymany w czystości, pacjent nie wykazuje objawów zakażenia układu moczowego.

- **Diagnoza pielęgniarska 13:** Trudności i ograniczenia w zakresie samoopieki i samopielęgnacji z powodu ogólnego osłabienia.

Cel opieki: Poprawa zdolności pacjenta do wykonywania podstawowych czynności samoopieki oraz edukacja dotycząca metod ułatwiających codzienne funkcjonowanie.

Plan opieki:

- Regularne monitorowanie stanu ogólnego pacjenta,
- Pomoc pacjentowi w wykonywaniu podstawowych czynności samoopieki, takich jak higiena ciała, ubieranie się, spożywanie posiłków,
- Edukacja pacjenta w zakresie technik ułatwiających wykonywanie czynności samoopieki, nuka mobilności w łóżku i lokomocji poza łóżkiem,
- Zapewnienie niezbędnych narzędzi wspierających, np. uchwyty, wózki inwalidzkie, podpórki, balkoniki,
- Zapewnienie pacjentowi wsparcia emocjonalnego oraz pomoc w adaptacji do nowej sytuacji.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent wykazuje większą samodzielność w wykonywaniu codziennych czynności.

- **Diagnoza pielęgniarska 14:** Ryzyko wystąpienia zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej i niedożywienia w wyniku utraty łaknienia, nudności i wymiotów.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka i zapobieganie niedożywieniu.

Plan opieki:

- Ocena stopnia zaburzeń wodno-elektrolitowych poprzez obserwację pacjenta pod kątem stanu nawodnienia organizmu,
- Podaż płynów drogą dożylną poprawiających stan nawodnienia zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- Poinformowanie pacjenta o konieczności zgłaszania wszelkich oznak złego samopoczucia,
- Wykonanie badań biochemicznych z oznaczeniem stężenia elektrolitów zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- Obserwacja objawów nietolerancji wchłanianych preparatów pod kątem wzdęć, biegunk, nudności.

Ocena efektów podjętych działań: Objawy odwodnienia organizmu nie nastąpiły. Nastąpiła niewielka poprawa łaknienia.

- **Diagnoza pielęgniarska 15:** Duszność spoczynkowa wynikająca z zaawansowanego procesu nowotworowego.

Cel opieki: Załagodzenie objawów duszności, poprawa komfortu oddechowego pacjenta.

Plan opieki:

- Regularne mierzenie i kontrola częstości oddechów, tętna, ciśnienia tętniczego krwi, temperatury ciała i saturacji,
- Układanie chorego w pozycji wysokiej lub półwysokiej, z uniesioną górną częścią ciała, w celu ułatwienia wentylacji płuc i zmniejszenia uczucia duszności,
- Zastosowanie terapii tlenowej w przypadku niskiego poziomu saturacji, zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- Edukacja pacjenta na temat unikania czynników wyzwalających duszność, np. palenie papierosów.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent zgłasza poprawę komfortu oddechowego i zmniejszenie objawów duszności.

PIŚMIENNICTWO:

1. Polkowski W.: Rak trzustki. Nowotwory przewodu pokarmowego. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2012: 103-143.

2. Wyrwicz L.: Rak trzustki. Wydawnictwo Medical Education, Warszawa 2018: 5-88.
3. Duell E.J., Lucenteforte E., Olson S.H. et al.: Pancreatitis and pancreatic Cancer risk: a pooled analysis in the International Pancreatic Cancer Case-Control Consortium (PanC4). w: Ann. Oncol., 2012, nr 23, s. 374-382.
4. Keum N., Ha K.H., Bao Y. et al.: Long-term patterns of fasting blood glucose levels and pancreatic cancer incidence. Cancer Causes Control 2018; 29(1): 135-142.
5. Ciesielka J., Majewska K., Jabłońska B. i wsp.: Multimodal treatment for long-term survival in ampullary adenocarcinoma metastatic to the liver. Gastroenterology Review/Przegląd Gastroenterologiczny. 2025;20(1): 102-106.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z NOWOTWOREM JELITA GRUBEGO Z WYŁONIONĄ KOŁOSTOMIĄ

Katarzyna Wiśniewska¹, Ewa Kulbaka², Judyta Susik³

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

2 - *Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*

3 - *Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu*

WSTĘP

Nowotwór jelita grubego jest jednym z najczęściej diagnozowanych nowotworów złośliwych w Polsce i na świecie. Choroba ta rozwija się w obrębie jelita grubego, a jej najczęstsze lokalizacje obejmują okrężnicę i odbytnicę. Do głównych czynników ryzyka należą predyspozycje genetyczne, niewłaściwa dieta bogata w tłuszcze zwierzęce i uboga w błonnik, brak aktywności fizycznej oraz nadużywanie alkoholu i palenie tytoniu. Objawy nowotworu jelita grubego są często niespecyficzne, co opóźnia rozpoznanie; należą do nich zaburzenia rytmu wypróżnień, krew w stolcu, bóle brzucha, utrata masy ciała i osłabienie. W zaawansowanych stadiach choroba może prowadzić do powikłań, takich jak niedrożność jelit czy perforacja [1].

Leczenie nowotworu jelita grubego zależy od stopnia zaawansowania choroby i obejmuje zarówno metody chirurgiczne, jak i terapie wspomagające, takie jak chemioterapia i radioterapia. W wielu przypadkach konieczne jest wykonanie operacji polegającej na wycięciu zmienionego nowotworowo odcinka jelita oraz wyłonieniu kolostomii – sztucznego ujścia jelita grubego na powierzchnię powłok brzusznych. Kolostomia może być rozwiązaniem tymczasowym lub trwałym, w zależności od charakteru operacji i stopnia zaawansowania choroby. Dla pacjenta oznacza to radykalną zmianę stylu życia, konieczność adaptacji do nowych warunków i stawienia czoła nie tylko problemom fizycznym, ale również emocjonalnym [2].

Pielęgniarka pełni kluczową rolę w opiece nad pacjentem z kolostomią, zapewniając wsparcie zarówno w zakresie fizycznym, jak i emocjonalnym. Jednym z najważniejszych zadań pielęgniarki jest edukacja pacjenta oraz jego rodziny w zakresie pielęgnacji stomii, co

obejmuje naukę prawidłowego postępowania z workiem stomijnym, dbania o higienę oraz rozpoznawania objawów mogących wskazywać na powikłania, takie jak podrażnienia skóry czy infekcje. Pielęgniarka pomaga również pacjentowi w zrozumieniu istoty schorzenia oraz dostosowaniu diety i codziennych aktywności do nowych warunków [3].

Wsparcie emocjonalne ze strony pielęgniarki jest nieocenione w procesie adaptacji pacjenta do życia z kolostomią. Choroba nowotworowa oraz wyłonienie stomii często wiąże się z poczuciem wstydu, obniżoną samooceną i lękiem przed odrzuceniem społecznym. Pielęgniarka, wykazując empatię i zrozumienie, może pomóc pacjentowi w radzeniu sobie z tymi trudnościami [4].

W Polsce, podobnie jak na całym świecie, pielęgniarka stomijna odgrywa kluczową rolę w opiece nad pacjentami ze stomią. W ostatnich latach zakres jej obowiązków uległ znacznym zmianom. W przeszłości, przed wprowadzeniem kompleksowej opieki stomijnej, zadania pielęgniarki ograniczały się głównie do doraźnego zaopatrywania stomii za pomocą sprzętu dostępnego w danym szpitalu oraz krótkich rozmów z pacjentami podczas zmiany opatrunku. Edukacja pacjentów polegała głównie na nauce oszczędnego gospodarowania sprzętem stomijnym, który był kosztowny i trudno dostępny. W rezultacie, pacjenci często opuszczali szpital niedoinformowani i nieprzygotowani do samodzielnej pielęgnacji stomii, co prowadziło do ich wycofania się z życia społecznego i zawodowego, a nawet do izolacji [5,6].

CEL PRACY

Głównym celem badawczym niniejszej pracy jest opracowanie planu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego z wyłonioną kolostomią.

MATERIAŁ I METODY

W niniejszej pracy zastosowano metodę badawczą w postaci indywidualnego studium przypadku. Do opracowania tematu wykorzystano odpowiednie techniki oraz narzędzia badawcze, umożliwiające dokładną analizę zagadnienia. W celu uzyskania informacji o pacjentce w niniejszym badaniu wykorzystano następujące techniki: wywiad pielęgniarski przeprowadzony zarówno z pacjentem, jak i jego rodziną, obserwację pielęgniarską, analizę dokumentacji medycznej oraz ocenę parametrów życiowych. W badaniu zastosowano zarówno metody pomiaru bezpośredniego, obejmujące ciśnieniomierz, termometr, zegarek z sekundnikiem jak i metody pomiaru pośredniego, takie jak analiza kart informacyjnych

wypisu ze szpitala, wyniki badań laboratoryjnych, kwestionariusz do gromadzenia danych o pacjencie, Kwestionariusz do oceny odżywiania MNA (z ang. *Mini Nutritional Assessment*), Kwestionariusz do oceny klasyfikacja nadwagi i otyłości na podstawie BMI, Skala Katza-ADL, Skala Lawtona-IADL, Skala Glasgow, Wizualna skala oceny bólu VAS, Skala do oceny rozwoju odleżyn D. Nortona, Skala Depresji Hamiltona, Skala Satysfakcji z Życia SWLS, Skala Akceptacji Choroby AIS.

Badaniem objęto 57-letniego R.K. pacjenta z nowotworem jelita grubego z wylonioną kolostomią, przebywającego w środowisku domowym w dniach 13-31.01.2025 r. Przed rozpoczęciem badania poinformowano pacjenta o jego celowości, zasadach anonimowości oraz możliwości rezygnacji na każdym etapie. Po uzyskaniu świadomej zgody przystąpiono do realizacji procesu badawczego. Badanie obejmowało szczegółowy wywiad z pacjentem, jej rodziną, obserwację funkcjonowania w warunkach domowych oraz analizę dostępnej dokumentacji medycznej. Celem badania było uzyskanie wglądu w codzienne funkcjonowanie pacjenta, identyfikację problemów pielęgnacyjnych oraz ocenę potrzeb w zakresie opieki i rehabilitacji.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Metodą studium indywidualnego przypadku objęto 57-letniego pacjenta z rozpoznaniem nowotworem jelita grubego w listopadzie 2024 roku w wyniku rutynowej kolonoskopii. W związku z rozległością zmiany nowotworowej pacjent został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego, wykonano resekcję jelita grubego i wyloniono kolostomię. Leczenie operacyjne zostało przeprowadzone w grudniu 2024 r. Po zakończonym leczeniu chirurgicznym pacjent został zakwalifikowany do chemioterapii uzupełniającej (adjuwant) – wlewy dożylnie. Od momentu wypisu ze szpitala pozostaje w domu.

Z wywiadu w rodzinie nie występowały choroby nowotworowe jelita grubego co wskazuje, że przebieg choroby jest *de novo*. W badaniu fizykalnym pacjent uwagę zwraca szczupła postawa ciała – waga 66 kg (w normie) przy wzroście 177 kg, przerzedzone włosy, skóra sucha.

Podczas obserwacji zaobserwowano, że pacjent odczuwa wyraźne pogorszenie ogólnego stanu zdrowia. Zgłasza chroniczne osłabienie, zmniejszoną wydolność fizyczną oraz trudności w adaptacji do życia z kolostomią. Skarży się na brak apetytu, bóle brzucha oraz

częste wzdęcia i uczucie pełności po posiłkach. Posiłki są nieregularne, spożywane w małych ilościach. Dzienna ilość przyjmowanych płynów jest niewystarczająca (ok. 1300 ml). Pielęgnacja stomii sprawia pacjentowi trudność. Skóra wokół kolostomii jest zaczerwieniona i miejscowo podrażniona. Pacjent nie radzi sobie z doбором odpowiedniego sprzętu stomijnego, skarży się na częste wycieki i nieprzyjemny zapach, co znacząco wpływa na jego samopoczucie i komfort psychiczny. Żona pomaga w pielęgnacji, jednak również nie posiada wystarczającej wiedzy na temat pielęgnacji skóry wokół stomii i korzystania z dostępnych form wsparcia.

Na podstawie zgromadzonych informacji pochodzących z wywiadu, obserwacji, pomiarów, analizy dokumentacji medycznej oraz wykorzystania narzędzi badawczych opracowano diagnozy pielęgniarские. Każda z nich została uzupełniona o jasno określony cel oraz odpowiednio dobrane interwencje pielęgniarские, mające na celu zapewnienie właściwej opieki nad pacjentem z nowotworem jelita grubego z wylonioną kolostomią.

Proces pielęgnowania pacjenta

- **Diagnoza pielęgniarская 1:** Trudności w samodzielnej pielęgnacji stomii spowodowane brakiem umiejętności i doświadczenia w obsłudze sprzętu stomijnego.

Cel opieki: Uzyskanie przez pacjenta umiejętności samodzielnej pielęgnacji stomii.

Interwencje pielęgniarские:

- Przeprowadzenie instruktażu dotyczącego wymiany worka stomijnego.
- Pokazanie prawidłowej techniki oczyszczania skóry wokół stomii.
- Zachęcanie pacjenta do samodzielnych prób pod nadzorem pielęgniarki.
- Udzielenie informacji o dostępnych materiałach edukacyjnych.
- Zapewnienie kontaktu do pielęgniarki stomijnej lub poradni stomijnej.
- Monitorowanie postępów pacjenta w nauce pielęgnacji stomii.

Wyniki opieki: Pacjent potrafi samodzielnie zaopatrzyć stomię z minimalną pomocą.

- **Diagnoza pielęgniarская 2:** Podrażnienie skóry wokół kolostomii wynikające z niewłaściwej pielęgnacji i nieodpowiedniego przylegania sprzętu.

Cel opieki: Poprawa stanu skóry wokół stomii i zapobieganie dalszym podrażnieniom.

Interwencje pielęgniarские:

- Ocena stanu skóry wokół stomii przy każdej zmianie opatrunku.
- Dobór odpowiedniego sprzętu stomijnego zapewniającego lepsze przyleganie.

- Stosowanie preparatów ochronnych do skóry wokół stomii (np. plastry ochronne).
- Edukacja pacjenta w zakresie zasad higieny i pielęgnacji skóry wokół stomii.
- Częstsze zmiany sprzętu w przypadku wycieków lub podrażnień.
- Zgłoszenie zmian skórnych lekarzowi w przypadku pogorszenia.

Wyniki opieki: Zmniejszenie zaczerwienienia i podrażnienia skóry wokół stomii.

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Nieprzyjemny zapach i wycieki z worka stomijnego powodujące dyskomfort i obniżenie jakości życia.

Cel opieki: Eliminacja wycieków i zapachu związanego z kolostomią.

Interwencje pielęgniarskie:

- Edukacja pacjenta na temat prawidłowego mocowania worka stomijnego.
- Regularna wymiana sprzętu stomijnego zgodnie z zaleceniami producenta.
- Zastosowanie worków stomijnych z filtrami pochłaniającymi zapach.
- Sprawdzanie szczelności i dopasowania sprzętu do typu skóry pacjenta.
- Zastosowanie preparatów neutralizujących zapach (np. płyny, tabletki).
- Zachęcenie pacjenta do prowadzenia dzienniczka obserwacji ewentualnych wycieków.

Wyniki opieki: Pacjent zgłasza brak wycieków i zmniejszenie dyskomfortu.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Brak wystarczającej wiedzy pacjenta i opiekuna na temat pielęgnacji stomii, co zwiększa ryzyko powikłań i pogarsza stan psychiczny pacjenta.

Cel opieki: Zwiększenie poziomu wiedzy pacjenta i opiekuna na temat opieki nad stomią.

Interwencje pielęgniarskie:

- Przekazanie instrukcji dotyczących codziennej pielęgnacji stomii pacjentowi i jego żonie.
- Zapewnienie materiałów edukacyjnych w formie broszur lub filmów instruktażowych.
- Zorganizowanie spotkania edukacyjnego z pielęgniarką stomijną (jeśli możliwe).
- Udzielenie informacji na temat refundacji sprzętu stomijnego.
- Wskazanie źródeł pomocy (POL-ILKO, poradnie specjalistyczne).
- Sprawdzenie poziomu wiedzy pacjenta i opiekuna po zakończonej edukacji.

Wyniki opieki: Pacjent i opiekun wykazują wiedzę i umiejętności w zakresie pielęgnacji stomii.

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Zmniejszone łaknienie i pragnienie prowadzące do

niedostatecznego przyjmowania pokarmów i płynów (ok. 1300 ml/dobę).

Cel opieki: Zwiększenie ilości spożywanych płynów i poprawa apetytu pacjenta.

Interwencje pielęgniarskie:

- Monitorowanie ilości spożywanych płynów i rejestrowanie dziennego bilansu wodnego.
- Zachęcanie do spożywania małych, częstych posiłków.
- Proponowanie płynów o podwyższonej wartości odżywczej (np. zupy, soki warzywne).
- Udzielanie wskazówek dietetycznych dopasowanych do stanu stomii i przewodu pokarmowego.
- Ocenianie nawodnienia pacjenta (skóra, błony śluzowe, diureza).
- Konsultacja z dietetykiem w celu ustalenia indywidualnego planu żywieniowego.

Wyniki opieki: Pacjent przyjmuje zalecaną ilość płynów i zgłasza poprawę apetytu.

- **Diagnoza pielęgniarska 6:** Wzdęcia i uczucie pełności po posiłkach jako dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego utrudniające prawidłowe żywienie.

Cel opieki: Złagodzenie dolegliwości żołądkowo-jelitowych po posiłkach.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zalecenie diety lekkostrawnej bez produktów wzdymających (np. fasola, kapusta).
- Edukacja pacjenta na temat dokładnego żucia i spokojnego jedzenia.
- Zachęcanie do prowadzenia dzienniczka spożycia i objawów.
- Ograniczenie produktów fermentujących (np. pieczywo drożdżowe, produkty mleczne).
- Ocenianie częstości i intensywności wzdęć po spożyciu konkretnych potraw.
- Zalecenie konsultacji z lekarzem w przypadku utrzymujących się dolegliwości.

Wyniki opieki: Pacjent zgłasza zmniejszenie uczucia pełności i wzdęć po posiłkach.

- **Diagnoza pielęgniarska 7:** Umiarkowany ból brzucha zgłaszany jako dyskomfort w jamie brzusznej (3/10 według VAS).

Cel opieki: Zmniejszenie lub wyeliminowanie odczuwanego bólu brzucha.

Interwencje pielęgniarskie:

- Regularna ocena natężenia bólu za pomocą skali VAS.
- Zastosowanie metod niefarmakologicznych łagodzących ból (ciepłe okłady,

relaksacja).

- Zachęcanie do odpoczynku i pozycji odciążających jamę brzuszną.
- Edukacja na temat możliwych przyczyn bólu i działań łagodzących.
- Dokumentowanie zmian w natężeniu bólu i reakcji na zastosowane działania.
- Współpraca z lekarzem w celu ewentualnego wdrożenia leczenia farmakologicznego.

Wyniki opieki: Pacjent zgłasza zmniejszenie bólu do poziomu 1/10 lub jego ustąpienie.

- **Diagnoza pielęgniarska 8:** Obniżony nastrój i objawy depresyjne wynikające z wyłonięcia stomii, choroby nowotworowej oraz zmian w stylu życia.

Cel opieki: Poprawa samopoczucia psychicznego i złagodzenie objawów depresyjnych.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zapewnienie pacjentowi możliwości rozmowy i wysłuchania jego emocji.
- Zachęcanie do aktywności dostosowanej do możliwości fizycznych.
- Poinformowanie o dostępnych formach wsparcia psychologicznego.
- Umożliwienie kontaktu z grupą wsparcia (np. POL-ILKO).
- Rozmowy edukacyjne z żoną pacjenta na temat objawów depresji i sposobów wsparcia emocjonalnego.
- Obserwacja i dokumentacja zmian nastroju i zachowania pacjenta.

Wyniki opieki: Zmniejszenie objawów depresyjnych, pacjent bardziej otwarty i zmotywowany do działania.

- **Diagnoza pielęgniarska 9:** Poczucie izolacji społecznej i unikanie kontaktów towarzyskich związane z brakiem akceptacji własnego wyglądu i ograniczeniami środowiskowymi.

Cel opieki: Zwiększenie aktywności społecznej i poprawa samoakceptacji pacjenta.

Interwencje pielęgniarskie:

- Rozmowa motywująca z pacjentem na temat wartości kontaktów społecznych.
- Udzielenie wsparcia psychicznego w związku z wyglądem ciała po operacji.
- Zachęcanie do utrzymywania kontaktów z bliskimi osobami.
- Wskazanie możliwości spotkań z innymi pacjentami stomijnymi.
- Edukacja żony w zakresie wspierania męża w kontaktach towarzyskich i pokonywaniu barier psychicznych.
- Wspólne opracowanie prostych celów aktywizujących pacjenta.

Wyniki opieki: Pacjent nawiązuje kontakt z otoczeniem i wykazuje większe zainteresowanie aktywnością społeczną.

- **Diagnoza pielęgniarska 10:** Ograniczona aktywność fizyczna wynikająca z osłabienia, braku windy i trudności w poruszaniu się po schodach.

Cel opieki: Poprawa sprawności fizycznej i samodzielności pacjenta w warunkach domowych.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocenienie stanu wydolności fizycznej pacjenta.
- Wprowadzenie prostych ćwiczeń oddechowych i mobilizujących.
- Zalecenie odpoczynku w dogodnych pozycjach zmniejszających zmęczenie.
- Zaproponowanie pomocy w adaptacji mieszkania (np. krzesło do wanny, uchwyty).
- Edukacja żony w zakresie motywowania pacjenta do codziennej aktywności.
- Zachęcenie do korzystania z balkonów/otwartych przestrzeni jako formy zmiany otoczenia.

Wyniki opieki: Pacjent podejmuje codzienną aktywność i zgłasza mniejsze uczucie zmęczenia.

- **Diagnoza pielęgniarska 11:** Częściowa zależność od osoby bliskiej w codziennym funkcjonowaniu (przygotowanie posiłków, zakupy, pielęgnacja stomii).

Cel opieki: Zwiększenie samodzielności pacjenta oraz poczucia bezpieczeństwa żony jako opiekuna.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zidentyfikowanie czynności, które pacjent może wykonywać samodzielnie.
- Stopniowe wdrażanie do wykonywania prostych zadań domowych.
- Opracowanie planu dnia dostosowanego do możliwości pacjenta.
- Rozmowa z żoną na temat przeciwdziałania nadopiekuńczości.
- Wspólne ćwiczenia pielęgnacji stomii w obecności pielęgniarki.
- Utrwalanie umiejętności przez codzienne próby i wsparcie emocjonalne.

Wyniki opieki: Pacjent wykazuje większą samodzielność, a żona potrafi wspierać go adekwatnie do potrzeb.

- **Diagnoza pielęgniarska 12:** Brak przystosowania mieszkania do potrzeb osoby z ograniczoną sprawnością.

Cel opieki: Zwiększenie bezpieczeństwa i komfortu funkcjonowania w przestrzeni domowej.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena warunków mieszkaniowych pacjenta.
- Zalecenie zakupu podstawowych udogodnień (uchwyty, maty antypoślizgowe, siedzisko).
- Przekazanie informacji o możliwościach dofinansowania sprzętu ułatwiającego poruszanie się.
- Wskazanie tanich i dostępnych rozwiązań adaptacyjnych.
- Edukacja żony w zakresie organizacji przestrzeni bezpiecznej dla osoby z ograniczoną mobilnością.
- Weryfikacja skuteczności wprowadzonych zmian podczas kolejnej wizyty.

Wyniki opieki: Mieszkanie pacjenta zostało częściowo przystosowane, a ryzyko upadków ograniczone.

- **Diagnoza pielęgniarska 13:** Brak wiedzy na temat dostępnych form pomocy i refundacji sprzętu stomijnego.

Cel opieki: Zwiększenie świadomości pacjenta i opiekuna o możliwościach systemowego wsparcia.

Interwencje pielęgniarskie:

- Przekazanie informacji o refundacji NFZ i procedurach otrzymywania sprzętu.
- Udzielenie kontaktu do lokalnych poradni i punktów pomocy stomijnej.
- Omówienie działań i misji POL-ILKO oraz programów wsparcia.
- Edukacja żony w zakresie załatwiania spraw formalnych (recepty, wnioski).
- Zachęcenie do zaplanowania pierwszej wizyty w poradni specjalistycznej.

Wyniki opieki: Pacjent i żona potrafią korzystać z dostępnych źródeł pomocy i planują regularne zaopatrzenie.

- **Diagnoza pielęgniarska 14:** Brak profesjonalnej opieki środowiskowej mimo widocznych potrzeb w zakresie edukacji, pielęgnacji i wsparcia psychicznego.

Cel opieki: Włączenie pacjenta pod opiekę środowiskową pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.

Interwencje pielęgniarskie:

- Przekazanie informacji o możliwości objęcia opieką pielęgniarską w środowisku domowym.
- Udzielenie pomocy w złożeniu deklaracji wyboru pielęgniarki POZ.
- Zachęcenie do kontaktu z lekarzem rodzinnym w celu rozpoczęcia procedury.
- Uzasadnienie potrzeby stałego nadzoru pielęgniarskiego nad pacjentem z kolostomią.
- Edukacja żony na temat korzyści z systematycznej opieki środowiskowej.
- Zaplanowanie wizyty pielęgniarki środowiskowej po rozpoczęciu opieki.

Wyniki opieki: Pacjent został objęty środowiskową opieką pielęgniarską i ma stały kontakt z pielęgniarką POZ.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

1. Pacjent nie posiadał wystarczającej wiedzy na temat swojej choroby oraz funkcjonowania z kolostomią. Wykazywał luki informacyjne zarówno w zakresie pielęgnacji stomii, jak i zasad żywienia, co wskazuje na konieczność prowadzenia systematycznej edukacji zdrowotnej przez personel medyczny.
2. U pacjenta zidentyfikowano liczne problemy pielęgnacyjne, w tym trudności z samodzielną pielęgnacją stomii, podrażnienie skóry wokół kolostomii, wycieki i nieprzyjemne zapachy z worka stomijnego, a także problemy żywieniowe i psychiczne, takie jak obniżony nastrój i poczucie izolacji społecznej.
3. Problemy pielęgnacyjne znacząco wpływają na pogorszenie jakości życia pacjenta, ograniczają jego aktywność, samodzielność oraz relacje społeczne. Pacjent doświadczał również pogorszenia stanu psychicznego, co potwierdza konieczność wszechstronnej opieki pielęgniarskiej ukierunkowanej na poprawę komfortu życia.
4. Pielęgniarka powinna realizować działania obejmujące edukację pacjenta i jego rodziny w zakresie pielęgnacji stomii, profilaktyki powikłań, zasad żywienia, a także wsparcie emocjonalne i motywowanie do samodzielności. Ważnym elementem jest również dostosowanie działań do potrzeb i możliwości pacjenta oraz włączenie bliskich w proces opieki.
5. Pacjent wymaga wsparcia pielęgniarki w nauce pielęgnacji stomii, doborze odpowiedniego sprzętu oraz przełamywaniu lęku przed samodzielnym działaniem.

Systematyczna edukacja i obserwacja postępów pacjenta umożliwiają stopniowe zwiększanie jego samodzielności.

6. Żona pacjenta, będąca jego głównym opiekunem, wykazywała potrzebę uzyskania szczegółowych informacji dotyczących pielęgnacji stomii, organizacji opieki i postępowania w sytuacjach trudnych. Oczekuje wsparcia w zakresie edukacji, opieki emocjonalnej oraz wskazówek praktycznych.

PIŚMIENNICTWO

1. Banaszkiewicz Z., Zwoliński T., Tojek K., i wsp.: Charakterystyka i wyniki leczenia chorych z rakiem jelita grubego leczonych operacyjnie w wieku starszym i sędziwym. Polish Journal of Surgery 2018; 90(1): 1-6.
2. Zyśk R., Wysocki P., Wyrwicz L.: Rak jelita grubego-społeczne znaczenie zmian w zakresie epidemiologii i możliwości leczenia w Polsce. Onkologia w Praktyce Klinicznej 2014; 10(4): 212–223.
3. Buda A., Wełna M.J., Wiland B.: Opieka pielęgniarska w diagnostyce schorzeń onkologicznych [w:] Pielęgniarstwo onkologiczne, Koper A. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 76-88.
4. Cisowski J., Windobrska W., Mierzwa T.: Podstawy teoretyczne nowotworów [w:] Pielęgniarstwo onkologiczne, Koper A. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 49-61.
5. Wronkowski Z., Brużewicz S. (red.): Nowotwory jelita grubego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008: 17-25.
6. Stefanowicz A., Kulik T., Środa M., i wsp.: Ocena wiedzy i świadomości osób po 50. roku życia w zakresie czynników ryzyka raka jelita grubego. Family Medicine & Primary Care Review 2015; 3: 210-214.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM W TERMINALNEJ FAZIE RAKA TRZUSTKI

**Agnieszka Czaja¹, Magdalena Brodowicz-Król², Agnieszka Szalach³, Edyta Kruk⁴,
Katarzyna Wiśniewska⁵**

1 - Absolwentka, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii Collegium Medicum Uniwersytetu Rzeszowskiego

2 - Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii Collegium Medicum Uniwersytetu Rzeszowskiego

3 - Absolwentka, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Akademia Zamojska

4 - Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Wydział Medyczny. Collegium Medicum Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

5 - Radomska Szkoła Wyższa

WSTĘP

Rak trzustki nazywany jest często „cichym zabójcą” – rozwija się skrycie, długo nie dając wyraźnych objawów, by w momencie rozpoznania okazać się chorobą zaawansowaną, niejednokrotnie nieuleczalną. W tym trudnym czasie pielęgniarka staje się nie tylko członkiem zespołu medycznego, ale także towarzyszem chorego – łagodzi ból, koi lęk, daje poczucie bezpieczeństwa i z godnością prowadzi pacjenta przez ostatni etap życia [1, 2].

W przypadku torbieli trzustkowych połowę stanowią torbiele nowotworowe, z kolei drugą część przypadków stanowią tzw. Torbiele rzekome(pozapalne) powstające najczęściej na skutek OZT [3]. Można wyróżnić dwie jego odmiany:

- rozwijający się w obrębie przewodu trzustkowego głównego(MD-IPMN), lokalizujący się przeważnie w głowie trzustki, który wykazuje wyższe ryzyko przekształcenia w raka złośliwego,
- szerzący się w bocznych rozgałęzieniach przewodu trzustkowego(BD-IPMN), mający niższe ryzyko zezłośliwienia.

Drugą grupę nowotworów złośliwych trzustki stanowią guzy neuroendokrynne (NET), które rozwijają się z komórek wydzielniczych, produkujących hormony oraz inne związki aktywne biologicznie. Guzy NET trzustki 60-90% stanowią guzy nieczynnie hormonalnie co w efekcie

jeszcze bardziej utrudnia wczesne wykrycie choroby, gdyż charakteryzują się one powolnym wzrostem oraz skąpym lub bezobjawowym przebiegiem [4]. Rak trzustki jest jednym z najbardziej śmiertelnych nowotworów na świecie, mimo rozwoju medycyny. Wskaźnik przeżycia różni się nieznacznie między krajami bogatymi a biednymi to w żadnym z nich nie przekracza 10% [5].

W 2022 roku w Polsce rak trzustki zajmował 9 i 12 miejsce w rankingu występowania nowotworów złośliwych odpowiednio u mężczyzn i u kobiet oraz 6 i 5 miejsce jako przyczyna zgonów z powodu tej choroby. W 2022 roku odnotowano 3893 nowych zachorowań, co stanowiło około 3% wszystkich przypadków nowotworów oraz 4888 zgonów z powodu tej choroby. Rak trzustki występuje częściej u mężczyzn (13,36 /100 000) niż u kobiet (12,61/100 000), jednak, aż 66% przypadków rozpoznaje się w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia w przypadku obu płci [6, 7].

Obecnie zidentyfikowano kilka czynników ryzyka, które wpływają na rozwój komórek nowotworowych w trzustce. Wśród nich można wyodrębnić czynniki modyfikowalne czyli takie, których natężenie można regulować:

- palenie wyrobów tytoniowych, szacuje się, że aż 25% wszystkich zachorowań może być spowodowanych paleniem [1]. W badaniach wykazano, że zagrożenie zachorowania na raka trzustki jest aż o 74% większe u osób regularnie korzystających z używek tytoniowych oraz o 20% większe u byłych palaczy. [8].alkohol, spożywanie alkoholu jest czynnikiem poddanym badaniom, których wyniki są niespójne. Duże znaczenie ma ilość konsumowanego alkoholu, gdyż sięganie po niego w ilości powyżej 3 porcji dziennie znacznie zwiększa ryzyko wystąpienia choroby [1]. Regularne konsumowanie napojów wysokoprocentowych jest kluczowym bodźcem powodującym rozwój przewlekłego zapalenia trzustki, które jest stanem zwiększającym ryzyko wystąpienia raka trzustki [8].
- otyłość, wysoka zawartość tkanki tłuszczowej upośledza metabolizm glukozy, przyczynia się do hiperinsulinemii oraz wpływa na ustalone leczenie choroby zarówno poprzez oddziaływanie na farmakokinetykę i farmakodynamikę podawanych leków, ale także poprzez zmiany w środowisku guza [9].World Cancer Reaserch Fund rozpoznało 23 badania, gdzie 19 z nich zgłosiło zależność między wysokim wskaźnikiem BMI, a występowaniem raka trzustki [7]. Osoby u których wskaźnik BMI wynosi >30 mają o 1,72 (mają dwukrotnie) większe ryzyko zachorowania na

raka trzustki w porównaniu do osób o prawidłowej masie ciała. Ryzyko to wzrasta o 10% na każde 5. jednostek wzrostu BMI [9]. Szacuje się, że około 17% wszystkich przypadków z gruczolakiem w Stanach Zjednoczonych to osoby z nadmierną masą ciała. Z kolei systematyczna aktywność fizyczna może zmniejszyć wystąpienie choroby od 11 do 35% [1].

- dieta, badania, które oceniają zależność między sposobem odżywiania a ryzykiem wystąpienia choroby nowotworowej trzustki są nieprecyzyjne. Spożywania czerwonego mięsa w ilości >120g, mięsa przetworzonego oraz dużej ilości tłuszczu nasyconych mogą być czynnikiem ryzyka wystąpienia choroby [9]. Z kolei dieta obfita w warzywa i owoce ma działanie prewencyjne, ze względu na obecność w tych produktach dużej ilości składników odżywczych o właściwościach przeciwutleniających, antymutagennych i przeciwnowotworowych. Badania wykazały również, że błonnik ma znaczenie prewencyjne w raku trzustki a jego spożycie w ilości 10 gram dziennie, może zmniejszyć ryzyko choroby o 12% [9].

oraz czynniki niemodyfikowalne, które pozostają bez wpływu:

- wiek, główny aspekt, który znacząco wpływa na rozwój nowotworu trzustki. Około 90% rozpoznań choroby dotyczy osób powyżej 55 roku życia. Najczęściej diagnoza jest stawiana u osób w wieku 65-74 lata, ze średnią wieku w momencie rozpoznania 70lat. Również statystyki odnośnie śmiertelności gwałtownie rosną wraz z wiekiem stwierdzenia choroby [10]. Niezwykle rzadko można spotkać przypadki gdzie choroba została rozpoznana przed ukończeniem 30 roku życia, dlatego należy ona do typowych chorób osób wieku podeszłego, i tak ważne byłoby wprowadzenie badań przesiewowych w tej grupie populacji [10].
- płeć, na całym świecie obserwuje się, że tendencja do zapadalności na nowotwór trzustki jest nieco większa u mężczyzn niż u kobiet (wskaźnik standaryzowany według wieku: 5,5 u mężczyzn w porównaniu do 4,0 u kobiet na 100 000 mieszkańców). Różnice te jednak mogą wynikać z różnej częstotliwości narażenia na czynniki środowiskowe, na przykład spożywanie alkoholu oraz palenie papierosów, które jest wyższe u płci męskiej [8].
- rasa, w Stanach Zjednoczonych wywnioskowano, że rak trzustki pojawia się ze znacznie większą częstotliwością u Afroamerykanów (17,6/100 000 mężczyzn i

14,3/100 000 kobiet) niż w populacji osób białych [10]. Powyższe dane mogą być związane z faktem iż w populacji tej grupy etnicznej zauważa się największą ilość osób nałogowo korzystających z wyrobów tytoniowych oraz alkoholu, spożywających duże ilości produktów przetworzonych i bogatych w nasycone kwasy tłuszczowe, a także duży odsetek osób z otyłością i cukrzycą typu 2 [9].

- cukrzyca, pacjenci z wieloletnią cukrzycą typu II lub pośledzoną tolerancją glukozy są 2-krotnie bardziej narażeni na wystąpienie raka trzustki niż osoby z prawidłowym poziomem glikemii [9]. Taki stan stwierdza się u ok. 50-80% chorych na nowotwór, z czego aż 75% stanowią przypadki świeżo rozpoznanej cukrzycy [1]. Warto zwrócić również uwagę na to, że choć cukrzyca należy do czynników zwiększających możliwość zachorowania na nowotwór to również jej nagłe pojawienie się (szczególnie u osób w podeszłym wieku) może być jednym z pierwszych objawów obecnej już choroby. W jednym z badań zwrócono uwagę na fakt, że czas od rozpoznania cukrzycy do wykrycia raka trzustki wynosi około 5-29 miesięcy. Jest to okres, który daje szansę na przeprowadzenie szczegółowych badań i wykrycie choroby jeszcze w stadium dającym możliwości i szansę leczenia [10].
- czynniki rodzinne, osoba posiadająca bliskiego krewnego u którego występuje choroba, zwiększa ryzyko zachorowania u niej samej 1,5-13-krotnie. Krewni pierwszego stopnia, u których występuje rodzinny rak trzustki (czyli co najmniej dwa przypadki choroby u bliskich członków rodziny) mają 6,79-krotnie większe ryzyko zachorowania na raka trzustki [11]. Metaanaliza wykazała że nawet u osób, które miały tylko jeden przypadek krewnego ze zdiagnozowaną chorobą ryzyko zachorowania u nich jest większe o 80%, niż u osób u których nie występowały przypadki rodzinne [10].

Rak trzustki nazywany „cichym zabójcą”, gdyż rozwija się niezwykle podstępnie i przez bardzo długi okres nie daje żadnych charakterystycznych symptomów. Najczęściej aspekt ten dotyczy nowotworów zlokalizowanych w trzonie i ogonie tego narządu. W wyniku tego choroba najczęściej zostaje rozpoznana na bardzo zaawansowanym stadium, nie dając zbyt wielu możliwości rozwiązań terapeutycznych [12].

CEL PRACY

Celem głównym pracy było przedstawienie zakresu opieki pielęgniarki nad pacjentem w terminalnej fazie raka trzustki.

MATERIAŁ I METODY

W pracy posłużono się metodą studium indywidualnego przypadku pacjenta w terminalnej fazie raka trzustki.

W celu pozyskania potrzebnych informacji o pacjencie wykorzystano następujące techniki badawcze: wywiad, obserwacja, pomiar, analiza dokumentacji medycznej, ankietyzacja.

Wśród wykorzystanych narzędzi badawczych znalazły się: autorski kwestionariusz wywiadu pielęgniarskiego, dokumentacja medyczna pacjenta, karta bieżącej oceny stanu zdrowia, oraz różnego rodzaju narzędzia standaryzowane.

WYNIKI

Tabela 1. Plan opieki pielęgniarskiej pacjenta terminalnej fazie raka trzustki. *Źródło; opracowanie własne.*

PLAN OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ		
Nr.1	Diagnoza pielęgniarska: Nudności i wymioty z powodu zaburzonej motoryki przewodu pokarmowego.	Cel opieki: Zmniejszenie nudności i wymiotów
	Podjęte działania pielęgniarskie:	1. Obserwacja ilości i charakteru treści wymiotnych. 2. Dostarczenie pacjentowi woreczka na wymioty z podziałką oraz ligniny. 3. Obserwacja pacjenta pod kątem objawów odwodnienia takich jak: suche śluzówki jamy ustnej i języka, obniżona diureza, bóle głowy. 4. Zachęcenie pacjenta do przyjęcia pozycji półwysokiej lub na boku w zależności od możliwości chorego. 5. Systematyczne wietrzenie pomieszczenia w który przebywa pacjent, zmniejszenie emisji na drażniące go zapachy.

		6. Pomoc pacjentowi w pielęgnacji jamy ustnej po każdorazowym wystąpieniu wymiotów. 7. Podawanie płynów do pica częściej, w mniejszych porcjach.
Nr.2	Diagnoza pielęgniarstwa: Brak apetytu z powodu jadłowstrętu oraz towarzyszących nudności.	Cel: W miarę możliwości poprawa apetytu u chorego .
	Podjęte działania pielęgniarckie;	1. Kontrola obecności nudności i wymiotów. 2. Rozmowa z pacjentem o jego potrzebach i preferencjach żywieniowych. 3. Podawanie pacjentowi ulubionych potraw w formie dostosowanej do jego możliwości (np. zmiksowane, płynne). 4. Zachęcenie pacjenta do spożywania posiłków w mniejszych porcjach, z większą częstotliwością. 5. Zachęcenie pacjenta do toalety jamy ustnej przed spożywaniem posiłku. 6. Poinformowanie chorego o unikaniu potraw budzących wstręt.
PLAN OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ		
Nr.3	Diagnoza pielęgniarstwa: Niedożywienie z powodu nasilonych procesów katabolicznych związanych z obecnością guza złośliwego.	Cel opieki: Zapewnienie odżywienia w stopniu poprawiającym jakość życia.

Podjęte działania pielęgniarskie:		1. Ocena stopnia odżywienia za pomocą skali SGA. 2. Ocena możliwości spożywania posiłków i płynów drogą doustną przez pacjenta. 3. Rozmowa z pacjentem na temat dolegliwości przyczyniających się do zmniejszenia apetytu. 4. Rozmowa z pacjentem na temat preferencji żywieniowych. 5. Ograniczenie wysiłku podczas spożywania posiłków u pacjenta poprzez wybór wysokokalorycznych i bogatych w białko produktów, podawanych w małych porcjach i regularnych odstępach czasu. 6. Poinformowanie rodziny, że w przypadku pacjentów terminalnie chorych lepiej skupić się na zaspokajaniu zachcianek żywieniowych chorego niż na dostarczaniu pełnowartościowych posiłków. 7. Unikanie podawania posiłków mogących wywołać niechęć i nudności takie jak mięso, ryby. 8. Wzbogacenie diety w wysokobiałkowe i wysokokaloryczne doustne suplementy pokarmowe takie jak nutridrink.
Nr.4	Diagnoza pielęgniarska: Uporczywa czkawka z powodu podrażnienia nerwu przeponowego	Cel: Zmniejszenie uporczywości czkawki
Podjęte działania pielęgniarskie;		1. Zachęcenie chorego do ssania kostek lodu. 2. Zachęcenie chorego do picia płynów małymi łykami. 3. Polecenie pacjentowi wykonania głębokiego wdechu, następnie wstrzymaniu powietrza przez około 10 sekund i wykonaniu wydechu.

Nr.5	Diagnoza pielęgniarska: Silny ból z powodu nacieku guza na okoliczne nerwy trzewne(VAS 7).	Cel opieki: Zmniejszenie dolegliwości bólowych(VAS 3)
Podjęte działania pielęgniarskie;		1. Ocena natężenia bólu z wykorzystaniem skali analogowo-wzrokowej VAS. 2. Ocena charakteru bólu, lokalizacji, czasu występowania oraz czynników nasilających dolegliwości bólowe. 3. Obserwacja pacjenta, w celu oceny czy zażywane leki przynoszą spodziewaną ulgę. 4. Ponowna ocena stopnia natężenia bólu po zażyciu leków przeciwbólowych. 5. Podwyższanie progu czucia bólu u chorego poprzez wsparcie emocjonalne i łagodzenie lęku. 6. Stosowanie nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu. 7. Edukacja rodziny pacjenta na temat bólu nowotworowego, przebijającego oraz bólu końca dawki a także sposobów jego łagodzenia.
Nr.6	Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko wystąpienia odleżyn z powodu niedożywienia oraz zmniejszonej lokomocji	Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka rozwinięcia się zmian odleżynowych.
Działania pielęgniarskie:		1. Ocena ryzyka wystąpienia odleżyn za pomocą skali Waterlow. 2. Zastosowanie materaca przeciwoodleżynowego. 3. Regularna obserwacja skóry pacjenta pod kontem możliwości rozwinięcia się ran odleżynowych 4. Zachęcenie pacjenta do zmian pozycji ułożeniowej w

		łóżku 5. W miarę możliwości pacjenta zachęcenie go do spędzania czasu również poza obrębem łóżka. 6. Codzienna toaleta ciała pacjenta z użyciem delikatnych środków myjących. 7. Zadbanie o natłuszczenie i nawilżanie skóry 8. Zapewnienie choremu czystej i suchej bielizny osobistej i pościelowej.
Nr.7	Diagnoza pielęgniarska: Obniżony nastrój oraz lęk z powodu choroby i braku jej akceptacji.	Cel: Zmniejszenie lęku oraz poprawa nastroju pacjenta
	Podjęte działania pielęgniarskie;	1. Stworzenie warunków ułatwiających pacjentowi wyrażanie swoich obaw i lęków związanych z chorobą i śmiercią 2. Zastosowanie AIS do oceny stopnia akceptacji choroby. 3. Wsparcie emocjonalne oraz wykazanie zrozumienia dla obaw wyrażanych przez pacjenta 4. Rozmowa z chorym na temat jego potrzeb oraz oczekiwań w zakresie opieki. 5. Zachęcenie pacjenta do kontaktu z duchownym lub skorzystania z pomocy psychologicznej 6. Udzielanie rzetelnych informacji, aby zmniejszyć niepewność i lęk. 7. Wspieranie w utrzymywaniu kontaktów z rodziną i bliskimi. 8. Zastosowanie skali ESAS do oceny jakości życia.
Nr.8	Diagnoza pielęgniarska: Obrzęki kończyn dolnych z powodu niedożywianie i	Cel opieki: W miarę możliwości zmniejszenie obrzęków w okolicach kończyn dolnych

	związanego z nim niskiego ciśnienia onkotycznego w naczyniach.	
Podjęte działania pielęgniarские:		1. Regularna kontrola obręzków (stopień, konsystencja, symetria, bolesność). 2. Zapewnienie choremu odpowiednich skarpet (bez uciskających gumek). 3. Wyższe ułożenie kończyn dolnych chorego w celu poprawy odpływu żylnego i limfatycznego. 4. Delikatne masaże limfatyczne w celu poprawy krążenia. 5. Codzienna kontrola skóry oraz jej nawilżanie i natłuszczanie, aby zapobiec pękaniu i zakażeniu.
Nr.9	Diagnoza pielęgniarская: Zaburzenia gospodarki węglowodanowej z powodu upośledzenia funkcji wewnątrzwydzielniczej trzustki.	Cel opieki: Utrzymanie glikemii w zakresie 144-270mg%
Podjęte działania pielęgniarские;		1. Wyjaśnienie choremu przyczyn wahań glukozy we krwi. 2. Kontrolowanie poziomu glukozy we krwi 1/2 razy dziennie, w zależności od stanu chorego. 3. Poinformowanie chorego oraz jego rodziny, że w przypadku pacjentów objętych opieką paliatywną najważniejsze jest utrzymanie dobrej jakości życia a nie dążenia do prawidłowych wartości glikemii. 4. W przypadku dużych wahań glukozy w miarę możliwości ograniczenie przez chorego spożycia węglowodanów prostych. 5. Poinformowanie rodziny o możliwych objawach hipoglikemii i hiperglikemii.

PLAN OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ		
Nr.10	Diagnoza pielęgniarska: Niezdolność pacjent do całkowitej samoopieki z powodu osłabienia oraz zmęczenia chorobą nowotworową	Cel opieki: Zapewnienie pacjentowi odpowiedniego poziomu higieny osobistej oraz pomocy
Podjęte działania pielęgniarskie:		1. Określenie czynności w zakresie których pacjent wymaga pomocy. 2. Asystowanie choremu podczas wstawania oraz przemieszczania się. 3. Pomoc pacjentowi podczas kąpieli, bez wyręczania go. 4. Pomoc w zmianie bielizny osobistej i pościelowej. 5. Pomoc choremu w spożywaniu posiłków. 6. W momencie którym chory nie jest w stanie wykonać czynności higieniczno-pielęgnacyjnych w łóżku chorego.
Nr.11	Diagnoza pielęgniarska: Deficyt wiedzy rodzinny chorego na temat pielęgnacji i opieki w chorobie nowotworowej.	Cel opieki: Uzupełnienie deficytów wiedzy rodziny w zakresie opieki na chorym członkiem rodziny
Podjęte działania pielęgniarskie;		1. Zapewnienie wsparcia informacyjnego i instrumentalnego poprzez pokazanie i zaangażowanie rodziny do wykonywania czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych u chorego. 2. Zapoznanie rodziny pacjenta z profilaktyką przeciwdoleźynową. 3. Zapoznanie rodziny z zasadami żywienia i nawadniania pacjentów z nieuleczalną chorobą nowotworową.

		4. Wyjaśnienie rodzinie, że stosowanie leków przeciwbólowych powinno być prowadzone w sposób ciągły w regularnych odstępach czasowych pomiędzy dawkami farmaceutyku, tak aby utrzymać stałe stężenie leku we krwi. 5. Edukacja rodziny na temat działań niepożądanych w przypadku stosowanych leków opioidowych oraz sposobów ich łagodzenia.
Nr.12	Diagnoza pielęgniarska: Lęk i niepokój rodziny związany z postępującą chorobą pacjenta oraz zbliżającą się śmiercią.	Cel opieki: Zmniejszenie lęku i niepokoju u bliskich chorego.
Podjęte działania pielęgniarskie;		1. Stworzenie warunków do rozmowy z rodziną na temat ich lęków i obaw. 2. Okazanie troski, zrozumienia i empatii rodzinie chorego w trudnej dla nich sytuacji. 3. Wyjaśnianie przebiegu choroby i objawów terminalnych w sposób delikatny i dostosowany do poziomu zrozumienia rodziny 4. Zachęcanie do towarzyszenia pacjentowi, rozmów, dotyku, trzymania za rękę. 5. Udzielanie pocieszenia i otwartego wsparcia..

DYSKUSJA

Głównym zdiagnozowanym problemem u chorego były nudności i wymioty. Występują one z wysoką częstotliwością u chorych na nowotwory szczególnie w przypadku nowotworów układu pokarmowego. Jako, że czynniki emocjonalne wpływają pośrednio na niechęć do spożywania posiłków mogły również być przyczyną osłabionego apetytu u chorego, pacjenta otoczono opieką i wsparciem emocjonalnym.

WNIOSKI

Pacjent w terminalnym stadium raka trzustki doświadcza licznych dolegliwości fizycznych i psychicznych, w tym bólu, wyniszczenia, nudności oraz lęku i obniżonego nastroju. Pielęgniarka odgrywa kluczową rolę w opiece nad nim łagodząc uciążliwe objawy i poprawiając komfort życia. Dodatkowo wspiera także rodzinę chorego poprzez edukację i opiekę nad nią w trudnym czasie pożegnania z bliską osobą.

PIŚMIENNICTWO

1. Grabowska K., Krajewska-Kułak E., Lewko J.: Rak trzustki. W: Grabowska K, Krajewska-Kułak E, Lewko J. Wiedza społeczeństwa na temat raka trzustki. Wydawnictwo Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2024;16-27.
2. Gwoździwicz K.: Ocena przydatności biopsji w diagnostyce guzów trzustki. Zakład Radiologii Gdański Uniwersytet Medyczny 2021; 4-10.
3. Jurkowska G., Wojtukiewicz M.: Choroby układu pokarmowego. W: Szczeklik A, Gajewski P. Interna Szczeklika. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2024;1172-1177.
4. Kos-Kudła B., Rosiek V., Borowska M. i wsp.: Nowotwory neuroendokryne trzustki — zasady diagnostyki i leczenia(rekomendowane przez Polską Sieć Guzów Neuroendokrynych) 2017; 68;199-202.
5. Hu JX, Zhao CF, Chen WB, et al.: Pancreatic cancer: A review of epidemiology, trend, and risk factors. World J Gastroenterol. 2021;27(27):4298-4321.
6. https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2025-01/nowotwory_2022.pdf, dostęp w dniu 20.04.2025
7. McGuigan A., Kelly P., Turkington R.C et al.: Pancreaticcancer: A review of clinical diagnosis, epidemiology, treatment and outcomes. World journal of gastroenterology 2018; 24: 4846–4861.
8. Stoffel EM, Brand RE, Goggins M.: Pancreatic Cancer: Changing Epidemiology and New Approaches to Risk Assessment, Early Detection, and Prevention. Gastroenterology. 2023;164(5):752-765.
9. Hawksworth G., Hales J, Martinez F et al.: Pancreaticcancertrends in Europe: epidemiology and risk factors. 2019; 5 (2): 164–171.

10. Chang HH, Eibl G.: Obesity-Induced Adipose Tissue Inflammation as a Strong Promotional Factor for Pancreatic Ductal Adenocarcinoma. *Cells*. 2019;8(7):673,
11. Tsai HJ, Chang JS.: Environmental Risk Factors of Pancreatic Cancer. *J Clin Med*. 2019;8(9):1427.
12. Olakowski M.: Etiologia, czynniki ryzyka i prewencja raka trzustki. W. Jeziorski A, Mrowiec S. Rak trzustki. Biblioteka Chirurga Onkologa (Tom 22). Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2022;5-13.10.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO ZABIEGU OPERACYJNYM WOLA GUZOWEGO TARCZYCY

Katarzyna Wiśniewska¹, Marzena Kępa²

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

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

WSTĘP

Choroby tarczycy są problemem około 20% Polaków, a głównym czynnikiem wpływającym na zachorowania jest niedobór jodu. W przebiegu tych chorób możliwe jest pojawienie się wola. Wole jest zauważalnym albo wyczuwalnym powiększeniem tarczycy – gruczołu, który znajduje się nieco poniżej krtani [1].

Rozrastanie się wola albo pojawienie się guzka może być niedostrzegane przez osobę chorą, większość przypadków zostaje rozpoznane przypadkowo podczas badania pacjenta, który zgłasza problemy z oddychaniem, uczucie ucisku w szyi albo poczucie, że w gardle znajduje się jakaś przeszkoda [2].

W przypadku wola, zwłaszcza o dużych rozmiarach, najlepszą opcją terapii jest zabieg operacyjny. W Polsce wykonuje się co roku około 20 tys. zabiegów usunięcia tarczycy, w większości są to operacje radykalne, czyli dotyczące resekcji całkowitej gruczołu tarczowego [3].

W okresie pooperacyjnym ważne jest podejmowanie przez pacjenta odpowiednich zachowań zdrowotnych. Chodzi nie tylko o systematyczne i zgodne z zaleceniem przyjmowanie leków, ale też zadbanie o to, aby dieta była zbilansowana i dostarczała wszystkich niezbędnych składników odżywczych [4].

Osoba po operacji powinna podejmować odpowiednią aktywność fizyczną, unikać używek i odpowiednio radzić sobie ze stresem. Postępowanie nefarmakologiczne jest ważnym elementem terapii w okresie pooperacyjnym [5,6].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie holistycznej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po zabiegu operacyjnym wola guzowatego tarczycy.

MATERIAŁ I METODY

Metodą przyjętą podczas badań była metoda indywidualnego przypadku, koncentrując się na wybranym przypadku pacjentki z jednostką chorobową – wolem guzowatym tarczycy. Aby sformułować diagnozy i ułożyć indywidualny plan opieki pielęgniarskiej, skorzystano z metody procesu pielęgnowania. Materiał do badań został zebrany na podstawie technik: wywiadu, analizy dokumentacji medycznej, obserwacji, pomiarów. Podczas analizy dokumentacji medycznej korzystano z historii choroby pacjentki, karty gorączkowej, indywidualnej karty zleceń lekarskich, wyników badań laboratoryjnych. Pomiary przeprowadzano przyrządowo, stosując ciśnieniomierz, oraz wykorzystując skalę.

W roli narzędzi badawczych wykorzystano: kwestionariusz do zbierania danych od pacjenta, skalę VAS do oceny nasilenia bólu, wskaźnik BMI do oceny masy ciała pacjenta, skalę WHO do oceny nudności, skalę WHO do oceny wymiotów, skalę Barthel do oceny wydolności funkcjonalnej pacjenta, skalę Glasgow do oceny świadomości pacjenta, kwestionariusz DASS 21 – Skala Depresji, Lęku i Stresu, skalę Baxtera do oceny wklucia.

Badania własne przeprowadzono w terminie od 24 maja do 30 maja 2024 roku na terenie Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu. Dobór przypadku został przeprowadzony w sposób celowy, oparty na kryterium jednostki chorobowej. Postępowaniem badawczym objęto pacjentkę w wieku 38 lat, przyjętą do szpitala w celu wykonania resekcji tarczycy po rozpoznaniu wola guzowatego nietoksycznego zamostkowego. Kobieta została poinformowana o celu prowadzenia badań i wyraziła swoją zgodę na wykorzystanie danych dotyczących choroby i leczenia. Pacjentkę obserwowano przed operacją oraz w czasie dwóch dób po zabiegu.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Pacjentka A. K. w wieku 38 lat została przyjęta do szpitala w celu przeprowadzenia planowego zabiegu operacyjnego. Przyczyną hospitalizacji było podejrzenie nowotworu pęcherzykowego prawego płata tarczycy i wieloguzkowego wola obojętnego.

Kobieta mieszka z mężem i dwojgiem nastoletnich dzieci w mieszkaniu (3 pokoje) na I piętrze. Warunki socjalno-ekonomiczne ocenia jako przeciętne. Kobieta ma wyższe wykształcenie, jest księgową, dużo czasu spędza przy pracy biurowej w pozycji siedzącej. W

czasie wolnym jest bierna fizycznie. Choroby tarczycy występowały wcześniej w rodzinie u matki i siostry pacjentki. Po przyjęciu na oddział wykonano badania laboratoryjne i obrazowe. Badanie ogólne moczu: mocz przejrzysty, barwa słomkowa, brak obecności glukozy, bilirubiny, ketonów, pH w normie, ciężar właściwy w normie. Morfologia krwi z rozmazem wykazała normę leukocytów, erytrocytów, hemoglobiny, hematokrytu, płytek krwi i neutrofilii. Układ krzepnięcia w normie. Badania biochemiczne wykazały normę wapnia całkowitego, kreatyniny, mocznika, sodu, potasu, bilirubiny całkowitej. Glukoza 85 mg/dl – w normie. USG tarczycy wykonane 25 maja wykazało tarczycę normoechogeniczną niejednorodną z prawym płatem 27x23x73 mm i lewym 23x22x58 mm. W płacie lewym obecna lito-torbielowata normoechogeniczna zmiana 7x7 mm. W płacie prawym obecna zmiana o nieco obniżonej echogeniczności 20,5x21x29 mm. W centralnej części szyi powyżej krtani zlokalizowana widoczna hipoechogeniczna zmiana 4x4 mm, prawdopodobnie torbiel przedniej szyi. Regionalne węzły chłonne bez znaczącego powiększenia. Badanie RTG krtani nosogardzieli i szyi wykazało, że tchawice nie jest uciśnięta, nieprzemieszczona i nie ma oznak wola zamostkowego. RTG klatki piersiowej w projekcji tylnoprzodnej i bocznej wykazało płuca i serce w granicach wieku. Pacjentka była konsultowana anestetycznolaryngologicznie. Oceniono, że jest wydolna krążeniowo o oddechowemu, z miarową czynnością serca. Fałdy głosowe ruchome i prawidłowe. Przeprowadzono zabieg operacyjny w znieczuleniu ogólnym ze śródoperacyjnym monitoringiem nerwów krtaniowych wstecznych, wycięto całkowicie tarczycę. Zastosowano drenaż Redona. Przebieg okresu pooperacyjnego był niepowikłany. Pacjentka miała założone wkłucie dożylnie na prawym przedramieniu, prowadząc obserwację wkłucia w oparciu o skalę Baxter (załącznik nr 9). Obserwowano opatrunk na ranie pooperacyjnej. Chora po wybudzeniu z narkozy była w prawidłowym kontakcie słowno-logicznym, zorientowana co do czasu i miejsca. Przejściowo wystąpiła podwyższona temperatura ciała (37,9°C). Kobieta zgłaszała nudności i wymioty po znieczuleniu, ból rany pooperacyjnej, problemy w poruszaniu głową, wzmożone pragnienie. Zaobserwowano także problemy z zasypianiem, niepokój dotyczący stanu zdrowia i przebiegu okresu po operacji. Pacjentka w stanie ogólnym dobrym została wypisana do domu z przepisnymi lekami (Calperos 1000 – 3x dziennie po 1-2 kapsułki, Alfadiol 1x dziennie po jednej kapsułce, Daxak 2x dziennie po 1 tabletku) oraz z zaleceniem zgłoszenia się na kontrolę do Poradni Chirurgicznej i Endokrynologicznej. Oprócz tego zalecono zarejestrować się na zmianę opatrunku w gabinecie zabiegowym Poradni Chirurgii Onkologicznej, a za dwa tygodnie zgłosić się po wynik badania histopatologicznego z kartą informacją do Poradni

Chirurgii Onkologicznej. Wydano orzeczenie o czasowej niezdolności do pracy od 24 maja do 31 czerwca.

Proces pielęgnowania pacjenta

- **Diagnoza pielęgniarska nr 1:** Dyskomfort pacjentki wskutek odczuwania bólu w okolicy rany pooperacyjnej.

Cel interwencji: Zminimalizowanie dolegliwości bólowych związanych z raną pooperacyjną.

Plan opieki:

- Ułożenie pacjentki w dogodnej i jednocześnie zalecanej pozycji, najlepiej półwysokiej.
- Prowadzenie ocen nasilenia bólu przy wykorzystaniu skali VAS.
- Podawanie leków na zlecenie lekarza.
- Obserwowanie rany pooperacyjnej podczas zmiany opatrunku.
- Wykonywanie pomiarów parametrów życiowych i dokumentowanie wyników.
- Tworzenie pacjentce dobrych warunków do odpoczynku.
- Podejmowanie rozmowy i sygnalizowanie wsparcia.

Ocena efektów podjętych działań: W pierwszym pomiarze pacjentka oceniła ból na 7 pkt. VAS, podano zgodnie ze zleceniem leki przeciwbólowe (MetamizoleKabi 1 g 2x1i.v.), wykorzystano dogodną pozycję, zapewniono pacjentce wypoczynek i po tych czynnościach ból zmniejszył się do 3 pkt. VAS.

- **Diagnoza pielęgniarska nr 2:** Utrudnienia w poruszaniu głową wskutek bólu.

Cel interwencji: Edukowanie pacjentki na temat dozwolonego zakresu ruchów głowy.

Plan opieki:

- Pilnowanie, aby pacjentka utrzymywała odpowiednią pozycję – zastosowanie oparcia na poduszce, sprawdzenie, czy chora nie zgina szyi i nie napina mięśni szyi.
- Nauczenie pacjentki, w jaki sposób poruszać głową i jaki zakres ruchów jest dozwolony, przeciwiczenie podtrzymywania głowy dłońią na karku podczas podnoszenia się do pozycji siedzącej.
- Monitorowanie nasilenia bólu.
- Prowadzenie farmakoterapii przeciwbólowej zgodnie ze zleceniem lekarza.

- Towarzyszenie pacjentce podczas konsultacji z fizjoterapeutą.
- Przypominanie pacjentce o wykonywaniu ćwiczeń rozluźniających zaleconych przez fizjoterapeutę.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentka nauczyła się właściwego zakresu ruchów, bez dolegliwości bólowych podnosiła głowę i stosowała ćwiczenia rozluźniające.

- **Diagnoza pielęgniarska nr 3:** Niedogodność dla pacjentki w postaci nudności i wymiotów po zastosowanym znieczuleniu ogólnym.

Cel interwencji: Złagodzenie albo zniesienie nudności i wymiotów.

Plan opieki:

- Ułożenie pacjentki w pozycji półwysokiej i ustabilizowanie oparcia dla głowy.
- Ocena nasilenia nudności i wymiotów według skali WHO.
- Podanie leków zgodnie z zaleceniem lekarza.
- Zapewnienie dostępu do sprzętu potrzebnego w razie wystąpienia wymiotów – miski nerkowatej, ligniny, preparatu do płukania jamy ustnej.
- Sprawdzanie i ocenianie ilości i jakości wydalonej treści pokarmowej.
- Wywietrzenie pomieszczenia celem eliminowania przykrych zapachów.
- Wykonanie toalety ciała i jamy ustnej po epizodzie wymiotów.
- Zapewnienie czystej bielizny osobistej i pościelowej.
- Obserwowanie napięcia, zabarwienia i elastyczności skóry celem rozpoznania oznak odwodnienia.
- Prowadzenie rozmowy z pacjentką – wyjaśnienie związku wymiotów z zastosowanym znieczuleniem i poprawienie samopoczucia.

Ocena efektów podjętych działań: U pacjentki pojawiły się nudności i jeden epizod wymiotów, zapewniono bezpieczeństwo i higienę, dolegliwości stopniowo ustępowały i komfort pacjentki uległ poprawie.

- **Diagnoza pielęgniarska nr 4:** Pogorszone samopoczucie pacjentki i osłabienie w związku z podwyższoną temperaturą ciała.

Cel interwencji: Normalizowanie temperatury ciała i poprawienie samopoczucia pacjentki.

Plan opieki:

- Prowadzenie pomiarów temperatury ciała i dokumentowanie wyników na karcie gorączkowej.
- Zastosowanie okładów chłodzących.
- Podanie leków na zlecenie lekarza.
- Podawanie pacjentce płynów do picia i zachęcenie do popijania.
- W razie potrzeby pomaganie pacjentce w czynnościach higienicznych i pielęgnacyjnych.
- Sprawdzanie bielizny osobistej i pościelowej pod kątem potrzeby zmiany.
- Wietrzenie pomieszczenia.
- Zapewnienie pacjentce warunków do odpoczynku.

Ocena efektów podjętych działań: Temperatura ciała pacjentki spadła z 37,9°C do 36,8° po podaniu leków i zastosowaniu zimnych okładów, pomiary prowadzono co 2 godziny.

- **Diagnoza pielęgniarstwa nr 5:** Ryzyko zaburzeń głosu (chrypki) w związku z możliwością powstania obrzęku krtani albo uszkodzenia nerwu krtaniowego wstecznego.

Cel interwencji: Monitorowanie zdolności głosowych pacjentki i ewentualnie jak najszybsze wykrycie powikłań.

Plan opieki:

- Zachęcanie pacjentki do odpowiadania pełnymi zdaniami i ocenianie barwy głosu – co godzinę w pierwszej dobie po operacji.
- Zbieranie danych z wywiadu na temat subiektywnych odczuć związanych z emitowaniem głosu.
- Sprawdzanie oddechu pacjentki.
- Asystowanie pacjentce podczas konsultacji laryngologicznej.

Ocena efektów podjętych działań: Nie zaobserwowano niekorzystnych zmian wskazujących na uszkodzenie nerwu krtaniowego wstecznego.

- **Diagnoza pielęgniarstwa nr 6:** Ryzyko wczesnych powikłań oddechowych po zabiegu.

Cel interwencji: Redukcja ryzyka powikłań oddechowych.

Plan opieki:

- Utrzymywanie pozycji półwysokiej (wzgiłowie uniesione o 30°) u pacjentki.
- Sprawdzanie i dokumentowanie wyników parametrów życiowych.
- Zwracanie uwagi na ilość i jakość oddechów.
- Zachęcanie pacjentki do wykonywania ćwiczeń oddechowych.
- Ćwiczenia efektywnego kaszlu.
- Edukowanie pacjentki w zakresie przemieszczania się z oszczędzaniem operowanego miejsca.

Ocena efektów podjętych działań: Stwierdzono u pacjentki oddech lekko przyspieszony, bez wysiłku, poprawiono wydolność oddechową i nie doszło do dolegliwości w obrębie układu oddechowego.

- **Diagnoza pielęgnarska nr 7:** Ryzyko rozwoju wczesnych powikłań w obrębie układu krążenia po operacji.

Cel interwencji: Redukcja ryzyka powikłań w układzie krążenia.

Plan opieki:

- Sprawdzanie i dokumentowanie wyników pomiaru podstawowych parametrów życiowych.
- Obserwowanie zabarwienia powłok skórnych.
- Realizacji profilaktyki przeciwzakrzepowej – podanie leków zgodnie ze zleceniem lekarza.
- Ocena stanu pacjentki w aspekcie jak najszybszego uruchomienia i pionizacji.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentka została uruchomiona w pierwszej dobie po zabiegu, powikłania ze strony układu krążenia nie wystąpiły.

- **Diagnoza pielęgnarska nr 8:** Ryzyko rozwoju obrzęku krtani i zapadnięcia się chrząstek tchawiczych we wczesnym okresie po zabiegu.

Cel interwencji: Redukcja ryzyka powikłań albo jak najszybsze wykrycie objawów i podjęcie działania.

Plan opieki:

- Utrzymywanie pozycji półwysokiej w ułożeniu pacjentki.

- Sprawdzanie parametrów życiowych co 2 godziny i notowanie wyników.
- Ocena ilości i jakości oddechów.
- Sprawdzanie i poprawianie mikroklimatu w pomieszczeniu.
- Obserwacja okolic rany pooperacyjnej i szyi podczas zmiany opatrunku.

Ocena efektów podjętych działań: Rana pooperacyjna goiła się prawidłowo, nie było oznak obrzęku krtani ani zapadnięcia się chrząstek tchawiczych.

➤ **Diagnoza pielęgniarska nr 9:** Ryzyko zakażenia bakteryjnego rany po operacji.

Cel interwencji: Redukcja ryzyka rozwoju infekcji w ranie pooperacyjnej.

Plan opieki:

- Zakładanie i zdejmowanie opatrunku zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki.
- Obserwowanie opatrunku na ranie pooperacyjnej pod kątem przesiąknięć.
- Ocena wyglądu rany pooperacyjnej podczas zmiany opatrunku pod kątem zaczerwienienia, suchości, oznak gojenia.
- Sprawdzanie zawartości drenu.
- Monitorowanie parametrów życiowych pacjentki i prowadzenie dokumentacji.

Ocena efektów podjętych działań: Nie doszło do zakażenia rany pooperacyjnej.

➤ **Diagnoza pielęgniarska nr 10:** Ryzyko rozwoju przełomu tyreotoksycznego w związku z niedostatkim eutyreozy przed zabiegiem.

Cel interwencji: Redukcja ryzyka przełomu tyreotoksycznego albo jak najszybsze rozpoznanie objawów powikłania.

Plan opieki:

- Prowadzenie pomiarów parametrów życiowych i dokumentowanie wyników.
- Pobranie próbek do badań laboratoryjnych na zlecenie lekarza.
- Obserwowanie stanu pacjentki.
- Systematyczne gromadzenie danych z wywiadu.

Ocena efektów podjętych działań: Nie było objawów przełomu tyreotoksycznego, parametry w granicach normy.

➤ **Diagnoza pielęgniarska nr 11:** Ryzyko odwodnienia i zaburzeń stanu odżywienia

wskutek trudności podczas połykania związanych z dolegliwościami bólowymi po zabiegu.

Cel interwencji: Zapewnienie właściwego nawodnienia i odżywienia pacjentce.

Plan opieki:

- Prowadzenie bilansu płynów.
- Obserwowanie diurezy.
- Sprawdzanie wyglądu skóry i błon śluzowych.
- Monitorowanie nasilenia dolegliwości bólowych po zabiegu.
- Podanie płynów dożylnie na zlecenie lekarza.
- Zastosowanie diety półpłynnej albo płynnej.

Ocena efektów podjętych działań: Nie doszło do odwodnienia, pacjentka przyjmowała posiłki w niewielkiej ilości, przyjmowanie płynów i posiłków wróciło do normy w trzeciej dobie po zabiegu.

- **Diagnoza pielęgniarska nr 12:** Ryzyko rozwoju pooperacyjnej niedoczynności przytarczyc.

Cel interwencji: Redukcja ryzyka niedoczynności przytarczyc albo wczesne wykrycie objawów powikłania.

Plan opieki:

- Wyjaśnienie pacjentce, jakie objawy mogą występować wskutek obniżonego stężenia wapnia we krwi – mrowienie, drętwienie wokół ust, w obrębie palców rąk i nóg, uczucie zdenerwowania.
- Przekazanie, aby chora jak najszybciej przekazywała informacje o pojawieniu się niepokojących objawów.
- Sprawdzenie objawu Chwostka (skurcz mimiczny w obrębie twarzy po uderzeniu młoteczkiem neurologicznym w policzek 2 cm od małżowiny) i Trousseau (zaciśnięcie ręki/palców po uciśnięciu ramienia mankietem ciśnieniomierza).
- Pobranie na zlecenie lekarza próbek do oznaczenia poziomu wapnia.
- Podawanie suplementów wapnia zgodnie ze zleceniem lekarza.

Ocena efektów podjętych działań: Wyniki laboratoryjne w normie, brak objawów tężyczki.

- **Diagnoza pielęgniarstwa nr 13:** Obawy pacjentki dotyczące wyników leczenia.

Cel interwencji: Przekazanie informacji i poprawa samopoczucia pacjentki.

Plan opieki:

- Nawiązanie rozmowy i rozpoznanie obaw pacjentki.
- Wyjaśnienie pacjentce wykonywanych czynności.
- Wyjaśnienie wyników wcześniej wykonywanych badań.
- Omówienie procesu gojenia się rany i objawów, które mogą występować po operacji.
- Poinformowanie chorej o możliwości spotkania z lekarzem.
- Stworzenie warunków do spotkania z rodziną.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentka pozytywnie zareagowała na wsparcie uzyskane w rozmowie, samopoczucie chorej poprawiło się.

- **Diagnoza pielęgniarstwa nr 14:** Ryzyko zakażenia w związku z wkłuciem cewnika obwodowego.

Cel interwencji: Redukcja ryzyka zakażenia związanego z wkłuciem.

Plan opieki:

- Przestrzeganie procedur higieny podczas zakładania i obsługi wkłucia.
- Umocowanie cewnika przy wykorzystaniu jałowego opatrunku.
- Monitorowanie czasu utrzymywania cewnika obwodowego.
- Unikanie zwiększania liczby manipulacji przy wkłuciu.
- Sprawdzanie opatrunki i wymiana co 24 godziny albo w razie potrzeby.
- Kontrolowanie drożności kaniuli przed podaniem leków.
- Obserwowanie miejsca wkłucia pod kątem niepokojących objawów – ocena miejsca wkłucia.

Ocena efektów podjętych działań: Zapewniono higienę i drożność wkłucia, nie doszło do rozwoju zakażenia.

- **Diagnoza pielęgniarstwa nr 15:** Deficyt wiedzy pacjentki i jej rodziny na temat postępowania w warunkach domowych po resekcji tarczycy.

Cel interwencji: Wyedukowanie pacjentki i jej rodziny na temat właściwego postępowania po wypisie do domu.

Plan opieki:

- Omówienie zasad postępowania z raną pooperacyjną.
- Wyjaśnienie zaleceń na temat kąpieli.
- Omówienie sposobów chronienia szyi przed przegrzaniem i wychłodzeniem.
- Edukowanie na temat przyjmowania leków – dawka, czas i sposób przyjęcia.
- Omówienie zaleceń dotyczących zgłoszenia się na usuwanie szwu, wykonania badań na poziom wapnia i TSH.
- Wyjaśnienie pacjentce, na jakie objawy zwracać uwagę i w jakich okolicznościach konieczny jest jak najszybszy kontakt z lekarzem.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentka i jej rodzina zostali przygotowani do postępowania w domu po wypisie ze szpitala.

WNIOSKI

- 1- Główne problemy pacjentki występujące w sferze somatycznej po operacji to ból w okolicy rany pooperacyjnej, nudności i wymioty pojawiające się po zastosowanym znieczuleniu ogólnym oraz osłabienie i gorączka. W każdym przypadku pielęgniarka podejmuje działanie, wykonując podanie leków zgodnie z zaleceniami lekarza, łagodząc dolegliwości sposobami nefarmakologicznymi i monitorując stan pacjentki oraz efekty podjętego działania.
- 2- Pacjentka operowana z powodu wola guzowego tarczycy w pierwszym dniu po zabiegu pozostaje osłabiona z powodu dolegliwości bólowych czy wymiotów i nudności pojawiających się w związku ze znieczuleniem. Pomimo tego osłabienia jest wydolna sprawnościowo, może wykonywać czynności samoobsługi. W okresie bezpośrednio po zabiegu powinna być objęta nadzorem pielęgniarki i trzeba towarzyszyć jej np. podczas przemieszczania się.
- 3- Na obniżenie stanu psychoemocjonalnego pacjentki po zabiegu wola guzowego tarczycy wpływają dolegliwości bólowe i obawy dotyczące skutków leczenia. Wprowadzenie terapii przeciwbólowej oraz prowadzenie rozmów i udzielanie informacji pozwalają na poprawę samopoczucia psychicznego.
- 4- W okresie pooperacyjnym u pacjentki po zabiegu usunięcia tarczycy występuje ryzyko rozwoju obrzęku krtani, powikłań oddechowych albo krążeniowych. Każdy zakres

ryzyka wymaga systematycznego monitorowania stanu pacjentki oraz wykonania adekwatnych czynności, np. ćwiczeń rozluźniających i oddechowych, podania leków. Uważna obserwacja pozwala określić, czy występują oznaki powikłań, aby w razie potrzeby jak najszybciej interweniować.

- 5- Pacjentka po operacji tarczycy potrzebuje wiedzy o tym, w jaki sposób postępować w warunkach domowych. Zakres koniecznej do przekazania wiedzy obejmuje postępowanie z raną, prowadzenie samoobserwacji, przyjmowanie leków.

PIŚMIENNICTWO:

1. Jarzab B., Płaczekiewicz-Jankowska E.: Choroby tarczycy. Choroby przebiegające z eutyreozą [w:] Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych. P. Gajewski (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2016: 1303-1306.
2. Woźniak M. J., Matyjaszek-Matuszek B.: Najczęstsze błędy w diagnostyce i leczeniu chorób tarczycy. *Lekarz POZ* 2022; 5: 330-337
3. Małecka B., Wojciechowska W., Zielińska E.: Pielęgniarska ocena wpływu operacji tarczycy na poziom wapnia u pacjentów po wykonanym zabiegu. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2021; 1(6): 37-49.
4. Kierszys K., Kowalczyk K.: Problemy psychofizyczne pacjenta po zabiegu resekcji tarczycy [w:] *Zeszyty naukowe Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Tom III. S. Terlikowski, B. Dobrzycka, C. R. Łukaszuk, E. Krajewska-Kułak (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2023: 13-28.*
5. Bednarczuk T., Kajdaniuk D., Marek B. i wsp.: Podstawy prewencji i leczenia zaburzeń czynności tarczycy po podaniu środków kontrastowych zawierających jod – stanowisko Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego. *Endokrynologia Polska* 2023; 74 (1): 5-9.
6. Mołdoch-Łukasik A., Grajewska-Ferens M., Pyrżak B.: Rak rdzeniasty tarczycy – badania i obserwacje dzieci z rodzin ryzyka. *Endokrynologia Pediatryczna* 2017; 16:19-24.

ZNACZENIE ZESPOŁU INTERDYSCYPLINARNEGO W OPIECE ZORIENTOWANEJ NA OSOBĘ NA ONKOLOGICZNYM ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII DOROSŁYCH

Weronika Hajec^{1,2}, Martyna Piasecka^{1,3}

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

2 - Dział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Centrum Onkologii im. prof. Łukaszczyka w Bydgoszczy,

3 - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy,

WPROWADZENIE

Nowotwory stanowią obecnie jeden z głównych problemów współczesnego świata, liczba osób leczonych onkologicznie systematycznie wzrasta. Problem nowych zachorowań narasta szczególnie u osób od 25 do 64 r. ż. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2021 roku stanowiły drugą przyczynę zgonów, prowadząc do zgonu 18,8% mężczyzn i 17,2% kobiet [1]. Na świecie w 2022 r. u 20 mln osób rozpoznano chorobę nowotworową, a w roku 2050 wg przewidywań odnotuje się ponad 35 mln nowych przypadków nowotworu, co stanowi wzrost o 77% w stosunku do roku 2022 [2].

Wraz ze zwiększającą się sukcesywnie liczbą osób chorych na nowotwór intensywnie rozwijają się możliwości zaawansowanej diagnostyki i leczenia onkologicznego. Nowoczesna diagnostyka opiera się zarówno na badaniach laboratoryjnych, w tym badaniach histopatologicznych oraz oznaczeniach markerów nowotworowych, badaniach obrazowych, z uwzględnieniem USG (ultrasonografii), RTG (rentgenografii), TK (tomografii komputerowej), MRI (rezonansu magnetycznego), PET (pozytonowej tomografii emisyjnej), a także endoskopii z możliwością wykonania jednoczasowej biopsji. W zależności od rodzaju rozpoznanej zmiany nowotworowej pacjent zostaje skierowany na wybrane metody leczenia

onkologicznego. Wśród metod leczenia onkologicznego wyróżnia się: leczenie operacyjne z wykorzystaniem innowacyjnych, małoinwazyjnych technik, np. robota chirurgicznego – da Vinci, chemioterapię, radioterapię, hormonoterapię, immunoterapię oraz terapie celowane. Niejednokrotnie wykorzystuje się leczenie skojarzone, czyli kilka metod jednocześnie, aby zwiększyć skuteczność terapii.

Zaawansowane techniki leczenia nowotworów maksymalizują możliwość wyleczenia choroby nowotworowej, bądź znacznie przedłużają czas przeżycia z chorobą nowotworową, również u pacjentów w wieku senioralnym. Zwiększona skuteczność terapii onkologicznych, często prowadzi do osłabienia organizmu i niesie ryzyko wystąpienia poważnych powikłań, takich jak powikłania pooperacyjne, ostra niewydolność oddechowa i sepsa. Osoby leczone onkologicznie z poważnymi powikłaniami najczęściej wymagają zastosowania zaawansowanych metod wspomagania w funkcjonowaniu narządów i są przyjmowani na oddział intensywnej terapii. Szybka i prawidłowa identyfikacja objawów klinicznych wskazujących na pogorszenie stanu pacjenta umożliwi podjęcie interwencji i zwiększy szanse na przeżycie chorego [3].

Powikłania wielonarządowe stanowią wyzwanie dla personelu medycznego. Kluczem do zapewnienia kompleksowej i wielokierunkowej opieki nad osobami leczonymi, która bazuje na doświadczeniu i wiedzy specjalistów z różnych dziedzin jest współpraca zespołu interdyscyplinarnego [4]. Współpraca specjalistów w zespole interdyscyplinarnym pozwala zapewnić opiekę wysokiej jakości i lepiej zorientować ją na daną osobę. Opieka zorientowana na osobę zapewnia (ang. *person-centred care*, PCC) pacjentowi nie tylko całościowe leczenie, ale z szacunkiem i przyjaznym nastawieniem skupia się na jego indywidualnych potrzebach i wartościach [5].

ROZWINIĘCIE

Opieka zorientowana na osobę w ostatnich latach zyskała uznanie w ochronie zdrowia ze względu na humanistyczny wymiar konceptu stanowiąc złoty standard opieki. W literaturze można również znaleźć sformułowania „opieka skoncentrowana na pacjencie”, „opieka skoncentrowana na osobie”, „opieka zorientowana na osobie”. Jednak rezygnuje się z używania słowa „pacjent”, ponieważ nie należy nadawać osobie etykiety, uprzedmiotawiać i odczłowieczać podmiotu naszych usług [6, 7]. Opieka zorientowana na osobę uwzględnia indywidualne potrzeby, preferencje i wartości danej osoby. Stanowi lepsze tłumaczenie pojęcia *person - centered care* niż „opieka skoncentrowana na pacjencie” ze względu na brak

ciągłej konieczności koncentracji całej uwagi na kimś [7]. Opieka zorientowana na pacjencie sprzeciwia się tradycyjnej koncepcji biomedycznego modelu opieki, w którym choroba pacjenta wraz z jej przebiegiem zajmuje centralne miejsce. W podejściu biomedycznym opieka skupia się na fragmentarycznym działaniu, poszczególnych specjalizacjach, co skutkuje wielodyscyplinarnością zamiast współpracy interdyscyplinarnej i prowadzi do nieskoordynowanego leczenia z ograniczeniem uczestnictwa pacjenta w podejmowaniu decyzji. W przeciwieństwie do opieki zorientowanej na osobę, gdzie centralne miejsce zajmuje pacjent, jako indywidualna jednostka w własnymi wartościami, emocjami i oczekiwaniami oraz stylem życia [8].

W oddziałach intensywnej terapii niestety często personel jest zorientowany na procedury, a nie na osobę. Sprzyja temu ciężki stan pacjenta, niejednokrotnie wymagający szybkiej stabilizacji oraz znaczna ilość czynności do wykonania przy pacjencie. W warunkach nagłego pogorszenia stanu zdrowia, osoba przyjmowana na oddział intensywnej terapii, jak i bliscy chorego wymagają wsparcia emocjonalnego. Szczególnie osoby leczone onkologicznie potrzebują zrozumienia, pomocy w poradzeniu sobie z trudnymi emocjami, z lękiem przed chorobą i skutkami leczenia [8].

Aby personel mógł lepiej zorientować się w opiece danej osoby pożądane jest stworzenie zespołu interdyscyplinarnego, szczególnie w środowisku intensywnej terapii onkologicznej, gdzie występuje duże obciążenie emocjonalne. Bardziej zindywidualizowane i zniuansowane podejście do leczenia onkologicznego wymaga intensywniejszej współpracy interdyscyplinarnej. Skuteczna współpraca w zespole opiera się na wzajemnym szacunku i wsparciu, współpracy i umiejętności komunikacji. W zespole każdy ma przypisane konkretne role z zakresem obowiązków dążąc do wspólnego celu zorientowanego na osobie chorej w celu zapewnienia zindywidualizowanej opieki [9, 10].

W skład zespołu interdyscyplinarnego na oddziale intensywnej terapii onkologicznej wchodzi profesjonalisci, których wiedza i umiejętności mają kluczowe znaczenie dla poprawy stanu zdrowia jednostki:

- lekarze specjaliści
 - anestezjologii i intensywnej terapii – monitorowanie i podtrzymywanie funkcji życiowych, leczenie chorych z ostrą niewydolnością oddechową i/lub krążeniową bądź innych stanach zagrożenia życia;

- onkolog – ocena stadium choroby onkologicznej, podejmowanie decyzji w zakresie możliwości kontynuacji leczenia onkologicznego;
 - medycyny paliatywnej – konsultowanie pacjentów paliatywnych w OIT, łagodzenie bólu z maksymalną poprawą jakości życia, zapewnienie wsparcia psycho-społeczno-duchowego;
- pielęgniarki
 - specjalista w zakresie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki - planowanie i sprawowanie opieki nad chorym w stanie zagrożenia życia i w okresie pooperacyjnym;
 - specjalista pielęgniarstwa onkologicznego – wsparcie i konsultacje dla zespołu intensywnej terapii w zakresie pielęgnacji ran po radioterapii i skutków ubocznych chemioterapii;
- farmaceuta kliniczny – nadzór nad indywidualnym przebiegiem farmakoterapii chorego, optymalizacja farmakoterapii, zminimalizowanie ryzyka interakcji lekowych;
- fizjoterapeuta – wczesne uruchomienie pacjenta, fizjoterapia oddechowa, nauczanie pacjenta mechanizmów kompensacyjnych i adaptacji do zmienionego potencjału funkcji ciała i aktywności;
- diagnosta laboratoryjny – wykonywanie badań diagnostycznych, wsparcie w podejmowaniu decyzji terapeutycznych, doradzenie w kwestii możliwości wykonywania dodatkowych badań [11];
- psycholog kliniczny/psychoonkolog – wsparcie emocjonalnego chorego i rodziny;
- dietetyk kliniczny – indywidualne wsparcie żywieniowe krytycznie chorych, poprawa lub zachowanie stanu odżywienia;
- elektroradiolog – wykonywanie badań diagnostycznych z zakresu radiologii, wsparcie w zakresie umówienia badań dla konkretnej osoby w celu ograniczenia ilości wyjazdów z OIT;
- pracownik socjalny – pomoc w trudnej sytuacji życiowej chorego, pomoc formalnościach odnośnie dalszego opieki nad chorym po wypisie z OIT (ZOL, hospicjum);
- duchowny/kapelan – wsparcie duchowe chorego i rodziny, towarzyszenie w trudnych momentach.

Podstawą sprawnego działania zespołu interdyscyplinarnego jest zbudowana kultura organizacyjna placówki z właściwą atmosferą, co znacznie ułatwia skuteczny proces komunikacji. Rozmowy zespołu powinny przebiegać w odpowiednich warunkach, w cichym i spokojnym pomieszczeniu, co podyktowane jest wyższą skutecznością rozmowy w porównaniu do rozmowy przebiegającej w głośnym holu szpitalnego korytarza. Podstawą zachowania właściwej atmosfery i skutecznej współpracy w zespole interdyscyplinarnym jest wzajemne zaufanie pomiędzy członkami. Każdy pracownik wchodzący w skład zespołu może mieć inny pomysł na wspólną współpracę. Wraz z rozbudowywaniem się zespołu może dochodzić do różnic w postrzeganiu wspólnej pracy, jednak dzięki różnym punktom widzenia zespół może się rozwijać. Istotne, aby prezentowanie własnego stanowiska odbywało się z szacunkiem do innych członków zespołu i z przestrzeganiem systemu wartości i standardów obowiązujących w placówce. Funkcjonowanie zespołu powinno opierać się na budowaniu właściwych nawyków działania, chęci podnoszenia kwalifikacji każdego członka zespołu wraz z optymistycznym podejściem do wykonywanych obowiązków, efektywne budowanie współpracy z innymi członkami. Członkowie zespołu powinni się identyfikować ze swoimi zadaniami oraz poczuwać do odpowiedzialności osiągnięcia ustalonych celów zorientowanych na osobę. Zespół w trakcie dążenia do osiągnięcia ustalonych celów powinien zawsze brać pod uwagę zdanie osoby leczonej i w porozumieniu z nią ustalać dalsze cele [12].

W opiece zorientowanej na osobę chorzy od zespołu interdyscyplinarnego oczekują traktowania jako równego partnera w procesie leczenia, spersonalizowanego planu opieki i leczenia, skoordynowanych działań oraz postawy wspierającej. Oczekują od personelu umiejętności aktywnego słuchania. Opieka zorientowana na osobę jest istotna z punktu widzenia pacjenta. Pacjenci często skarżą się na brak informacji i rozmowy z personelem medycznym oraz, że niepotrzebnie poświęcają swój czas [13]. Jeszcze większej uwagi ze względu na ciężki stan zdrowia i niejednokrotnie występujące zaburzenia świadomości wymagają pacjenci onkologiczni na oddziale intensywnej terapii. W sytuacji dużej liczby zaawansowanych procedur medycznych łatwo o pominięcie potrzeb pacjenta i rodziny, w tym wsparcie, rozmowę. Dodatkowo zaburzenia stanu świadomości sprzyjają pomijaniu komunikacji z chorym. Na oddziale intensywnej terapii częściej uwagę orientuje się na rodzinie pacjenta. W celu lepszego zorientowania na osobę i ograniczenia zespołu zaburzeń występujących po pobycie na intensywnej terapii (*post-intensive care syndrom*) warto uelastyczyć godziny odwiedzin dla osób bliskich wraz z zachęceniem do aktywnej opieki nad

pacjentem oraz zachęcić najbliższe osoby do prowadzenia dziennika OIT-owego (ICU-Diary), co pozwoli pacjentowi zrozumieć wydarzenia, gdy chory był pod wpływem leków uspokajających i/lub sedacyjnych. Również personel medyczny zachęca się do współprowadzenia dziennika [14].

Znaczenie zespołu interdyscyplinarnego w opiece zorientowanej na osobę na oddziale intensywnej terapii onkologicznej:

- zapewnienie lepszej spersonalizowanej opieki osobie chorej i jej rodziny przez współpracujący zespół niż oddzielnie przez konkretnych członków zespołu,
- możliwość rozmowy i przedyskutowania trudnych do podjęcia decyzji, np. odstąpienie od dalszego leczenia,
- możliwość zsynchronizowania zaplanowanych interwencji i badań, co pozwoli zmniejszyć stres u osoby chorej [15],
- ograniczenie ilości powtarzających się pytań przez różnych pracowników podmiotu medycznego, lepsze skoordynowanie opieki,
- lepsza wielowymiarowa analiza potrzeb i oczekiwań osoby leczonej i jej rodziny,
- zapewnienie pełnego i stałego wsparcia podczas leczenia na oddziale intensywnej terapii oraz po wypisie,
- możliwość zoptymalizowania stosowanej farmakoterapii u chorego, zmniejszenie działań niepożądanych w trakcie leczenia,
- mniejsze ryzyko wystąpienia zespołu zaburzeń występujących po pobycie na intensywnej terapii u chorego (*post-intensive care syndrom*) oraz u jego bliskich (*post-intensive care syndrom - family*).

PODSUMOWANIE

Funkcjonowanie interdyscyplinarnych zespołów w jednostkach ochrony zdrowia prowadzi do poprawy jakości życia osób leczonych i ich rodzin oraz zwiększa satysfakcję z pobytu w placówce. Interdyscyplinarne podejście do opieki pozwala zmniejszyć liczbę błędów, wpływając na poprawę wyników leczenia oraz na przeżycie chorych. Zorientowanie opieki na pacjencie pozwoli osiągnąć nie tylko lepsze efekty leczenia, ale również prowadzi do większego zadowolenia pacjenta i jego bliskich, dzięki potraktowaniu go jako

indywidualną jednostkę z własnymi potrzebami i oczekiwaniami, a nie kolejny przypadek medyczny.

PIŚMIENNICTWO

1. Didkowska J.A., Wojciechowska U., Barańska K. i wsp.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2021 roku. Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2023, 1-100.
2. World Health Organization. Global cancer burden growing, amidst mounting need for services. <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services> (data pobrania: 23.08.2025).
3. Martos-Benítez, F. D., Soler-Morejón, C. D., Lara-Ponce, K. X. et al.: Critically ill patients with cancer: A clinical perspective. *World journal of clinical oncology* 2020; 11(10): 809–835.
4. Ervin J. N., Kahn J. M., Cohen T. R. et al.: Teamwork in the Intensive Care Unit. *American Psychologist* 2018; 73(4): 468-477.
5. Youn H., Lee M., Jang S.J.: Person - centred care among intensive care unit nurses: A cross-sectional study. *Intensive and critical care nursing* 2022; 73: 103293.
6. Lewandowski R., Lewandowski J., Czaprowski D.: Opieka zorientowana na osobę jako narzędzie poprawy jakości i powstrzymania wzrostu kosztów opieki zdrowotnej. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2020; 26(2): 129-133.
7. Sak-Dankosky N. Idea opieki zorientowanej na osobę [w:] Opieka zorientowana na osobę, Sak-Dankosky N., Serafin L. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2024: 1-29.
8. Botma Y., Herselman H., Heyns T.: Understanding of ‘person - centred care’ in an oncology ICU: Associative group analysis. *Heliyon*. 2024; 10(19): e38592.
9. Ervin, J. N., Kahn, J. M., Cohen, T. R. et al. Teamwork in the intensive care unit. *The American Psychologist* 2018; 73(4): 468–477.
10. Mäurer M., Staudacher J., Meyer R.: Importance of interdisciplinarity in modern oncology: results of a national intergroup survey of the Young Oncologists United (YOU). *Journal of Cancer Research Clinical Oncology* 2023; 149: 10075–10084.
11. Paszkowska M.: Zawody medyczne ustawowo regulowane w Polsce. Wydawnictwo Difin. Warszawa 2024: 15-44.

12. Szumska M., Mruk H.: Skuteczna komunikacja. Pacjent i zespoły medyczne. Wydawnictwo Kapitał Ludzki. Tarnowo Podgórne 2015.
13. Coulter A., Oldham J.: Person-centred care: what is it and how do we get there? Future Hospital Journal 2016; 3(2): 114-116.
14. Czapska W.: Opieka zorientowana na osobę w intensywnej terapii [w:] Opieka zorientowana na osobę, Sak-Dankosky N., Serafin L. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2024: 156-169.
15. Oliver D.: Jak działa zespół interdyscyplinarny? Polska Medycyna Paliatywna 2003; 2(3): 191-194.

CZERNIAK – OBJAWY, DIAGNOSTYKA, LECZENIE

Justyna Kopeć¹, Krystyna Klimaszewska²

1 - II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

2 - Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WPROWADZENIE

Czerniak skóry to złośliwy nowotwór skóry, powstały z neuroektodelmanych komórek melanocytarnych. Są to komórki barwnikowe umiejscowione głównie w skórze, których celem jest swoista ochrona skóry przed promieniowaniem UV. Stanowi od 5% do 7% nowotworów złośliwych skóry człowieka. Melanocyty występują również między innymi w gałce ocznej, błonie śluzowej przewodu pokarmowego, na całej długości (od jamy ustnej do odbytu), zatok obocznych nosa i jamy nosowej jak również w drogach moczowo- płciowych. Odnotowano liczne przypadki wystąpienia czerniaka w wyżej wymienionych lokalizacjach [1].

ROZWINIĘCIE

Czerniak skóry i błon śluzowych jest nowotworem dającym przerzuty do prawie każdego organu, m.in. skóry, węzłów chłonnych, mózgu, płuc, wątroby, przewodu pokarmowego oraz tkanki podskórnej. Możliwość rozsiewu nowotworu jest największe w pierwszych trzech latach, jednak warto podkreślić iż przerzuty mogą pojawić się również po długim czasie od usunięcia zmiany pierwotnej.

Wczesne wykrycie czerniaka, kiedy zaawansowanie choroby ograniczone jest miejscowo do skóry gwarantuje całkowite wyleczenie. Dziesięcioletne przeżycie wśród chorych na czerniaka o grubości ≤ 1 mm oraz bez owrzodzenia wynosi 97%. Niestety odsetek chorych przeżywających pięć lat znacząco spada wraz ze stopniem postępu choroby, dlatego ogromną rolę odgrywa profilaktyka [2].

Czerniak jest zwykle wolno rosnącym nowotworem. Niestety, pacjenci z czerniakiem opóźniają konsultację, a tym samym diagnozę przez lata, mimo że większość czerniaków znajduje się na powierzchni skóry, a zatem może być zauważona przez pacjenta, krewnych lub lekarzy pierwszego kontaktu.

Epidemiologia

Szacuje się, że w 2022 roku wykryto 330 000 nowych przypadków zachorowań na czerniaka na świecie, przy czym prawie 60 000 osób zmarło. Istnieją znaczące różnice geograficzne we wskaźnikach zachorowalności na czerniaka w poszczególnych krajach. Największą liczbę zachorowań na czerniaka odnotowano w Australii oraz w Danii. W przeważającej większości czerniak występuje częściej u mężczyzn niż u kobiet. Mediana wieku zachorowania jest podobna dla obu płci i wynosi około 50 lat [3].

W Polsce standaryzowany współczynnik zachorowalności wynosi ok. 6/100 000, niestety czerniak jest nowotworem o największej dynamice wzrostu. W latach 1980-2010 liczba zachorowań wzrosła niemal 3-krotnie [4].

W Polsce aktualnie diagnozuje się ok. 4000 przypadków zachorowań na czerniaka rocznie, ale liczba zachorowań co 10 lat podwaja się. W 2022 roku Polska znalazła się w na 10 miejscu pod względem śmiertelności z powodu czerniaka, zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet. Czerniaki są główną przyczyną zgonów spowodowanych nowotworami złośliwymi skóry [4].

Czynniki ryzyka

Choroba ma podłoże wieloczynnikowe. Do czynników modyfikowalnych zaliczamy czynniki środowiskowe. Najważniejszym czynnikiem wpływającym na zachorowanie na czerniaka jest promieniowanie ultrafioletowe (UV), w wyniku intensywnej ekspozycji na słońce. Osoby, które intensywnie i z przerwami wystawiane były na promieniowanie ultrafioletowe i doświadczyły poparzeń słonecznych w dzieciństwie, lub wczesnej młodości są dwukrotnie bardziej narażone na ryzyko zachorowania na czerniaka [5].

Źródłem promieniowania UV mogą być również lampy opalające w solariach, łóżka do opalania oraz urządzenia elektryczne, takie jak promienniki UV, lampy rtęciowe, żarówki halogenowe, lampy wodorowe i ksenonowe. Promieniowanie UV w solarium oraz łóżkach do opalania jest 12 silniejsze od promieniowania słonecznego [6]. Badania przeprowadzone przez William W. and Dzwierzyński M.D. wykazały, że u osób które rozpoczęły korzystanie

z solarium przed ukończonym 25 rokiem życia ryzyko zachorowania na czerniaka wzrosła 6-krotnie. Od 1 do 14 godzin w solarium w ciągu całego życia powoduje wzrost ryzyka wystąpienia czerniaka o 19%, od 15 do 31 godzin ryzyko rośnie o 31%, natomiast powyżej 40 godzin opalania na solarium skutkuje 55% wzrostem ryzyka zachorowania na czerniaka [5].

Przewlekłe drażnienie mechaniczne i chemiczne skóry zwiększa ryzyko wystąpienia czerniaka. Osoby długotrwale narażone na działanie herbicydów, zdecydowanie częściej chorują na czerniaka zlokalizowanego na dłoniach i stopach [6].

Do czynników niemodyfikowalnych zaliczamy czynniki genetyczne oraz niską ilość barwnika w skórze. Osoby z dodatnim wywiadem rodzinnym oraz z fenotypowymi cechami takimi jak: jasne lub rude włosy, niebieskie lub zielone oczy, jasna skóra o zwiększonej wrażliwości na słońce i opalanie, duża liczba znamion i znamiona atypowe oraz skłonność do piegów są bardziej narażone na zachorowanie. Mniejsza ilość melatoniny skutkuje zmniejszoną ochroną przed promieniowaniem UV [7].

Tabela 1. Fototyp skóry wg. Fitzpatricka.

Fototyp	Kryteria klasyfikacji
I	Zawsze oparzenia, brak opalenizny
II	Zawsze oparzenia, słaba opalenizna
III	Czasami oparzenia, średnia opalenizna
IV	Nigdy oparzenia, zawsze opalenizna
V	Umiarkowana pigmentacja, skóra naturalnie ciemna
IV	Mocna pigmentacja, skóra czarna

Jedną z rodzinnych predyspozycji wpływających na większe ryzyko zachorowania jest

zespół znamion atypowych FAMMM (*Familial Atypical Multiple Mole-Melanoma*). Jeżeli przynajmniej 2 członków rodziny pierwszego stopnia ma znamiona atypowe oraz został u nich wykryty czerniak, zakłada się, że ryzyko zachorowania w przypadku wystąpienia jej u członka rodziny pierwszego stopnia pokrewieństwa zwiększa się 1,7-krotnie, natomiast, jeśli choroba wystąpiła u 2 członków rodziny pierwszego stopnia, to ryzyko wzrasta 9-krotnie [8].

Znamiona, to łagodne narośla melanocytów, uważane za zarówno bezpośrednie prekursorzy, jak i markery zwiększonego ryzyka czerniaka. W badaniu populacyjnym przeprowadzonym w Stanach Zjednoczonych udowodniono, że roczny współczynnik transformacji każdego pojedynczego pieprzyka w czerniaka waha się od 0,0005% u osób poniżej 40. roku życia do 0,003% u mężczyzn powyżej 60. roku życia. Wykazano również, że u mężczyzn z > 100 pieprzykami ryzyko rozwoju czerniaka wzrasta siedmiokrotnie w porównaniu z osobami z <15 [8].

Osoby zarażone wirusem HIV są 4-krotnie bardziej predysponowani do zachorowania na czerniaka. W grupie ryzyka są również osoby objęte leczeniem immunosupresyjnym. Udowodniono, że u osób po transplantacji narządów, przyjmujących przewlekłe leki immunosupresyjne, ryzyko zachorowania na czerniaka wzrasta trzykrotnie [5].

Profilaktyka

Profilaktyka czerniaka jest prostym i najlepszym sposobem zapobiegania chorobie nowotworowej. Wraz z paleniem tytoniu, otyłością, dietą, alkoholem i niektórymi wirusami, ekspozycja na słońce przyczynia się do szacowanych 45% zgonów z powodu raka, na które mamy wpływ i którym można zapobiec.

Profilaktyka pierwotna

Ponieważ główną przyczyną zachorowania na czerniaka jest promieniowanie UV, najważniejszym elementem profilaktyki pierwotnej jest ograniczenie ekspozycji na promienie słoneczne. Miejscami najbardziej narażonymi na promieniowanie UV są twarz, plecy i dłonie. Najwyższe promieniowanie UV występuje między 10:00 a 16:00 w związku z czym zaleca się zminimalizowanie ekspozycji na słońce w tych godzinach. Ogromnie istotne jest chronienie dzieci przed promieniowaniem UV, gdyż oparzenia słoneczne w dzieciństwie i wczesnej młodości są udowodnionym znaczącym czynnikiem ryzyka zachorowania na czerniaka [9].

Wiele randomizowanych, kontrolowanych badań wykazało, że regularne stosowanie filtrów przeciwsłonecznych znacznie zmniejszyło częstość występowania czerniaka [9]. Aby zapewnić właściwą ochronę przed promieniowaniem słonecznym należy stosować środki do pielęgnacji skóry z filtrami przeciwsłonecznymi (wskaźnik SPF- sun protective factor, określa siłę działania preparatu chroniącego przed promieniowaniem UV) oraz dbać o odpowiednie nawilżenie skóry poprzez aplikowanie preparatów nawilżających. Preparaty z filtrem UV powinny być stosowane przez cały rok. Kremy z filtrem przeciwsłonecznym powinny być dobierane w zależności od fenotypu skóry. Zalecane jest również noszenie ubrań ograniczających ekspozycję ciała na słońce oraz używanie okularów przeciwsłonecznych, które posiadają filtry UV400 [9].

Do osób najbardziej narażonych na zachorowanie na czerniaka zaliczamy osoby z jasną karnacją, podatną na oparzenie, fototyp I i II. Ważne jest, aby już w młodym wieku usuwać zmiany skórne, które zlokalizowane są w miejscach narażonych na urazy mechaniczne, jak również zmiany znajdujące się na podeszwie stopy, na dłoni, w okolicach narządów rodnych oraz występujące na błonach śluzowych. Ponadto, zalecane jest usuwanie znamion złożonych, błękitnych, atypowych, wrodzonych oraz wszelkich zmian, które ewoluują, zmieniają swój kształt, kolor, zmiany swędzące, bolące, piekące, krwawiące [10].

Nie jest zalecane korzystanie z solariów (łóżka opalające uznane zostały przez WHO jako rakotwórcze).

Profilaktyka wtórna

Profilaktyka wtórna polega na wczesnym wykrywaniu nowotworu. W przypadku czerniaka najważniejsze jest samobadanie skóry przez pacjenta. Podczas samokontroli skórę sprawdzamy pod kątem pojawienia się nowych zmian barwnikowych oraz czy istniejące zmiany skórne uległy powiększeniu lub zmianie zabarwienia. Obserwację zaleca się przeprowadzać przynajmniej raz w miesiącu. Miejsca takie jak twarz, dłonie, przód ciała najlepiej oceniać stojąc przed lustrem, natomiast do oceny miejsc trudno dostępnych najlepiej poprosić bliską osobę o pomoc. W sytuacji, gdy zmiana skórna uległa powiększeniu, zmianie barwy, kształt stał się asymetryczny a brzegi postrzępione konieczna jest wizyta u dermatologa. badanie skóry całego ciała podczas badania lekarskiego, wykonanie fotografii całego ciała z oceną dermoskopową zmian na skórze, dermoskopię lub też ocenę ogniska w refleksyjnej mikroskopii konfokalnej [10, 11].

Diagnostyka

Wszelkie zmiany skóry rozwinięte *de novo* lub na podłożu znamienia barwnikowego mogą nasuwać podejrzenie czerniaka. Znamiona mogą być owrzodzone i/lub krwawiące. Wywiad choroby powinien zawierać informacje o zmianach w obrębie istniejących zmian skórnych, wystąpieniu nowych ognisk barwnikowych i towarzyszące im objawy np. świąd. Należy uwzględnić wystąpienie czynników zwiększających ryzyko zachorowania na czerniaka (oparzenia słoneczne, wizyty w solarium, dodatni wywiad rodzinny, przebyte leczenie immunosupresyjne, jak również zakażenie HIV). Warto zaznaczyć, że ponad 60% chorych, u których wykryto czerniaka nie podaje w wywiadzie informacji, które mogą być przydatne w postawieniu diagnozy [12].

System ABCDE umożliwia wstępną identyfikację czerniaków na podstawie badania klinicznego bez konieczności użycia dodatkowych metod diagnostycznych [13].

Tabela 2. System ABCDE [13]

System ABCDE	
A (asymmetry)- Asymetria	zmiana skórna jest asymetryczna względem każdej osi, prezentują obraz nieregularny, złożony z wyniosłości (tzw. wysp)
B (borders)- brzegi	brzegi postrzępione, nierówne
C (color)- kolor	kolor od jasnobrązowego do czarnego, barwnik nierównomiernie rozłożony, często z jego punktowymi depozytami
D (diameter/dynamics)- średnica/dynamika	średnica > 5mm bądź szybka dynamika zmian morfologicznych w guzie
E (elevation/evolution)- uwypuklenie/ ewolucja	uwypuklenie powierzchni ponad poziom otaczającego zmianę naskórka. Czerniaki o grubości $\leq 1\text{mm}$ wg Breslowa nie są wyczuwalne palpacyjnie, ważniejsze od uwypuklenia zmiany jest tempo powiększania jej średnicy.

Dermoskopia, znana również jako dermatoskopia lub mikroskopia epiluminescencyjna, jest nieinwazyjną techniką wykorzystującą dermatoskop do diagnostyki nowotworów skóry i innych chorób skóry. Większość wytycznych klinicznych dotyczących czerniaka wymienia dermoskopię jako podstawowe narzędzie do badania pigmentowanych i niepigmentowanych zmian skórnych w celu wykrycia czerniaka. Badanie dermatoskopowe polega na uważnej obserwacji przez lekarza specjalistę budowy zmiany skórnej za pomocą przyrządu optycznego i oświetlenia. Badanie dermatoskopowe jest zalecane do oceny zmian skórnych, zwłaszcza przed planowanym ich wycięciem [13].

Aktualnie w ocenie patomorfologicznej czerniaka stosuje się dwie klasyfikacje. Skala Clarka ocenia głębokość naciekania poszczególnych warstw skóry natomiast skala Breslowa ocenia głębokość naciekania skóry przez czerniaka. Dodatkowo, raport badania histopatologicznego zmiany pierwotnej musi zawierać: obecność lub brak owrzodzenia, stopień zaawansowania pT, fazy wzrostu, obecność lub brak mikroskopowych ognisk satelitarnych, margines obwodowy (ocena radykalności zabiegu) [14].

Tabela 3. Skala Clarka [14]

Stopień	Głębokość naciekania
I	miejsce występowania czerniaka- jedynie naskórek
II	naciek czerniaka na warstwę brodawkowatą skóry
III	miejsce występowania czerniaka- warstwa siateczkowata skóry, bez nacieku
IV	naciek czerniaka na warstwę siateczkowatą
V	naciek czerniaka na warstwę podskórną

Wg obserwacji Clarka, pacjenci we wczesnym stadium czerniaka, z głębszym naciekiem nowotworu w głąb skóry (poziom III-V) byli bardziej narażeni na przerzuty do węzłów chłonnych.

Usunięcie węzłów chłonnych powinno być ograniczone tylko do pacjentów z czerniakiem, który przeszedł poza brodawkowatą skórę właściwą.

Tabela 4. Skala Breslowa ocenia głębokość naciekania skóry przez czerniaka [15]

Skala Breslowa	
Stopień	Głębokość naciekania tkanek
I	<0,75 mm
II	0,76-1,50 mm
III	1,51-2,25 mm
IV	2,26- 3,00 mm
V	>3 mm

System klasyfikacji Breslowa opierał się na głębokości inwazji w milimetrach, a nie na głębokości według przedziałów anatomicznych, które różnią się grubością w różnych miejscach anatomicznych. Według Breslowa, pacjenci z cieńszymi czerniakami (stadia I i II) mieli znacznie większe szanse na przeżycie i niższe ryzyko regionalnych i odległych przerzutów. Podobnie jak metoda Clarka, metoda Breslowa, pozwoliła lekarzom ocenić ryzyko rozprzestrzenienia się czerniaka do węzłów chłonnych i ustalić, czy niezbędne jest usunięcie węzłów chłonnych (u pacjentów, o których zmiana skórna jest grubości 1,5 mm lub większej). Skala Breslowa pozostaje jednym z najlepszych niezależnych czynników prognostycznych wyników pacjentów [15].

Mikroskopowe potwierdzenie rozpoznania czerniaka bazując na materiale pobranym podczas biopsji wymaga przeprowadzenia właściwej oceny stopnia zaawansowania czerniaka, poszukiwanie przerzutów regionalnych i odległych.

Kluczowymi elementami diagnostyki są również podstawowe badania laboratoryjne krwi (morfologia, aktywność dehydrogenazy mleczanowej, aktywność transaminaz), badania fizykalne, USG regionalnych węzłów chłonnych i jamy brzusznej, tomografii komputerowej oraz RTG klatki piersiowej. Dodatkowo konieczna jest ocena obecności mutacji w genie BRAF, którą stwierdza się u ok. 50% chorych na czerniaka [16].

Leczenie

W zależności od cech guza (umiejscowienia, stadium rozwoju i profilu genetycznego), opcjami terapeutycznymi mogą być resekcja chirurgiczna, radioterapia, immunoterapia lub terapia celowana.

Niezależnie od stadium, w którym diagnozowany jest czerniak, zmiana skórna jest usuwana wraz z odpowiednim marginesem. Zabiegi chirurgiczne różnią się w zależności od kliniczno-patologicznych cech guza. Usunięcie guza obejmuje marginesy bezpieczeństwa 0,5 cm dla czerniaków in situ, 1 cm dla guzów o grubości do 2 mm i 2 cm dla guzów grubszych niż 2 mm [13]. Przed lub w trakcie wycięcia guza wykonywana jest biopsja węzła chłonnego w celu oceny, czy komórki nowotworowe migrowały do węzłów chłonnych lub dalej. Jeśli biopsja wykazała obecność komórek nowotworowych w węzłach chłonnych, są one usuwane.

W indywidualnych przypadkach po leczeniu chirurgicznym czerniaków o dużym ryzyku możliwe jest zastosowanie uzupełniającej radioterapii. Metoda ta jest używana w celu zwiększenia skuteczności immunoterapii oraz leczenia celowanego. Według aktualnego stanu wiedzy i praktyki klinicznej radioterapia powinna znaleźć zastosowanie aż u 23% chorych na zaawansowanego czerniaka [17].

Coraz wyższą skuteczność w leczeniu czerniaków osiąga leczenie ukierunkowane molekularnie, które jest stosowane, gdy w komórkach czerniaka wykryta zostaje mutacja w genie BRAF. Efekty tej terapii są widoczne już po kilku dniach stosowania leczenia doustnego. Leczenie molekularne umożliwia szybkie zatrzymanie procesu nowotworowego oraz znaczną poprawę jakości życia chorych.

Ponadto, leczenie immunologiczne w ostatniej dekadzie znacząco zwiększyło szanse przeżycia chorych na czerniaka. Dzięki temu rodzajowi leczeniu u części pacjentów czerniak

w stadium nieresekcyjnym, stał się chorobą przewlekłą. Immunoterapia redukuje również ryzyko nawrotu choroby. Leczenie immunologiczne zagrożone jest powikłaniami immunologicznymi, z których najczęściej występują hepatotoksyczność, powikłania endokrynologiczne oraz nawracające biegunki. Lekami z wyboru, stosowanymi z leczeniu tego typu powikłań są sterydy [18].

Należy również pamiętać o skuteczności leczenia skojarzonego, np. równoległej radioterapii i immunoterapii. Efekt terapeutyczny tych dwóch metod skojarzonych może być znacznie lepszy niż wykorzystanie każdej z tych metod jako wyłącznej metody leczenia. W praktyce klinicznej niezmiernie ważna jest maksymalizacja efektu leczenia poprzez optymalne wykorzystanie dostępnych metod.

PODSUMOWANIE

Czerniak jest nowotworem złośliwym, który dotyczy nie tylko skóry, może być umiejscowiony również m.in. w gałce ocznej, błonie śluzowej przewodu pokarmowego, na całej długości (od jamy ustnej do odbytu), zatok obocznych nosa i jamy nosowej jak również w drogach moczowo- płciowych i odbycie. Liczba osób chorujących na czerniaka z roku na rok wzrasta. Czerniak, wcześniej wykryty jest całkowicie wyleczalny, jednak znacząca większość chorych diagnozowana jest, w momencie, gdy choroba jest już w zaawansowanym stadium, często z przerzutami do innych narządów. Głównym czynnikiem ryzyka w przypadku czerniaka jest promieniowanie UV, z którym mamy styczność codziennie. W związku z powyższym istotne jest wdrażanie działań profilaktycznych, w tym uświadamianie czynników ryzyka, sposobów ich zapobiegania jak również rozpoznawanie wczesnych objawów czerniaka

PIŚMIENNICTWO:

- 1- Łobaziewicz W. Szloch J. Wajda J. Legkiy O. Marczyk E. Wysocki W.: Analiza przeżycia bezobjawowego chorych na czerniaka skóry poddanych procedurze biopsji węzła wartowniczego. Polski Przegląd chirurgiczny. 2020; 92 (3): 15-21. DOI: 10.5604/01.3001.0013.9041
- 2- Cybulska- Stopa B., Kamińska- Winciorek G., Rutkowski P.: Diagnostyka obrazowa w obserwacji chorych na czerniaki skóry i błon śluzowych. Forum Dermatologicum. 2022; 8 (1): 30-35 DOI: 10.5603/FD.2022.0011

- 3- Pasek J., Stanek A., Senejko M., Pasek T., Cieślak G.: Chronologia terapeutyczna w leczeniu czerniaka- opis przypadku. *Polski Merkuriusz Lekarski*. 2019; 46(275): 220-223
- 4- Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie: Przełomowe wyniki badania naukowców z NIO nad leczeniem czerniaka [online]. Dostępne: <https://nio.gov.pl/przelomowe-wyniki-badania-naukowcow-z-nio-nad-leczeniem-czerniaka/> Data pobrania: 01.09.2024
- 5- Saginala K., Barsouk A., Aluru JS., Rawla P., Barsouk A.: Epidemiology of Melanoma. *Medical Sciences*. 2021; 9 (4):1-9 <https://doi.org/10.3390/medsci9040063>
- 6- Kasielska-Trojan A., Sadkiewicz K., Gabryszewski MG., Antoszewski B.: Wiedza kobiet poddających się zabiegom kosmetologicznym na temat czynników ryzyka czerniaka. *Polish Journal of Cosmetology*. 2023; 26 (3):162–166.
- 7- Denis W.: Promieniowanie UV i jego wpływ na fotostarzenie się skóry [w:] Nauka, edukacja, przemysł: narzędzia i mechanizmy współczesności innowacyjnego rozwoju: Materiały VII Międzynarodowej Konferencji Naukowo--Praktycznej Kijów 2021; 100-104
- 8- Kuros F., Pinas K., Skalska K., Skupień J.: Świadomość młodego społeczeństwa na temat wpływu działania promieni UV oraz profilaktyka fotostarzenia się skóry *Kosmetologia Estetyczna* 2019; 4(8): 407-414
- 9- Pacholczyk M., Czernicki J., Ferenc.T.: Wpływ słonecznego promieniowania ultrafioletowego (UV) na powstawanie raków skóry. *Medycyna Pracy*, 2016; 67 (2): 255-266 DOI: <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00342>
- 10- Engler-Jastrzębska M., Kamm A.: Molekularne podstawy pigmentacji skóry. Etiologia i profilaktyka hiperpigmentacji. *Kosmetologia Estetyczna* 2019;3(8): 275-284
- 11- Chowaniec Z.: Czerniak- problemy diagnostyczno- terapeutyczne w praktyce kosmetologa. *Kosmetologia Estetyczna* 2018; (3) 7: 269-273.
- 12- Rutkowski P., Wysocki PJ., Kozak K., Nasierowska- Guttmejer A., Jeziorski A., Wysocki WM., Kalinka E., Świtaj T., Kamińska- Winciorek G., Czarnecka AM., Kosęła- Paterczyk H., Cybulska- Stopa B., Wiśniewski P., Szumera- Ciećkiewicz A., Zdzienicki M., Ziobro M., Fijuth J., Kawecki A., Tysarowski A., Romanowska- Dixon B., Markiewicz A., Dedecjus M., Kubiakowski T., Dolecki K., Tchórzewska- Korba H., Rudnicka L., Owczarek W., Krzakowski M.: Postępowanie diagnostyczno-

- terapeutyczne u chorych na czerniaki- zalecenia ekspertów. *Onkologia w Praktyce Klinicznej*. 2022; 8 (6): 387-423
- 13- Lechman AS., Cassidy PB., Chen SC., Curiel C., Geller A., Gareau D., Pellacani G., Grichnik JM., Malvey J., North J., Jacques SL., Petrie T., Puig S., Swetter SM., Tofte S., Weinstock MA.: Methods of Melanoma Detection. *Mucosal Melanoma: a Literature Review*. *Curr Oncol Rep*. 2018; 20(3): 51-106 doi: 10.1007/s11912-018-0675-0
- 14- Dobrzyńska- Rutkowska A.: Przypadek pacjenta z czerniakiem złośliwym w IV stopniu zaawansowania leczonego pembrolizumabem. *Onkologia w Praktyce Klinicznej- Edukacja*. 2017; 3 (D): D20-D22
- 15- Medycyna Praktyczna. Skala Breslowa [online]. Dostępne: https://www.mp.pl/podrecznik/pediatrics/table/042_2774 Data pobrania: 08.09.2024
- 16- Wysocki W.M., Owczarek W., Dyduch G., Wójtowicz E., Narbutt J., Jeziorski A., Zegarski W., Marszałek A., Krzakowski M., Rutkowski P. : Postępowanie w przypadku podejrzanych zmian skórnych. *Praktyczne wskazówki dla lekarzy specjalności nieonkologicznych*. *Forum Dermatologicum* 2021; 7 (2): 27-36 DOI: 10.5603/FD.2021.0009
- 17- Kozak K.: Czerniak skóry i błon śluzowych. *Onkologia w Praktyce Klinicznej- Edukacja*. 2021; 7 (5): 339-345
- 18- Gerson J.N., Ramamurthy C., Borghaei H.: Managing Adverse Effects of Immunotherapy. *Clinical Advances in Hematology & Oncology*. 2018; 16 (5): 363-374

WIEDZA NA TEMAT CZERNIAKA I ZACHOWANIA PROFILAKTYCZNE SPOŁECZEŃSTWA, NA PRZYKŁADZIE MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO

Justyna Kopeć¹, Krystyna Klimaszewska²

- 1- *II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku*
- 2- *Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

WSTĘP

Czerniak jest nowotworem złośliwym umiejscowionym głównie w skórze, jednak może występować praktycznie w całym ciele. Zachorowalność na czerniaka z roku na rok wzrasta, a głównym czynnikiem ryzyka jest promienionowanie UV. Czerniak wcześniej wykryty jest całkowicie uleczalny, jednak często jest diagnozowany w zaawansowanym stadium, z przerzutami do wielu narządów. Podnoszenie wiedzy na temat czynników ryzyka oraz profilaktyki jest niezbędne w budowaniu zachowań prozdrowotnych oraz wydłużeniu życia [1].

CEL PRACY

Celem badania było określenie poziomu wiedzy mieszkańców województwa podlaskiego na temat czerniaka, czynników ryzyka jego powstawania oraz zachowań związanych z jego profilaktyką.

Cele szczegółowe:

1. Czy mieszkańcy województwa podlaskiego posiadają podstawową wiedzę na temat czerniaka?
2. Czy mieszkańcy województwa podlaskiego mają wiedzę na temat czynników ryzyka zachorowania na czerniaka?

3. Czy mieszkańcy województwa podlaskiego posiadają podstawową wiedzę na temat profilaktyki czerniaka?

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

W badaniu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Do przeprowadzenia badania użyto kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Kwestionariusz ankiety zawierał 24 pytania zarówno jednokrotnego jak i wielokrotnego wyboru. Ankietowani odpowiadali na pytania sprawdzające poziom wiedzy na temat czerniaka jak również jego profilaktyki.

Grupę badawczą stanowiły 152 osoby, z czego 104 osoby stanowiły kobiety, natomiast mężczyźni 48. Badani zostali poinformowani o celu badania oraz zapewniono o jego anonimowości. Przekazano im również informacje, że wyniki badań zostaną wykorzystane tylko do celów naukowych. Wszyscy respondenci wyrazili zgodę na udział w badaniu. Materiał badawczy zbierano internetowo między 19 grudnia 2024 a 01 maja 2025, po wcześniejszym uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UMB nr: APK.002.566.2024

Wyniki badań zostały poddane analizie jakościowej i ilościowej.

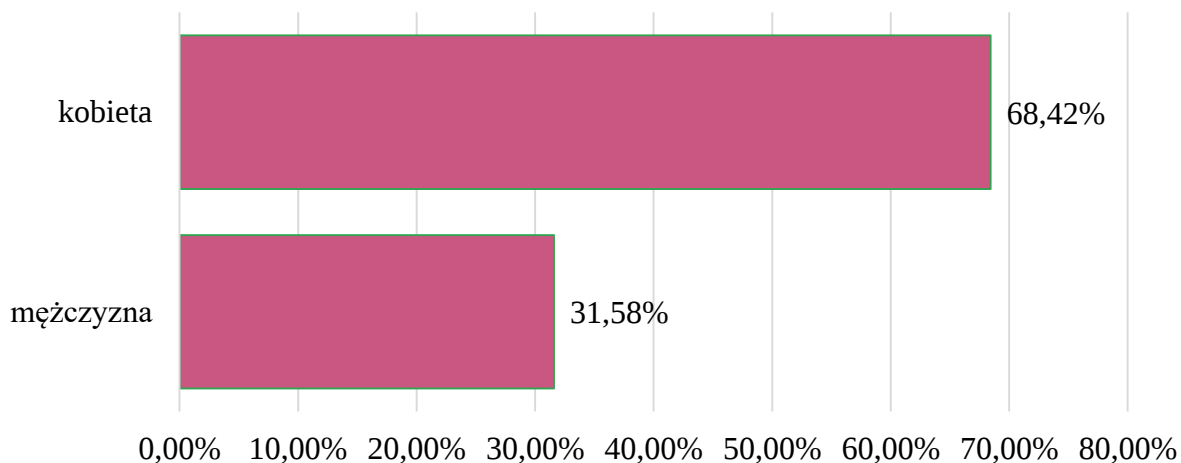
Analizę statystyczną wykonano za pomocą programu Statistica. Użyto testu χ^2 . Jako poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

WYNIKI

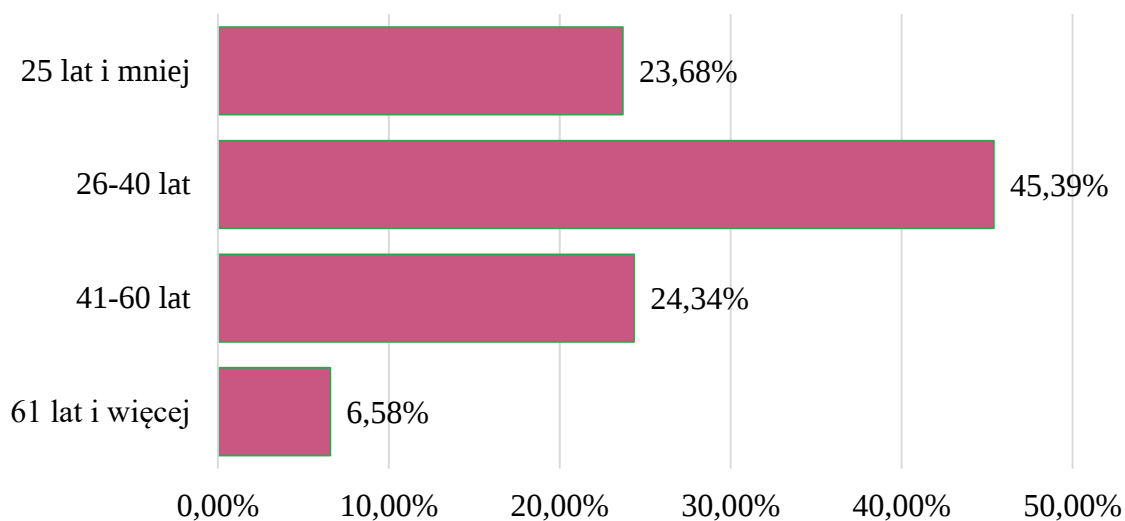
Charakterystyka grupy badanej

Spośród wszystkich uczestników, którzy wypełnili kwestionariusz, zdecydowaną większość stanowiły kobiety, odpowiadając za 68,42% (N=104) zgromadzonych opinii. Mężczyźni, chociaż mniej licznie reprezentowani, stanowili również istotną część próby – 31,58% (N=48). Dane ukazano na rycinie 1.

Najliczniejszą grupą wiekową, jaka wyłoniła się spośród wypełniających ankietę, były osoby w przedziale 26–40 lat – ich udział wyniósł 45,39% (N=69). W dalszej kolejności uplasowali się respondenci mający 41–60 lat – 24,34% (N=37) oraz osoby do 25 roku życia – 23,68% (N=36). Seniorzy powyżej 61 lat stanowili najmniej liczną grupę, obejmując 6,58% (N=10) wszystkich badanych – rycina 2.

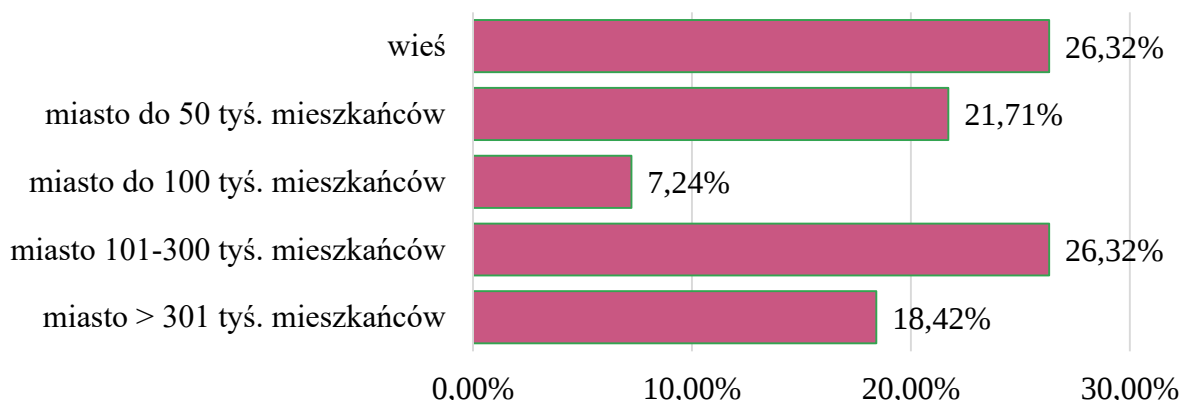


Rycina 1. Płeć badanych



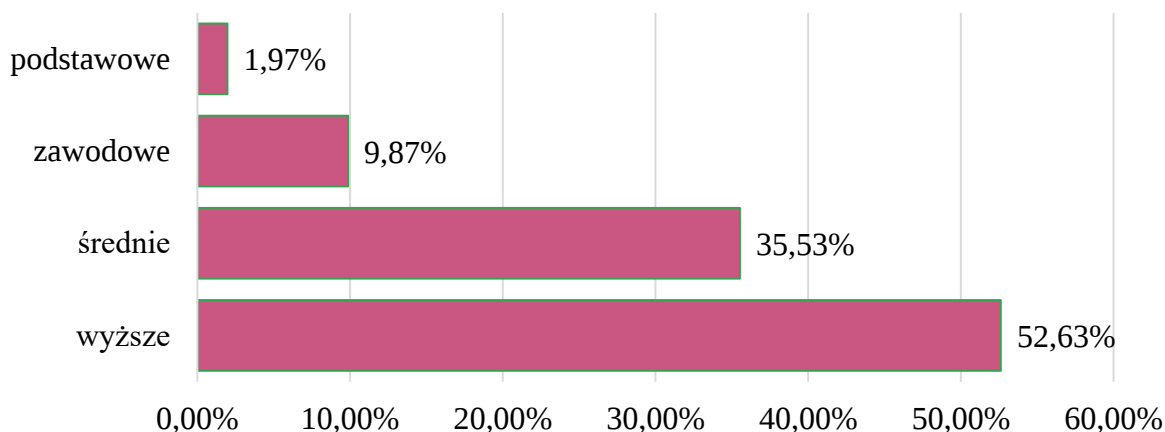
Rycina 2. Wiek badanych

Analizując miejsce zamieszkania osób objętych badaniem, zauważono równomierne rozłożenie odpowiedzi między mieszkańcami wsi oraz średnich miast do 300 tysięcy mieszkańców – po 26,32% (N=40) każda z grup. Około jednej piątej badanych mieszkało w miastach do 50 tysięcy – 21,71% (N=33), natomiast największe aglomeracje (powyżej 301 tysięcy mieszkańców) reprezentowało 18,42% (N=28). Najmniejszy odsetek zanotowano wśród mieszkańców miast do 100 tysięcy – 7,24% (N=11). Dane ukazano na rycinie 3.



Rycina 3. Miejsce zamieszkania badanych

Wśród respondentów dominowały osoby legitymujące się wykształceniem wyższym – było ich ponad połowa, dokładnie 52,63% (N=80). Istotny odsetek stanowili również badani z wykształceniem średnim – 35,53% (N=54). Mniejszą grupę tworzyły osoby z wykształceniem zawodowym – 9,87% (N=15), natomiast wykształcenie podstawowe wskazało jedynie 1,97% (N=3) respondentów. Wszystkie dane zaprezentowano na rycinie 4.

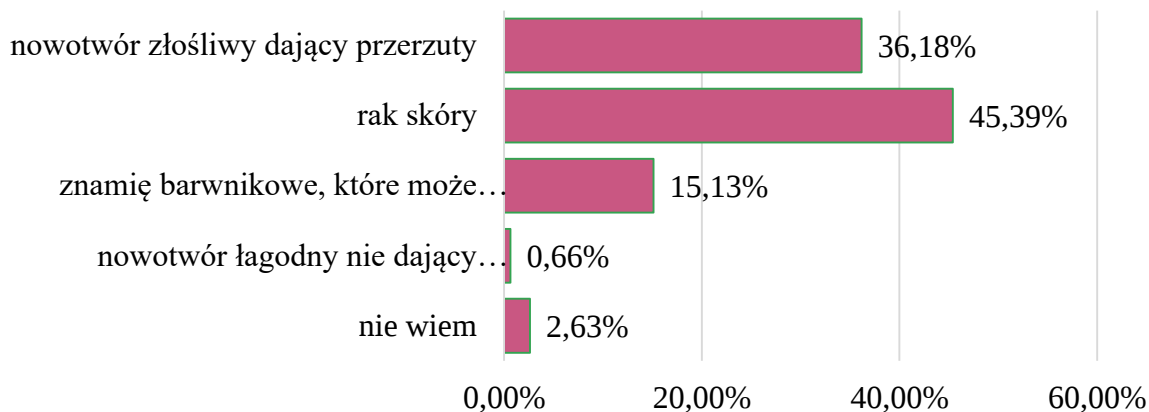


Rycina 4. Wykształcenie badanych

Dane związane z tematyką pracy

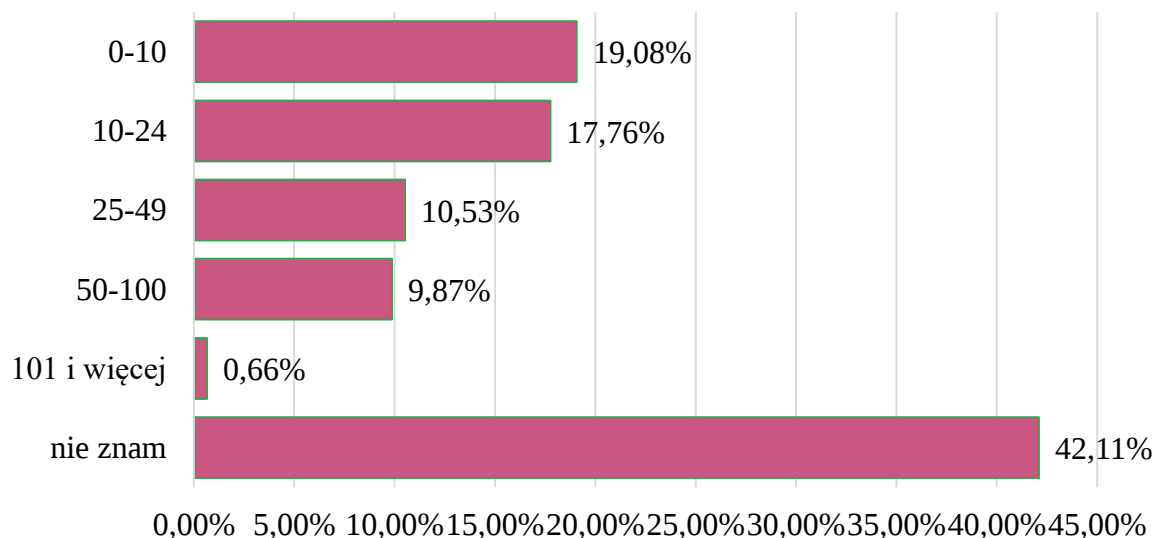
Prawie połowa uczestników badania błędnie powiązała czerniaka z rakiem skóry (45,39%; N=69), prawidłowo wskazało czerniaka jako nowotwór złośliwy skóry- 36,18% (N=55). Znamię barwnikowe jako definicję czerniaka wskazało 15,13% (N=23)

odpowiadających. Pojedyncze osoby błędnie utożsamiały czerniaka z nowotworem łagodnym (0,66%; N=1), a brak wiedzy w tym zakresie zadeklarowało 2,63% (N=4) osób. Dane ukazano na rycinie 5.



Rycina 5. Znajomość pojęcia „czerniak” przez badanych

Ponad 40% respondentów (42,11%; N=64) przyznało, że nie zna liczby znamion, jakie posiadają na ciele. Pozostałe odpowiedzi były bardziej zróżnicowane – 19,08% (N=29) wskazało przedział 0–10, 17,76% (N=27) zadeklarowało od 10 do 24 znamion, natomiast liczba przekraczająca 50 pojawiała się u niewielkiego odsetka ankietowanych. Tylko jedna osoba (0,66%; N=1) zgłosiła posiadanie więcej niż 100 znamion – rycina 6.

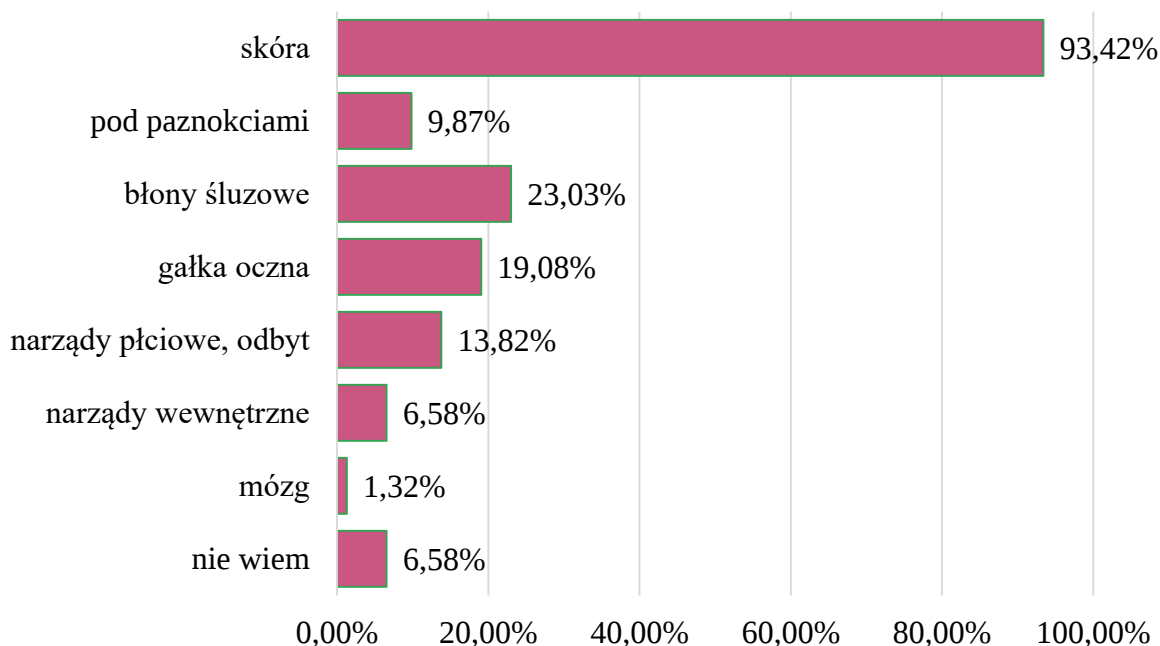


Rycina 6. Liczba znamion posiadana przez badanych

Zdecydowana większość osób, które wzięły udział w badaniu (93,42%; N=142), prawidłowo wskazała skórę jako główne miejsce powstawania czerniaka. Inne lokalizacje,

takie jak błony śluzowe (23,03%; N=35), gałka oczna (19,08%; N=29) oraz okolice narządów płciowych i odbytu (13,82%; N=21) również były wymieniane. Znacznie rzadziej pojawiały się odpowiedzi wskazujące na narządy wewnętrzne (6,58%; N=10) oraz mózg (1,32%; N=2). Co dwudziesty badany (6,58%; N=10) nie potrafił wskazać żadnej lokalizacji – rycina 7.

Łączna wartość odpowiedzi może przekraczać 100%, ponieważ pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru.

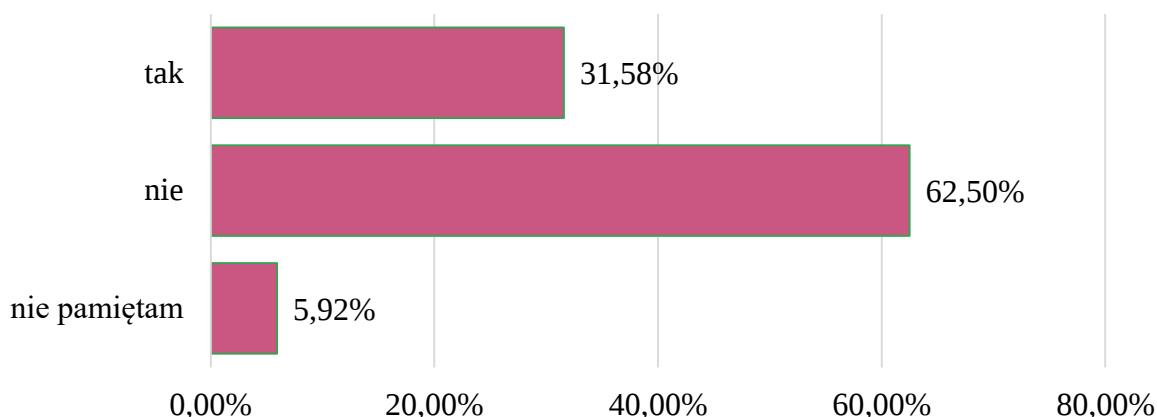


Rycina 7. Wiedza badanych na temat lokalizacji pierwotnej czerniaka

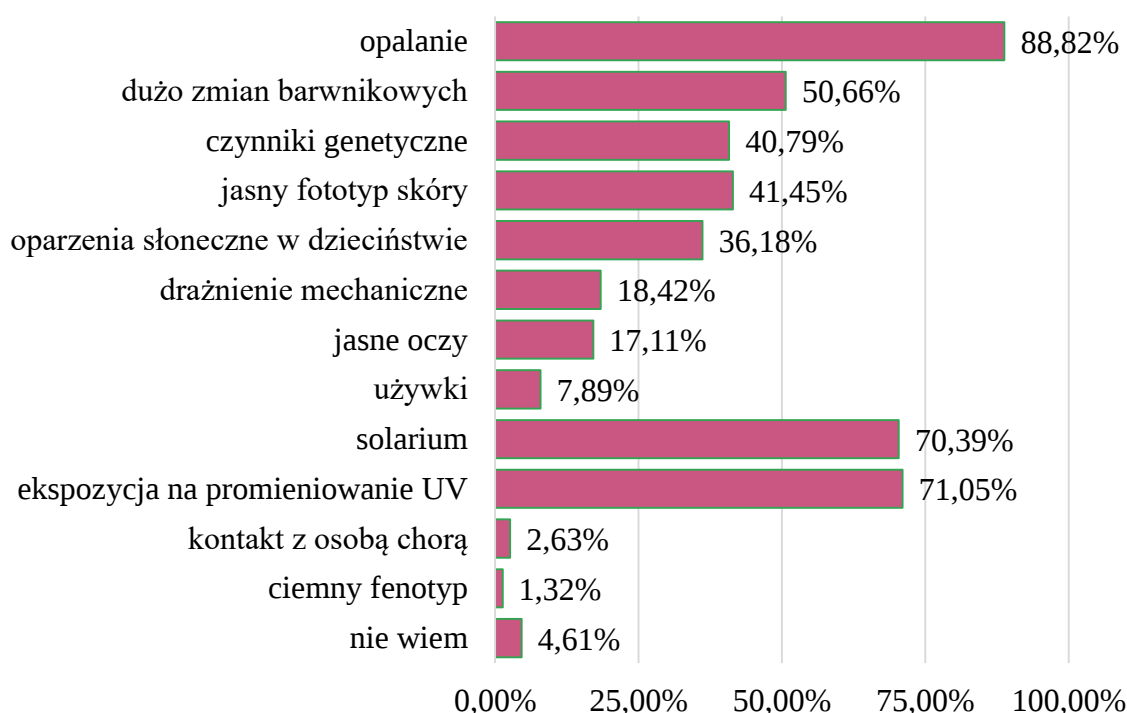
Zachowania profilaktyczne, takie jak samodzielne badanie skóry, deklarowało 31,58% (N=48) osób objętych badaniem. Jednak zdecydowana większość ankietowanych – 62,50% (N=95) – przyznała, że nie przeprowadzała samobadania w ostatnich 12 miesiącach. Dodatkowo, 5,92% (N=9) respondentów nie potrafiło przypomnieć sobie, czy podjęli taką aktywność – rycina 8.

Większość respondentów miała świadomość, że nadmierne opalanie stanowi istotne zagrożenie w kontekście rozwoju czerniaka – wskazało je aż 88,82% (N=135) osób. Blisko połowa badanych (50,66%; N=77) uznała dużą liczbę znamion barwnikowych za czynnik ryzyka. Czynniki genetyczne oraz jasny fototyp skóry wymieniono odpowiednio przez 40,79% (N=62) i 41,45% (N=63) wypełniających ankietę. Znaczący odsetek zwrócił również uwagę na przebyte w dzieciństwie oparzenia słoneczne – 36,18% (N=55) osób. Ekspozycja na promieniowanie UV (71,05%; N=108) oraz korzystanie z solarium (70,39%; N=107) także

znalazły się wśród dominujących odpowiedzi. Mniej popularne wskazania dotyczyły m.in. drażnienia mechanicznego (18,42%; N=28), jasnej tęczówki (17,11%; N=26) czy używek (7,89%; N=12). Sporadycznie pojawiały się błędne odpowiedzi, np. kontakt z osobą chorą (2,63%; N=4) lub ciemny fenotyp skóry (1,32%; N=2). Brak wiedzy w tej kwestii zgłosiło 4,61% (N=7) ankietowanych – rycina 9.



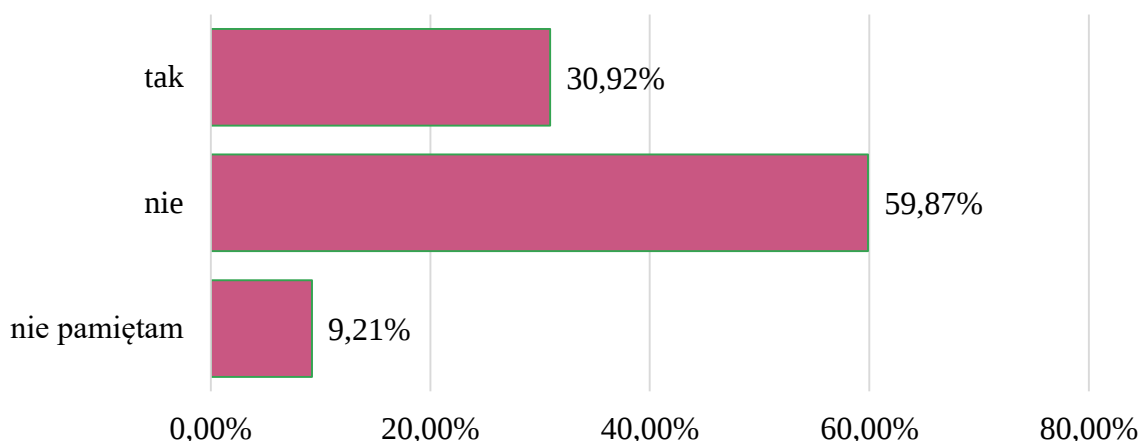
Rycina 8. Podział badanych ze względu na wykonywanie samobadania skóry



Rycina 9. Wiedza badanych na temat czynników ryzyka czerniaka

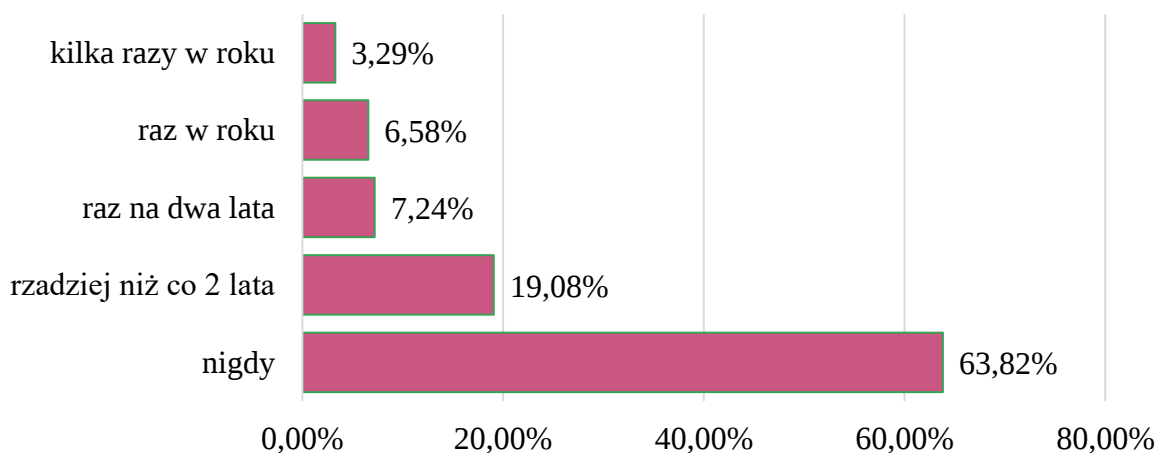
Łączna wartość odpowiedzi może przekraczać 100%, ponieważ pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru.

Spośród wszystkich osób, których opinie zostały zgromadzone, niespełna jedna trzecia (30,92%; N=47) przyznała, że kiedykolwiek została poddana badaniu dermatoskopowemu. Ponad połowa respondentów – 59,87% (N=91) – nigdy nie korzystała z takiej diagnostyki, natomiast 9,21% (N=14) nie potrafiło przypomnieć sobie, czy miało do czynienia z tego typu badaniem. Dane ukazano na rycinie 10.



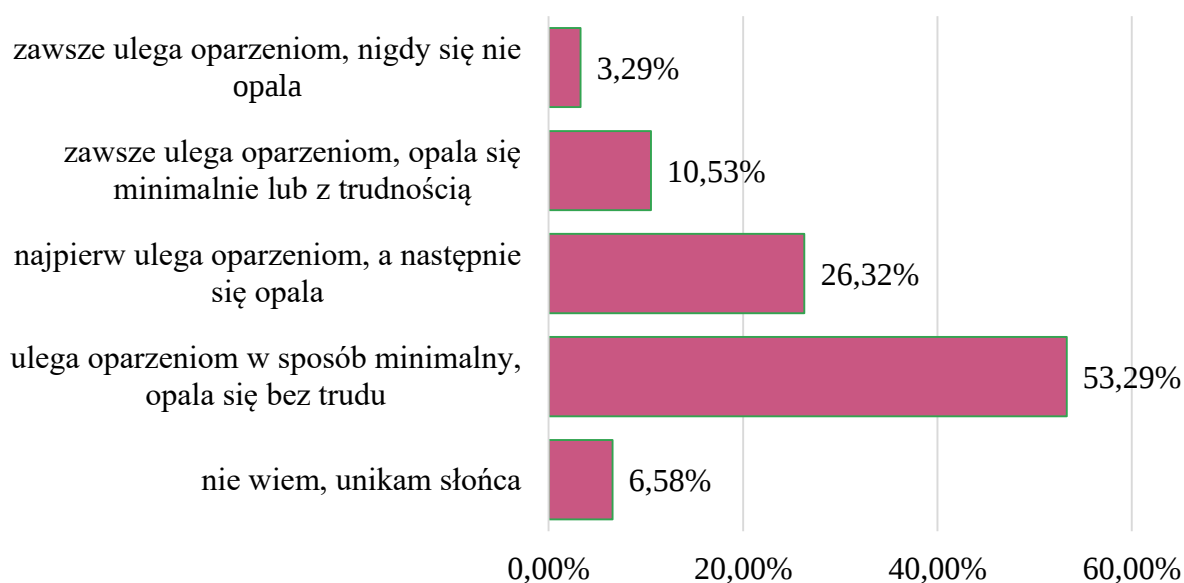
Rycina 10. Udział badanych w badaniu dermatoskopem

Zdecydowana większość osób objętych badaniem nie poddawała się regularnym kontrolom zmian skórnych – 63,82% (N=97) przyznało, że nigdy nie było na takim badaniu. Zaledwie 3,29% (N=5) respondentów deklarowało zgłaszanie się na konsultacje kilka razy w roku, a 6,58% (N=10) raz do roku. Częstotliwość co dwa lata wskazało 7,24% (N=11) osób, natomiast 19,08% (N=29) wykonuje badania rzadziej niż raz na dwa lata – rycina 11.



Rycina 11. Częstotliwość badania przez badanych znamion barwnikowych

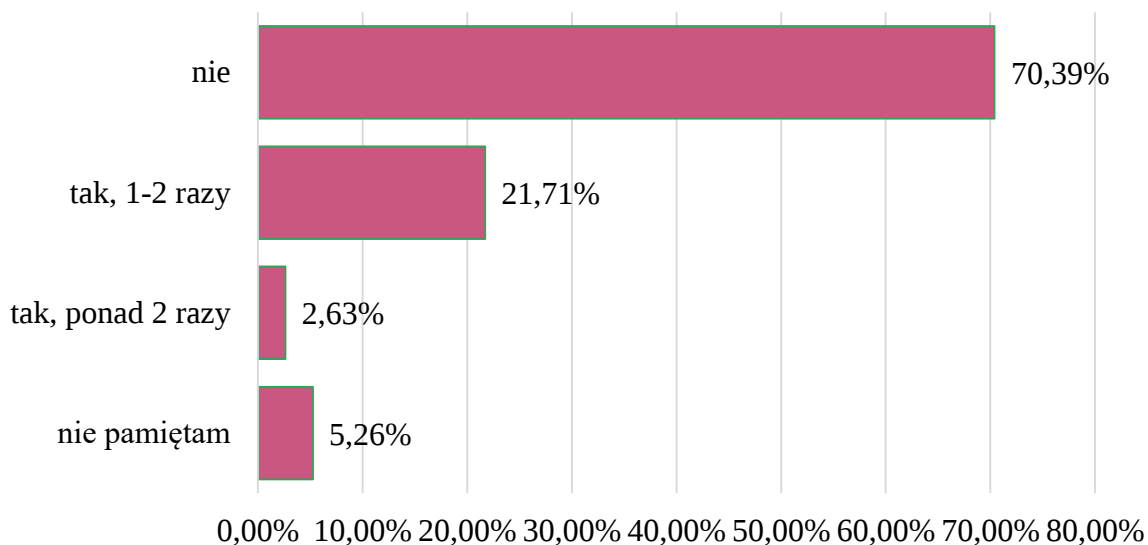
Najczęściej wskazywaną odpowiedzią było stwierdzenie, że skóra ulega minimalnym oparzeniom i opala się bez trudu – odpowiedziało tak 53,29% (N=81) badanych. Wśród pozostałych odpowiedzi znalazły się m.in. reakcja typu: najpierw oparzenia, potem opalanie – 26,32% (N=40) oraz tendencja do częstych oparzeń z minimalną pigmentacją – 10,53% (N=16). Osoby unikające słońca i niemające wiedzy na temat reakcji swojej skóry stanowiły 6,58% (N=10), natomiast 3,29% (N=5) zadeklarowało, że zawsze doznaje oparzeń i nigdy się nie opala. Dane ukazano na rycinie 12.



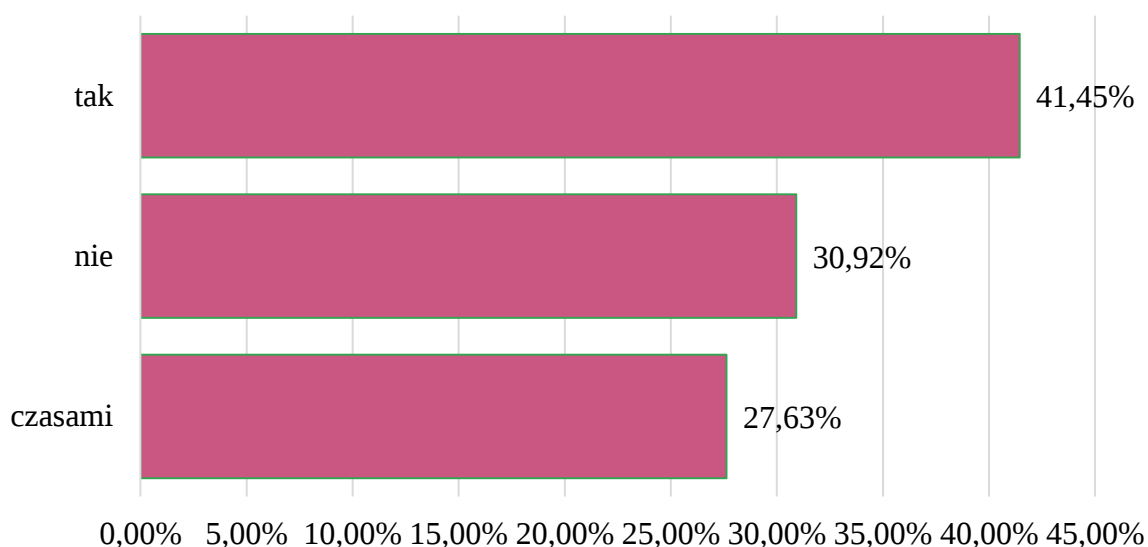
Rycina 12. Reakcja skóry badanych na promieniowanie słoneczne

W przeważającej części respondenci nie doświadczyli w ostatnich 12 miesiącach poważnego oparzenia słonecznego – taką odpowiedź wskazało 70,39% (N=107) osób. Niepokojący incydent wystąpił 1–2 razy u 21,71% (N=33) badanych, a częściej niż dwukrotnie u 2,63% (N=4). Część uczestników (5,26%; N=8) nie potrafiła określić, czy miała do czynienia z tego rodzaju urazem skórny – rycina 13.

Spośród wszystkich osób, które wzięły udział w badaniu, 41,45% (N=63) deklarowało świadome unikanie słońca w godzinach jego największego nasilenia. Niemal jedna trzecia badanych (30,92%; N=47) przyznała, że nie podejmowała takich działań, a 27,63% (N=42) stwierdziło, że ogranicza ekspozycję jedynie czasami. Dane ukazano na rycinie 14.



Rycina 13. Występowanie poważnych oparzeń słonecznych u badanych

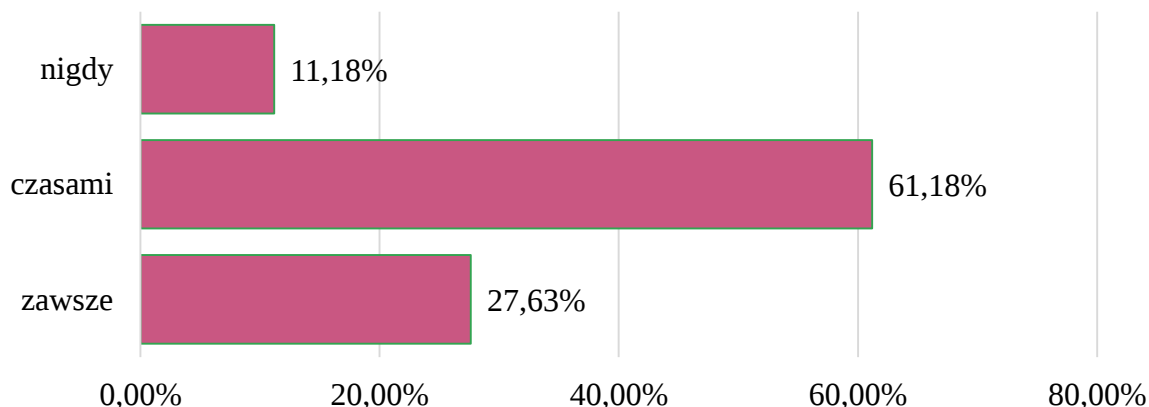


Rycina 14. Ograniczenie przez badanych ekspozycji na promieniowanie słoneczne

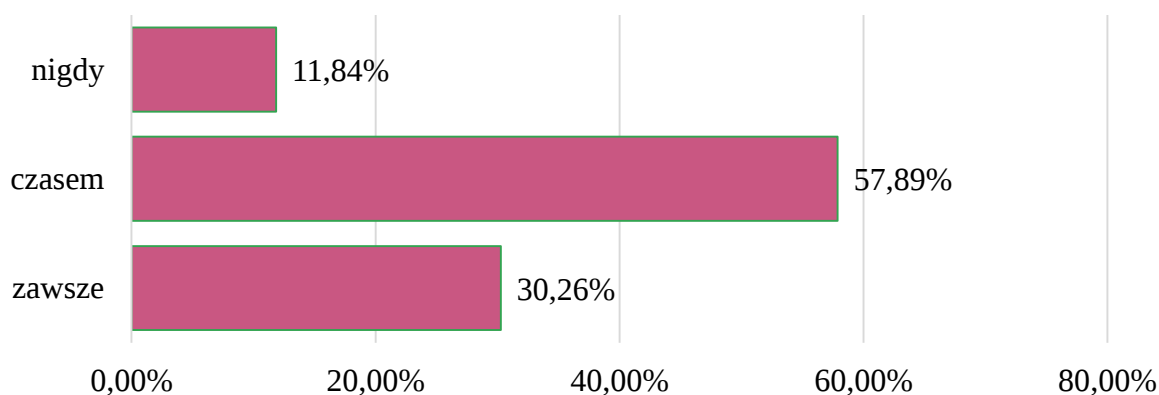
Wśród ankietowanych dominowały osoby stosujące kremy z filtrem jedynie okazjonalnie – 61,18% (N=93). Codzienne użycie zadeklarowało 27,63% (N=42), natomiast brak jakiegokolwiek stosowania preparatów ochronnych zgłosiło 11,18% (N=17) uczestników. Odpowiedzi badanych ukazano na rycinie 15.

Większość badanych przyznała, że korzystała z kremów przeciwsłonecznych w czasie opalania, choć niekonsekwentnie – 57,89% (N=88) używało ich czasem. Regularne

stosowanie zadeklarowało 30,26% (N=46), natomiast 11,84% (N=18) całkowicie zrezygnowało z tej formy ochrony – rycina 16.

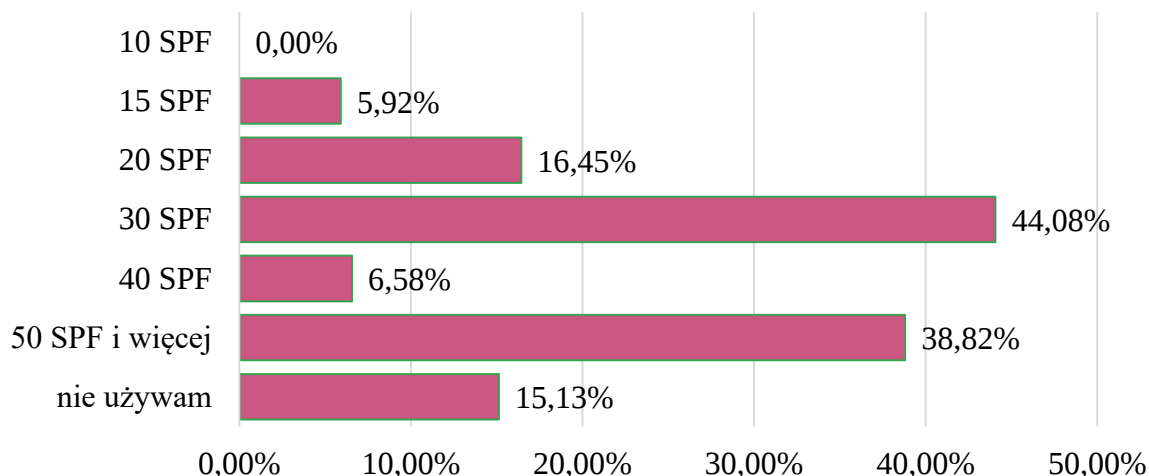


Rycina 15. Stosowanie przez badanych kremów z filtrem UV przy dłuższym przebywaniu na słońcu



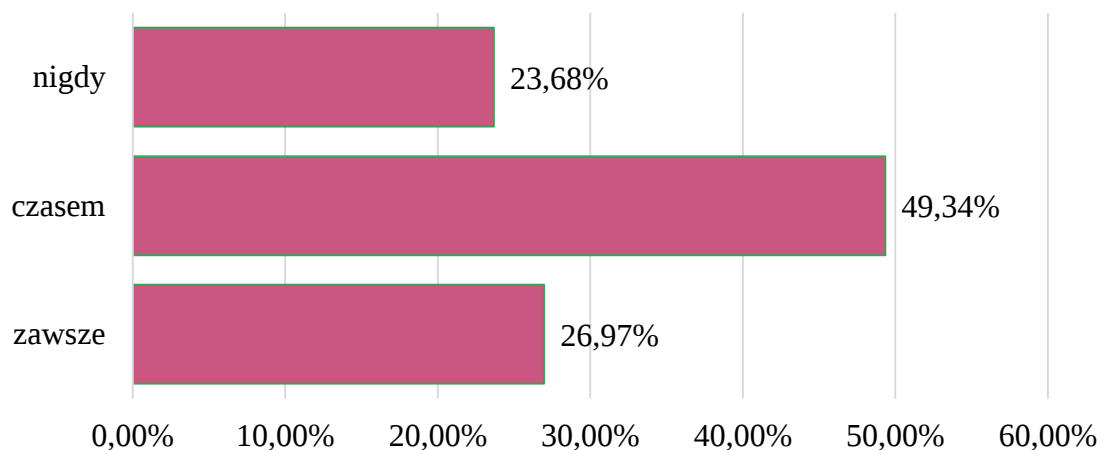
Rycina 16. Częstotliwość stosowania przez badanych kremów z filtrem UV

W grupie osób, których opinie zostały zebrane, największą popularnością cieszyły się kremy z filtrem SPF 30 – wybór ten wskazało 44,08% (N=67). Preparaty o najwyższej ochronie (SPF 50 i więcej) stosowało 38,82% (N=59), natomiast produkty o niższym SPF, takie jak 20 lub 15, były wybierane odpowiednio przez 16,45% (N=25) i 5,92% (N=9) uczestników. Zastosowanie filtrów SPF 10 nie zostało wskazane przez żadnego z badanych. Brak użycia jakiegokolwiek kremu ochronnego zadeklarowało 15,13% (N=23) respondentów – rycina 17.



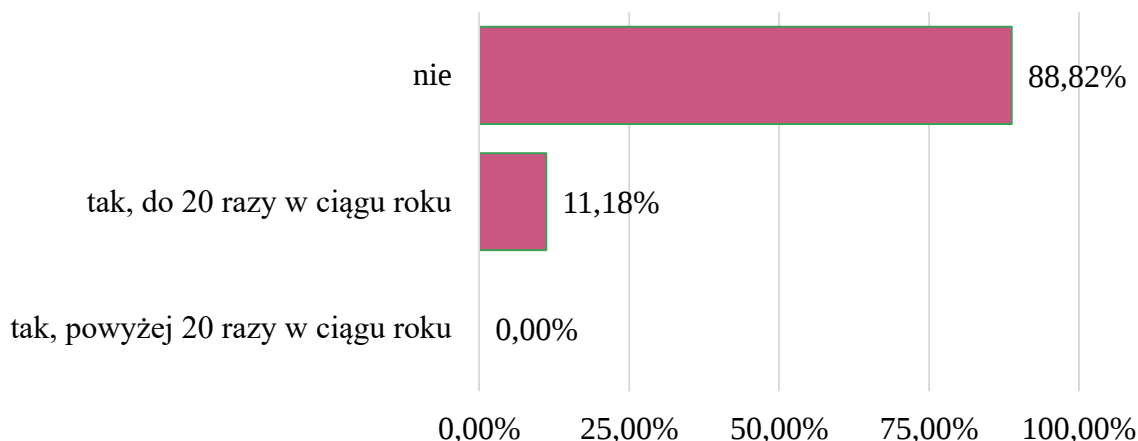
Rycina 17. Preferencje badanych dotyczące wysokości stosowanego filtra UV

Wśród osób objętych analizą, niemal połowa – 49,34% (N=75) – deklarowała okazjonalne noszenie okularów z filtrem UV w słoneczne dni. Stałe korzystanie z tego rodzaju ochrony zadeklarowało 26,97% (N=41), natomiast 23,68% (N=36) badanych przyznało, że nigdy nie nosi takich okularów. Dane zilustrowano na rycinie 18.



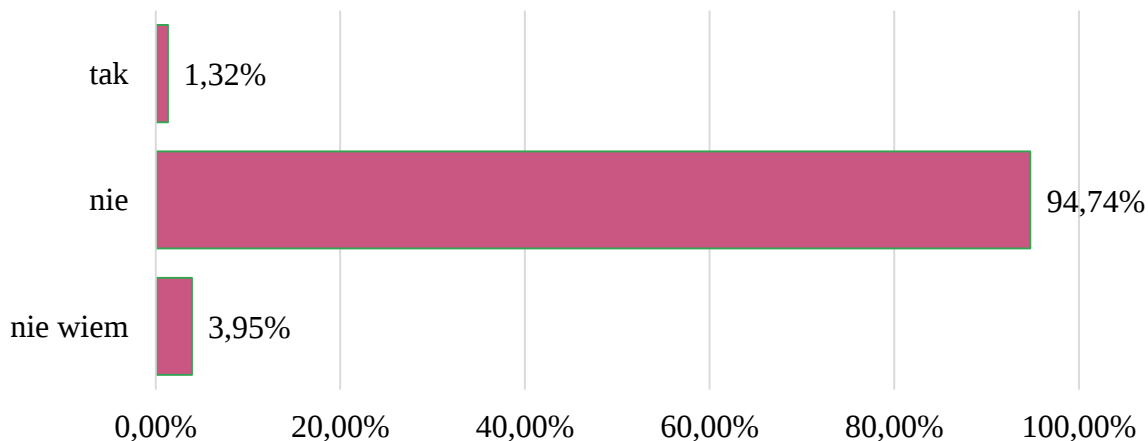
Rycina 18. Używanie przez badanych okularów przeciwsłonecznych z filtrem UV

Zdecydowana większość ankietowanych – 88,82% (N=135) – nie korzystała z solarium. Umiarkowane użytkowanie (do 20 razy w roku) zadeklarowało 11,18% (N=17) respondentów, natomiast żadna z osób nie wskazała korzystania z solarium ponad 20 razy w ciągu roku – rycina 19.



Rycina 19. Korzystanie przez badanych z solarium

Przytłaczająca większość uczestników badania – 94,74% (N=144) – zaprzeczyła, jakoby chorowała na czerniaka. Jedynie 1,32% (N=2) respondentów przyznało się do takiej diagnozy, natomiast 3,95% (N=6) nie miało pewności co do swojej historii chorobowej. Dane ukazano na rycinie 20.

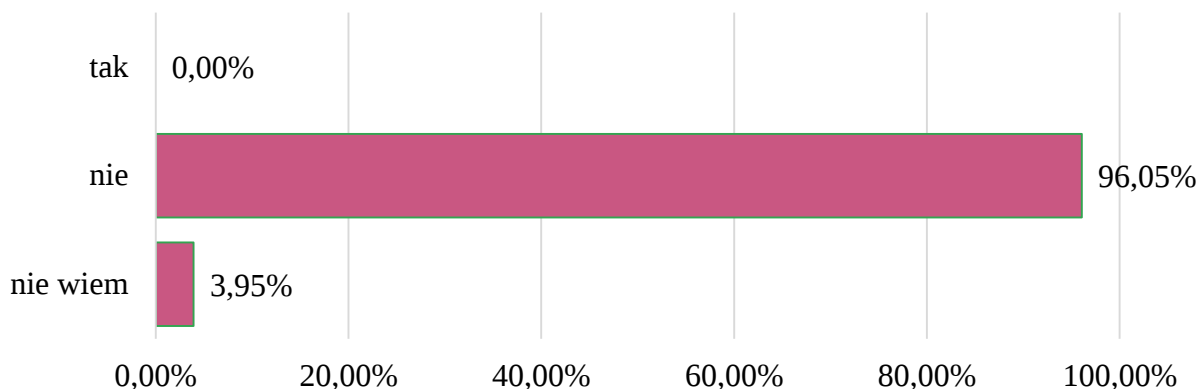


Rycina 20. Występowanie u badanych czerniaka

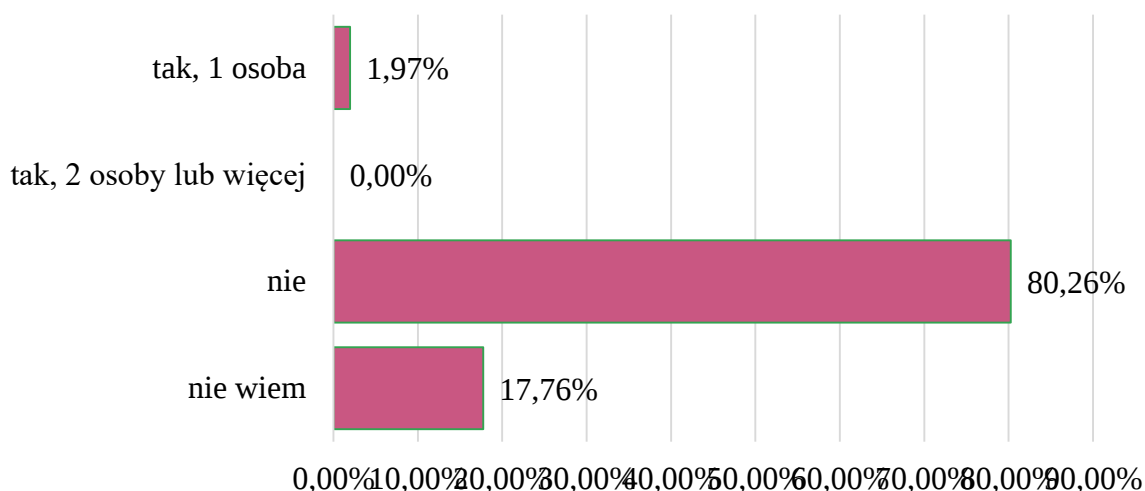
W badanej grupie nie odnotowano przypadków zachorowań na inne nowotwory skóry. Aż 96,05% (N=146) osób jednoznacznie wskazało brak takiej diagnozy, a 3,95% (N=6) nie było w stanie określić, czy miało do czynienia z tym typem schorzenia – rycina 21.

W zdecydowanej większości (80,26%; N=122) osoby wypełniające ankietę nie miały bliskich krewnych chorujących na czerniaka. Tylko 1,97% (N=3) wskazało występowanie

tego nowotworu wśród jednego członka rodziny pierwszego stopnia. Warto odnotować, że aż 17,76% (N=27) respondentów nie posiadało wiedzy na temat rodzinnej historii choroby nowotworowej – rycina 22.



Rycina 21. Występowanie u badanych innych nowotworów skóry

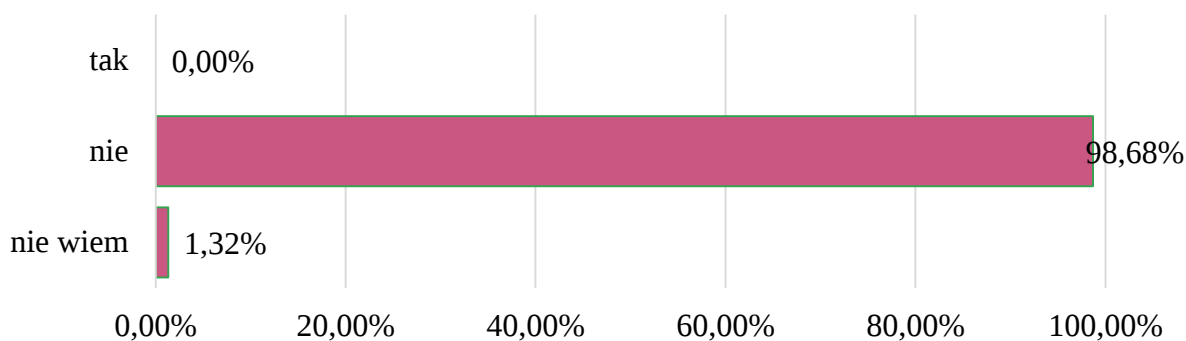


Rycina 22. Występowanie czerniaka w rodzinie badanych

Stosowanie leków immunosupresyjnych było praktycznie nieobecne w analizowanej próbie – 98,68% (N=150) badanych zaprzeczyło ich przyjmowaniu, a tylko 1,32% (N=2) nie było pewnych swojej sytuacji zdrowotnej. Żaden z respondentów nie zadeklarował przyjmowania tego typu farmakoterapii – rycina 23.

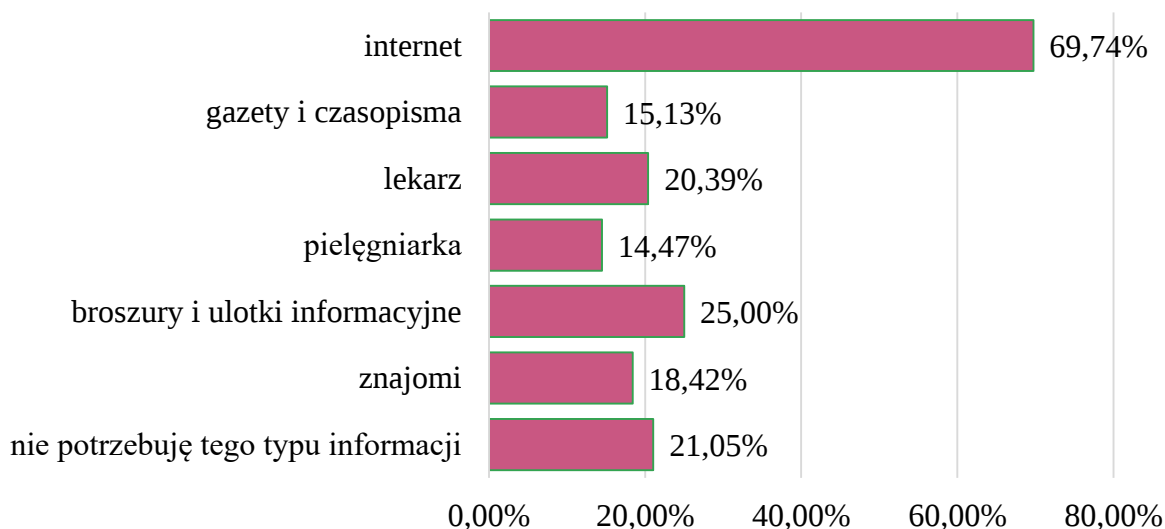
Najczęściej wskazywanym źródłem informacji na temat czerniaka był Internet – 69,74% (N=106) uczestników deklaroowało czerpanie wiedzy z tego medium. Broszury i ulotki informacyjne zajęły kolejną pozycję – 25,00% (N=38), natomiast lekarz był źródłem wiedzy

dla 20,39% (N=31) osób. Rzadziej wskazywano pielęgniarki (14,47%; N=22), gazety i czasopisma (15,13%; N=23), a także znajomych (18,42%; N=28). Co piąty badany – 21,05% (N=32) – nie odczuwał potrzeby zdobywania informacji w tym zakresie. Dane ukazano na rycinie 24.



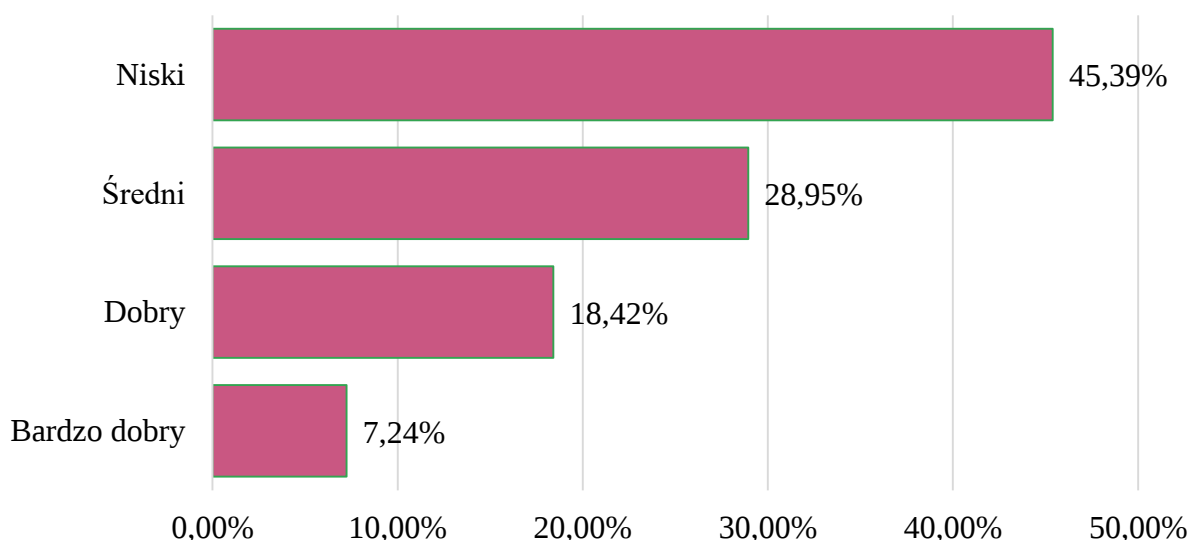
Rycina 23. Przyjmowanie przez badanych leków immunosupresyjnych

Łączna wartość odpowiedzi może przekraczać 100%, ponieważ pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru.



Rycina 24. Źródła wiedzy na temat czerniaka i profilaktyki nowotworowej

W ocenie poziomu wiedzy respondentów przeważał niski poziom – 45,39% (N=69) badanych zakwalifikowano do tej kategorii. Poziom średni osiągnęło 28,95% (N=44), natomiast wynik uznawany za dobry odnotowano u 18,42% (N=28) osób. Jedynie 7,24% (N=11) uzyskało rezultat świadczący o bardzo dobrym poziomie wiedzy – rycina 25.



Rycina 25. Rzeczywisty poziom wiedzy badanych na temat czerniaka

Analiza statystyczna

Zależność jest istotna statystycznie, gdy współczynnik p jest niższy niż 0,05.

W zestawieniu dotyczącym płci wykazano istotną statystycznie zależność między płcią a poziomem wiedzy na temat czerniaka. Kobiety częściej niż mężczyźni uzyskiwały wyniki kwalifikujące je do grupy o dobrym lub bardzo dobrym poziomie wiedzy. Wśród mężczyzn zauważalna była dominacja odpowiedzi świadczących o niskim poziomie wiedzy, przy znacznie niższym udziale wysokich wyników.

Tabela 1. Zależność między płcią a poziomem wiedzy na temat czerniaka

Płeć:	Rzeczywisty poziom wiedzy							
	Niski		Średni		Dobry		Bardzo dobry	
	n	%	n	%	n	%	n	%
kobieta	42	40,38%	28	26,92%	24	23,08%	10	9,62%
mężczyzna	27	56,25%	16	33,33%	4	8,33%	1	2,08%
Chi2	8,737							
P-value	0,033							

W przypadku wieku nie odnotowano istotności statystycznej, jednak zauważalne były różnice w rozkładzie poziomu wiedzy. Osoby najmłodsze, do 25 roku życia, osiągały wyższy

poziom wiedzy niż osoby starsze, zwłaszcza powyżej 60 roku życia, wśród których przeważał niski poziom wiedzy, a brak wyników bardzo dobrych był szczególnie widoczny. Dane ukazano w tabeli 2.

Tabela 2. Rzeczywisty poziom wiedzy respondentów w zależności od wieku

Wiek:	Rzeczywisty poziom wiedzy							
	Niski		Średni		Dobry		Bardzo dobry	
	n	%	n	%	n	%	n	%
25 lat i mniej	10	27,78%	13	36,11%	10	27,78%	3	8,33%
26-40 lat	32	46,38%	16	23,19%	14	20,29%	7	10,14%
41-60 lat	20	54,05%	13	35,14%	3	8,11%	1	2,70%
61 lat i więcej	7	70,00%	2	20,00%	1	10,00%	0	0,00%
Chi2	13,619							
P-value	0,1365							

Analiza miejsca zamieszkania nie wykazała istotnych zależności pomiędzy wielkością miejscowości a poziomem wiedzy na temat czerniaka – tabela 3.

Tabela 3. Relacja między miejscem zamieszkania a wiedzą na temat czerniaka

Miejsce zamieszkania:	Rzeczywisty poziom wiedzy							
	Niski		Średni		Dobry		Bardzo dobry	
	n	%	n	%	n	%	n	%
wieś	18	45,00%	9	22,50%	9	22,50%	4	10,00%
miasto do 50 tys. mieszkańców	16	48,48%	9	27,27%	6	18,18%	2	6,06%
miasto do 100 tys. mieszkańców	7	63,64%	4	36,36%	0	0,00%	0	0,00%
miasto 101-300 tys. mieszkańców	18	45,00%	13	32,50%	5	12,50%	4	10,00%
miasto > 301 tys. mieszkańców	10	35,71%	9	32,14%	8	28,57%	1	3,57%
Chi2	9,484							
P-value	0,6611							

W przypadku wykształcenia natomiast zidentyfikowano wyraźnie istotny związek. Osoby z wykształceniem wyższym zdecydowanie częściej osiągały dobre lub bardzo dobre

wyniki, natomiast w grupie respondentów z wykształceniem podstawowym lub średnim przeważały wyniki świadczące o niskiej wiedzy. Wskazuje to jednoznacznie na istotną rolę edukacji formalnej w kształtowaniu świadomości dotyczącej profilaktyki nowotworów skóry. Dane ukazano w tabeli 4.

Tabela 4. Związek poziomu wykształcenia z poziomem wiedzy o czerniaku

Wykształcenie:	Rzeczywisty poziom wiedzy							
	Niski		Średni		Dobry		Bardzo dobry	
	n	%	n	%	n	%	n	%
podstawowe	3	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
zawodowe	8	53,33%	4	26,67%	2	13,33%	1	6,67%
średnie	35	64,81%	12	22,22%	7	12,96%	0	0,00%
wyższe	23	28,75%	28	35,00%	19	23,75%	10	12,50%
Chi2	24,363							
P-value	0,004							

Kolejna tabela wykazała, że osoby przeprowadzające samobadanie skóry miały zdecydowanie wyższy poziom wiedzy w porównaniu do tych, które tego nie robiły. U osób podejmujących tę czynność regularnie częściej występowały odpowiedzi wskazujące na dobry lub bardzo dobry poziom wiedzy, a zależność ta została potwierdzona jako statystycznie istotna. Odwrotnie było wśród tych, którzy nie wykonywali samobadania – w tej grupie dominował poziom niski. Szczegóły – tabela 5.

Tabela 5. Wpływ wykonywania samobadania skóry na poziom wiedzy respondentów

Czy Pan/Pani samobadanie skóry w ciągu ostatnich 12 miesięcy?	Rzeczywisty poziom wiedzy							
	Niski		Średni		Dobry		Bardzo dobry	
	n	%	n	%	n	%	n	%
tak	14	29,17%	14	29,17%	11	22,92%	9	18,75%
nie	47	49,47%	29	30,53%	17	17,89%	2	2,11%
nie pamiętam	8	88,89%	1	11,11%	0	0,00%	0	0,00%
Chi2	23,054							
P-value	0,0008							

Również częstotliwość kontrolowania znamion miała wyraźny związek z poziomem wiedzy. W szczególności osoby zgłaszające się na badania co najmniej raz w roku lub częściej, uzyskiwały znacznie lepsze wyniki niż ci, którzy badali się rzadziej lub nie robili tego wcale. Wśród osób nigdy niepoddających się badaniu dominował niski poziom wiedzy, co zostało potwierdzone bardzo wysoką istotnością statystyczną. Dane ukazano w tabeli 6.

Tabela 6. Poziom wiedzy w kontekście częstotliwości kontrolowania znamion barwnikowych

Jak często zgłasza się Pan/Pani na badanie swoich znamion?	Rzeczywisty poziom wiedzy							
	Niski		Średni		Dobry		Bardzo dobry	
	n	%	n	%	n	%	n	%
kilka razy w roku	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	5	100,00%
raz w roku	3	30,00%	2	20,00%	3	30,00%	2	20,00%
raz na dwa lata	5	45,45%	1	9,09%	4	36,36%	1	9,09%
rzadziej niż co 2 lata	7	24,14%	15	51,72%	6	20,69%	1	3,45%
nigdy	54	55,67%	26	26,80%	15	15,46%	2	2,06%
Chi2	86,541							
P-value	0							

Dane dotyczące unikania słońca wskazały, że osoby podejmujące działania ograniczające ekspozycję na promieniowanie UV częściej osiągały wyższy poziom wiedzy, choć różnice pomiędzy grupami nie były na tyle wyraźne, aby uznać je za statystycznie istotne. Można jednak zauważyć trend, według którego zachowania ochronne współwystępowały z lepszą orientacją w zakresie profilaktyki czerniaka – tabela 7.

W ostatniej analizowanej tabeli dotyczącej źródeł wiedzy, nie odnotowano istotnych statystycznie różnic, jednak zauważono, że osoby czerpiące wiedzę z materiałów edukacyjnych (np. ulotki, broszury) oraz personelu medycznego (lekarze, pielęgniarki) częściej charakteryzowały się wyższym poziomem wiedzy niż ci, którzy opierali się wyłącznie na Internecie lub uznawali, że nie potrzebują takich informacji. Wśród osób deklarujących brak potrzeby zdobywania wiedzy na temat czerniaka, zdecydowanie dominował niski poziom świadomości – tabela 8.

Tabela 7. Wiedza o czerniaku a ograniczanie ekspozycji na promieniowanie słoneczne

Czy starała się Pan/Pani ograniczać bezpośrednią ekspozycję na słońce w godzinach wysokiego nasłonecznienia?	Rzeczywisty poziom wiedzy							
	Niski		Średni		Dobry		Bardzo dobry	
	n	%	n	%	n	%	n	%
tak	25	39,68%	15	23,81%	15	23,81%	8	12,70%
nie	25	53,19%	13	27,66%	7	14,89%	2	4,26%
czasami	19	45,24%	16	38,10%	6	14,29%	1	2,38%
Chi2	9,141							
P-value	0,166							

Tabela 8. Źródła informacji o czerniaku a rzeczywisty poziom wiedzy badanych

Skąd czerpie Pan/Pani informacje na temat czerniaka i jego profilaktyki?	Rzeczywisty poziom wiedzy							
	Niski		Średni		Dobry		Bardzo dobry	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Internet	38	35,85%	37	34,91%	21	19,81%	10	9,43%
gazety i czasopisma	6	26,09%	8	34,78%	5	21,74%	4	17,39%
lekarz	13	41,94%	10	32,26%	6	19,35%	2	6,45%
pielęgniarka	8	36,36%	5	22,73%	7	31,82%	2	9,09%
broszury i ulotki informacyjne	15	39,47%	8	21,05%	11	28,95%	4	10,53%
znajomi	12	42,86%	10	35,71%	4	14,29%	2	7,14%
nie potrzebuję tego typu informacji	20	62,50%	6	18,75%	5	15,63%	1	3,13%
Chi2	16,936							
P-value	0,528							

DYSKUSJA

Czerniak nie jest rakiem, choć niestety, często jest mylnie tak nazywany. Rak to nowotwór, który rozwija się z komórek nabłonkowych, czyli komórek pokrywających narządy i powierzchnię ciała. Czerniak natomiast wywodzi się z melanocytów, komórek barwnikowych, które nie są komórkami nabłonkowymi. W związku z powyższym czerniak jest określany jako nowotwór złośliwy, a nie rak skóry [1]. W badaniach własnych poprawną definicję czerniaka potrafi podać zaledwie 36,2% ankietowanych. Prawie połowa badanych uważa, że czerniak jest rakiem skóry.

W badaniach Wszolek z 2020 roku prawie wszyscy uczestnicy badania podają poprawną lokalizację czerniaka jako skórę, natomiast pozostałe miejsca występowania nowotworu są mniej znane [2]. Wyniki te są spójne z wynikami badań własnych, w których 93,4% badanych wskazało skórę jako pierwotną lokalizację czerniaka.

Głównym czynnikiem ryzyka występowania czerniaka skóry jest ekspozycja na promieniowanie ultrafioletowe. Duża liczba zmian skórnych, jasny fototyp skóry jest również ważnym czynnikiem ryzyka. W badaniach prowadzonych przez Trzaskuś wśród studentów kierunków medycznych [3] poprawnie zaznaczyło czynniki mające wpływ na powstanie czerniaka, mianowicie intensywne opalanie się – 63%, korzystanie z solarium – 62% oraz występowanie nowotworów w rodzinie – 54%. Znacząco większy odsetek ankietowanych w badaniach własnych (88,82%) odpowiedziało, że opalanie jest czynnikiem ryzyka wystąpienia czerniaka. Odsetek ankietowanych wskazujących solarium jak również czynniki genetyczne w obydwu badaniach były podobne. Do istotnych czynników ryzyka zachorowania na czerniaka są również oparzenia słoneczne, jednak wiedza społeczeństwa na ten temat jest niewystarczająca. Jedynie 36,18% uczestników badania własnego wskazało oparzenia słoneczne jako przyczynę zachorowania na czerniaka. Również w badaniach przeprowadzonych przez Czumak et al w placówce stowarzyszenia "SIEMACHA" w Krakowie [4] ponad połowa respondentów (60,55%) miała niski poziom wiedzy na temat czynników ryzyka powstawania czerniaka, w tym wpływu oparzeń słonecznych. Jest to niezwykle niepokojące, gdyż oparzenia we dzieciństwie i wczesnej młodości są znaczącym czynnikiem ryzyka wystąpienia choroby.

Do podstawowych działań profilaktycznych czerniaka należy ochrona przeciwsłoneczna w postaci unikania ekspozycji na słońce w godzinach najwyższego nasłonecznienia, czyli między godzinami 10:00- 16:00, stosowanie kremów do skóry jak

również okularów przeciwsłonecznych z filtrami UV [5]. Osoby o jasnym fototypie skóry, skłonne do oparzeń słonecznych jak również osoby posiadające dużą ilość zmian barwnikowych szczególnie powinny ograniczyć ekspozycję na promienie słoneczne [6].

Ponieważ na naturalne promieniowanie UV jesteśmy eksponowani przez cały rok zalecane jest stosowanie kremów do twarzy bez względu na porę roku z minimum SPF 15, natomiast podczas zażywania kąpieli słonecznych wskazane jest stosowanie kosmetyków o znacznie wyższym współczynniku SPF. Konieczne jest nakładanie kremów co 2-3 godziny podczas długotrwałej ekspozycji na słońce [7].

Najczęstszą formą ochrony przeciwsłonecznej w grupie badanych były kremy z filtrem UV, rzadziej okulary przeciwsłoneczne z filtrem UV czy unikanie słońca w godzinach największego nasłonecznienia. Badania Trzaskuś wykazały, że w dni słoneczne jedynie 21% respondentów używa krem z filtrem [3]. W badaniach prowadzonych przez Hałas [4] 6,67% ankietowanych w ogóle nie używa kremów z filtrem SPF. Wśród mieszkańców województwa podlaskiego wynik ten jest wyższy i wynosi 11,18%. 61,18% ankietowanych używa kremów z filtrem UV jednak tylko czasami, natomiast co trzeci respondent stosuje je zawsze podczas ekspozycji na słońce. Najczęściej wybieranym kremem do ochrony skóry jest krem z SPF 30.

Niezwykle ważnym elementem profilaktyki czerniaka skóry jest samobadanie oraz kontrola znamion przez lekarza specjalistę: dermatologa lub lekarza onkologa. Spośród ankietowanych przez Trzaskuś [3] pielęgniarek/pielęgniarzy 40% regularnie badało swoje zmiany barwnikowe, 30% badanych poddało swoje znamiona ocenie lekarza, natomiast 30% nie obserwowało swoich zmian skórnych na swoim ciele. W badaniach własnych aż 59,87% nigdy nie wykonało samobadania skóry. Wśród tych osób poziom wiedzy na temat czerniaka był niski lub średni. Jednocześnie osoby, które prowadziły samobadanie skóry poziom wiedzy na temat czerniaka był znacząco wyższy. Analogiczny wynik był wśród osób zgłaszających się na badanie dermoskopowe.

W badaniach przeprowadzonych wśród młodzieży Stowarzyszenia Siemacha w Krakowie w 2015 przez Bodys- Cupak et al. głównym źródłem wiedzy na temat czerniaka był Internet (59,26%), rodzice, rodzina (25,93%) oraz prasa (9,88%) [8]. Internet jest również najczęstszym źródłem wiedzy na temat czerniaka w badaniach własnych. Jednak poziom wiedzy na temat czerniaka wśród tych osób jest niski lub średni. Zdecydowanie wyższy poziom wiedzy można zaobserwować wśród ankietowanych, które informacje na temat czerniaka pozyskują od personelu medycznego oraz z broszur i ulotek. W związku z

powyższym należy dbać o jakość i rzetelność informacji dostępnych online, co może skutecznie podnieść poziom wiedzy na temat czerniaka oraz jego zapobiegania.

Badania własne wykazały, że wśród ankietowanych osoby najmłodsze, do 25 roku życia, osiągały wyższy poziom wiedzy niż osoby starsze, zwłaszcza powyżej 60 roku życia, wśród których przeważał niski poziom wiedzy. Jest to wynik martwiący, biorąc pod uwagę fakt, że znacząca większość zachorowań na czerniaka występuje w starszym pokoleniu.

Podsumowując, pomimo coraz większej liczby zachorowań na czerniaka poziom wiedzy mieszkańców województwa podlaskiego na temat czerniaka jest niezadowalająca. Wobec powyższego konieczne jest wdrożenie kampanii edukacyjnych i działań profilaktycznych głównie wśród osób starszych oraz młodzieży. Jako że głównym źródłem wiedzy na temat czerniaka jest Internet, konieczny jest nacisk na jakość treści dostępnych online.

WNIOSKI

Przeprowadzone badanie ankietowe na temat czerniaka i zachowań profilaktycznych wśród mieszkańców województwa podlaskiego oraz przegląd zebranej literatury pozwoliły na wysunięcie następujących wniosków:

1. Poziom wiedzy mieszkańców województwa podlaskiego na temat czerniaka jest niska
2. Mieszkańcy województwa podlaskiego potrafią wskazać podstawowe czynniki ryzyka zachorowania na czerniaka
3. Poziom wiedzy na temat profilaktyki czerniaka wśród mieszkańców województwa podlaskiego jest niezadowalający.

PIŚMIENNICTWO

1. Napierała M.J. Czarnecka A.M.: Czerniak błon śluzowych- obraz kliniczny i leczenie na podstawie analizy serii przypadków. Onkologia w Praktyce Klinicznej- Edukacja. 2019; 5 (4): 272-279. DOI: 10.5603/OCP.2019.0001
2. Wszółek K. Ocena stanu wiadomości dotyczących czerniaka w grupie studentów krakowskich uczelni niemedycznych. Aesthetic Cosmetology and Medicine. 2020; 5 (9): 464-467

3. Trzaskuś A., Zając P., Grochowska A., Bodys- Cupak I. Wiedza pielęgniarek na temat czerniaka i jego profilaktyki. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2015; 3(52): 5-10 DOI: 10.12923/p21w-2015-3/26
4. Hałas P.: Charakterystyka czerniaka oraz ocena poziomu wiedzy studentów na temat czerniaka złośliwego. *Kosmetologia Estetyczna* 2017; 3(6): 223-228
5. Kamińska- Winciorek G.: Profilaktyka i diagnostyka czerniaka skóry w pigułce. *Głos pacjenta onkologicznego*. 2021; 3 (48): 8-10
6. Read J., Wadt K.A.W., Hayward N.K.. Melanoma genetics. *Journal of Medical Genetics* 2016;53 (1):1-14
7. Laskowski K., Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.E.: Preferencje zdrowotne młodzieży gimnazjalnej w aspekcie ich wiedzy na temat nowotworów. *Wyd. DUCHNO Białystok* 2021; 25-27
8. Bodys-Cupak I., Kowalik M., Ziarko E., Kamińska A., Łatka J.: Knowledge of young people about melanoma of the skin and the behavior of its prevention. *Nursing Problems / Problemy Pielęgniarstwa*. 2015; 23(2):166-170.doi:10.5603/PP.2015.0028.

ADAPTACJA I POZIOM AKCEPTACJI CHOROBY NOWOTWOROWEJ U PACJENTÓW, WYZWANIA PSYCHOLOGICZNE I SPOŁECZNE

Alicja Winiarczyk¹, Agnieszka Waleczko¹, Kinga Żurawska vel Dziurawiec¹, Marta Jurkiewicz¹, Małgorzata Makar¹, Bożena Baczewska²

1- Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyśle, Instytut Ochrony Zdrowia

2- Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Interny i Pielęgniarstwa Internistycznego,

WSTĘP

Choroby nowotworowe są klasyfikowane jako przewlekłe schorzenia, które często wiążą się z długotrwałym leczeniem i znacznym obciążeniem dla pacjenta. Schorzenia te wykluczają człowieka z wielu dotychczasowych dziedzin życia, zmuszając go do przyjęcia nowej roli – roli pacjenta [1].

Diagnoza choroby nowotworowej generuje liczne zmiany w funkcjonowaniu chorego – w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej. Występują ograniczenia w zakresie snu, odżywiania, życia seksualnego, kontaktów interpersonalnych oraz poczucia własnej wartości. Realizacja wcześniej ważnych celów i wartości staje się utrudniona lub wręcz niemożliwa [1]. Choroba nowotworowa stanowi zatem poważne wyzwanie, a towarzyszące jej problemy mają charakter fizyczny, psychiczny i społeczny, oddziałując także na najbliższe otoczenie pacjenta. Otrzymanie diagnozy nowotworu jest dla wielu pacjentów jednym z najbardziej stresujących wydarzeń w życiu, wywołując silne reakcje emocjonalne, takie jak strach, przerażenie czy lęk związany z terapią farmakologiczną i radioterapią. Leczenie, choć niszczy komórki rakowe, wpływa również na zdrowe tkanki, co dodatkowo zwiększa poczucie zagrożenia i niepewności. W początkowej fazie choroby pojawia się często poczucie bezradności i bezsilności, a pacjenci mogą doświadczać złości lub poczucia winy, interpretując chorobę jako karę za prawdziwe lub wyimaginowane przewinienia [1,2]. Dla wielu osób choroba nowotworowa staje się doświadczeniem traumatycznym, kojarzącym się ze śmiercią i zagrożeniem życia [3]. Pacjenci muszą zmierzyć się z licznymi wyzwaniami:

lękiem o własne życie, niepokojem o bliskich, obawami dotyczącymi przyszłości osobistej, zawodowej i rodzinnej. Zmiany w wyglądzie ciała, ograniczenia funkcji poznawczych i fizycznych oraz zmiana ról w rodzinie i społeczeństwie wpływają na proces adaptacji i poziom akceptacji choroby [3]. Zrozumienie psychologicznych i społecznych aspektów choroby nowotworowej jest kluczowe dla wsparcia pacjentów w radzeniu sobie z trudnościami związanymi z chorobą, a także dla opracowania skutecznych strategii terapeutycznych [4].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy była próba określenia poziomu akceptacji pacjentów z chorobą nowotworową.

Problemy badawcze w niniejszej pracy zostały sformułowane w oparciu o pytania:

1. Jaki jest poziom akceptacji choroby nowotworowej?
2. Jaki jest związek pomiędzy cechami badanej grupy a akceptacją choroby?

MATERIAŁ I METODY

Badania zostały przeprowadzone w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie w Oddziale Chemioterapii stacjonarnej i Diennej. Badaniami objęto 105 osób, w terminie od października 2019 roku do marca 2020 roku. Wszyscy ankietowani wyrazili zgodę na udział w badaniu. Badani zostali poinformowani o temacie i celu prowadzonych badań oraz jak należy prawidłowo wypełnić kwestionariusz. Ze względu na trudności związane z samodzielnym wypełnianiem ankiet, część ankietowanych skorzystała z pomocy samego badacza, która polegała na czytaniu pytań i zaznaczaniu odpowiednio wybranych przez respondenta odpowiedzi. Badania miało charakter anonimowy i każdy chory wyraził zgodę.

W badaniach, które były dobrowolne i anonimowe, wzięło udział 105 pacjentów leczonych metodą chemioterapii. Wśród badanej grupy chorych na chorobę nowotworową kobiety stanowiły 68,57% (72 osoby), a mężczyźni 31,43% (33 osoby). Wiek badanych chorych był zróżnicowany i wahał się od 22 do 75 lat. Największą grupę respondentów bo 45,11% stanowiły osoby w przedziale wiekowym między 55 a 65 rokiem życia a najmniejszą osoby w wieku 22 lat (1,9%) i 77 lat (1%). Średnia wieku w grupie osób chorych wynosiła $\bar{x}=58,46$, przy odchyleniu standardowym wieku rzędu $SD=11,41$ lat. Ponad połowa badanych chorych (60% ,tj. 63 osoby) jako miejsce swojego zamieszkania wskazała miasto,

natomiast 42 osoby (40%) mieszkało na wsi. Największą grupę (60,95%) stanowili respondenci określający swój stan cywilny jako żonaty/zamężna. Grupa pacjentów deklarujących się jako wdowa/wdowiec wynosiła 22,86% a rozwódka/rozwodnik 13,33%. Niewielki odsetek respondentów pozostawało w związku nieformalnym (2,86%). Zdecydowana większość ankietowanych (40,82%) posiadała dwoje dzieci, a prawie jedna trzecia osób posiadała jedno dziecko.

Największy odsetek respondentów (45,71%) posiada wykształcenie średnie, zaś najmniejszy (1,90%) wyższe licencjackie oraz podstawowe (2,86%). Prawie jedna trzecia ankietowanych miało wykształcenie wyższe magisterskie. W badanej grupie największy odsetek stanowili emeryci/renciści (61,90%). Kolejną co do ilości badanych była grupa pacjentów czynna zawodowo (37,14%), swój status jako bezrobotny określiła jedna osoba (0,95%). Zgodnie z przedstawionymi danymi badani najczęściej mieszkają wraz z najbliższą rodziną (66,67%), natomiast tylko jedna trzecia mieszka samotnie (32,38%). Najczęstszą chorobą nowotworową zdiagnozowaną u respondentów porównywalnie były rak żołądka (29,52%) i rak jajnika (29,52%), drugą co do wielkości grupę stanowili pacjenci z rozpoznaniem rakiem jelita grubego (18,19%), natomiast rak odbytnicy rekomendowało 9,52% chorych onkologicznych a rak piersi zdiagnozowano u 8,57% ankietowanych. Pozostałe jednostki chorobowe wystąpiły tylko w przypadku pojedynczych pacjentów: rak trzustki (2,86%), rak wątroby i rak trzonu szyjki macicy porównywalnie 0,95%. W chwili przeprowadzenia badania ankietowani byli najczęściej w trakcie trzeciego (16,19%), czwartego (16,19%) lub szóstego (14,29%) cyklu chemioterapii.

W analizie statystycznej wykorzystano weryfikacje hipotez statystycznych opartą o testy statystyczne: współczynnik korelacji Spearmana U oraz testu Manna-Whitneya. Test U Manna-Whitneya został zastosowany przy porównywaniu 2 prób niezależnych (grup). Współczynnik korelacji Spearmana został wykorzystany do badania związku pomiędzy danymi ilościowymi. Opracowanie wyników badań zostało wykonane z wykorzystaniem programu „STATISTICA 13.3” oraz Microsoft Excel 2016. Istotność różnic i zależności stwierdzono przy wartości $p < 0,05$.

Metody badawcze określane są w literaturze jako zespół środków i czynności umożliwiający nam badaczom zdobycie informacji prowadzących do wydania prawdziwych sądów o określonym monecie, wycinku rzeczywistości [4]. Określane są jako umotywowane działania, które mają na celu odnalezienie interesujących odpowiedzi dla postawionego problemu badawczego [5]. Metodą badawczą w niniejszej pracy był sondaż diagnostyczny.

Techniki badawcze natomiast definiowane są jako określone sposoby realizowania zamierzonych badań. Podporządkowane są one metodom badawczym, które w istotny sposób pełnią wobec nich służebną rolę [6]. Zarówno metody jak i techniki badań służą rozwiązywaniu sformułowanego uprzednio problemu badawczego. Różnią się jedynie tym, że metody są raczej ogólnie zalecanymi sposobami rozwiązywania problemów przez badacza. Techniki natomiast są bliżej skonkretyzowane i odnoszą się do bardziej uszczegółowionych sposobów postępowania badawczego, które faktycznie stosowane są w danej nauce [6].

W niniejszych badaniach użyto techniki ankietowej, która według Pilcha [7] polega na wypełnianiu przez badanego specjalnego kwestionariusza na ogół o wysokim stopniu standaryzacji najczęściej samodzielnie lub w obecności ankietera. W celu poznania określonej, konkretnej sytuacji, zjawiska czy problemu tworzy się narzędzie badawcze. Jest ono wykorzystywane przy gromadzeniu materiałów empirycznych. przydatnych przy rozwiązywaniu problemu badawczego. Według Pilcha [7] narzędzie badawcze to przedmiot służący do realizacji wybranej techniki badań. Do celów pracy jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, skala akceptacji choroby AIS. Kwestionariusz zawiera pytania merytoryczne dotyczące wieku, płci, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania, wykształcenia, aktywności zawodowej, sytuacji mieszkaniowej, choroby nowotworowej i cyklu chemioterapii. Skala Akceptacji Choroby służy do pomiaru stopnia akceptacji choroby. Zawiera osiem stwierdzeń, które opisują negatywnie konsekwencje złego stanu zdrowia związane z ograniczeniami w codziennym funkcjonowaniu. Pytania zawarte w skali mówią nam o ograniczeniach narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych i obniżeniu poczucia własnej wartości. Każde stwierdzenie oceniane jest w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie zgadzam się”, co świadczy o złym przystosowaniu się do choroby, natomiast 5 oznacza „zdecydowanie nie zgadzam się” co świadczy o akceptacji własnego stanu chorobowego. Suma wszystkich punktów przedstawia stopień akceptacji choroby, a jej zakres zawiera się w obszarze od 8 do 40 punktów. Niski wynik świadczy o braku akceptacji choroby, natomiast wysoki wynik oznacza akceptację własnego stanu zdrowia [8].

WYNIKI

Średni poziom akceptacji choroby wśród ankietowanych mierzony za pomocą skali AIS wyniósł $29,70 \pm 4,95$ punktów. Najniższy osiągnięty wynik wyniósł 15 punktów, a najwyższy 39 punktów. Ogólnie można stwierdzić, że stopień akceptacji choroby w badanej

grupie był wysoki lub bliżej średniego. Niemal połowa ankietowanych wykazywała średni poziom akceptacji choroby ($n=51$; 48,57%), a prawie tyle samo wysoki poziom akceptacji choroby ($n=50$; 47,62%). Zdecydowanie najmniej osób wykazywało niski poziom akceptacji choroby ($n=4$; 3,81%). Dokonując całościowej analizy skali AIS, można stwierdzić, że największa grupa badanych bo 50 osób (48,5%) przejawia średni poziom akceptacji choroby, u 48 osób (47,62%) występuje wysoka akceptacja choroby, podczas gdy u 4 ankietowanych (3,81%) poziom akceptacji choroby jest niski.

Nie wykazano istotnych różnic w stopniu akceptacji choroby mierzonym skalą AIS w zależności od płci. Stopień akceptacji choroby wśród osób leczonych metodą chemioterapii mierzony skalą AIS w zależności od płci: K 30,0 (15,0; 37,0), M 31,0 (18,0; 39,0). Test U Manna-Whitneya $Z -0,127699$, $p 0,898388$.

Analiza statystyczna wykazała istotny związek pomiędzy wiekiem a stopniem akceptacji choroby wśród ankietowanych osób. W miarę wzrostu wieku, spadał również stopień akceptacji choroby wśród badanych. Wykazany związek miał słabą siłę. Związek pomiędzy wiekiem a stopniem akceptacji choroby wśród badanych mierzonym skalą AIS-Korelacja Spearmana: $R -0,239765$, $p 0,013759$.

Nie wykazano istotnych różnic w stopniu akceptacji choroby mierzonym skalą AIS w zależności od stanu cywilnego. Stopień akceptacji choroby wśród osób leczonych metodą chemioterapii mierzony skalą AIS w zależności od stanu cywilnego: Panna/kawaler/rozwódka/rozwodnik/wdowa/wdowiec 29,0 (20,0; 37,0), Mężatka/żonaty 32,0 (15,0; 39,0). Test U Manna-Whitneya $Z 1,050935$, $p 0,293289$.

Nie wykazano istotnych różnic w stopniu akceptacji choroby mierzonym skalą AIS w zależności od wykształcenia. Stopień akceptacji choroby wśród osób leczonych metodą chemioterapii mierzony skalą AIS w zależności od wykształcenia: podstawowe/zawodowe/średnie 30,0 (17,0; 39,0), wyższe licencjackie/wyższe magisterskie 31,50 (15,0; 37,0), Test U Manna-Whitneya $Z 1,282672$, $p 0,199608$.

Nie wykazano istotnych różnic w stopniu akceptacji choroby mierzonym skalą AIS w zależności od miejsca zamieszkania. Stopień akceptacji choroby wśród osób leczonych metodą chemioterapii mierzony skalą AIS w zależności od miejsca zamieszkania: wieś 31,0 (17,0; 39,0), miasto 30,0 (15,0; 37,0). Test U Manna-Whitneya $Z -0,716237$, $p 0,473845$.

Analiza statystyczna wykazała istotne różnice w stopniu akceptacji choroby mierzonym skalą AIS w zależności od aktywności zawodowej. Osoby pracujące na stałe

wykazywały znacznie wyższy stopień akceptacji choroby. Stopień akceptacji choroby wśród osób leczonych metodą chemioterapii mierzony skalą AIS w zależności od aktywności zawodowej: pracujący na stałe 32,0 (22,0; 37,0), bezrobotny, emeryt/rencista 29,0 (15,0; 39,0). Test U Manna-Whitneya $Z = -2,75553$, $p = 0,005860$.

Nie wykazano istotnych różnic w stopniu akceptacji choroby mierzonym skalą AIS w zależności od sytuacji mieszkaniowej. Stopień akceptacji choroby wśród osób leczonych metodą chemioterapii mierzony skalą AIS w zależności od sytuacji mieszkaniowej: Mieszkam sam/a, inna 29,0 (17,0; 39,0), Mieszkam z najbliższą rodziną 31,50 (15,0; 37,0). Test U Manna-Whitneya $Z = 0,723943$, $p = 0,469101$.

Analiza statystyczna wykazała istotny związek pomiędzy cyklem chemioterapii a stopniem akceptacji choroby wśród ankietowanych osób. Im więcej ankietowana osoba miała za sobą cykli chemioterapii, tym niższa była jakość życia. Wykazany związek miał dość słabą siłę. Związek pomiędzy cyklem chemioterapii a stopniem akceptacji choroby wśród badanych mierzonym skalą AIS- Korelacja Spearmana: $R = -0,349891$, $p = 0,000253$.

DYSKUSJA

Niemal połowa ankietowanych wykazuje średni poziom akceptacji choroby ($n=51$; 48,57%), a prawie tyle samo wysoki poziom akceptacji choroby ($n=50$; 47,62%). Zdecydowanie mniej osób wykazuje niski poziom akceptacji choroby ($n=4$; 3,81%). Mediana wyników wynosi 30,0 co oznacza, że połowa ankietowanych osób uzyskała w skali AIS 30 punktów lub więcej.

Płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, czas trwania choroby i ilość cykli chemioterapii mają wpływ na stopień akceptacji choroby. Hipoteza częściowo potwierdziła się. Istnieje słaba, ujemna korelacja pomiędzy wiekiem a stopniem akceptacji choroby ($R = -0,239765$; $p = 0,013759$) oraz dość słaba, ujemna korelacja pomiędzy ilością cykli chemioterapii a stopniem akceptacji choroby ($R = -0,349891$; $p = 0,000253$). Na stopień akceptacji choroby nie mają natomiast wpływu płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania oraz wykształcenie. Każda choroba, a zwłaszcza choroba nowotworowa, uświadamia nam, że zdrowie jest procesem dynamicznym i sztuką utrzymania dobrego samopoczucia psychicznego i fizycznego. Pacjenci z chorobą nowotworową borykają się ze zmęczeniem i fizycznymi ograniczeniami wynikającymi z samej choroby jak i metodami leczenia. Dobrostan fizyczny odnosi się do kontroli i łagodzenia objawów oraz samodzielności i niezależności w zaspakajaniu podstawowych potrzeb życiowych i wykonywaniu prostych

czynności. Dobrostan psychiczny i emocjonalny polega na utrzymaniu poczucia kontroli w sytuacji choroby, która zmienia priorytety życiowe, powoduje niepokój emocjonalny i lęk, ale także prowadzi do pozytywnych zmian w życiu. Dobrostan społeczny odzwierciedla stopień w jakim pacjenci radzą sobie z wpływem choroby na ich role społeczne i relacje z innymi ludźmi. Najbardziej pożądanym elementem w procesie leczenia choroby nowotworowej jest akceptacja choroby, przejawiająca się gotowością do akceptacji siebie w roli chorego. Akceptacja choroby nowotworowej stwarza poczucie bezpieczeństwa, zmniejsza nasilenie negatywnych relacji i emocji związanych z chorobą, zmniejszając tym samym poczucie dyskomfortu psychicznego. Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, iż niemal połowa ankietowanych cechowała się średnim poziomem akceptacji choroby (48,57%) i prawie tyle samo wysokim poziomem akceptacji choroby (47,62%). Tylko cztery osoby prezentowały niski poziom akceptacji choroby. Uzyskanie wyższego stopnia akceptacji choroby w badaniach własnych może mieć związek z różnym stopniem zaawansowania choroby. Warto zwrócić uwagę, że do tej pory przeprowadzono wiele badań na temat jakości życia pacjentów z różnymi schorzeniami między innymi nowotworowymi. Poddając dyskusji dotychczasowe badania należy zwrócić uwagę, że wyglądają one różnorodnie, ale w wielu aspektach się pokrywają. Prowadzone badania przez Wiraszkę i Lelonek [9] wykazały, że ogólny poziom akceptacji choroby nowotworowej układu krwiotwórczego wyniósł $\bar{x}=23,27$ przy odchyleniu standardowym $SD=9,06$, natomiast w przeprowadzonych badaniach własnych ogólny stopień akceptacji choroby w badanej grupie wyniósł $\bar{x}=29,70$ przy odchyleniu standardowym $SD=4,95$. A zatem ogólny poziom akceptacji choroby w obydwu grupach mierzona skalą AIS kształtuje się na podobnym poziomie. Z kolei badania Pawlik i Kaczmarek-Borowskiej [10], wśród kobiet po mastektomii oraz wyniki badań Nowickiego i Ostrowskiej [11], wśród kobiet po operacji raka piersi w trakcie leczenia uzupełniającego, wykazały, że nawet 45% badanych wykazuje wysoki poziom akceptacji choroby. Ogólny wskaźnik akceptacji choroby w badanej grupie pacjentów z chorobą nowotworową wyniósł $\bar{x}=29,70$; $SD=4,95$ i był porównywalny z wynikami badań uzyskanych przez Juczyńskiego [8] dla chorych leczonych z powodu raka sutka i macicy ($\bar{x}=28,13$; $SD=7,60$), a wyższy od wyników dla osób leczonych z powodu choroby cukrzycy ($\bar{x}=24,81$; $SD=7,09$), oraz pacjentów z SM ($\bar{x}=24,59$; $SD=7,20$). Porównywalne wyniki z badaną grupą uzyskali również Felton, Revensson i Hinrichsen [8] w dwóch różnych badaniach przeprowadzonych wśród 151 chorych przewlekłe (nadciśnienie, cukrzyca, artretyzm, choroba nowotworowa), gdzie średnie wartości wynosiły: $\bar{x}=28,08$; $SD=5,60$ oraz $\bar{x}=28,48$; $SD=5,92$.

Podobnie De Walden-Gałuszko i wsp. [12] i Andrykowski i wsp [13] zwrócili uwagę na fakt, że choroba i uwarunkowania medyczne bywają często przyczyną przerwania aktywności zawodowej i stania się bezrobotnym lub rencistą. W wyniku przeprowadzanej analizy statystycznej stwierdzono iż nie ma zależności między takimi cechami jak: płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, sytuacja mieszkaniowa a stopień akceptacji choroby, co nie potwierdziło się w badaniach Kupcewicz [14]. Zmienną istotnie wpływającą na poziom akceptacji choroby w obu badaniach jest miejsce zamieszkania i aktywność zawodowa. Nowicki wsp.[15] wykazał, że kobiety zamieszkujące tereny miejskie charakteryzowały się lepszą akceptacją choroby, co tłumaczył lepszym dostępem do informacji, aniżeli kobiety zamieszkujące tereny wiejskie. Niniejsze badania nie określiły takiej zależności. Przeprowadzone badania miały na celu uzyskanie związku pomiędzy akceptacją choroby a jakością życia pacjentów z chorobą nowotworową w okresie chemioterapii. Mimo braku materiałów potwierdzających czasu trwania choroby z jej akceptacją, można założyć, iż osoby dłużej zmagające się z chorobą nowotworową posiadają liczne problemy z przystosowaniem się do swojego stanu zdrowia. Trudniej jest akceptować chorobę, która wymaga dużego zaangażowania i jest obciążająca. Potwierdziły tę hipotezę badania własne, w których ilość cykli chemioterapii ma istotny wpływ na stopień akceptacji choroby. Przeprowadzone badania pozwolą nam na leprze zdefiniowanie potrzeb, obaw i oczekiwań pacjentów z chorobą nowotworową. Im wyższy stopień akceptacji choroby, tym wyższa jakość życia chorych we wszystkich sferach.

WNIOSKI

- 1- Poziom akceptacji choroby nowotworowej w badanej grupie był wysoki
- 2- Płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, czas trwania choroby i ilość cykli chemioterapii mają wpływ na stopień akceptacji choroby.

PIŚMIENNICTWO

- 1- Sheridan C. L., Radmacher S. A.: Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Warszawa 1998, s.401
- 2- Deadman J., Dewey M., Owens M.J., Leinster R.G., Slade S.J., P.D.: Threat and loss in breast cancer. Psychological Medicine, 1989, 19, s.677-681.
- 3- Kubacka-Jasiecka D.: Problematyka lęku i zmaganie się z lękiem w chorobie nowotworowej.[w:] Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. (red.): Zmagając się z chorobą

- nowotworową. Psychoonkologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 1999, s.143-179.
- 4- Węglińska M.: Jak pisać pracę magisterską? Poradnik dla studentów. Oficyna Wydawnictwo „Impuls”, Kraków 2005.
 - 5- Lenartowicz H., Kózka M.: Metodologia badań w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studiów medycznych. Wyd. PZWL, Warszawa 2010, s. 89-97.
 - 6- Lipińska M., Maj K., Romanowska U.: Komunikowanie się z chorym u kresu życia w opinii pielęgniarek. Pielęgniarstwo XXI wieku 2012, 4, 41, s. 35-40.
 - 7- Pilch T., Bauman T.: Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe. Wyd. Akademickie Żak, Warszawa 2001 s.127.
 - 8- Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009, s. 165-166.
 - 9- Wiraszka G., Lelonek B.:Funkcjonowanie chorego z białaczką a akceptacja choroby nowotworowej. Studia Medyczne 2008: 10 s 21-6.
 - 10- Pawlik M., Kaczmarek-Borowska B.: Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. Prz. Med. Uniw Rzesz Inst Leków 2013;2:203-2011.
 - 11- Nowicki A., Ostrowska Ż.: Akceptacja choroby przez chore po operacji raka piersi w trakcie leczenia uzupełniającego. Pol Merkuriusz Lek. 2008; 24(143): s. 403-407.
 - 12- De Walden-Gałaszko K., Majkowicz M., Szawłowska-Chojnacka G., Magiera P.: Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową - badania własne. [W:] De walden#Gałaszko, M kowicz M (red): Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994: 89-142.
 - 13- Andrykowski MA, Greiner CB, Altmaier EM et al.: Quality of life following bone marrow transplantation: findings from a multicentre study. Br J Cancer 1995; 71: 132-1329.
 - 14- Kupcewicz E.: Akceptacja choroby nowotworowej wyznacznikiem jakości życia.[w:] Majchrzak-Kłocka E., Seliga R. (red.): Przedsiębiorczość i Zarządzanie. Wyd. SAN#ISSN 2013; tom XIV, zeszyt 10, część II, s.419-431
 - 15- Nowicki A., Kwasińska E., Rzepka K. i wsp.: Wpływ choroby na życie emocjonalne kobiet po operacji raka piersi zrzeszonych w klubach „Amazonka”. Ann Acad Med. Siles. 2009; 55(3), s81-85.

DOŚWIADCZENIE NADZIEI W PERSPEKTYWIE OSÓB Z ANTROPOCENTRYCZNYM PODEJŚCIEM DO ŻYCIA W TERMINALNEJ FAZIE CHOROBY NOWOTWOROWEJ

Agnieszka Waleczko¹, Alicja Winiarczyk¹, Kinga Żurawska vel Dziurawiec¹, Marta Jurkiewicz¹, Jolanta Kopec¹, Bożena Baczewska²

1 - Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemysłu, Instytut Ochrony Zdrowia

2 - Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Interny i Pielęgniarstwa Internistycznego,

WSTĘP

Ludzka egzystencja jest nieustannym poszukiwaniem sensu wśród radości i cierpienia, które wzajemnie splatają się w procesie życia i umierania. W obliczu życiowych wyzwań człowiek potrzebuje wewnętrznej siły i odwagi, by im sprostać, gdyż tajemnica cierpienia nie może zostać w pełni przeniknięta wyłącznie ludzkim rozumem ani usunięta za pomocą „cudownego środka”. Wśród wartości towarzyszących ludzkiej egzystencji szczególne miejsce zajmuje nadzieja – niewidzialna, lecz potężna siła, która pozwala przetrwać nawet najtrudniejsze doświadczenia. To ona przekracza granice ludzkiego życia, otwierając człowieka na wymiar sensu, który wykracza poza ból i lęk. Terminalna faza choroby nowotworowej jest okresem szczególnej próby, w którym chory konfrontuje się z bezradnością, smutkiem, cierpieniem fizycznym i duchowym oraz świadomością zbliżającej się śmierci. Ta świadomość rodzi refleksję nad istotą życia i jego celem, skłaniając do zadania fundamentalnych pytań o własną tożsamość i naturę bytu: Kim jestem? Czym jestem? Jaka jest moja natura? [1]. Uczciwa konfrontacja z tymi pytaniami umożliwia człowiekowi odkrycie prawdziwego sensu swojego życia oraz odnalezienie nadziei, która pozwala zachować godność i wolność mimo cierpienia, lęku czy samotności [2]. Zrozumienie wymiaru nadziei u osób zorientowanych antropocentrycznie ma istotne znaczenie w procesie opieki nad chorymi w terminalnej fazie choroby. Pozwala ono lepiej wspierać pacjenta, budując na jego zasobach wewnętrznych, wsłuchując się w jego potrzeby i koncentrując na jego indywidualnej wizji nadziei – a nie wyłącznie na oczekiwaniach jego otoczenia. Takie

podejście sprzyja pełniejszemu wsparciu ze strony rodziny, przyjaciół oraz zespołu terapeutycznego – lekarzy, pielęgniarek, psychologów i duchownych [3].

Antropocentryzm (z gr. *anthropos* – człowiek, *centrum* – środek) stawia człowieka w centrum rzeczywistości, uznając go za cel i miarę wszechświata. W tym ujęciu to człowiek, poprzez własne poznanie i doświadczenie, określa wartości moralne i granice poznania, odrzucając to, co przekracza możliwości ludzkiej percepcji [4]. Perspektywa ta wpływa na sposób, w jaki osoby chore postrzegają sens cierpienia, nadzieję i wartość życia – nawet w jego kresie.

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy była próba określenia nadziei osób w terminalnej fazie choroby nowotworowej zorientowanych antropocentrycznie.

Problemy badawcze w niniejszej pracy zostały sformułowane w oparciu o pytania:

1. Jaka jest poziom nadziei ukierunkowanych antropocentrycznie?
2. Jaka jest poziom nadziei osób w terminalnej fazie choroby nowotworowej antropocentrycznie orientacji życiowej?
3. Jaki jest poziom nadziei osób o antropocentrycznej orientacji życiowej w wymiarach: sytuacyjnym, teliczno-temporalnym, duchowo-religijnym ?

MATERIAŁ I METODY

Badania prowadzono w dziennych i całodobowych oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej w 17 ośrodkach na terenie całej Polski oraz w warunkach domowych badanych. Zespół badawczy, pod kierownictwem dr Bogusława Block'a, rozpoczął badania po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (nr opinii KE-0254/225/2010). Badania te prowadzono w latach 2010-2016.

W 2019 roku kolejny zespół pod kierunkiem dr Bożeny Baczewskiej podjął kontynuację tychże badań [5-6]. Przed przystąpieniem do wypełniania ankiety informowano pacjentów o klauzuli anonimowości i uzyskiwano zgodę badanych na udział w wywiadzie standaryzowanym. Rozmowa z chorymi miała oprócz charakteru diagnostycznego także walory terapeutyczne. Badania prowadzono w życzliwej atmosferze, w intymnych warunkach. W przypadku pojawienia się trudności ze zrozumieniem pytań, badani otrzymywali stosowne wyjaśnienia. Wszyscy badani wyrazili zgodę na udział w badaniu, a także zostali poinformowani o poufności ich danych osobowych.

W badaniu wzięło udział 306 osób, znajdujących się w terminalnej fazie choroby nowotworowej, z czego większość stanowiły kobiety (n=196; 64,05%). Średni wiek badanych wyniósł $58,53 \pm 14,62$ lata. Najmłodsza osoba miała 18 lat, a najstarsza 94 lata. Najwięcej badanych mieszkało w dużych miastach, powyżej 100 tys. mieszkańców (n=108; 35,29%). Nieco mniej badanych mieszkało na wsi (n=81; 26,47%) lub w mieście do 50 tys. mieszkańców (n=73; 23,86%). Najmniej badanych mieszkało w mieście od 50 do 100 tys. mieszkańców (n=44; 14,38%). Zdecydowana większość badanych mieszkała z rodziną (n=209; 68,30%), Znacznie mniej osób mieszkało samotnie (n=76; 24,84%). Jedynie 6,86% badanych (n=21) miało inną sytuację rodzinną. Większość osób była żonata/zamężna (n=161; 52,61%), znacznie mniej było wdowcem/wdową (n=74; 24,18%). Najmniej osób było kawalerem/panną (n=39; 12,75%) lub po rozwodzie (n=32; 10,46%). Jedna trzecia badanych miała wykształcenie średnie (n=101; 33,01%), nieco mniej zawodowe (n=72; 23,53%) lub podstawowe (n=61; 19,93%). Najmniej badanych miało wykształcenie wyższe (n=46; 15,03%) lub niepełne wyższe (n=26; 8,50%). Prawie połowa badanych określiła swoją sytuację materialną jako zadowalającą (n=132; 43,14%), znacznie mniej jako dobrą (n=84; 27,45%) lub złą (n=75; 24,51%). Zdecydowanie najmniej badanych określiło swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą (n=15; 4,90%). Status społeczno-zawodowy wśród badanych był zróżnicowany. Najwięcej było pracowników fizycznych (n=114; 37,25%) i pracowników umysłowych/biurowych (n=73; 23,86%). Najmniej było przedsiębiorców prywatnych (n=11; 3,59%), osób wykonujących wolny zawód (n=7; 2,29%) i uczniów/studentów (n=5; 1,63%). Emeryci stanowili 14,05% (n=43) badanych. Ponad jedna trzecia badanych określiła swój nastrój jako smutny - rozchwiany (n=108; 35,29%), niewiele mniej jako wesoły - wyrównany (n=89; 29,08%). Nastrój jednej piątej osób był smutny - wyrównany (n=66; 21,57%), a najmniej osób określiło swój nastrój jako wesoły-rozchwiany (n=43; 14,05%). Najwięcej osób określiło łatwość ujawniania uczuć jako zamknięty w sobie kontrolujący się (n=121; 39,54%), a najmniej jako zamknięty w sobie-spontaniczny (n=26; 8,50%). 27,45% (n=84) badanych było osobami otwartymi-spontanicznymi, a 24,51% (n=75) otwartymi-kontrolującymi się. Prawie połowa badanych działała szybko i aktywnie (n=144; 47,06%), prawie jedna trzecia wolno i biernie (n=98; 32,03%). Znacznie mniej osób działało wolno i aktywnie (n=50; 16,34%), a najmniej szybko i biernie (n=14; 4,58%). Badani najczęściej chorowali na nowotwory układu płciowego (n=93; 30,39%). Często występowały również nowotwory układu oddechowego (n=49; 16,01%), układu pokarmowego (n=41; 13,40%) i inne (n=36; 11,76%). Najrzadziej z kolei występował rak skóry (n=5; 1,63%). Zdecydowana

większość pacjentów była świadoma swojej choroby (n=250; 81,70%). Jednak niemal jedna piąta pacjentów (n=56; 18,30%) nie miała świadomości swojej choroby. Zdecydowana większość badanych była pod opieką rodziny (n=255; 83,33%). Pozostałe formy opieki występowały znacznie rzadziej: 6,54% (n=20) osób nie miało nikogo do pomocy w opiece, 3,27% (n=10) było pod opieką hospicjum lub szpitala, 2,61% (n=8) pod nadzorem opieki społecznej, 2,29% (n=7) pod opieką sąsiadów lub opiekunki, a 1,96% (n=6) pod opieką dalszej rodziny. Prawie połowa chorych korzystała z opieki domowej (n=145; 47,39%), podobny odsetek był pod opieką hospicjum stacjonarnego (n=134; 43,79%). Najmniej badanych korzystało z opieki oddziału paliatywnego ZOZ-u (n=27; 8,82%). Większość chorych miała wsparcie u jednej osoby z rodziny lub ogólnie rodziny (n=196; 64,05%), a prawie jedna piąta miała wsparcie u dwóch osób z rodziny lub rodziny i co najmniej jednej innej osoby (n=56; 18,30%). Prawie co dziesiąta osoba nie miała żadnego wsparcia (n=27; 8,82%). Tyle samo osób miało wsparcie wśród wielu osób z rodziny, krewnych, osób trzecich.

W analizie statystycznej wykorzystano weryfikację problemów opartą o test U Manna-Whitneya. Test U Manna-Whitneya został zastosowany przy porównywaniu 2 prób niezależnych (grup). Opracowanie wyników badań zostało wykonane z wykorzystaniem programu „STATISTICA 13.3” oraz Microsoft Excel 2016. Istotność różnic i zależności stwierdzono przy p-wartości $<0,05$.

Metoda jest rodzajem gromadzenia danych o cechach oraz zmianie zjawisk społecznych na podstawie badanej grupy. Najczęściej stosowaną formą są wywiady, ankieta, techniki statystyczne i analiza dokumentów. Wybranymi metodami według Pilcha są między innymi: eksperyment pedagogiczny, monografia pedagogiczna, metoda indywidualnych przypadków, metoda sondażu diagnostycznego [7-8]. W niniejszej pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego zatytułowaną Noodynamika Egzystencjalna (NDE), natomiast jako narzędzie wykorzystano Test Noodynamiki Życia Kazimierza Popielskiego (NDE było wykorzystane jako narzędzie kryterialne, kryterium wydzielone dla grup badanych zorientowanych antropocentrycznie oraz zorientowanych teocentrycznie) oraz Skalę Nadziei Block'a NCN – 36 (NCN – Nadzieja Chorych Nowotworowych). Nadzieja chorych na raka), służy do badania nadziei chorych na raka. Jego autor B.L. Block opracował go z myślą o osobach, zmagających się z ciężkimi chorobami, które bezpośrednio zagrażają ich życiu. Skład testu zawiera 36 zagadnień, każde z nich jest zamknięte siedmioma możliwymi odpowiedziami. Za pomocą analizy czynnikowej wyodrębniono 4 skale. Każda skala zawiera

8 itemów. Dodatkowo w teście zamieszczono 4 pytania buforowe. Za pomocą testu możemy ocenić nadzieję w czterech różnych wymiarach: wymiarze sytuacyjnym – zdrowie, wymiarze duchowo-religijnym – przekonania religijne, w wymiarze emocjonalno-uczuciowym – motywacje i w wymiarze telicznie-temporalnym - cele.

WYNIKI

Jak przedstawiono w tabeli 1. średni wynik w orientacji antropocentrycznej wśród badanych osób wyniósł $3,31 \pm 0,56$. Rozkład zmiennej był dość symetryczny, zatem wartość średnią można uznać za adekwatną. Patrząc na medianę ($Me=3,25$) i kwartyle ($Q1=3,0$, $Q3=3,75$) można zauważyć, że połowa badanych miała wynik większy lub równy 3,25, punktu, a 50%, wyników mieściło się w przedziale 3,0-3,75. W badanej grupie przeważały zatem wyniki średnie. Najczęściej występującym wynikiem było 3,0 punkty. Taki wynik osiągnęły 72. osoby.

Tabela 1. Orientacja antropocentryczna wśród badanych

Orientacja	N	M	SD	Min	Max	Me	Q1	Q3	Mo	Mo
antropocentryczna										(n)
	306	3,31	0,56	1,0	5,0	3,25	3,0	3,75	3,0	72

Legenda: M- średnia, SD – odchylenie standardowe, Min – minimum, Max – maksimum, Me – mediana, Q1 – kwartył pierwszy, Q3 – kwartył trzeci, Mo – moda, Mo (n) – liczność mody

Orientacja antropocentryczna wśród badanych osób najczęściej mieściła się w przedziale 3,0-3,99 punktów ($n=217$; 70,92%), a najrzadziej w przedziale 1,0-1,99 punktów ($n=6$; 1,96%) co przedstawia tabela2.

Jak prezentują wyniki spośród 306. badanych, każdy badany przejawiał w pewnym zakresie antropocentryczne ukierunkowanie życiowe. Średnia z itemów antropocentrycznych pokazuje 217. badanych, którzy czasem kierowali się zasadą korzyści, czasem dążyli za wszelką cenę do swojego sukcesu, czasem unikali tematów związanych z refleksją nad sensem życia, nad jego poszukiwaniem, czasem obce było im dążenie do czegoś wzniosłego czy godnego miłości. Można powiedzieć, że dla tych badanych ukierunkowanie

antropocentryczne nie było silnie antropocentryczne, a co 8. badany rzadko kierował się antropocentrycznym nastawieniem.

Tabela 2. Orientacja antropocentryczna wśród badanych w przedziałach klasowych

Przedziały klasowe	Liczebność	%
5-4	45	14,71
3,99-3,0	217	70,92
2,99-2,0	38	12,42
1,99-1,0	6	1,96

Tabela 3. Poziom nadziei w terminalnej fazie choroby nowotworowej mierzony testem NCN-36 wśród ankietowanych o orientacji antropocentrycznej

NCN-36	N	M	SD	Min.	Max.	Me
Wymiar sytuacyjny	42	4,05	1,51	1,0	7,0	4,0
Wymiar telicznotemporalny	42	4,92	1,09	1,75	7,0	5,0
Wymiar duchowo religijny	42	5,35	1,31	1,0	7,0	5,63
Wymiar afektywny	42	4,16	1,0	2,0	6,25	4,25
Wynik ogólny	42	4,62	0,97	1,94	6,63	4,67

M - średnia, SD – odchylenie standardowe, Min – minimum, Max – maximum, Me – mediana

Silne antropocentryczne nastawienie miało 45. osób z 306, to jest 14 %, którzy często lub bardzo często kierowali się w życiu przede wszystkim rozumem i rozsądkiem. U tych badanych dominowała chęć zdobycia sukcesu wszelkimi sposobami i za każdą cenę, troszczyli się głównie o własne przyjemności i osobiste interesy. W tej grupie było 6. osób, których antropocentrycznie ukierunkowanie na bardzo niskim poziomie, mieściło się ono w najniższym przedziale 1,0-1,9. Średni wynik ogólnej nadziei wśród osób o orientacji

antropocentrycznej wyniósł $4,62 \pm 0,97$. Najwyższy osiągnięty wynik ogólny wyniósł 6,63, a najniższy 1,94. Badani uzyskali najwyższe wyniki w wymiarze duchowo-religijnym, a najniższe w wymiarze sytuacyjnym i afektywnym. Szczegółowe wyniki poziomu nadziei wśród badanych pacjentów o orientacji antropocentrycznej przedstawiają tabela 3.

DYSKUSJA

Pierwsze polskie badania nad nadzieją chorych w terminalnej fazie choroby zostały przeprowadzone przez B. Block'a w 2010 r. Badania wykazały duży poziom nadziei pacjentów szczególnie w wymiarach: teliczno-temporalnym i duchowym, a umiarkowany poziom wykazano w wymiarze afektywnym i sytuacyjnym. Kontynuatorka badań B. Baczevska i wsp. wykazali, że ogólny poziom nadziei w terminalnej fazie choroby jest na niskim i umiarkowanym poziomie. Poziom nadziei był wysoki w wymiarze duchowo-religijnym, a w wymiarze teliczno-temporalnym jak i afektywnym poziom nadziei był umiarkowany. Nadzieja w wymiarze sytuacyjnym była na najniższym poziomie. Z badań tych wynika, że poziom nadziei chorych w terminalnej fazie choroby był na średnim poziomie ($Me=4,56$). Badani uzyskali najwyższe wyniki.

Średni wynik ogólny poziomu nadziei osób o antropocentrycznej orientacji życiowej mieści się w przedziale umiarkowanym i wynosi $4,62 \pm 0,97$; najwyższy wynik ogólny to 6,63, a najniższy – 1,94. Może to wynikać z faktu, iż w kulturze europejskiej ludzie nastawieni antropocentrycznie zostali ukształtowani przez religię chrześcijańską.

Nadzieja osób zorientowanych antropocentrycznie, w aspekcie teliczno-temporalnym i duchowo-religijnym, jest na wyższym poziomie – powyżej średniej. Ukazuje to, że wiara w Boga oraz plany na dalsze życie stanowią silniejszą motywację dla nadziei niż wymiar sytuacyjny, związany z nadzieją na znalezienie lekarstwa na wyleczenie. Ogólne wsparcie duchowe może być udzielane przez każdego – także przez osoby pomagające medycznie, bez względu na ich własne przekonania religijne. Budowanie nadziei następuje na drodze udzielania wsparcia duchowego, które stanowi fundament osobowego spotkania z chorym, wzmacniając poczucie godności i sensu życia. W swoich badaniach Bejda i wsp.[9,10] wykazali, że orientacja religijna może wiązać się z dobrostanem psychicznym, dzięki traktowaniu niekorzystnych wydarzeń życiowych jako szansy na rozwój osobisty i duchowy. Wielgus [11] w „Człowiek w centrum wszechświata” wskazuje, że teocentryzm, który przekazuje nadzieję na przezwyciężenie zasady śmierci i zniszczenia poprzez odbudowanie pokoju i harmonii między wszystkimi stworzeniami, ukazuje Boga wrażliwego na potrzeby

człowieka, Wszechświat jest harmonią i każdy element ma swoje przeznaczenie i wartość, nie ma w nim zbędnych elementów. Także święty Ignacy Antiocheński ukazuje Jezusa Chrystusa jako lekarza, który troszczy się zarówno o ciało poprzez liczne uzdrowienia jak ducha człowieka kierując do niego słowo krzepiące [12,13].

Poziom nadziei pacjentów o orientacji antropocentrycznej mieści się na poziomie umiarkowanym. Nadzieja tych osób jest nieco wyższa w wymiarze duchowo-religijnym i mieści się na poziomie wysokim. Wsparcia duchowego potrzebują zarówno osoby wierzące, jak i niewierzące. Ogólne wsparcie duchowe może być udzielane przez każdego – także przez osoby świadczące pomoc medyczną, niezależnie od ich przekonań religijnych. Budowanie nadziei odbywa się poprzez udzielanie wsparcia duchowego, które jest fundamentem osobowego kontaktu z chorym i wzmacnia jego poczucie godności oraz sensu życia. Na poziom nadziei wpływają uwarunkowania kulturowe i religijne – zgodnie z nauczaniem Kościoła człowiek został stworzony na obraz i podobieństwo Boga [14,15]. Kaptacz [16], we wstępnych badaniach pilotażowych dotyczących jakości życia osób w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej, zwróciła uwagę na znaczenie integralnego podejścia do człowieka zaspokajania oczekiwań pacjentów przez zespół hospicyjny. Umiejętność wzbudzania nadziei przez personel jest oceniany na 28,8%. Ponadto jedną z najważniejszych potrzeb zgłaszanych przez pacjentów jest wiara i religia. Duchowość może stanowić ważny element w budowaniu nadziei, z uwagi na to, że dylematy duchowe, głębokie rozterki egzystencjalne mogą obniżać satysfakcję z życia, a ich marginalizowanie może wpływać negatywnie na dalszy proces terapeutyczny i być źródłem wielu trudnych do opanowania dolegliwości zarówno na poziomie somatycznym, psychicznym i duchowym.

W innych badaniach Bejda wykazuje, że zadaniem kapelana szpitalnego jest także wspieranie duchowo niewierzących, którzy tego sobie życzą, oczekuje tego blisko 50% badanych. Ponadto Bejda przywołując opinię S. Warzeszaka, krajowego duszpasterza służby zdrowia 2010-2016r. i stwierdza, że kapelan ma za zadanie wspierać duchowo chorych i ich rodziny, zarówno wierzących jak i niewierzących, którzy sobie tego życzą, pomimo utrudnień i często niesprzyjających warunków [17]. Uważa bowiem, że szpital nie jest miejsce nawracania, a prozelityzm to nie zadanie kapelana. Pomijanie, pomniejszanie wartości duchowych, unikanie pytań dotyczących najgłębszych potrzeb metafizycznych takich jak sens życia, miłość, wartości życia prowadzi do znaczącego zubożenia ludzkiej egzystencji Klimasiński[18] pisze o dystresie duchowym, który doprowadza człowieka do dezintegracji i rozpacz, i w tym udręczeniu egzystencjalnym wobec ciężkiej choroby

i zbliżającej się śmierci pacjent potrzebuje pomocy w odnalezieniu sensu, nadziei, pokoju, miłości i przynależności. W swoim opracowaniu klasyfikacji potrzeb duchowych wykazuje nadzieję jako potrzebę duchową, budującą równowagę wewnętrzną. Wskazuje, że lekarz bez względu na własne przekonania religijne powinien brać pod uwagę aspekt duchowy osoby chorej przewlekłe lub terminalnie i dowiedzieć się, jak radzi sobie ona z chorobą. Może to pomóc w udzieleniu prawidłowego wsparcia bez względu na deklarowane wyznanie, a także wpływać pozytywnie na proces terapeutyczny i budzić nową aktywną perspektywę nadziei wśród chorych i ich rodzin. Skłania ona do działania, realizacji dążeń, pragnień i głębokich marzeń[19,20].

WNIOSKI

Przeprowadzone badania własne oraz ich analiza pozwoliły na sformułowanie poniższych wniosków:

1. Poziom nadziei mieści się na poziomie nadziei umiarkowanej ukierunkowaniem antropocentrycznym .
2. Nadzieja osób o antropocentrycznej orientacji życiowej mieści się na wysokim poziomie.
3. Nadzieja osób o antropocentrycznej orientacji życiowej we wszystkich wymiarach: sytuacyjnym, teliczno-temporalnym, duchowo-religijnym, afektywnym jest na wyższym poziomie.

PIŚMIENNICTWO

1. Chrobak S., Nadzieja jako dynamizm rozwoju i egzystencji człowieka. UKSW, Warszawa 2008.
2. Szostek A., Pogadanki z etyki. Biblioteka Niedzieli, Częstochowa 1993 .
3. Walden-Gałuszko de K., Problem pomocy psychologicznej chorym w terminalnym okresie choroby nowotworowej. [w:] Block B., Otrębski W. (red.), Człowiek nieuleczalnie chory. WNS KUL Lublin 1997: 120- 124.
4. Rahner K. (red.), Mały Słownik Teologiczny. PAX, Warszawa 1987:14. 20
5. Block, B.L.: Skala NCN-36 jako narzędzie pomiaru nadziei u pacjentów onkologicznych. Psychoonkologia, 2012; 16(3), 45-56.
6. Baczewska, B. (red.): Nadzieja w obliczu choroby nowotworowej: kontynuacja badań nad skalą NCN-36. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w

Lublinie.2019

7. Kopaliński W.: Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych. Wiedza Powszechna, Warszawa 1988:
8. Pilch T., Zasady badań pedagogicznych. Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk 1997: 117-180.
9. Bejda G., Lewko J., Klak – Bejda A.: Postrzeganie roli kapelana szpitalnego w zespole terapeutycznym. *Medycyna Paliatywna* 2017. Prace Oryginalne; 9(3): 157-163.
10. Bejda G., Lewko J., Kułak-Bejda A.: Wpływ poziomu religijności na satysfakcję życia. *Medycyna Paliatywna*. 2018. Prace Oryginalne 10(4): 199-207.
11. /Users/Win/Desktop/MGR%20wszystkie%20mater/Artykuły/32353__Antropocentryzm%20Wielgus- Stanisław-.pdf (dostęp: 07.05.2020r g 11:30).
12. Św, Ignacy Antiocheński, Ad Ephesios, 7,2: Patres Apostolici, F.X. Funk, II n.
13. Jan Paweł II, Salvifici Doloris n. 16.
14. Warzeszak J.: Człowiek w obliczu Boga i pośród stworzenia. Wydawnictwo Archidiecezji Warszawskiej, Warszawa 2005: 98-101.
15. Ratzinger J.: Służyć prawdzie. Myśli na każdy dzień. Księgarnia Świętego Wojciecha Poznań Lublin Warszawa 1983:324.
16. Kaptacz I.: Ocena jakości życia, akceptacji choroby, potrzeb i oczekiwań pacjentów objętych domową opieką paliatywną-wstępne badanie pilotażowe. *Medycyna Paliatywna* 2018; 10(3): 137-144.
17. Jachimczak J.: W służbie życiu. Instytut Teologiczny Księży Misjonarzy, Kraków 2003.
18. Klimasiński M., Ziemkiewicz M., Naumann-Klimasińska N.: Potrzeby duchowe pacjentów istotne w codziennej praktyce klinicznej. *Medycyna Paliatywna* 2017; 9(4):210-217 .
19. Warzeszak S. (red.) :Kapłaństwo w blasku eucharystii i cierpienia, Papieski Wydział Teologiczny, Warszawa 2020:79-80.
20. Warzeszak S. (red.):W trosce o ekologię człowieka. Wybór tekstów. Papieski Wydział Teologiczny, Warszawa 2020: 213-215.

HOLISTYCZNE PODEJŚCIE DO WSPARCIA OSÓB W TERMINALNEJ FAZIE CHOROBY NOWOTWOROWEJ

Agnieszka Waleczko¹, Alicja Winiarczyk¹, Kinga Żurawska vel Dziurawiec¹, Marta Jurkiewicz¹, Jolanta Kopec¹, Bożena Baczewska²

1 - Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyśle, Instytut Ochrony Zdrowia

2 - Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Interny i Pielęgniarstwa Internistycznego,

WSTĘP

Choroby nowotworowe w literaturze medycznej i psychologicznej uznawane są za przewlekłe schorzenia o ciężkim przebiegu, które wymagają długotrwałej terapii i często prowadzą do znaczących zmian w codziennym funkcjonowaniu pacjenta [1]. Osoba chora staje przed koniecznością przyjęcia nowej roli – roli pacjenta – a choroba staje się centralnym punktem życia, wpływając na potrzeby fizyczne, psychiczne, społeczne i duchowe. W wyniku tego zmienia się poczucie własnej wartości, relacje z innymi, a także możliwość realizacji dotychczasowych celów i priorytetów [1].

Świadomość zbliżającego się końca życia wywołuje u pacjentów często silny ból egzystencjalny, poczucie osamotnienia, lęk i smutek, które nasilają się w miarę postępu choroby. Pacjent oscyluje między niepokojem a nadzieją, zwątpieniem a oczekiwaniem dobra [2]. W tym kontekście nadzieja staje się istotnym czynnikiem wspierającym psychicznie chorego – przynosi optymizm, motywuje do działania i ułatwia radzenie sobie z codziennymi trudnościami [3]. Brak wsparcia, poczucie bezsilności oraz strach przed śmiercią mogą osłabiać wewnętrzną energię potrzebną do stawienia czoła chorobie [4].

Wsparcie w terminalnej fazie choroby obejmuje zarówno obecność bliskich, jak i szczere rozmowy, umożliwiające pacjentowi dzielenie się uczuciami i obawami. Rodzina, przyjaciele i opiekunowie odgrywają kluczową rolę, pomagając uporządkować sprawy, naprawić relacje i odnaleźć spokój duchowy [5]. Kontakt z pacjentem wymaga wrażliwości i uwzględnienia komunikacji zarówno werbalnej, jak i niewerbalnej. Bliski kontakt fizyczny, obecność przy łóżku, trzymanie za rękę czy utrzymywanie kontaktu wzrokowego znacząco wpływają na samopoczucie chorego. Ważne jest przestrzeganie zasad: dostosowania ilości

informacji do potrzeb pacjenta, szczerości, cierpliwości, respektowania prywatności i potrzeby samotności, a także dbania o trwałe porozumienie [6,7].

Choroba nowotworowa wprowadza radykalne zmiany w życiu pacjenta i jego otoczenia. Zwykle pojawia się nagle, destabilizując dotychczasowe plany i wymagając szybkiego dostosowania się do nowych okoliczności. Proces leczenia jest długotrwały i wyczerpujący zarówno fizycznie, jak i emocjonalnie, dlatego wsparcie rodziny i bliskich osób jest nieocenione [8,9].

Wsparcie psychologiczne obejmuje różne formy pomocy, w tym:

- wsparcie informacyjne – przekazywanie wiedzy o chorobie i leczeniu;
- wsparcie emocjonalne – rozpoznawanie potrzeb pacjenta, okazanie empatii, gotowość do rozmowy, czułość i budowanie poczucia bezpieczeństwa;
- wsparcie psychologiczne – profesjonalna pomoc psychologów i psychoonkologów;
- wsparcie duchowe – towarzyszenie przez osoby duchowne zgodnie z wyznaniem;
- wsparcie materialne – zapewnienie bezpieczeństwa finansowego i pokrycie kosztów leczenia [10,11,12].

Równie istotne jest umożliwienie pacjentowi uporządkowania życia, rozliczenia się z przeszłością i dokonania podsumowania własnych doświadczeń. Zwierzenie się z trudnych przeżyć często przynosi ulgę i poczucie sensu, umożliwiając odnalezienie poczucia dokonania dobra wobec innych [13,14].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy była próba dokonania oceny wpływu poczucia wsparcia wśród osób w terminalnej fazie choroby nowotworowej.

Problemy badawcze w niniejszej pracy zostały sformułowane w oparciu o pytania:

- 1- Jaki jest poziom poczucia wsparcia wśród badanych w terminalnej fazie choroby nowotworowej?
- 2- Jaki jest poziom wsparcia w wymiarze religijno-duchowym, sytuacyjnym?

MATERIAŁ I METODY

Badania zostały przeprowadzone w dziennych i całodobowych oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej w 17 ośrodkach na terenie całej Polski, w tym, w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej. Zespół badawczy, kierowany przez dr Bogusława Blocka, podjął

badania po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (nr opinii KE-0254/225/2010). Badaniem objęto 303 osoby. Wszyscy pacjenci wyrazili zgodę na udział w badaniu, a także zostali poinformowani o poufności ich danych osobowych. Rozmowa z chorymi miała również walory terapeutyczne. Badania prowadzono w życzliwej atmosferze, w intymnych warunkach, które były akceptowane przez obie strony. W przypadku pojawienia się trudności ze zrozumieniem pytań, ankietowani otrzymywali niezbędne wyjaśnienia.

W 2019 roku zespół pod kierunkiem dr Bożeny Baczewskiej podjął kontynuację wyżej wymienionych badań, do których został skrupulatnie przygotowany nie łamiąc zasad ustalonych przez dr Bogusława Blocka. Autorka niniejszej pracy wzięła czynny udział w zbieraniu materiału badawczego. Materiał do niniejszych badań uzyskano wykorzystując metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym wykorzystanym w pracy był test do badania nadziei (NCN-36) autorstwa B.L. Blocka, opracowany do badania osób, które zmagają się z ciężkimi chorobami zagrażającymi życiu.

W badaniu wzięły udział 303 osoby, z czego większość stanowiły kobiety (n=194; 64,03%). Średni wiek badanych wyniósł $58,53 \pm 14,43$ lata. Najmłodsza osoba miała 18 lat, a najstarsza 94 lata. Najwięcej ankietowanych mieszkało w dużych miastach, powyżej 100 tys. mieszkańców (n=108; 35,64%). Nieco mniej badanych mieszkało na wsi (n=78; 25,74%) lub w mieście do 50 tys. mieszkańców (n=73; 24,09%). Najmniej badanych mieszkało w mieście od 50 do 100 tys. mieszkańców (n=44; 14,52%). Większość osób była żonata/zamężna (n=159; 52,48%), znacznie mniej było wdowcem/wdową (n=74; 24,42%). Jedna trzecia ankietowanych miała wykształcenie średnie (n=100; 33,0%), nieco mniej zawodowe (n=71; 23,43%) lub podstawowe (n=61; 20,13%). Najmniej badanych miało wykształcenie wyższe (n=46; 15,18%) lub niepełne wyższe (n=25; 8,25%). Prawie połowa ankietowanych określiła swoją sytuację materialną jako zadowalającą (n=130; 42,90%), znacznie mniej jako dobrą (n=84; 27,72%) lub złą (n=75; 24,75%). Zdecydowanie najmniej ankietowanych określiło swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą (n=14; 4,62%). Status społeczno-zawodowy wśród ankietowanych zróżnicowany. Najwięcej było pracowników fizycznych (n=114; 37,62%) i pracowników umysłowych/biurowych (n=72; 23,76%). Najmniej było przedsiębiorców prywatnych (n=11; 3,63%), osób wykonujących wolny zawód (n=7; 2,31%) i uczniów/studentów (n=4; 1,32%). Najwięcej osób było na emeryturze (n=51; 16,83%), wykonywało pozostałą działalność usługową (n=29; 9,57%) lub było na rencie (n=25; 8,25%). Najmniej badanych wykonywało działalność w zakresie usług

administrowania i działalność wspierająca (n=3; 0,99%), pracowało w informacji i komunikacji (n=3; 0,99%) lub było zatrudnionych przy wytwarzaniu i zaopatrywaniu w energię elektryczną, gaz, parę wodną, gorącą wodę i powietrze (n=3; 0,99%). Ponad jedna trzecia ankietowanych określiła swój nastrój jako smutny - rozchwiany (n=105; 34,65%), niewiele mniej jako wesoły wyrównany (n=89; 29,37%). Nastrój jednej piątej osób był smutny - wyrównany (n=66, 21,78%), a najmniej osób określiło swój nastrój jako wesoły-rozchwiany (n=43; 14,19%). Najwięcej osób określiło łatwość ujawniania uczuć jako zamknięty w sobie kontrolujący się (n=120; 39,60%), a najmniej jako zamknięty w sobie-spontaniczny (n=25; 8,25%). 27,39% badanych było osobami otwartymi-spontanicznymi, a 24,75% otwartymi-kontrolującymi się. Prawie połowa ankietowanych działała szybko i aktywnie (n=142; 46,86%), prawie jedna trzecia wolno i biernie (n=97; 32,01%). Znacznie mniej osób działało wolno i aktywnie (n=50; 16,50%), a najmniej szybko i biernie (n=14; 4,62%). Z analizy czasu chorowania badanych usunięto 3 przypadki najbardziej odstające: dwóch pacjentów chorowało 372 miesiące, a jeden pacjent 480 miesięcy. Zdecydowana większość ankietowanych chorowała od 1 do 50 miesięcy. Średni czas chorowania wyniósł $34,80 \pm 45,31$ miesięcy. Najkrótszy czas chorowania wyniósł 1 miesiąc a najdłuższy 300 miesięcy. Mediana czasu chorowania wyniosła 24, co oznacza, że połowa pacjentów chorowała 24 miesięcy lub krócej, a połowa 24 miesiące lub dłużej. Najwięcej pacjentów chorowało 12 miesięcy (n=39). Badani najczęściej chorowali na nowotwory układu płciowego (n=93; 30,69%). Często występowały również nowotwory układu oddechowego (n=49; 16,17%), układu pokarmowego (n=41; 13,53%) i inne (n=36; 11,88%). Najrzadziej z kolei występował rak skóry (n=5; 1,65%). Zdecydowana większość pacjentów była świadoma swojej choroby (n=247; 81,52%). Jednak niemal jedna piąta pacjentów (n=56; 18,48%) nie miała świadomości swojej choroby. Zdecydowana większość ankietowanych była pod opieką rodziny (n=252; 83,17%). Pozostałe formy opieki występowały znacznie rzadziej: 6,6% osób nie miało nikogo do pomocy w opiece, 3,30% było pod opieką hospicjum lub szpitala, 2,64% pod nadzorem opieki społecznej, 2,31% pod opieką sąsiadów lub opiekunki, a 1,98% pod opieką dalszej rodziny. Prawie połowa chorych korzystała z opieki domowej (n=142; 46,86%), podobny odsetek był pod opieką hospicjum stacjonarnego (n=134; 44,22%). Najmniej ankietowanych korzystało z opieki oddziału paliatywnego ZOZ-u. Większość chorych miała wsparcie u jednej osoby z rodziny lub ogólnie rodziny (n=193; 63,70%), a prawie jedna piąta miała wsparcie u dwóch osób z rodziny lub rodziny i co najmniej jednej

innej osoby ($n=56$; 18,48%). Prawie co dziesiąta osoba nie miała żadnego wsparcia ($n=27$; 8,91%). Tyle samo osób miało wsparcie wśród wielu osób z rodziny, krewnych, osób trzecich.

W pracy wykorzystano kartę indywidualną T. Witkowskiego oraz NCN-36 B. Blocka oraz z narzędzia do badań jakości życia McGilla wybrano zmienne badające poczucie wsparcia. W części metryczkowej zamieszczono pytania o dane demograficzne, które umożliwiają dokonanie charakterystyki badanej grupy. Karta Indywidualna T. Witkowskiego została skonstruowana dla osób w terminalnej fazie choroby nowotworowej. Zawarte w niej pytania określały następujące dane: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, współmieszkańcy, stan cywilny, wykształcenie, sytuacja materialna, status społeczno – zawodowy, zawód wyuczony, ogólny nastrój, łatwość ujawniania uczuć, ogólne tempo działania, czas od zachorowania, rodzaj choroby, osoba opiekująca się w chorobie oraz sposób leczenia. Zasadniczym narzędziem badawczym wykorzystanym w niniejszej pracy był test NCN-36 autorstwa B.L. Blocka, opracowany do badania nadziei wśród osób, które zmagają się z ciężkimi chorobami zagrażającymi życiu. W skład testu wchodzi 36 zagadnień zamkniętych z siedmioma możliwymi odpowiedziami. Test zbudowany jest z 4 skal, które zostały wyodrębnione za pomocą analizy czynnikowej. Każda z nich składa się z 8 pozycji. Ponadto w teście zostały zamieszczone cztery pytania buforowe. Test ten pozwala dokonanie oceny nadziei w wymiarze sytuacyjnym, jakim jest zdrowie, w wymiarze teliczno-temporalnym, jakim są cele, w wymiarze duchowym, rozumianym jako przekonania religijne oraz w wymiarze emocjonalno - uczuciowym w postaci motywacji.

W analizie statystycznej wykorzystano weryfikacje hipotez statystycznych opartą o testy statystyczne: korelację Spearmana, test U Manna-Whitneya, test Kruskala-Wallisa, dwuczynnikową analizę wariancji ANOVA. Test U Manna-Whitneya został zastosowany przy porównywaniu 2 prób niezależnych (grup). Test Kruskala-Wallisa został zastosowany przy porównywaniu więcej niż 2 prób niezależnych (grup).

Dwuczynnikowa analiza wariancji ANOVA została wykorzystana do zbadania wpływu dwóch zmiennych nominalnych na poziom nadziei.

Korelacja Spearmana została wykorzystana do badania związku pomiędzy danymi ilościowymi.

Opracowanie wyników badań zostało wykonane z wykorzystaniem programu „STATISTICA 13.3” oraz Microsoft Excel 2016. Istotność różnic i zależności stwierdzono przy p -wartości $<0,05$.

WYNIKI

Średni poziom odczuwanego wsparcia wyniósł $6,10 \pm 2,97$. Najniższe odczuwane przez badanych wsparcie było na poziomie 0, a najwyższe na poziomie 10. Jak już wspomniałam, wykorzystano narzędzia mierzące jakość życia McGilla wybrano zmienne do oceny poczucia wsparcia i potraktowano jako zmienne kryterialne mierzące poziom wsparcia (tab.1).

Tabela 1. Poziom odczuwanego wsparcia

McGill		x	SD	Min	Max	Me
Poziom odczuwanego wsparcia	303	6, 10	2,97	0,0	10,0	6,0

x – średnia, SD – odchylenie standardowe, Min – minimum, Max – maximum, Me – mediana

Analiza statystyczna wykazała istotny związek pomiędzy poczuciem wsparcia a nadzieją we wszystkich wymiarach, Korelacja pomiędzy poczuciem wsparcia a wymiarem sytuacyjnym i teliczno-temporalnym była dodatnia i o słabej sile, natomiast korelacja pomiędzy poczuciem wsparcia a wymiarem 44 duchowo-religijnym, wymiarem afektywnym i ogólnym poziomem nadziei była dodatnia i o umiarkowanej sile.

Statystyki opisowe w postaci średnich, odchylenia standardowego, minimum, maksimum i mediany dla poszczególnych wymiarów nadziei dla osób o wysokim poczuciu wsparcia wykazały że średni wynik ogólnej nadziei wśród badanych wyniósł $4,76 \pm 0,84$. Najwyższy osiągnięty wynik ogólny wyniósł 6,59, a najniższy 2,16. Badani uzyskali najwyższe wyniki w wymiarze religijno-duchowym, a najniższe w wymiarze sytuacyjnym. Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w poczuciu wsparcia w zależności od płci. Można jednak zauważyć, że poczucie wsparcia u kobiet było nieco wyższe.

DYSKUSJA

W przypadku wielu jednostek chorobowych rozwój nauki i technologii oraz postęp medyczny może doprowadzić do sukcesu terapeutycznego jakim jest pełne wyleczenie. Natomiast w przypadku raka, pomimo intensywnego rozwoju onkologii, całkowity powrót do zdrowia jest możliwy tylko w niektórych przypadkach[15] Bywa również, że po długim okresie remisji osoby te stają w obliczu śmiertelnej fazy raka. Jest to czas, kiedy pacjent wymaga specjalistycznej opieki i leczenia zapewnianego przez lekarzy, pielęgniarki i osoby bliskie. Okres ten jest specyficzny, ponieważ sytuacja pacjentów ulega radykalnym zmianom,

a ich przyszłość jest nieznana i niepewna. Całokształt sytuacji odciska swoje piętno na kondycji psychicznej pacjentów i strukturze ich nadziei[16].

Uzyskane wyniki mogą świadczyć o tym, iż pacjenci, którzy są świadomi swojej choroby i rokowania, wiedzą, że „ziemskie metody” nie odniosą już żadnego rezultatu, zatem powierzają swoje życie „Wyższej Istocie”, jej mocy, miłosierdziu i opiece. Taka postawa pozwala uzyskać duchowy spokój i poczucie wsparcia, jak również pomaga zaakceptować własną sytuację życiową. Natomiast wyniki uzyskane w wymiarze sytuacyjnym mogą przemawiać za tym, że wiara ankietowanych na wyzdrowienie jest znikoma.

Poczucie osamotnienia, braku wsparcia i nadziei to nieodłączne elementy, które towarzyszą człowiekowi umierającemu. Bardzo często nieumiejętne okazywanie współczucia wzmaga jedynie poczucie odmienności, życiowej degradacji i powoduje, że pacjent wstydzi się swojej choroby, przez co samoistnie izoluje się od otoczenia ograniczając do siebie dostęp. Warto jednak podjąć wysiłek, który sprawi, że człowiek ten ponownie otworzy się na innych. Dzięki temu przeżywanie tych ostatnich, trudnych chwil może stać się choć trochę łatwiejsze, a podana „pomocna dłoń” pomoże mu „przejsć na drugą stronę”.

Badania własne wykazały, że poziom odczuwanego wsparcia był na średnim poziomie ($Me=6,0$). Przeprowadzona analiza wykazała istotny związek pomiędzy poczuciem wsparcia a nadzieją w znaczeniu ogólnym oraz we wszystkich jej wymiarach. Wyższy poziom korelacji zaobserwowano pomiędzy poczuciem wsparcia a wymiarem duchowo-religijnym, wymiarem afektywnym i ogólnym poziomem nadziei w porównaniu do wymiaru sytuacyjnego i teliczno – temporalnego, gdzie korelacja była dodatnia o słabej sile.

Sprawowanie opieki nad pacjentem w terminalnej fazie choroby nowotworowej wymaga wsparcia instytucjonalnego. Główną przyczynę stanowi fakt, że w tym czasie pacjent najczęściej odczuwa ból fizyczny o bardzo wysokim natężeniu, jak również mogą dołączyć się inne objawy somatyczne, które wymagają leczenia farmakologicznego i porady specjalisty. W Polsce istnieją trzy główne instytucje świadczące pomoc osobom umierającym, a mianowicie: hospicjum stacjonarne, domowa opieka hospicyjna oraz opieka paliatywna w zakładach opieki zdrowotnej[17].

Proces umierania jest bardzo trudny pod względem emocjonalnym dla obu stron, zarówno dla osób umierających, jak i osób, które wspierają je w tych trudnych chwilach. Jeżeli pacjent jest gotowy na przyjęcie pomocy, nie odrzuca jej, jak również, jeżeli ta pomoc jest prowadzona w sposób akceptowalny przez pacjenta, wówczas jego poczucie wsparcia

wzrasta, a tym samym poziom nadziei jest zdecydowanie wyższy w porównaniu do osób, które odrzuciły pomoc innych [18].

Badania własne wykazały, że bez względu na poziom poczucia wsparcia (wysoki/niski), badani w obu grupach uzyskali najwyższe wyniki w wymiarze religijno-duchowym ($Me=5,62$ / $Me=4,81$), a najniższe w wymiarze sytuacyjnym ($Me=4,03$ / $Me=3,55$).

Kobiety, z natury są osobami bardziej uduchowionymi i podatnymi na zainteresowanie, współczucie czy kontakt fizyczny. Zatem kobiety są bardziej otwarte na przyjmowanie wsparcia od innych osób, łatwiej przyjmują okazywane zainteresowanie, a nawet „zwykłe” trzymanie za rękę ma dla nich bardzo duże znaczenie[19].

Z badań własnych wynika, że ogólny poziom odczuwanego wsparcia był wyższy wśród kobiet niż wśród mężczyzn, jednak zależność ta nie była istotna statystycznie.

WNIOSKI:

- 1- Poziom odczuwanego wsparcia jest na średnim poziomie.
- 2- Poziom wsparcia w przedstawionych wymiarach jest istotnie wysoki, szczególnie w obszarze religijno-duchowym, gdzie badani uzyskali najwyższe wyniki. Najniższe wyniki odnotowano natomiast w wymiarze sytuacyjnym.

PIŚMIENNICTWO

1. Sheridan C. L., Radmacher S. A.: Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Warszawa 1998, s.401.
2. Życzkowska J. M.: „Dobra śmierć”, a więc jaka? Oczekiwania pacjentów w ostatnich dniach życia. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2016; 10, 2: 48–53.
3. Walden-Gałuszko de K. U kresu. Opieka psycho-paliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi środkami psychologicznymi, [At the end. Psychopalliative care – how to help the patient, family and staff with psychological tools], Gdańsk: MAKmed. 1996. (in Polish).
4. Baczewska B., Block B., Jędrych M, Kropornicka B, Drop B, Zwolak A. Hope of patients in the terminal phase of cancer and place of residence. Ann Agric Environ Med. doi: 10.26444/aaem/104588.
5. Życzkowska J. M.: „Dobra śmierć”, a więc jaka? Oczekiwania pacjentów w ostatnich dniach życia. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2016; 10, 2: 48–53.
6. Bishop G.D.: Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000: 463.

7. Knoll N., Schwarzer R.: Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć. W: Sęk H., Cieślak R. (red.). Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004: 29–48.
8. Koper A., Wrońska I. (red.): Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową. Materiały pomocnicze dla pielęgniarek pracujących na oddziałach onkologicznych. Wydawnictwo „Czelej”, Lublin 2003.
9. Glińska J., Adamska E., Brosowska B., Lewandowska M.: Problemy fizyczne chorych w terminalnej fazie choroby nowotworowej a wsparcie społeczne ze strony personelu pielęgniarskiego. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009; 17 (3): 190–198.
10. Twycross R.G.: Wyzwania opieki paliatywnej. *Polska Medycyna Paliatywna* 2003; 2 (1): 39–48.
11. de Walden-Gałuszko K.: Zespół depresyjny u chorych w stanie terminalnym. *Polska Medycyna Paliatywna* 2003; 2.2: 87–91.
12. Doroszewski W.: Słownik Języka Polskiego <https://sjp.pwn.pl/sjp/wsparcie>; 2537960 [dostęp 2019-06-01].
13. Łuczak J.: Cierpienie. Charakterystyka, rozpoznanie, wspomaganie cierpiących, powinności leczących, skuteczność pomocy cierpiącym chorym. W: Block B., Otrębski W. Człowiek nieuleczalnie chory. Katolicki Uniwersytet Lubelski. Lublin 1997: 68–95. 39 Dunn N.: Opowieści o raku. Via Medica, Gdańsk 2009.
14. Mess E. i wsp. Jakość życia pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. *Onkologia Polska* 2005; 8,3: 158–161.
15. Bielska-Lasota, M.; Krzyżak, M.; Kwiatkowska, K. Zróżnicowanie wyleczalności chorych na wybrane nowotwory złośliwe w Polsce na tle krajów europejskich w latach 2005–2009 na podstawie badania CONCORD 2. *Nowotw. J. Oncol* 2016, 66, 202–211
16. Baczewska B., Block B., Kropornicka B., Niedzielski A., Malm M., Zwolak A., Makara Studzińska M.: Hope in Hospitalized Patients with Terminal Cancer. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019, 16(20), 38- 67 .
17. Seredyńska D, Mordak M.: Oczekiwania osób terminalnie chorych względem siebie, najbliższych, instytucji oraz Kościoła i Boga. *Muzeum Historii Polski*, Bydgoszcz 2011, s. 153 - 174 .
18. Kübler-Ross E.: Śmierć: ostatni etap rozwoju. Wydawnictwo MT Biznes, Warszawa 2008, ss. 264 .

19. Ocalewski J., Izdebski P.: Doświadczenie choroby nowotworowej wśród osób w późnej starości. Przegląd badań. Gerontologia Polska 2016;24, s. 251-258.

NADZIEJA JAKO CZYNNIK DUCHOWEGO PRZETRWANIA W TERMINALNEJ FAZIE CHOROBY NOWOTWOROWEJ

Agnieszka Waleczko¹, Alicja Winiarczyk¹, Kinga Żurawska vel Dziurawiec¹, Marta Jurkiewicz¹, Jolanta Kopec¹, Bożena Baczewska²

1 - Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyśle, Instytut Ochrony Zdrowia

2 - Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Interny i Pielęgniarstwa Internistycznego,

WSTĘP

Świadomość zbliżającego się końca życia powoduje u większości pacjentów ból egzystencjalny. W tym czasie pacjent czuje się osamotniony, smutny, boi się, a natężenie tych odczuć wzrasta wraz z upływem czasu. Człowiek czuje się wówczas zawieszony pomiędzy niepokojem a ufnością, ale przede wszystkim między zwątpieniem a nadzieją [1]. W tak trudnym okresie nadzieja jest stanem oczekiwania na coś dobrego, co może wydarzyć się w przyszłości. Ma to niebagatelne znaczenie dla poprawy jakości życia pacjentów w terminalnej fazie choroby, ponieważ przywraca optymizm, motywuje do podejmowania działań, jak również ułatwia przezwyciężanie trudności [2]. Strach przed śmiercią, poczucie bezsilności i brak nadziei wyczerpują wewnętrzną energię pacjenta, która jest mu potrzebna, aby stawić czoła problemom [3]. W tym okresie niezwykle istotne jest towarzyszenie choremu oraz niepozostawianie go samego z duchowymi rozterkami. Warto zachęcić osoby bliskie, rodzinę, przyjaciół do tego, aby nie unikali szczerych rozmów z osobą umierającą. Jest to trudne dla obu stron, przy czym wymaga wiele taktu i delikatności ze strony osób towarzyszących w chorobie. Wysłuchanie bliskiej osoby, rozmowa o kończącym się życiu to z jednej strony wsparcie i pomoc oraz wyraz prawdziwej przyjaźni i trwania „na dobre i na złe”, jednak stanowi ogromne wyzwanie, ponieważ obie strony muszą zmierzyć się z bezwzględny upływem czasu i nieuchronnie zbliżającą się śmiercią. Często zwierzenie się ze spraw, które przez lata były utrzymywane w tajemnicy, przynosi ulgę i ukojenie. Wiele osób dokonuje podsumowania swojego życia, odnajdują jego sens i utwierdzają się w przekonaniu, że uczynili wiele dobra dla innych [4].

Od kilku dekad obserwuje się coraz większe zainteresowanie nadzieją i jej znaczeniem w różnych dziedzinach naukowych, a szczególnie w medycynie. Obecnie możliwe jest dokonanie jej analizy za pomocą coraz bardziej czułych metod empirycznych i pomiarowych. Uwaga badaczy skupiona jest przede wszystkim wokół roli, jaką pełni nadzieja wobec zachowań jednostki i społeczeństwa [5]. Nadzieja pozwala człowiekowi odważniej iść przez życie, daje wsparcie w działaniu, pomaga w osiąganiu sukcesów i przezwyciężaniu niepowodzeń[6]. Nadzieja odciska swoje piętno w życiu każdego człowieka. Motywuje i pobudza do działania, przyczynia się do jego wszechstronnego i pełnego rozwoju. Brak nadziei najczęściej prowadzi do apatii, nudy, frustracji i rozpacz. Na przykład rodzice, którzy oczekują narodzenia dziecka, z nadzieją patrzą na rozwijające się nowe życie. Dziecko z ufnością patrzy na rodziców, którzy są dla niego źródłem bezpieczeństwa, miłości i bliskości. Młody człowiek z nadzieją patrzy w przyszłość, która jest dla niego nieznana i odległa. Małżeństwo, które przeżywa trudne chwile, z nadzieją podejmuje walkę i wierzy, że przezwycięży trudności. Człowiek, który utracił pracę ma ogromną nadzieję, że znajdzie nowe, lepsze zatrudnienie. Więzień żyje nadzieją na odzyskanie wolności, a chory ma nadzieję na powrót do zdrowia. Natomiast człowiek, który jest u kresu życia z nadzieją oczekuje spotkania z Bogiem. W codziennym życiu człowieka nadzieja kształtuje świat w bardziej ludzkiej formie. Jest pewnego rodzaju motorem, który mobilizuje i nadaje sens ludzkiemu życiu. Nadzieja jest również wartością samą w sobie jako źródło radości, innowacyjnych działań czy optymistycznego myślenia. Dzięki nadziei postrzegamy świat jako przyjazny, teraźniejszość i przyszłość jako obszar szans i możliwości dla siebie i otoczenia, co w zdecydowanym stopniu wzmacnia poczucie sensu ludzkiej egzystencji [7-8]. Nadzieja, optymistyczne nastawienie do życia, jak również wiara w siebie i własne siły wpływają pozytywnie na potencjał odpornościowy organizmu. Ich ożywcze działanie ma istotny wpływ na psychologiczne procesy radzenia sobie z różnymi stanami emocjonalnymi, które pojawiają się w przebiegu choroby nowotworowej [9]. U osób, które leczą się onkologicznie mieszanina intensywnych, najczęściej negatywnych uczuć przeplata się nadzieją, która radykalnie zmniejsza następstwa tych emocji. Mówi się, że jest to stan oczekiwania od przyszłości czegoś dobrego[10]. Nadzieja mobilizuje do działania, przywraca optymizm, ułatwia znoszenie trudności, a co za tym idzie, podnosi jakość życia osoby chorej. Jednak jakość reakcji emocjonalnych jest uwarunkowana indywidualnymi cechami osobowości, wśród których wymienić można skłonność do pesymizmu, czy wystudiowana bezradność [11,12].

Literatura przedmiotu nie przedstawia jednoznacznej definicji tego zjawiska ze względu na jego wieloznaczność, różnorodny sposób pojmowania i postrzegania w zależności od aktualnej sytuacji życiowej. Nadzieja, to zjawisko, które bardzo często występuje wśród osób chorych, a szczególnie wśród pacjentów leczonych onkologicznie. Ogólna definicja nadziei, to „oczekiwanie spełnienia się czegoś pożądanego i ufność, że to się spełni, urzeczywistni”[13] czy też „możliwość spełnienia czegoś”. W ujęciu psychologicznym nadzieja pojmowana jest jako emocja [14] lub optymistyczny styl myślenia, który pozwala osiągnąć wysoki poziom jakości życia [15] lub proces myślowy [16]. Nadzieja bardzo wyraźnie i konkretnie wpisuje się w wymiar ludzkiego doświadczenia. Jest również podstawą dobrej jakości życia i zarówno w odniesieniu do przyszłości, jak również ma wpływ na aktualne wydarzenia. To właśnie nadzieja warunkuje jakość przeżyć wewnętrznych, relacji czy osiągnięć, jak również warunkuje postrzeganie siebie i własnego otoczenia [17]. W potocznym rozumieniu nadzieja jest to oczekiwanie na określone wydarzenie, które jest mniej lub bardziej umotywowane, a przy tym przepełnione pragnieniem. W znaczeniu subiektywnym jest to dążenie do dobra lub szczęścia. Ponadto może oznaczać stan coraz większej pewności siebie, wiary, ufności i optymizmu, jak również przekonanie o pozytywnym rozwiązaniu istniejących trudności. Z kolei w znaczeniu obiektywnym nadzieja jest to korzystna okoliczność lub zdarzenie [18]. Zjawisko nadziei ma swoje źródło w instynkcie przetrwania, którego przejawem była walka o byt. Zatem jest to wynik rozwoju duchowego, który niezaspokojony tym co ma nadejść pragnie zdobyć więcej, chociaż by to było trudne lub niemożliwe do zdobycia [19]. Nadzieja w ujęciu religijnym może przynieść ocalenie od paraliżującego strachu i bezowocnej pasywności. Z kolei nadzieja, postrzegana jako wyzwolenie, to wiara w lepszą przyszłość, bez cierpienia i zniewolenia, na przykład chorobą, co można osiągnąć poprzez odpowiednie działanie. Pozwala ona wykrzesać z siebie energię niezbędną do podjęcia niezbędnych czynności, uzbraja w cierpliwość w oczekiwaniu na lepsze jutro. Nadzieja niesie ze sobą zapowiedź spełnienia ważnych celów i osiągnięcia cenionych wartości. W pewnym sensie doświadczają jej wszyscy, bez względu na istniejące różnice osobnicze, ponieważ każdy z nas ma jakieś potrzeby i pragnienia [20]. Nadzieja motywuje człowieka do zaangażowania, pozwala na roztropne, inteligentne patrzeć w przyszłość, jak również na korzystanie z całego ludzkiego potencjału. Jest fundamentem ludzkiej egzystencji. Przejawia się to tym, że ludzie o wysokim stopniu nadziei są optymistycznie nastawieni do życia, trudności traktują jako wyzwania, są skoncentrowani na osiąganiu sukcesów niż na dostrzeganiu we wszystkim porażek. Tacy ludzie łatwiej radzą

sobie z trudnościami i łatwiej przystosowują się do nowych okoliczności [21]. Ponadto są bardziej kreatywni w działaniu, używają przeróżnych strategii, aby osiągnąć wybrany cel, potrafią pozytywnie wykorzystywać dobry nastrój, humor i inne zdolności, łatwiej dostosowują się do niespodziewanych trudności. Cechuje ich wyższy poziom wewnętrznej energii i nie boją się podejmować nowych wyzwań. W zderzeniu z silnym stresem osoby takie są bardziej stabilne i mniej podatne na jego negatywne skutki. Im wyższy poziom nadziei, tym mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia depresji, smutku, lęku czy skłonności samobójczych [22, 23].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy była próba dokonania oceny wpływu nadziei wśród osób w terminalnej fazie choroby nowotworowej.

Problemy badawcze w niniejszej pracy zostały sformułowane w oparciu o pytania:

1. Jaki jest poziom i profil nadziei chorych w terminalnej fazie choroby nowotworowej?
2. Jaki jest poziom nadziei w wymiarze religijno-duchowym, sytuacyjnym

MATERIAŁ I METODY

Badania zostały przeprowadzone w dziennych i całodobowych oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej w 17 ośrodkach na terenie całej Polski, w tym, w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej. Zespół badawczy, kierowany przez dr Bogusława Blocka, podjął badania po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (nr opinii KE-0254/225/2010). Badaniem objęto 303 osoby. Wszyscy pacjenci wyrazili zgodę na udział w badaniu, a także zostali poinformowani o poufności ich danych osobowych. Rozmowa z chorymi miała również walory terapeutyczne. Badania prowadzono w życzliwej atmosferze, w intymnych warunkach, które były akceptowane przez obie strony. W przypadku pojawienia się trudności ze zrozumieniem pytań, ankietowani otrzymywali niezbędne wyjaśnienia.

W 2019 roku zespół pod kierunkiem dr Bożeny Baczewskiej podjął kontynuację wyżej wymienionych badań, do których został skrupulatnie przygotowany nie łamiąc zasad ustalonych przez dr Bogusława Blocka.[24, 25]. Autorka niniejszej pracy wzięła czynny udział w zbieraniu materiału badawczego. Materiał do niniejszych badań uzyskano wykorzystując metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym wykorzystanym w

pracy był test do badania nadziei (NCN-36) autorstwa B.L. Blocka, opracowany do badania osób, które zmagają się z ciężkimi chorobami zagrażającymi życiu.

W badaniu wzięły udział 303 osoby, z czego większość stanowiły kobiety (n=194; 64,03%). Średni wiek badanych wyniósł $58,53 \pm 14,43$ lata. Najmłodsza osoba miała 18 lat, a najstarsza 94 lata. Najwięcej ankietowanych mieszkało w dużych miastach, powyżej 100 tys. mieszkańców (n=108; 35,64%). Nieco mniej badanych mieszkało na wsi (n=78; 25,74%) lub w mieście do 50 tys. mieszkańców (n=73; 24,09%). Najmniej badanych mieszkało w mieście od 50 do 100 tys. mieszkańców (n=44; 14,52%). Większość osób była żonata/zamężna (n=159; 52,48%), znacznie mniej było wdowcem/wdową (n=74; 24,42%). Jedna trzecia ankietowanych miała wykształcenie średnie (n=100; 33,0%), nieco mniej zawodowe (n=71; 23,43%) lub podstawowe (n=61; 20,13%). Najmniej badanych miało wykształcenie wyższe (n=46; 15,18%) lub niepełne wyższe (n=25; 8,25%). Prawie połowa ankietowanych określiła swoją sytuację materialną jako zadowalającą (n=130; 42,90%), znacznie mniej jako dobrą (n=84; 27,72%) lub złą (n=75; 24,75%). Zdecydowanie najmniej ankietowanych określiło swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą (n=14; 4,62%). Status społeczno-zawodowy wśród ankietowanych zróżnicowany. Najwięcej było pracowników fizycznych (n=114; 37,62%) i pracowników umysłowych/biurowych (n=72; 23,76%). Najmniej było przedsiębiorców prywatnych (n=11; 3,63%), osób wykonujących wolny zawód (n=7; 2,31%) i uczniów/studentów (n=4; 1,32%). Najwięcej osób było na emeryturze (n=51; 16,83%), wykonywało pozostałą działalność usługową (n=29; 9,57%) lub było na rencie (n=25; 8,25%). Najmniej badanych wykonywało działalność w zakresie usług administrowania i działalność wspierająca (n=3; 0,99%), pracowało w informacji i komunikacji (n=3; 0,99%) lub było zatrudnionych przy wytwarzaniu i zaopatrywaniu w energię elektryczną, gaz, parę wodną, gorącą wodę i powietrze (n=3; 0,99%). Ponad jedna trzecia ankietowanych określiła swój nastrój jako smutny - rozchwiany (n=105; 34,65%), niewiele mniej jako wesoły wyrównany (n=89; 29,37%). Nastrój jednej piątej osób był smutny - wyrównany (n=66; 21,78%), a najmniej osób określiło swój nastrój jako wesoły-rozchwiany (n=43; 14,19%). Najwięcej osób określiło łatwość ujawniania uczuć jako zamknięty w sobie kontrolujący się (n=120; 39,60%), a najmniej jako zamknięty w sobie-spontaniczny (n=25; 8,25%). 27,39% badanych było osobami otwartymi-spontanicznymi, a 24,75% otwartymi-kontrolującymi się. Prawie połowa ankietowanych działała szybko i aktywnie (n=142; 46,86%), prawie jedna trzecia wolno i biernie (n=97; 32,01%). Znacznie mniej osób działało wolno i aktywnie (n=50; 16,50%), a najmniej szybko i biernie (n=14;

4,62%). Z analizy czasu chorowania badanych usunięto 3 przypadki najbardziej odstające: dwóch pacjentów chorowało 372 miesiące, a jeden pacjent 480 miesięcy. Zdecydowana większość ankietowanych chorowała od 1 do 50 miesięcy. Średni czas chorowania wyniósł $34,80 \pm 45,31$ miesięcy. Najkrótszy czas chorowania wyniósł 1 miesiąc a najdłuższy 300 miesięcy. Mediana czasu chorowania wyniosła 24, co oznacza, że połowa pacjentów chorowała 24 miesięcy lub krócej, a połowa 24 miesiące lub dłużej. Najwięcej pacjentów chorowało 12 miesięcy ($n=39$). Badani najczęściej chorowali na nowotwory układu płciowego ($n=93$; 30,69%). Często występowały również nowotwory układu oddechowego ($n=49$; 16,17%), układu pokarmowego ($n=41$; 13,53%) i inne ($n=36$; 11,88%). Najrzadziej z kolei występował rak skóry ($n=5$; 1,65%). Zdecydowana większość pacjentów była świadoma swojej choroby ($n=247$; 81,52%). Jednak niemal jedna piąta pacjentów ($n=56$; 18,48%) nie miała świadomości swojej choroby. Zdecydowana większość ankietowanych była pod opieką rodziny ($n=252$; 83,17%). Pozostałe formy opieki występowały znacznie rzadziej: 6,6% osób nie miało nikogo do pomocy w opiece, 3,30% było pod opieką hospicjum lub szpitala, 2,64% pod nadzorem opieki społecznej, 2,31% pod opieką sąsiadów lub opiekunki, a 1,98% pod opieką dalszej rodziny. Prawie połowa chorych korzystała z opieki domowej ($n=142$; 46,86%), podobny odsetek był pod opieką hospicjum stacjonarnego ($n=134$; 44,22%). Najmniej ankietowanych korzystało z opieki oddziału paliatywnego ZOZ-u. większość chorych miała wsparcie u jednej osoby z rodziny lub ogólnie rodziny ($n=193$; 63,70%), a prawie jedna piąta miała wsparcie u dwóch osób z rodziny lub rodziny i co najmniej jednej innej osoby ($n=56$; 18,48%). Prawie co dziesiąta osoba nie miała żadnego wsparcia ($n=27$; 8,91%). Tyle samo osób miało wsparcie wśród wielu osób z rodziny, krewnych, osób trzecich. W pracy wykorzystano kartę indywidualną T. Witkowskiego oraz NCN-36 B. Blocka oraz z narzędzia do badań jakości życia McGilla wybrano zmienne badające poczucie wsparcia. W części metryczkowej zamieszczono pytania o dane demograficzne, które umożliwiają dokonanie charakterystyki badanej grupy. Karta Indywidualna T. Witkowskiego została skonstruowana dla osób w terminalnej fazie choroby nowotworowej. Zawarte w niej pytania określały następujące dane: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, współmieszkańcy, stan cywilny, wykształcenie, sytuacja materialna, status społeczno – zawodowy, zawód wyuczony, ogólny nastrój, łatwość ujawniania uczuć, ogólne tempo działania, czas od zachorowania, rodzaj choroby, osoba opiekująca się w chorobie oraz sposób leczenia. Zasadniczym narzędziem badawczym wykorzystanym w niniejszej pracy był test NCN-36 autorstwa B.L. Blocka, opracowany do badania nadziei wśród osób, które zmagają się z ciężkimi chorobami

zagrożającymi życiu. W skład testu wchodzi 36 zagadnień zamkniętych z siedmioma możliwymi odpowiedziami. Test zbudowany jest z 4 skal, które zostały wyodrębnione za pomocą analizy czynnikowej. Każda z nich składa się z 8 pozycji. Ponadto w teście zostały zamieszczone cztery pytania buforowe. Test ten pozwala dokonanie oceny nadziei w wymiarze sytuacyjnym, jakim jest zdrowie, w wymiarze teliczno-temporalnym, jakim są cele, w wymiarze duchowym, rozumianym jako przekonania religijne oraz w wymiarze emocjonalno - uczuciowym w postaci motywacji.

W analizie statystycznej wykorzystano weryfikacje hipotez statystycznych opartą o testy statystyczne: korelację Spearmana, test U Manna-Whitneya, test Kruskala-Wallisa, dwuczynnikową analizę wariancji ANOVA. Test U Manna-Whitneya został zastosowany przy porównywaniu 2 prób niezależnych (grup). Test Kruskala-Wallisa został zastosowany przy porównywaniu więcej niż 2 prób niezależnych (grup). Dwuczynnikowa analiza wariancji ANOVA została wykorzystana do zbadania wpływu dwóch zmiennych nominalnych na poziom nadziei. Korelacja Spearmana została wykorzystana do badania związku pomiędzy danymi ilościowymi. Opracowanie wyników badań zostało wykonane z wykorzystaniem programu „STATISTICA 13.3” oraz Microsoft Excel 2016. Istotność różnic i zależności stwierdzono przy p-wartości $<0,05$.

WYNIKI

Średni wynik ogólnej nadziei wśród badanych wyniósł $4,56 \pm 0,92$. Najwyższy osiągnięty wynik ogólny wyniósł 6,63, a najniższy 1,47. Badani uzyskali najwyższe wyniki w wymiarze religijno-duchowym, a najniższe w wymiarze sytuacyjnym. Szczegółowe wyniki poziomu nadziei wśród badanych pacjentów przedstawiają tabela 1.

Ogólny poziom nadziei najczęściej mieścił się w przedziale 4,0-4,99 ($n=132$; 43,56%), a najrzadziej w przedziale 1,0-1,99 ($n=2$; 0,66%).

Poziom nadziei w wymiarze sytuacyjnym najczęściej mieścił się w przedziale 3,0 -3,99 ($n=77$; 25,41%), a najrzadziej w przedziale 1,0-1,99 ($n=22$; 7,26%).

Poziom nadziei w wymiarze teliczno-temporalnym najczęściej mieścił się w przedziale 4,0-4,99 ($n=105$; 34,65%), a najrzadziej w przedziale 1,0-1,99 ($n=5$; 1,65%).

Poziom nadziei w wymiarze duchowo-religijnym najczęściej mieścił się w przedziale 5,0-5,99 ($n=112$; 36,96%), a najrzadziej w przedziale 1,0-1,99 ($n=2$; 0,66%).

Poziom nadziei w wymiarze afektywnym najczęściej mieścił się w przedziale 4,0 4,99 ($n=122$; 40,26%), a najrzadziej w przedziale 1,0-1,99 ($n=1$; 0,33%).

Tabela 1. Poziom nadziei w terminalnej fazie choroby nowotworowej mierzony testem NCN-36 NCN-36

NCN-36	M	SD	Min.	Max.	Me	
Wymiar sytuacyjny		3,93	1,40	1,13	7,0	3,75
Wymiar telicznotemporalny		4,81	1,18	1,0	7,0	4,88
Wymiar duchowo religijny		5,30	1,14	1,0	7,0	5,38
Wymiar afektywny		4,19	0,92	1,88	6,38	4,13
Wynik ogólny		4,56	0,92	1,47	6,63	4,56

M - średnia, SD – odchylenie standardowe, Min – minimum, Max – maximum, Me – mediana

Tabela 2.

Przedziały klasowe	Liczebność	%
7-6 %	14	4,63
5,99-5,0	85	28,05
4,99-4,0	132	43,56
3,99-3,0	59	19,47
2,99-2,0	11	3,63
1,99-1,0	2	0,66

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w poziomie nadziei w wymiarze sytuacyjnym w zależności od rodzaju instytucji świadczącej pomoc. Można jednak zauważyć, że nieco wyższy poziom nadziei w wymiarze sytuacyjnym występował u osób będących pod opieką oddziału paliatywnego ZOZ. Zbadano również związek pomiędzy nadzieją w wymiarze teliczno - temporalnym a instytucją świadczącą pomoc. Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w poziomie nadziei w wymiarze teliczno-temporalnym w zależności od rodzaju instytucji świadczącej pomoc. Ponadto zbadano związek pomiędzy nadzieją w wymiarze duchowo - religijnym a instytucją świadczącą pomoc. Analiza statystyczna wykazała istotne różnice w poziomie nadziei w wymiarze duchowo-religijnym w zależności od rodzaju instytucji świadczącej pomoc. Zdecydowanie najwyższy poziom

nadziei w wymiarze duchowo-religijnym mieli badani znajdujący się pod opieką hospicjum stacjonarnego. Dodatkowo poddano analizie związek pomiędzy nadzieją w wymiarze afektywnym a instytucją świadczącą pomoc. Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w poziomie nadziei w wymiarze afektywnym w zależności od rodzaju instytucji świadczącej pomoc.

Średni wynik ogólnej nadziei wśród badanych wyniósł $4,76 \pm 0,84$. Najwyższy osiągnięty wynik ogólny wyniósł 6,59, a najniższy 2,16. Badani uzyskali najwyższe wyniki w wymiarze religijno-duchowym, a najniższe w wymiarze sytuacyjnym. Średni wynik ogólnej nadziei wśród badanych wyniósł $4,13 \pm 1,04$. Najwyższy osiągnięty wynik ogólny wyniósł 6,56, a najniższy 1,47. Badani uzyskali najwyższe wyniki w wymiarze religijno-duchowym, a najniższe w wymiarze sytuacyjnym.

DYSKUSJA

W przypadku wielu jednostek chorobowych rozwój nauki i technologii oraz postęp medyczny może doprowadzić do sukcesu terapeutycznego jakim jest pełne wyleczenie. Natomiast w przypadku raka, pomimo intensywnego rozwoju onkologii, całkowity powrót do zdrowia jest możliwy tylko w niektórych przypadkach. Bywa również, że po długim okresie remisji osoby te stają w obliczu śmiertelnej fazy raka. Jest to czas, kiedy pacjent wymaga specjalistycznej opieki i leczenia zapewnianego przez lekarzy, pielęgniarki i osoby bliskie. Okres ten jest specyficzny, ponieważ sytuacja pacjentów ulega radykalnym zmianom, a ich przyszłość jest nieznana i niepewna. Całokształt sytuacji odciska swoje piętno na kondycji psychicznej pacjentów i strukturze ich nadziei [26].

Prekursorem polskich badań nad nadzieją chorych w terminalnej fazie choroby jest B. Block [27]. Badania przeprowadzone w 2010 roku wykazały, że pacjenci mieli duży poziom nadziei, a zwłaszcza w wymiarze teliczno – temporalnym i duchowym z umiarkowanym poziomem nadziei w wymiarze afektywnym i sytuacyjnym. Natomiast badania przeprowadzone przez Baczewską i wsp.[26] pokazują, że ogólny poziom nadziei w tym szczególnym czasie jest na niskim i umiarkowanym poziomie. Profil nadziei zdominowany był przez jej wymiar duchowo – religijny, gdzie poziom nadziei był wysoki. Zarówno w wymiarze teliczno – temporalnym jak i afektywnym poziom nadziei był umiarkowany.

Natomiast nadzieja w wymiarze sytuacyjnym była na najniższym poziomie. Z badań własnych wynika, że poziom nadziei chorych w terminalnej fazie choroby był na średnim poziomie ($Me=4,56$). Ankietowani uzyskali najwyższe wyniki w wymiarze religijno

– duchowym ($Me=5,38$) natomiast najniższe w wymiarze sytuacyjnym ($Me=3,75$). Uzyskane wyniki mogą świadczyć o tym, iż pacjenci, którzy są świadomi swojej choroby i rokowania, wiedzą, że „ziemskie metody” nie odniosą już żadnego rezultatu, zatem powierzają swoje życie „Wyższej Istocie”, jej mocy, miłosierdziu i opiece. Taka postawa pozwala uzyskać duchowy spokój i poczucie wsparcia, jak również pomaga zaakceptować własną sytuację życiową. Natomiast wyniki uzyskane w wymiarze sytuacyjnym mogą przemawiać za tym, że wiara ankietowanych na wyzdrowienie jest znikoma.

Poczucie osamotnienia, braku wsparcia i nadziei to nieodłączne elementy, które towarzyszą człowiekowi umierającemu. Bardzo często nieumiejętne okazywanie współczucia wzmacnia jedynie poczucie odmienności, życiowej degradacji i powoduje, że pacjent wstydzi się swojej choroby, przez co samoistnie izoluje się od otoczenia ograniczając do siebie dostęp. Warto jednak podjąć wysiłek, który sprawi, że człowiek ten ponownie otworzy się na innych. Dzięki temu przeżywanie tych ostatnich, trudnych chwil może stać się choć trochę łatwiejsze, a podana „pomocna dłoń” pomoże mu „przejsć na drugą stronę”.

Z badań własnych wynika, że poziom odczuwanej nadziei w wymiarze sytuacyjnym był wyższy wśród osób korzystających z opieki oddziału paliatywnego ($Me=4,63$) w porównaniu do osób korzystających opieki domowej ($Me=4,0$) i hospicjum stacjonarnego ($Me=3,5$). Następnie poziom odczuwanej nadziei w wymiarze teliczno - temporalnym był mało zróżnicowany, jednak wyższy wśród osób korzystających z opieki oddziału paliatywnego ($Me=5,0$) w porównaniu do osób korzystających opieki domowej ($Me=4,88$) i hospicjum stacjonarnego ($Me=4,69$). Również poziom odczuwanej nadziei w wymiarze duchowo - religijnym był mało zróżnicowany, jednak wyższy poziom zaobserwowano wśród osób korzystających z opieki hospicjum stacjonarnego ($Me=5,75$) w porównaniu do osób korzystających opieki domowej ($Me=5,25$) i oddziału paliatywnego ($Me=5,30$). Natomiast poziom odczuwanej nadziei w wymiarze afektywnym był mało zróżnicowany, jednak wyższy poziom zaobserwowano wśród osób korzystających z opieki oddziału paliatywnego ($Me=4,25$) w porównaniu do osób korzystających opieki domowej ($Me=4,13$) i hospicjum stacjonarnego ($Me=4,13$).

Proces umierania jest bardzo trudny pod względem emocjonalnym dla obu stron, zarówno dla osób umierających, jak i osób, które wspierają je w tych trudnych chwilach. Jeżeli pacjent jest gotowy na przyjęcie pomocy, nie odrzuca jej, jak również, jeżeli ta pomoc jest prowadzona w sposób akceptowalny przez pacjenta, wówczas jego poczucie wsparcia

wzrasta, a tym samym poziom nadziei jest zdecydowanie wyższy w porównaniu do osób, które odrzuciły pomoc innych [28].

Poziom nadziei w terminalnej fazie choroby nowotworowej u osób o wysokim poczuciu wsparcia był najwyższy w wymiarze duchowo – religijnym ($Me=5,75$), natomiast zdecydowanie niżej prezentował się w wymiarach teliczno – temporalnym ($Me=5,0$), afektywnym ($Me=4,38$) oraz sytuacyjnym ($Me=3,88$). Również poziom nadziei w terminalnej fazie choroby nowotworowej u osób o niskim poczuciu wsparcia był najwyższy w wymiarze duchowo – religijnym ($Me=5,13$), natomiast zdecydowanie niżej prezentował się w wymiarach teliczno – temporalnym ($Me=4,5$), afektywnym ($Me=3,75$) oraz sytuacyjnym ($Me=3,25$).

Reasumując Badania własne potwierdziły doniesienia innych badaczy, że największe znaczenie dla chorych umierających ma nadzieja w wymiarze duchowo – religijnym.

WNIOSKI

Wyniki uzyskane w toku badań pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. Ogólny poziom nadziei w terminalnej fazie choroby nowotworowej jest na niskim poziomie, przy czym najwyższy poziom nadziei obserwuje się w wymiarze duchowym, a najniższy w wymiarze teliczno – temporalnym.
2. Poziom nadziei badani uzyskali najwyższe wyniki w wymiarze religijno-duchowym, a najniższe w wymiarze sytuacyjnym.

PIŚMIENNICTWO

1. Życzkowska J. M.: „Dobra śmierć”, a więc jaka? Oczekiwania pacjentów w ostatnich dniach życia. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2016; 10, 2: 48–53
2. Walden-Gałaszko de K.: U kresu. Opieka psycho-paliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi środkami psychologicznymi, [At the end. Psycho-palliative care – how to help the patient, family and staff with psychological tools], Gdańsk: MAKmed. 1996. (in Polish)
3. Baczewska B, Block B, Jędrych M, Kropornicka B, Drop B, Zwolak A.: Hope of patients in the terminal phase of cancer and place of residence. *Ann Agric Environ Med.* doi: 10.26444/aaem/104588
4. Życzkowska J. M.: Dobra śmierć, a więc jaka? Oczekiwania pacjentów w ostatnich dniach życia. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2016; 10, 2: 48–53.

5. Koziński J.: Psychologia nadziei. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2006.
6. Skowroński B.: wartości deklarowane nieletnich matek. *Seminare*, 2013; 34: 189-204.
7. Chrobak S.: Podstawy pedagogiki nadziei. Współczesne konteksty w inspiracji personalistyczno – chrześcijańskiej. Wydawnictwo UKSW, Warszawa 2009.
8. Pabich R.: Nadzieja podstawowa a poczucie sensu życia i lęk przed śmiercią u młodzieży akademickiej. *Forum Pedagogiczne* 2015; 1:119 – 134.
9. Mazurowska R.: Oswoić strach. *Ozon*, 2005; 22: 47
10. Simonton C., Matthews-Simonton S., Creighton J.L., Triumf życia, możesz mieć przewagę nad rakiem. Łódź 2005: 34-68.
11. Piskozub M.: Nadzieja w chorobie i niepełnosprawności. *Fides de Ratio* 2008: 71 – 82
12. Jaworski R.: Harmonia i konflikty. Empiryczna weryfikacja podstawowego paradygmatu psychologii pastoralnej. Warszawa 2004: 252-256.
13. Doroszewski W.: Słownik Języka Polskiego <https://sjp.pwn.pl/slowniki/nadzieja.html> [dostęp 2019-06 01] .
14. Snyder C.R., Lopez S.J.: *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press, New York 2002: 258.
15. Trzebińska E.: Psychologia lepszego życia. *Charaktery*, 2004; 6:30-31.
16. Stefańska-Klar R., Podstawy psychologii nadziei, *Psychologia i rzeczywistość*, 2002.
17. Snyder C.R., Rand K.L., Sigmon D.R.: Hope theory: A member of the positive psychology family, w: *Handbook of positive psychology*, (red.). C.R. Snyder, S.J. Lopez, New York 2002: 257.
18. Cutcliffe J.R.: The inspiration of hope in bereavement counseling, London 2004: 33-50.
19. Jankowska, M.: Nadzieja człowieka w aspekcie wiary i rozumu, w: Czy rozum jest w konflikcie z wiarą? WX rocznicę ogłoszenia Encykliki Fides et Ratio (red.). J. Krokos, M. Ryś, Warszawa 2009: 15-230.
20. Canova F.: Le chiavi della speranza, Cinisello Balsamo 1989: 11-13.
21. Jackson W.T., Taylor R.E., Palmatier A.D., Elliott T.R., Elliott J.L.: Negotiating the reality of visual impairment: Hope, coping, and functional ability. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 1998; 5:173-185.
22. Danneels G.: Sperare. La società depressa, Cinisello Balsamo 2006: 43-63.
23. Kwiatek P.: *SEMINARE* 2012; 31:157-170.

24. Block, B.L.: Skala NCN-36 jako narzędzie pomiaru nadziei u pacjentów onkologicznych. *Psychoonkologia*, 2012;16(3): 45–56.
25. Baczewska, B. (red.): Nadzieja w obliczu choroby nowotworowej: kontynuacja badań nad skalą NCN-36. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Lublinie 2019.
26. Baczewska B., Block B., Kropornicka B., Niedzielski A., Malm M., Zwolak A., Makara Studzińska M.: Hope in Hospitalized Patients with Terminal Cancer. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019; 16(20):38- 67.
27. Block, B.L. Nadzieja onkologicznie chorych. In *Ból i Cierpienie-Ujęcie Interdyscyplinarne—Żyć Godnie do Końca*; Krzyżanowski, D., Payne, M., Fał, A., Eds.; PRESSCOM: Wrocław, Poland, 2013: 195–218.
28. Kübler-Ross E.: *Śmierć: ostatni etap rozwoju*. Wydawnictwo MT Biznes, Warszawa 2008: 264

POZIOM JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTÓW Z CHOROBAJĄ NOWOTWOROWĄ: ASPEKTY FIZYCZNE, PSYCHICZNE I SPOŁECZNE

Alicja Winiarczyk¹, Agnieszka Waleczko¹, Kinga Żurawska vel Dziurawiec¹, Marta Jurkiewicz¹, Jolanta Kopeć¹, Bożena Baczewska²

1- Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyślu, Instytut Ochrony Zdrowia

2- Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Interny i Pielęgniarstwa Internistycznego,

WSTĘP

Otrzymanie diagnozy choroby nowotworowej i związanych z nią konsekwencji często prowadzi do znacznego pogorszenia postrzeganej jakości życia pacjenta. Zmienia się nie tylko życie społeczne i kontakty interpersonalne, ale również poczucie bezpieczeństwa oraz dotychczasowa rola życiowa chorego. Nowotwór wprowadza ograniczenia w realizacji wcześniejszych planów i aspiracji, przez co pacjenci często postrzegają chorobę jako źródło obniżenia jakości życia [1]. Jakość życia w przebiegu choroby nowotworowej obejmuje kilka wymiarów: fizyczny – sprawność ruchową i doznania somatyczne, psychiczny – emocje i procesy poznawcze, społeczny – relacje i sytuację ekonomiczną, a także duchowy, który w obliczu nieuleczalnej choroby nabiera szczególnego znaczenia [2,3]. Badania nad pacjentami leczonymi chemioterapią wykazały, że zarówno sama choroba, jak i jej leczenie wpływają negatywnie na wszystkie wymienione obszary jakości życia, a zwłaszcza na sferę emocjonalną, wywołując poczucie zagrożenia i stres [4]. Nagła i poważna choroba powoduje utratę kontroli nad własnym ciałem i życiem, a także nad przebiegiem leczenia. Pacjenci onkologiczni doświadczają fizycznego i psychicznego cierpienia, poczucia bezsilności oraz zależności od innych osób [5]. W obliczu tych trudności osoby chore uruchamiają mechanizmy adaptacyjne i obronne, poszukując informacji na temat swojej choroby oraz sposobów radzenia sobie z nią, aby w miarę możliwości odzyskać poczucie kontroli i poprawić swoje samopoczucie [5].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy była próba określenia poziomu jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową.

Problemy badawcze w niniejszej pracy zostały sformułowane w oparciu o pytania:

1. Jaka jest ogólna jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową w okresie chemioterapii?
2. Jaka jest jakość życia w sferze fizycznej, psychicznej, społecznej i środowiskowej?
3. Jaki jest związek pomiędzy cechami badanej grupy a akceptacją choroby?

MATERIAŁ I METODY

Badania zostały przeprowadzone w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie w Oddziale Chemioterapii stacjonarnej i Diennej. Badaniami objęto 105 osób, w terminie od października 2019 roku do marca 2020 roku. Wszyscy ankietowani wyrazili zgodę na udział w badaniu. Badani zostali poinformowani o temacie i celu prowadzonych badań oraz jak należy prawidłowo wypełnić kwestionariusz. Ze względu na trudności związane z samodzielnym wypełnianiem ankiet, część ankietowanych skorzystała z pomocy samego badacza, która polegała na czytaniu pytań i zaznaczaniu odpowiednio wybranych przez respondenta odpowiedzi. Badania miało charakter anonimowy i każdy chory wyraził zgodę.

W badaniach, które były dobrowolne i anonimowe, wzięło udział 105 pacjentów leczonych metodą chemioterapii. Wśród badanej grupy chorych na chorobę nowotworową kobiety stanowiły 68,57% (72 osoby), a mężczyźni 31,43% (33 osoby). Wiek badanych chorych był zróżnicowany i wahał się od 22 do 75 lat. Największą grupę respondentów bo 45,11% stanowiły osoby w przedziale wiekowym między 55 a 65 rokiem życia a najmniejszą osoby w wieku 22 lat (1,9%) i 77 lat (1%). Średnia wieku w grupie osób chorych wynosiła $\bar{x} \pm 58,46$, przy odchyleniu standardowym wieku rzędu $SD=11,41$ lat. Ponad połowa badanych chorych (60% ,tj. 63 osoby) jako miejsce swojego zamieszkania wskazała miasto, natomiast 42 osoby (40%) mieszkało na wsi. Największą grupę (60,95%) stanowili respondenci określający swój stan cywilny jako żonaty/zamężna. Grupa pacjentów deklarujących się jako wdowa/wdowiec wynosiła 22,86% a rozwódka/rozwodnik 13,33%. Niewielki odsetek respondentów pozostawało w związku nieformalnym (2,86%). Zdecydowana większość ankietowanych (40,82%) posiadała dwoje dzieci, a prawie jedna trzecia osób posiadała jedno dziecko.

Największy odsetek respondentów (45,71%) posiada wykształcenie średnie, zaś najmniejszy (1,90%) wyższe licencjackie oraz podstawowe (2,86%). Prawie jedna trzecia ankietowanych miało wykształcenie wyższe magisterskie. W badanej grupie największy odsetek stanowili emeryci/renciści (61,90%). Kolejną co do ilości badanych była grupa pacjentów czynna zawodowo (37,14%), swój status jako bezrobotny określiła jedna osoba (0,95%). Zgodnie z przedstawionymi danymi badani najczęściej mieszkają wraz z najbliższą rodziną (66,67%), natomiast tylko jedna trzecia mieszka samotnie (32,38%). Najczęstszą chorobą nowotworową zdiagnozowaną u respondentów porównywalnie były rak żołądka (29,52%) i rak jajnika (29,52%), drugą co do wielkości grupę stanowili pacjenci z rozpoznaniem rakiem jelita grubego (18,19%), natomiast rak odbytnicy rekomendowało 9,52% chorych onkologicznych a rak piersi zdiagnozowano u 8,57% ankietowanych. Pozostałe jednostki chorobowe wystąpiły tylko w przypadku pojedynczych pacjentów: rak trzustki (2,86%), rak wątroby i rak trzonu szyjki macicy porównywalnie 0,95%. W chwili przeprowadzenia badania ankietowani byli najczęściej w trakcie trzeciego (16,19%), czwartego (16,19%) lub szóstego (14,29%) cyklu chemioterapii.

W analizie statystycznej wykorzystano weryfikacje hipotez statystycznych opartą o testy statystyczne: współczynnik korelacji Spearmana U oraz testu Manna-Whitneya. Test U Manna-Whitneya został zastosowany przy porównywaniu 2 prób niezależnych (grup). Współczynnik korelacji Spearmana został wykorzystany do badania związku pomiędzy danymi ilościowymi. Opracowanie wyników badań zostało wykonane z wykorzystaniem programu „STATISTICA 13.3” oraz Microsoft Excel 2016. Istotność różnic i zależności stwierdzono przy wartości $p < 0,05$.

Metody badawcze określane są w literaturze jako zespół środków i czynności umożliwiający nam badaczom zdobycie informacji prowadzących do wydania prawdziwych sądów o określonym monecie, wycinku rzeczywistości [6]. Określane są jako umotywowane działania, które mają na celu odnalezienie interesujących odpowiedzi dla postawionego problemu badawczego [7]. Metodą badawczą w niniejszej pracy był sondaż diagnostyczny. Techniki badawcze natomiast definiowane są jako określone sposoby realizowania zamierzonych badań. Podporządkowane są one metodom badawczym, które w istotny sposób pełnią wobec nich służebną rolę [8]. Zarówno metody jak i techniki badań służą rozwiązywaniu sformułowanego uprzednio problemu badawczego. Różnią się jedynie tym, że metody są raczej ogólnie zalecanymi sposobami rozwiązywania problemów przez badacza.

Techniki natomiast są bliżej skonkretyzowane i odnoszą się do bardziej uszczegółowionych sposobów postępowania badawczego, które faktycznie stosowane są w danej nauce [8].

W niniejszych badaniach użyto techniki ankietowej, która według Pilcha [9] polega na wypełnianiu przez badanego specjalnego kwestionariusza na ogół o wysokim stopniu standaryzacji najczęściej samodzielnie lub w obecności ankietera. W celu poznania określonej, konkretnej sytuacji, zjawiska czy problemu tworzy się narzędzie badawcze. Jest ono wykorzystywane przy gromadzeniu materiałów empirycznych. przydatnych przy rozwiązywaniu problemu badawczego. Według Pilcha [9] narzędzie badawcze to przedmiot służący do realizacji wybranej techniki badań. Do celów pracy jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji oraz skróconą wersję skali oceniającej jakość życia WHOQL-BREF.. Kwestionariusz zawiera pytania merytoryczne dotyczące wieku, płci, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania, wykształcenia, aktywności zawodowej, sytuacji mieszkaniowej, choroby nowotworowej i cyklu chemioterapii.

Do pomiaru jakości życia użyto kwestionariusza Światowej Organizacji Zdrowia WHOQL-BREF, który zawiera 26 pytań odnoszących się do oceny jakości życia. Umożliwia on pomiar jakości życia w czterech dziedzinach: fizycznej, społecznej w zakresie relacji społecznych i środowiskowej. Każde pytanie zawiera punktację od 1 do 5, gdzie cyfra 1 oznacza najniższą jakość a cyfra 5 najwyższą. Sumę punktów dla każdej z dziedzin ustala się przez wyliczenie średniej arytmetycznej z pozycji przedstawiającej daną dziedzinę, a następnie mnoży się przez 4 aby zyskać wyniki porównywalne z pełną wersją tego kwestionariusza (WHOQL-100) [10].

WYNIKI

Ogólna jakość życia wśród ankietowanych mierzona skalą WHOQOL-BREF w skali 1–5 wynosiła średnio $3,22 \pm 0,85$. Najniższy osiągnięty wynik wyniósł 2, a najwyższy 5. Ogólna jakość wśród badanych była na średnim poziomie.

Wśród ankietowanych osób 43,81% (n=46) stwierdziło, że jakość ich życia jest dobra. 28,57% (n=30) określiło jakość swojego życia jako ani dobrą ani złą, a 25,71% (n=27) jako złą. Najmniej ankietowanych stwierdziło, że jakość ich życia jest bardzo dobra (n=2; 1,90%). Osoby leczone metodą chemioterapii charakteryzują się różną jakością życia. Najwięcej ankietowanych (43,81%) wskazało, iż ich jakość życia jest dobra, 30 osób (28,57) określiło jakość swojego życia jako ani dobra ani złą, u 27 osób jakość życia jest na niskim poziomie. Najmniej ankietowanych (2,1%) stwierdziło, że ich jakość życia jest na niskim poziomie.

Należy uwzględnić fakt, że badana grupa posiada wsparcie rodzinne, co ma decydujący wpływ na jakość życia.

Samooceń stanu zdrowia wśród ankietowanych mierzona skalą WHOQOL-BREF w skali 1–5 wynosiła średnio $2,65 \pm 0,82$. Najniższy osiągnięty wynik wyniósł 1, a najwyższy 4. Samooceń stanu zdrowia wśród ankietowanych była na dość niskim poziomie. Najwięcej ankietowanych było niezadowolonych ze stanu swojego zdrowia ($n=62$; 59,05%), jedna czwarta ankietowanych była bardzo niezadowolona ($n=28$; 26,67%), a 10,48% badanych ($n=11$) nie było ani zadowolonych, ani niezadowolonych. Najmniej było osób zadowolonych ze stanu swojego zdrowia ($n=4$; 3,81%).

Jakość życia ankietowanych osób leczonych metodą chemioterapii w zakresie sfery fizycznej mierzona skalą WHOQOL-BREF w skali 4–20 wynosiła średnio $12,39 \pm 1,82$. Najniższy osiągnięty wynik wyniósł 8,57, a najwyższy 16. Ogólnie ujmując jakość życia ankietowanych osób leczonych metodą chemioterapii w zakresie sfery fizycznej była na przeciętnym poziomie.

Jakość życia ankietowanych osób leczonych metodą chemioterapii w zakresie sfery psychicznej mierzona skalą WHOQOL-BREF w skali 4–20 wynosiła średnio $13,39 \pm 1,39$. Najniższy osiągnięty wynik wyniósł 9,33, a najwyższy 16,67. Ogólnie ujmując jakość życia ankietowanych osób leczonych metodą chemioterapii w zakresie sfery psychicznej była na przeciętnym poziomie.

Jakość życia ankietowanych osób leczonych metodą chemioterapii w zakresie sfery społecznej mierzona skalą WHOQOL-BREF w skali 4–20 wynosiła średnio $14,81 \pm 1,72$. Najniższy osiągnięty wynik wyniósł 8,0, a najwyższy 20,0. Ogólnie ujmując jakość życia ankietowanych osób leczonych metodą chemioterapii w zakresie sfery społecznej była na dość wysokim poziomie.

Jakość życia ankietowanych osób leczonych metodą chemioterapii w zakresie sfery środowiskowej mierzona skalą WHOQOL-BREF w skali 4–20 wynosiła średnio $15,11 \pm 1,06$. Najniższy osiągnięty wynik wyniósł 12,0, a najwyższy 18,5. Ogólnie ujmując jakość życia ankietowanych osób leczonych metodą chemioterapii w zakresie sfery środowiskowej była na dość wysokim poziomie.

Najwięcej osób osiągnęło wynik w zakresie od 15 - 16 punktów sferze środowiskowej. Średni wynik w tej sferze wyniósł $15,11 \pm 1,72$. Na dość wysokim poziomie ukształtowała się też sfera społeczna. Średni wynik w tej sferze wyniósł $14,81 \pm 1,72$. Ankietowani leczeni

metodą chemioterapii w sferze psychicznej osiągnęli średni wynik $13,39 \pm 1,39$. Najniższy wynik został odnotowany u badanych w sferze fizycznej $12,39 \pm 1,82$.

Analiza statystyczna wykazała istotne różnice w jakości życia w sferze społecznej w zależności od płci. Znacznie wyższą jakość życia w sferze społecznej wykazywały kobiety. W pozostałych sferach nie wykazano istotnych różnic w jakości życia w zależności od płci.

Analiza statystyczna wykazała istotny związek pomiędzy wiekiem a jakością życia ankietowanych osób leczonych metodą chemioterapii mierzoną skalą WHOQOL-BREF w sferze fizycznej, psychicznej, środowiskowej oraz w przypadku ogólnej jakości życia. Im wyższy był wiek, tym niższa była jakość życia. Wykazany związek miał umiarkowaną siłę w przypadku ogólnej jakości życia, natomiast słabą siłę w przypadku jakości życia w sferze fizycznej, psychicznej i środowiskowej. Nie wykazano istotnego związku pomiędzy wiekiem a jakością życia w przypadku samooceny stanu zdrowia i w sferze społecznej.

Analiza statystyczna wykazała istotne różnice w jakości życia w sferze fizycznej, psychicznej i środowiskowej oraz w ogólnej jakości życia w zależności od stanu cywilnego. Znacznie wyższą jakość życia w tych sferach wykazywały osoby będące w związku małżeńskim. W pozostałych sferach nie wykazano istotnych różnic w jakości życia w zależności od stanu cywilnego.

Analiza statystyczna wykazała istotne różnice w jakości życia w sferze środowiskowej oraz w ogólnej jakości życia w zależności od wykształcenia. Znacznie wyższą jakość życia w tych sferach wykazywały osoby z wyższym wykształceniem. W pozostałych sferach nie wykazano istotnych różnic w jakości życia w zależności od wykształcenia.

Analiza statystyczna wykazała istotne różnice w jakości życia w samoocenie stanu zdrowia w zależności od miejsca zamieszkania. Znacznie wyższą jakość życia w tej sferze wykazywały osoby mieszkające na wsi. W pozostałych sferach nie wykazano istotnych różnic w jakości życia w zależności od miejsca zamieszkania.

Analiza statystyczna wykazała istotne różnice w jakości życia w sferze fizycznej, psychicznej i środowiskowej oraz w ogólnej jakości życia w zależności od aktywności zawodowej. Znacznie wyższą jakość życia w tych sferach wykazywały osoby pracujące na stałe. W pozostałych sferach nie wykazano istotnych różnic w jakości życia w zależności od aktywności zawodowej.

Analiza statystyczna wykazała istotne różnice w jakości życia w sferze psychicznej i środowiskowej oraz w ogólnej jakości życia w zależności od sytuacji mieszkaniowej. Znacznie wyższą jakość życia w tych sferach wykazywały osoby mieszkające z najbliższą

rodziną. W pozostałych sferach nie wykazano istotnych różnic w jakości życia w zależności od sytuacji mieszkaniowej.

Analiza statystyczna wykazała istotny związek pomiędzy cyklem chemioterapii a jakością życia ankietowanych osób leczonych metodą chemioterapii mierzona skalą WHOQOL-BREF w sferze psychicznej, społecznej i środowiskowej oraz w przypadku ogólnej jakości życia. Im więcej ankietowana osoba miała za sobą cykli chemioterapii, tym niższa była jakość życia. Wykazane związki miały dość słabą siłę. Nie wykazano istotnego związku pomiędzy cyklem chemioterapii a jakością życia w przypadku samooceny stanu zdrowia i w sferze fizycznej.

DYSKUSJA

Najwięcej pacjentów z chorobą nowotworową określa swoją jakość życia jako dobrą ($n=46$; 43,81%), a ponad jedna czwarta jako ani dobrą ani złą ($n=30$; 28,57%). Tylko jedna czwarta ankietowanych stwierdza, że jakość ich życia jest zła ($n=27$; 25,71%).

Badani oceniają jakość życia w sferze fizycznej przeciętnie ($M=12,39$; $SD=1,82$), podobnie jak w sferze psychicznej ($M=13,39$; $SD=1,39$). Pacjenci oceniają jakość życia w społecznej dość dobrze ($M=14,81$, $SD=1,72$), podobnie jak w sferze środowiskowej ($M=15,11$, $SD=1,06$).

Większość ankietowanych jest niezadowolona ze stanu swojego zdrowia ($n=62$; 59,05%), a jedna czwarta ankietowanych jest bardzo niezadowolona ($n=28$; 26,67%). Tylko co dziesiąta osoba nie jest ani zadowolona ani niezadowolona ($n=11$; 10,48%), a pojedyncze osoby są zadowolone ze stanu swojego zdrowia ($n=4$; 3,81%).

Występuje ujemna korelacja pomiędzy wiekiem a jakością życia w sferze psychicznej ($R=-0,198449$; $p=0,042419$) i fizycznej ($R=-0,225446$; $p=0,020760$) badanych. Nie ma natomiast istotnego związku pomiędzy płcią i miejscem zamieszkania a funkcjonowaniem w sferze psychicznej i fizycznej badanych.

Jakość życia zależy w dużym stopniu od wieku, stanu cywilnego, aktywności zawodowej, sytuacji mieszkaniowej i cyklu chemioterapii oraz w niewielkim stopniu od płci, wykształcenia i miejsca zamieszkania. Kobiety mają wyższą jakość życia w sferze społecznej ($Me=14,67$; $Min=12,0$; $Max=20,0$) niż mężczyźni ($Me=14,67$; $Min=8,0$; $Max=17,33$).

Istnieje słaba, ujemna korelacja pomiędzy wiekiem a ogólną jakością życia ($R=-0,352335$; $p=0,000228$), jakością życia w sferze fizycznej ($R=-0,225446$; $p=0,020760$), sferze psychicznej ($R=-0,198449$; $p=0,042419$) i sferze środowiskowej ($R=-0,242122$; $p=0,012830$).

Osoby będące w związku małżeńskim mają wyższą ogólną jakość życia ($Me=4,0$; $Min=2,0$; $Max=5,0$) niż osoby niebędące w związku ($Me=3,0$; $Min=2,0$; $Max=4,0$). Osoby będące w związku małżeńskim mają wyższą jakość życia w sferze fizycznej ($Me=13,14$; $Min=8,57$; $Max=16,0$) niż osoby niebędące w związku ($Me=12,0$; $Min=9,14$; $Max=14,86$). Osoby będące w związku małżeńskim mają wyższą jakość życia w sferze psychicznej ($Me=14,0$; $Min=9,33$; $Max=16,67$) niż osoby niebędące w związku ($Me=13,33$; $Min=11,33$; $Max=15,33$). Osoby będące w związku małżeńskim mają wyższą jakość życia w sferze środowiskowej ($Me=15,50$; $Min=12,0$; $Max=18,50$) niż osoby niebędące w związku ($Me=15,0$; $Min=12,0$; $Max=17,0$). Badani z wyższym wykształceniem mają wyższą ogólną jakość życia ($Me=4,0$; $Min=2,0$; $Max=5,0$) niż badani z wykształceniem podstawowym, zawodowym, średnim ($Me=3,0$; $Min=2,0$; $Max=5,0$). Badani z wyższym wykształceniem mają wyższą jakość życia w sferze środowiskowej ($Me=15,50$; $Min=12,0$; $Max=18,50$) niż badani z wykształceniem podstawowym, zawodowym, średnim ($Me=15,0$; $Min=12,50$; $Max=17,50$). Osoby mieszkające na wsi mają wyższą samoocenę stanu zdrowia ($Me=2,0$; $Min=1,0$; $Max=4,0$; $M=2,17$; $SD=0,79$) niż osoby mieszkające w mieście ($Me=2,0$; $Min=1,0$; $Max=4,0$; $M=1,75$; $SD=0,62$). Osoby aktywne zawodowo mają wyższą ogólną jakość życia ($Me=4,0$; $Min=2,0$; $Max=4,0$) niż osoby nieaktywne zawodowo ($Me=3,0$; $Min=2,0$; $Max=5,0$). Osoby aktywne zawodowo mają wyższą jakość życia w sferze fizycznej ($Me=13,14$; $Min=8,57$; $Max=14,86$) niż osoby nieaktywne zawodowo ($Me=12,0$; $Min=8,57$; $Max=16,0$). Osoby aktywne zawodowo mają wyższą jakość życia w sferze psychicznej ($Me=14,0$; $Min=11,33$; $Max=16,67$) niż osoby nieaktywne zawodowo ($Me=13,33$; $Min=9,33$; $Max=16,67$). Osoby aktywne zawodowo mają wyższą jakość życia w sferze środowiskowej ($Me=15,50$; $Min=12,0$; $Max=17,0$) niż osoby nieaktywne zawodowo ($Me=15,0$; $Min=12,50$; $Max=18,50$). Osoby mieszkające z najbliższą rodziną mają wyższą ogólną jakość życia ($Me=4,0$; $Min=2,0$; $Max=5,0$) niż osoby mieszkające same ($Me=3,0$; $Min=2,0$; $Max=4,0$). Osoby mieszkające z najbliższą rodziną mają wyższą jakość życia w sferze psychicznej ($Me=14,0$; $Min=10,67$; $Max=16,67$) niż osoby mieszkające same ($Me=13,33$; $Min=9,33$; $Max=14,67$). Osoby mieszkające z najbliższą rodziną mają wyższą jakość życia w sferze środowiskowej ($Me=15,50$; $Min=12,0$; $Max=18,50$) niż osoby mieszkające same ($Me=15,0$; $Min=13,0$; $Max=16,50$). Istnieje słaba, ujemna korelacja pomiędzy ilością cykli chemioterapii a ogólną jakością życia ($R=-0,308881$; $p=0,001346$), jakością życia w sferze psychicznej ($R=-0,303789$; $p=0,001630$), sferze społecznej ($R=-0,239650$; $p=0,013806$) i sferze środowiskowej ($R=-0,241879$; $p=0,012923$). Kolejnym aspektem, w którym oceniana była

jakość życia jest aktywność zawodowa. Osoby pracujące na stałe, lepiej akceptują własną chorobę, niż osoby u których choroba wywołała zmiany w tym zakresie. Może mieć to związek z większą niezależnością i samodzielnością życiową. W wyniku przeprowadzonych badań, pacjenci aktywni zawodowo oceniają jakość swojego życia lepiej niż chorzy bez zatrudnienia. Podobną sytuację opisują w swoich badaniach De Walden-Gałuszko i wsp. [11] i Andrykowski i wsp [12], którzy zwrócili uwagę na fakt, że choroba i uwarunkowania medyczne bywają często przyczyną przerwania aktywności zawodowej i stania się bezrobotnym lub rencistą. W wyniku przeprowadzanej analizy statystycznej stwierdzono iż nie ma zależności między takimi cechami jak: płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, sytuacja mieszkaniowa a stopień akceptacji choroby, co nie potwierdziło się w badaniach Kupcewicz [13]. Zmienną istotnie wpływającą na poziom akceptacji choroby w obu badaniach jest miejsce zamieszkania i aktywność zawodowa. Nowicki wsp.[14] wykazał, że kobiety zamieszkujące tereny miejskie charakteryzowały się lepszą akceptacją choroby, co tłumaczył lepszym dostępem do informacji, aniżeli kobiety zamieszkujące tereny wiejskie. Niniejsze badania nie określiły takiej zależności. Przeprowadzone badania miały na celu uzyskanie związku pomiędzy akceptacją choroby a jakością życia pacjentów z chorobą nowotworową w okresie chemioterapii. Choroba nowotworowa i związane z nią leczenie pogarszają jakość życia we wszystkich jej wymiarach. Kawecka-Dziembowska i wsp. [15] w swoich badaniach przeprowadzonych w różnych okresach choroby Hodgkina (na etapie diagnozowania, leczenia onkologicznego i remisji) dowiedli, że jakość życia pacjentów była najniższa w okresie leczenia onkologicznego (chemioterapii i radioterapii). Jakość życia w niniejszej pracy mierzona była we wszystkich sferach: fizycznej, psychicznej, społecznej i środowiskowej za pomocą skali WHOQOL-BREF. Mimo iż, pacjenci borykają się z fizycznymi ograniczeniami wynikającymi z samej choroby jak i skutkami ubocznymi chemioterapii, swoją jakość życia w sferze społecznej ($14,81 \pm 1,72$) i środowiskowej ($15,11 \pm 1,06$) ocenili jako dobrą (43,81%). Tylko jedna czwarta (25,71%) zadeklarowało swoją jakość życia jako złą w sferze fizycznej ($12,39 \pm 1,82$) i psychicznej ($13,39 \pm 1,06$). Równie ciekawie prezentują się wyniki korelacji jakości życia z cechami socjodemograficznymi pacjentów onkologicznych. W literaturze akcentuje się pozytywny wpływ relacji rodzinnych (małżeństwa) i społecznych (przyjaciele) na ocenę jakości życia. Dane w niniejszej pracy pokazują, że jakość życia zależy w dużym stopniu od wieku. Podobną zależność wykazują badania Wieczorka i wsp. [16], gdzie wiek chorego koreluje ujemnie z oceną jakości życia – im pacjent jest starszy, tym gorzej ocenia jakość swojego życia. Przeprowadzone badania

wykazały również, że jakość życia badanych zależy również od stanu cywilnego, aktywności zawodowej, sytuacji mieszkaniowej i cyklu chemioterapii oraz w niewielkim stopniu od płci, wykształcenia i miejsca zamieszkania. Wyższą jakość życia w sferze społecznej przejawiają kobiety ($Me=14,67$; $Min=12,0$; $Max=20,0$), niż mężczyźni ($Me=14,67$; $Min=8,0$; $Max=17,33$). Analiza wyników badań własnych ukazuje, iż wyższą ogólną jakość życia oraz jakość życia w sferze fizycznej, psychicznej, środowiskowej mają osoby będące w związku małżeńskim niż osoby nie będące w związku. W badaniach innych autorów fakt posiadania dzieci istotnie wpływa na ocenę jakości życia. W badaniach Wieczorka i wsp. [16] w grupie osób z nowotworami układu krwiotwórczego, najwyżej jakość swojego życia oceniają pacjenci posiadający dzieci do 18 roku życia (średnia 50,0550) a zarazem pacjenci, którzy dzieci nie posiadają (średnia 49,3327). Wynik oceny jakości życia u pacjentów nieposiadających potomstwa może mieć związek z wiekiem. Najniżej jakość swojego życia oceniają chorzy posiadający dzieci pełnoletnie i starsze (średnia 43,2861) [16].

Choroba nowotworowa w znacznym stopniu wpływa na stan psychiczny pacjentów, który został oceniony na dość niskim poziomie ($M=13,39$; $SD=1,39$). Przyczynić się do tego mogły między innymi takie wartości jak: negatywne uczucia, wygląd zewnętrzny, samoocena, myślenie, pamięć czy koncentracja. Wyniki funkcjonowania w zakresie sfery fizycznej pokazują, że ta sfera oceniana jest przez badanych przeciętnie ($M=12,39$; $SD=1,82$), co wiąże się zapewne z czynnościami dnia codziennego, poziomem energii i zmęczenia, uzależnienia od leków, snu, bólu i zdolności do pracy. W chorobie nowotworowej ból odczuwa około 50% chorych, a w okresie zaawansowanej choroby nawet 75%. To negatywnie wpływa na jakość życia pacjenta [17]. Większość ankietowanych stwierdza, że choroba nie ma wpływu na zmianę w zakresie funkcjonowania społecznego ($M=14,81$, $SD=1,72$) i środowiskowego ($M=15,11$, $SD=1,06$). Pomagają w tym mocne więzi rodzinne i wsparcie społeczne, bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne, zasoby finansowe, możliwość zdobywania nowych informacji i umiejętności i środowisko fizyczne. W oparciu o przeprowadzone badania zauważono, że istnieje związek między wykształceniem a jakością życia chorych onkologicznych. Badani z wyższym wykształceniem mają wyższą ogólną jakość życia i jakość życia w sferze środowiskowej, niż badani z wykształceniem podstawowym, zawodowym czy średnim. Wydaje się, że osobom z wyższym wykształceniem łatwiej jest zrozumieć istotę własnego stanu zdrowia i przystosować się do zaistniałych nowych okoliczności. Ciekawego rozwinięcia w kwestii wykształcenia dokonali De wal-Gałuszko [11] i wsp., którzy wykazali, że osoby o niższym poziomie wykształcenia (podstawowe,

zawodowe) częściej podkreślały swoje ograniczenia w zakresie zdolności do pracy zawodowej lub domowej, a osoby o wykształceniu wyższym gorzej oceniały swoje funkcjonowanie społeczne. W badaniach własnych samoocenę stanu zdrowia na dość wysokim poziomie przejawiają mieszkańcy wsi ($Me=2,0$, $Min=1,0$; $Max=4,0$; $M=2,17$; $SD=0,79$) od osób mieszkających w mieście ($Me=2,0$, $Min=1,0$; $Max=4,0$; $M=1,75$; $SD=0,62$). Przeprowadzone badania pozwolą nam na leprze zdefiniowanie potrzeb, obaw i oczekiwań pacjentów z chorobą nowotworową a tym samym na poprawę ich jakości życia. Im wyższy stopień akceptacji choroby, tym wyższa jakość życia chorych we wszystkich sferach

WNIOSKI

1. Ogólna jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową w okresie chemioterapii jest dobra.
2. Jakość życia w sferze społecznej i środowiskowej badani oceniali jako dobrą, natomiast w sferze psychicznej i fizycznej jako złą.
3. Jakość życia badanych zależy w dużym stopniu od: wieku, stanu cywilnego, aktywności zawodowej, sytuacji mieszkaniowej, cyklu chemioterapii, natomiast w niskim stopniu zależy od płci, wykształcenia i miejsca zamieszkania.

PIŚMIENNICTWO

1. Wołowicka L., Jaracz K.: Polska wersja WHQOL-WHOQOL-Bref.[w:] Wołowicka L. (red.): Jakość życia w naukach medycznych. Wydawnictwo Akademii Medycznej Poznań 2001: 235-280.
2. De Walden- Gałuszko K.: Podstawy opieki paliatywnej. PZWL, Warszawa, 2004.
3. Miniszewska J., Chrystowska-Jabłońska B.: Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową a jakość życia. Psychoonkologia 2002; 6: 89-94.
4. Ślubowska M., Ślubowski T.; Problemy psychosocjalne w raku piersi. Psychoonkologia, 2008;12: 14-25.
5. Kalembrik A., Juczyński Z.: Psychologiczny wymiar jakości życia w chorobach nowotworowych. Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica 2001; 5: 71-82

6. Bańka A., Rozmus R.: Psychologia jakości życia – struktura osobowości i podświadomy plan życia, a ocena jakości życia. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura. Poznań 2005.
7. Barraclough J.: Rak i emocje. Sanmedica, Warszawa 1997.
8. Bąk-Sosnowska M., Michalak A., Bargiel-Matusiewicz K., Trzcieniecka-Green A.: Psychologiczne aspekty kontaktu z pacjentem onkologicznym oraz jego rodziną. *Psychoonkologia* 2003;7: 6-121.
9. Borys T.: Jakość życia a zrównoważony rozwój. Wydawnictwo Ekonomia i Środowisko. Białystok; 2001.
10. Bussel V, Naus M.: A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth In Breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol*; 2010; 28: 61-78.
11. De Walden-Gałaszko K., Majkowicz M., Szawłowska-Chojnacka G., Magiera P.: Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową - badania własne. [W:] De walden#Gałaszko, Majkowicz M (red): Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994: 89-142.
12. Andrykowski MA, Greiner CB, Altmaier EM et al.: Quality of life following bone marrow transplantation: findings from a multicentre study. *Br J Cancer* 1995; 71: 132-1329.
13. Kupcewicz E.: Akceptacja choroby nowotworowej wyznacznikiem jakości życia. [w:] Majchrzak-Kłocka E., Seliga R. (red.): Przedsiębiorczość i Zarządzanie. Wyd. SAN#ISSN 1733-2486 2013;10: 419-431.
14. Nowicki A., Kwasińska E., Rzepka K. i wsp.: Wpływ choroby na życie emocjonalne kobiet po operacji raka piersi zrzeszonych w klubach „Amazonka”. *Ann Acad Med. Siles.* 2009; 55(3): 81-85.
15. Kawecka-Dziembowska B., Borkowska A., Osmańska-Gogol M., Pałaszynska R., Nowicka A.: Nasilenie cech depresji i jakość życia u pacjentów z chorobą Hodgkina w okresie diagnozy, leczenia i remisji. *Psychoonkologia* 2006; 10: 3-6.
16. Wieczorek K., Reinhard P., Krawczyk- Kuliś, Helbig G., Kyrz-Krzemień S.: Czynniki wpływające na jakość życia pacjentów z nowotworami układu krwiotwórczego leczonych transplantacją macierzystymi komórkami krwiotwórczymi. *Post N* 2016 XXIX(12C): 4-13

17. 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.

NADZIEJA W PERSPEKTYWIE TEOCENTRYCZNEJ U OSÓB W TERMINALNEJ FAZIE CHOROBY NOWOTWOROWEJ

Alicja Winiarczyk¹, Agnieszka Waleczko¹, Kinga Żurawska vel Dziurawiec¹, Marta Jurkiewicz¹, Bożena Baczewska²

1- Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemysłu, Instytut Ochrony Zdrowia

2- Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Interny i Pielęgniarstwa Internistycznego,

WSTĘP

Życie człowieka, od chwili narodzin aż po kres, nierozzerwalnie łączy się z doświadczeniem cierpienia, bólu i trudności. Każdy człowiek, konfrontując się z tymi doświadczeniami, potrzebuje wewnętrznej siły, odwagi i wiary, aby stawić im czoła. Tajemnica cierpienia nie jest jednak możliwa do pełnego zrozumienia wyłącznie za pomocą ludzkiego rozumu, ponieważ przekracza jego poznawcze możliwości. Właśnie dlatego niezwykle istotną rolę w życiu człowieka odgrywa nadzieja, będąca duchowym motorem jego egzystencji. To ona daje siłę do przetrwania, pomaga odnaleźć sens nawet w najtrudniejszych chwilach, a jej źródłem – dla osób zorientowanych teocentrycznie – jest sam Bóg [1].

W terminalnej fazie choroby nowotworowej człowiek mierzy się nie tylko z bólem fizycznym, ale również z cierpieniem psychicznym, duchowym i egzystencjalnym. Świadomość nieuchronnej śmierci skłania go do refleksji nad sensem życia, jego celem i relacją z Bogiem. To czas, w którym pytania: *Kim jestem? Jaki jest sens mojego istnienia? Co czeka mnie po śmierci?* nabierają szczególnego znaczenia [2]. Odpowiedzi na nie pomagają choremu uporządkować hierarchię wartości, odnaleźć pokój wewnętrzny i przyjąć własne cierpienie w duchu nadziei, która ma wymiar transcendentny – sięga poza doczesność [3]. W miarę postępu choroby treść nadziei ulega przemianie. Początkowo chory pokłada ufność w możliwości wyzdrowienia, z czasem jednak nadzieja ta przenosi się na inne obszary – na dobrą opiekę, obecność bliskich, godne umieranie, a ostatecznie na życie wieczne. W ujęciu teocentrycznym człowiek dostrzega sens cierpienia w zjednoczeniu z Chrystusem, który przez

swoją mękę i śmierć nadał mu głęboki, zbawczy wymiar [4]. Nadzieja w tym kontekście staje się nie tylko pragnieniem ulgi, lecz przede wszystkim wyrazem zaufania wobec Boga i oczekiwaniem spotkania z Nim w wieczności.

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy była próba określenia nadziei osób w terminalnej fazie choroby nowotworowej zorientowanych teocentrycznie.

Problemy badawcze w niniejszej pracy zostały sformułowane w oparciu o pytania:

1. Jaka jest poziom nadziei ukierunkowanych teocentrycznie?
2. Jaka jest poziom nadziei osób w terminalnej fazie choroby nowotworowej teocentrycznej orientacji życiowej ?
3. Jaki jest poziom nadziei osób o teocentrycznej orientacji życiowej w wymiarach: sytuacyjnym, teliczno-temporalnym, duchowo-religijnym, ?

MATERIAŁ I METODY

Badania prowadzono w dziennych i całodobowych oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej w 17 ośrodkach na terenie całej Polski oraz w warunkach domowych badanych. Zespół badawczy, pod kierownictwem dr Bogusława Block'a, rozpoczął badania po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (nr opinii KE-0254/225/2010). Badania te prowadzono w latach 2010-2016.

W 2019 roku kolejny zespół pod kierunkiem dr Bożeny Baczewskiej podjął kontynuację tychże badań.[5-6]. Przed przystąpieniem do wypełniania ankiety informowano pacjentów o klauzuli anonimowości i uzyskiwano zgodę badanych na udział w wywiadzie standaryzowanym. Rozmowa z chorymi miała oprócz charakteru diagnostycznego także walory terapeutyczne. Badania prowadzono w życzliwej atmosferze, w intymnych warunkach. W przypadku pojawienia się trudności ze zrozumieniem pytań, badani otrzymywali stosowne wyjaśnienia. Wszyscy badani wyrazili zgodę na udział w badaniu, a także zostali poinformowani o poufności ich danych osobowych.

W badaniu wzięło udział 306 osób, znajdujących się w terminalnej fazie choroby nowotworowej, z czego większość stanowiły kobiety (n=196; 64,05%). Średni wiek badanych wyniósł $58,53 \pm 14,62$ lata. Najmłodsza osoba miała 18 lat, a najstarsza 94 lata. Najwięcej badanych mieszkało w dużych miastach, powyżej 100 tys. mieszkańców (n=108; 35,29%). Nieco mniej badanych mieszkało na wsi (n=81; 26,47%) lub w mieście do 50 tys. mieszkańców (n=73; 23,86%). Najmniej badanych mieszkało w mieście od 50 do 100 tys.

mieszkańców (n=44; 14,38%). Zdecydowana większość badanych mieszkała z rodziną (n=209; 68,30%), Znacznie mniej osób mieszkało samotnie (n=76; 24,84%). Jedynie 6,86% badanych (n=21) miało inną sytuację rodzinną. większość osób była żonata/zamężna (n=161; 52,61%), znacznie mniej było wdowcem/wdową (n=74; 24,18%). Najmniej osób było kawalerem/panną (n=39; 12,75%) lub po rozwodzie (n=32; 10,46%). Jedna trzecia badanych miała wykształcenie średnie (n=101; 33,01%), nieco mniej zawodowe (n=72; 23,53%) lub podstawowe (n=61; 19,93%). Najmniej badanych miało wykształcenie wyższe (n=46; 15,03%) lub niepełne wyższe (n=26; 8,50%). Prawie połowa badanych określiła swoją sytuację materialną jako zadowalającą (n=132; 43,14%), znacznie mniej jako dobrą (n=84; 27,45%) lub złą (n=75; 24,51%). Zdecydowanie najmniej badanych określiło swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą (n=15; 4,90%). Status społeczno-zawodowy wśród badanych był zróżnicowany. Najwięcej było pracowników fizycznych (n=114; 37,25%) i pracowników umysłowych/biurowych (n=73; 23,86%). Najmniej było przedsiębiorców prywatnych (n=11; 3,59%), osób wykonujących wolny zawód (n=7; 2,29%) i uczniów/studentów (n=5; 1,63%). Emeryci stanowili 14,05% (n=43) badanych. Ponad jedna trzecia badanych określiła swój nastrój jako smutny - rozchwiany (n=108; 35,29%), niewiele mniej jako wesoły - wyrównany (n=89; 29,08%). Nastrój jednej piątej osób był smutny - wyrównany (n=66; 21,57%), a najmniej osób określiło swój nastrój jako wesoły-rozchwiany (n=43; 14,05%). Najwięcej osób określiło łatwość ujawniania uczuć jako zamknięty w sobie kontrolujący się (n=121; 39,54%), a najmniej jako zamknięty w sobie-spontaniczny (n=26; 8,50%). 27,45% (n=84) badanych było osobami otwartymi-spontanicznymi, a 24,51% (n=75) otwartymi-kontrolującymi się. Prawie połowa badanych działała szybko i aktywnie (n=144; 47,06%), prawie jedna trzecia wolno i biernie (n=98; 32,03%). Znacznie mniej osób działało wolno i aktywnie (n=50; 16,34%), a najmniej szybko i biernie (n=14; 4,58%). Badani najczęściej chorowali na nowotwory układu płciowego (n=93; 30,39%). Często występowały również nowotwory układu oddechowego (n=49; 16,01%), układu pokarmowego (n=41; 13,40%) i inne (n=36; 11,76%). Najrzadziej z kolei występował rak skóry (n=5; 1,63%). Zdecydowana większość pacjentów była świadoma swojej choroby (n=250; 81,70%). Jednak niemal jedna piąta pacjentów (n=56; 18,30%) nie miała świadomości swojej choroby. Zdecydowana większość badanych była pod opieką rodziny (n=255; 83,33%). Pozostałe formy opieki występowały znacznie rzadziej: 6,54% (n=20) osób nie miało nikogo do pomocy w opiece, 3,27% (n=10) było pod opieką hospicjum lub szpitala, 2,61% (n=8) pod nadzorem opieki społecznej, 2,29% (n=7) pod opieką sąsiadów lub opiekunki, a 1,96% (n=6) pod opieką

dalszej rodziny. Prawie połowa chorych korzystała z opieki domowej ($n=145$; 47,39%), podobny odsetek był pod opieką hospicjum stacjonarnego ($n=134$; 43,79%). Najmniej badanych korzystało z opieki oddziału paliatywnego ZOZ-u ($n=27$; 8,82%). Większość chorych miała wsparcie u jednej osoby z rodziny lub ogólnie rodziny ($n=196$; 64,05%), a prawie jedna piąta miała wsparcie u dwóch osób z rodziny lub rodziny i co najmniej jednej innej osoby ($n=56$; 18,30%). Prawie co dziesiąta osoba nie miała żadnego wsparcia ($n=27$; 8,82%). Tyle samo osób miało wsparcie wśród wielu osób z rodziny, krewnych, osób trzecich. W analizie statystycznej wykorzystano weryfikację problemów opartą o test U Manna-Whitneya. Test U Manna-Whitneya został zastosowany przy porównywaniu 2 prób niezależnych (grup). Opracowanie wyników badań zostało wykonane z wykorzystaniem programu „STATISTICA 13.3” oraz Microsoft Excel 2016. Istotność różnic i zależności stwierdzono przy p -wartości $<0,05$.

Metoda jest rodzajem gromadzenia danych o cechach oraz zmianie zjawisk społecznych na podstawie badanej grupy. Najczęściej stosowaną formą są wywiady, ankieta, techniki statystyczne i analiza dokumentów. Wybranymi metodami według Pilcha są między innymi: eksperyment pedagogiczny, monografia pedagogiczna, metoda indywidualnych przypadków, metoda sondażu diagnostycznego [7-8].

W niniejszej pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego zatytułowaną Noodynamika Egzystencjalna (NDE), natomiast jako narzędzie wykorzystano Test Noodynamiki Życia Kazimierza Popielskiego (NDE było wykorzystane jako narzędzie kryterialne, kryterium wydzielone dla grup badanych zorientowanych antropocentrycznie oraz zorientowanych teocentrycznie) oraz Skalę Nadziei Block'a NCN – 36 (NCN – Nadzieja Chorych Nowotworowych).

Nadzieja chorych na raka, służy do badania nadziei chorych na raka. Jego autor B.L. Block opracował go z myślą o osobach, zmagających się z ciężkimi chorobami, które bezpośrednio zagrażają ich życiu. Skład testu zawiera 36 zagadnień, każde z nich jest zamknięte siedmioma możliwymi odpowiedziami. Za pomocą analizy czynnikowej wyodrębniono 4 skale. Każda skala zawiera 8 itemów. Dodatkowo w teście zamieszczono 4 pytania buforowe.

Za pomocą testu można ocenić nadzieję w czterech różnych wymiarach: wymiarze sytuacyjnym – zdrowie, wymiarze duchowo-religijnym – przekonania religijne, w wymiarze emocjonalno-uczuciowym – motywacje i w wymiarze teliczno-temporalnym - cele.

WYNIKI

Średni wynik w orientacji teocentrycznej u badanych osób wyniósł $3,28 \pm 0,47$. Rozkład zmiennej był dość symetryczny, zatem wartość średnią można uznać za adekwatną. Patrząc na medianę ($Me=3,20$) i kwartyle ($Q1=3,0$, $Q3=3,6$) można zauważyć, że połowa badanych miała wynik większy lub równy 3,20 punktu, a 50% wyników mieściło się w przedziale 3,0-3,6. W badanej grupie przeważały zatem wyniki średnie. Najczęściej występującym wynikiem było 3,4 punktów. Taki wynik osiągnęły 52 osoby.

Jak prezentują wyniki spośród 306 badanych każdy badany przejawiał w pewnym zakresie teocentryczne ukierunkowanie życiowe. Średnia z itemów antropocentrycznych pokazuje 201 badanych, to średnio co 2. badany, który czasem (3,0-3,9) Boga stawiał w centrum swojego życia i czasem odnosił swoje życie do Boga, czasem dążenia duchowe były dla niego ważne, czasem dążył do czegoś wzniosłego i godnego miłości. Co 4. badany rzadko odnosił się do Boga i życia duchowego. Co 9. badany często lub bardzo często był zorientowany teocentrycznie. Dla niego Istota Wyższa, Bóg osobowy był centrum życia, często lub bardzo często kierował się wartościami wiary, często lub bardzo często w Bogu odnajdywał sens życia, cierpienia i umierania, z Bogiem wiązał swoją teraźniejszość i przyszłość. W grupie osób ukierunkowanych teocentrycznie nie było ani jednego badanego, który by zaznaczył, że nigdy nie odniósł swojego życia do Boga.

Średni wynik ogólnej nadziei wśród osób o orientacji teocentrycznej wyniósł $4,28 \pm 1,08$. Najwyższy osiągnięty wynik ogólny wyniósł 5,81, a najniższy 1,47. Badani uzyskali najwyższe wyniki w wymiarze duchowo-religijnym, a najniższe w wymiarze sytuacyjnym.

Poziom nadziei ogólnej w terminalnej fazie choroby nowotworowej z 16% osób z najwyższymi wynikami w zakresie pytań z orientacji teocentrycznej to 42 badanych osiągnęło poziom nadziei umiarkowany w nadziei ogólnej $M 4,28$, a w wymiarze duchowo – religijnym średni wynik to $M 5,02$, co wskazuje na wysoki poziom nadziei w tym wymiarze. Myśl o Bogu i zaufanie do Niego były dla badanego potrzebą wewnętrzną, troszczył się o potrzeby i dążenia duchowe. Miał nadzieję na przeżycie czegoś duchowego i świętego w swoim trudnym położeniu. Najwyższy wynik w tym wymiarze to 7, a najniższy 1, wskazuje to na dużą rozpiętość i dynamikę w przeżywaniu nadziei duchowo – religijnej.

W wymiarze teliczno-temporalnym nadzieja była na poziomie umiarkowanym $M 4,53$, w pozostałych wymiarach na poziomie niskim w afektywnym $M 3,95$ i najniższa w sytuacyjnym $M 3,60$.

DYSKUSJA

Pierwsze polskie badania nad nadzieją chorych w terminalnej fazie choroby zostały przeprowadzone przez B. Block'a w 2010 r. Badania wykazały duży poziom nadziei pacjentów szczególnie w wymiarach: teliczno-temporalnym i duchowym,. Kontynuutorka badań B. Baczewska i wsp. wykazali, że ogólny poziom nadziei w terminalnej fazie choroby jest na niskim i umiarkowanym poziomie. Poziom nadziei był wysoki w wymiarze sytuacyjnym duchowo-religijnym, a w wymiarze teliczno-temporalnym był umiarkowany. Z badań tych wynika, że poziom nadziei chorych w terminalnej fazie choroby był na średnim poziomie ($Me=4,56$).

Z przeprowadzonych badań własnych oraz ich analizy można stwierdzić, że:

Ogólny poziom nadziei o teocentrycznej orientacji życiowej mieści się w przedziale umiarkowanym, średni wynik ogólny nadziei u osób o teocentrycznej orientacji życiowej wyniósł: $4,28 \pm 1,08$, najwyższy wynik ogólny 5,81, a najniższy 1,47. Wskazuje to na dużą rozbieżność wyników. Na ogólny wynik wpływ mają wymiary: teliczno-temporalny, duchowo-religijny. Najwyższy średni wynik nadziei osiągnął wymiar duchowo-religijny, który był na poziomie $5,02 \pm 1,33$, najwyższy wynik 7,0; najniższy 1,0. Natomiast średnia wymiaru sytuacyjnego nadziei wynosi $3,60 \pm 1,43$, najwyższy wynik 6,25; najniższy 1,25 (wymiar z najniższym średnim wynikiem nadziei).

Wsparcia duchowego potrzebują zarówno osoby wierzące, jak i niewierzące. Ogólne wsparcie duchowe może być udzielane przez każdego, także przez osoby udzielające pomocy medycznej bez względu na własne przekonania religijne. Budowanie nadziei następuje na drodze udzielania wsparcia duchowego, które jest fundamentem osobowego spotkania z chorym, wzmacniającym poczucie godności i sensu życia.

Wpływ na wynik mają uwarunkowania kulturowe i religijne oraz fakt, że w nauczaniu Kościoła człowiek jest ukształtowany na wzór i podobieństwo samego Boga[9-10]. W swoich badaniach Bejda [11] i współpracownicy wykazali, że orientacja religijna może się wiązać z dobrostanem psychicznym dzięki traktowaniu niekorzystnych wydarzeń życiowych jako szansy rozwoju osobistego i duchowego. Kaptacz [12] we wstępnych badaniach pilotażowych oceniając jakość życia osób w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej zwróciła uwagę na umiejętność integralnego zaspokajania oczekiwań pacjentów przez zespół hospicyjny. Umiejętność wzbudzania nadziei przez personel jest oceniany na 28,8%. Ponadto jedną z najważniejszych potrzeb zgłaszanych przez pacjentów jest wiara i religia. Dowodzi to, że człowiek poprzez wiarę może odczuwać nadzieję. Duchowość może stanowić ważny element

w budowaniu nadziei, z uwagi na to, że dylematy duchowe, głębokie rozterki egzystencjalne mogą obniżać satysfakcję z życia, a ich marginalizowanie może wpływać negatywnie na dalszy proces terapeutyczny i być źródłem wielu trudnych do opanowania dolegliwości zarówno na poziomie somatycznym, psychicznym i duchowym. W innych badaniach Bejda[11] wykazuje, że zadaniem kapelana szpitalnego jest także wspieranie duchowo niewierzących, którzy tego sobie życzą, oczekuje tego blisko 50% badanych. Ponadto Bejda przywołując opinię S. Warzeszaka, krajowego duszpasterza służby zdrowia 2010-2016r. i stwierdza, że kapelan ma za zadanie wspierać duchowo chorych i ich rodziny, zarówno wierzących jak i niewierzących, którzy sobie tego życzą, pomimo utrudnień i często niesprzyjających warunków [13]. Uważa bowiem, że szpital nie jest miejscem nawracania, a prozelityzm to nie zadanie kapelana. Pomijanie, pomniejszanie wartości duchowych, unikanie pytań dotyczących najgłębszych potrzeb metafizycznych takich jak sens życia, miłość, wartości życia prowadzi do znaczącego zubożenia ludzkiej egzystencji [14]. Klimasiński [15] pisze o dystresie duchowym, który doprowadza człowieka do dezintegracji i rozpacz, i w tym udręczeniu egzystencjalnym wobec ciężkiej choroby i zbliżającej się śmierci pacjent potrzebuje pomocy w odnalezieniu sensu, nadziei, pokoju, miłości i przynależności [16]. W swoim opracowaniu klasyfikacji potrzeb duchowych wykazuje nadzieję jako potrzebę duchową, budującą równowagę wewnętrzną. Wskazuje, że lekarz bez względu na własne przekonania religijne powinien brać pod uwagę duchowy aspekt osoby chorej przewlekle lub terminalnie i dowiedzieć się, jak radzi sobie ona z chorobą. Może to pomóc w udzieleniu prawidłowego wsparcia bez względu na deklarowane wyznanie, a także wpływać pozytywnie na proces terapeutyczny i budzić nową aktywną perspektywę nadziei wśród chorych i ich rodzin. Skłania ona do działania, realizacji dążeń, pragnień i głębokich marzeń[17,18] Wielgus[19] w „Człowiek w centrum wszechświata” wskazuje na związek pomiędzy teocentryzmem i antropocentryzmem. Teocentryzm, który przekazuje nadzieję na przerwy ciężenie zasady śmierci i zniszczenia poprzez odbudowanie pokoju i harmonii między wszystkimi stworzeniami, ukazuje Boga wrażliwego na potrzeby człowieka, wyklucza sprzeczności pomiędzy antropocentryzmem i teocentryzmem ukazując holistyczną wizję życia, która integruje wszystkie elementy wszechświata, uzasadnia ich istnienie szanując ich znaczenie i potrzeby; wszechświat jest harmonią i każdy element ma swoje przeznaczenie i wartość, nie ma w nim zbędnych elementów. Także święty Ignacy Antiocheński ukazuje Jezusa Chrystusa jako lekarza, który troszczy się zarówno o ciało poprzez liczne uzdrowienia jak ducha człowieka kierując do niego słowo krzepiące [20,21]. W encyklice *Dives in*

Misericordia Jan Paweł II [22,23] zaznacza, że nauczanie Kościoła powinno prowadzić do głębokiego zjednoczenia perspektywy skupionej na Bogu z tą, która koncentruje się na człowieku. Tak więc lekarze i wszyscy, którzy posługują chorym, powinni uczynić wszystko zgodnie z wewnętrznym rozeznaniem, co może ulżyć zarówno ciału jak i duszy człowieka chorego [24] Wyrazem humanitarnej pomocy jest ukierunkowane działanie całego zespołu terapeutycznego nie wykluczając rodziny by przywrócić nadzieję i podnieść jakość życia człowiekowi, który zbliża się ku śmierci zaspokajając jego różnorakie potrzeby, łagodząc poczucie osamotnienia i lęk [25].

WNIOSKI

1. Poziom nadziei mieści się na poziomie nadziei umiarkowanej w ukierunkowaniu teocentrycznym.
2. Nadzieja osób o teocentrycznej orientacji życiowej mieści się na wysokim poziomie.
3. Nadzieja osób o teocentrycznej orientacji życiowej w wymiarze, teliczno-temporalnym, jest na umiarkowanym poziomie, duchowo-religijnym na wysokim poziomie a najniższa w sytuacyjnym.

PIŚMIENNICTWO

1. Jan Paweł II, Bioetyka. POLWEN, Radom 2006:102-109.
2. Chrobak S.: Nadzieja jako dynamizm rozwoju i egzystencji człowieka. SEMINARE 25. UKSW Warszawa.2008: 329-340.
3. Szostek A.: Pogadanki z etyki. Biblioteka Niedzieli, Częstochowa 1993: 89-94.
4. Kerise M.: Życie z chorobą. Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2007.
5. Block, B.L: Skala NCN-36 jako narzędzie pomiaru nadziei u pacjentów onkologicznych. Psychoonkologia,2012; 16(3): 45-56.
6. Baczewska, B. (red.): Nadzieja w obliczu choroby nowotworowej: kontynuacja badań nad skalą NCN-36. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Lublinie 2019.
7. Pilch T.: Zasady badań pedagogicznych. Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk 1997: 117-180.
8. Węglińska M.: Jak pisać pracę magisterską? Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 1997.

9. Warzeszak J.: Człowiek w obliczu Boga i pośród stworzenia. Wydawnictwo Archidiecezji Warszawskiej, Warszawa 2005: 98-101.
10. Ratzinger J., Służyć prawdzie. Myśli na każdy dzień. Księgarnia Świętego Wojciecha Poznań Lublin Warszawa 1983:324.
11. Bejda G., Lewko J., Kułak-Bejda A.: Wpływ poziomu religijności na satysfakcję życia. *Medycyna Paliatywna. Prace Oryginalne*. 2018; 10(4): 199-207.
12. Kaptacz I.: Ocena jakości życia, akceptacji choroby, potrzeb i oczekiwań pacjentów objętych domową opieką paliatywną-wstępne badanie pilotażowe. *Medycyna Paliatywna* 2018; 10(3): 137-144.
13. Jachimczak J.: W służbie życiu. Instytut Teologiczny Księża Misjonarzy, Kraków 2003.
14. Popielski K.: Koncepcja logoteorii V.E. Frankla i jej znaczenie w poradnictwie psychologiczno-pastoralnym. W: Chlewiński Z.(red.), Wybrane zagadnienia z psychologii pastoralnej. RW KUL. Lublin 1989: 97.
15. Klimasiński M., Ziemkiewicz M., Naumann-Klimasińska N.: Potrzeby duchowe pacjentów istotne w codziennej praktyce klinicznej. *Medycyna Paliatywna* 2017; 9(4):210-217.
16. Goleman D.: Inteligencja emocjonalna, tł.. Jankowski A., Media Rodzina, Poznań 1997:280.
17. Warzeszak S. (red.): Kapłaństwo w blasku eucharystii i cierpienia, Papieski Wydział Teologiczny, Warszawa 2020:79-80.
18. Warzeszak S. (red.): W trosce o ekologię człowieka. Wybór tekstów. Papieski Wydział Teologiczny, Warszawa 2020: 213-215.
19. Users/Win/Desktop/MGR%20wszystkie%20mater/Artykuły/32353__Antropocentryzm%20Wielgus- Stanisław-.pdf (dostęp: 07.05.2020r g 11:30).
20. Św, Ignacy Antiocheński, Ad Ephesios, 7,2: Patres Apostolici, F.X. Funk, II n. 82
21. Jan Paweł II, Salvifici Doloris n. 16.
22. Jan Paweł II, Dives in Misericordia n. 1.
23. Jan Paweł II, Redemptor Hominis n. 18.
24. https://liturgicalcenter.org/media/liturgy/sakrament_chorych/n22.pdfSakramenty chorych—obrzędy i duszpasterstwo; Wprowadzenie teologiczne i pastoralne p. 4, 03.06.2020
25. Jan Paweł II, Encyklika: Evangelium Vitae n. 88-89.



ISBN KOMPLET – 978-83-962261-5-0

ISBN V TOM – 978-83-978350-0-9