

The journal has had 40 points in Ministry of Education and Science of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of December 21, 2021. No. 32343. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical Culture Sciences (Field of Medical sciences and health sciences); Health Sciences (Field of Medical Sciences and Health Sciences). Punkty Ministerialne z 2019 - aktualny rok 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 21 grudnia 2021 r. Lp. 32343. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159. Przynależność dyscypliny naukowej: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu).
© The Authors 2023;
This article is published with open access at License Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author (s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike.
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.
Received: 24.02.2023. Revised: 28.02.2023. Accepted: 09.03.2023. Published: 13.03.2023.

Problemy pielęgnacyjno-opiekuńcze pacjentki z chorobą nowotworową żołądka - studium przypadku

Nursing and caring problems of a patient with gastric cancer - a case study

Bożena Majchrowicz

orcid.org/0000-0003-3202-1407

Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyślu

Streszczenie: Rak żołądka jest nowotworem złośliwym, który wywodzi się z komórek warstwy wewnętrznej narządu. Cechuje się długim okresem bezobjawowym. Zapadalność na raka żołądka zwiększa się po 50 roku życia, szczególnie w populacji mężczyzn. **Celem pracy** była analiza wybranych aspektów opieki pielęgniarstwa realizowanej wobec pacjentki po zabiegu gastrektomii totalnej w przebiegu raka żołądka. **Materiały i metody.** W pracy zastosowano metodę kazuistyczną, studium indywidualnego przypadku pacjentki z rozpoznaniem raka żołądka. **Wyniki i wnioski.** U pacjentki występują problemy w sferze biopsychospołecznej. Rolą pielęgniarki wobec chorej jest kompleksowa opieka, edukacja oraz przygotowanie do samoopieki oraz wsparcie psychiczne. Stałe monitorowanie stanu zdrowia chorej zapobiega wystąpieniu ewentualnych powikłań.

Słowa kluczowe: pielęgniarka, pacjent, rak żołądka,

Abstract: Gastric cancer is a malignant tumor that originates from the cells of the inner layer of the organ. It is characterized by a long asymptomatic period. The incidence of gastric cancer increases after the age of 50, especially in the male population. **The aim** of the study was to analyze selected aspects of nursing care provided to a patient after total gastrectomy in the course of gastric cancer. **Materials and methods.** The study used the case study method and an individual case study of a patient diagnosed with gastric cancer. **Results and conclusions.** The patient has problems in the biopsychosocial sphere. The role of a nurse in caring for a sick person is comprehensive care, education and preparation for self-care, and above all mental support. Constant monitoring of the patient's health greatly helps to prevent possible complications.

Keywords: nurse, patient, gastric cancer,

Wstęp

Rak żołądka (GC) zajmuje piąte miejsce pod względem zachorowalności i czwarte pod względem śmiertelności na całym świecie. W 2020 r. odnotowano około miliona nowych przypadków i szacunkowo 769 000 zgonów [1]. Rozwojowi raka sprzyjają zarówno czynniki genetyczne, jak i środowiskowe z czego 50,0% nowotworów jest wywoływanych przez czynniki środowiskowe. Choroba nie występuje w populacji młodej (poniżej 45 roku życia), z częstością około 10%. Klinicznie, chirurgia i chemioterapia są podstawą leczenia [2].

Rak żołądka jest to nowotwór złośliwy, który wywodzi się z komórek nabłonkowych lub różnicuje się w tym kierunku. Najczęściej znajduje się przy ujściu przelyku lub odźwierniku, co powoduje ich zwężenie. Uważa się, że zwiększone ryzyko zachorowania na raka żołądka wynika m. in. ze stosowania nieprawidłowej diety tzn. wysokiego spożycia soli kuchennej, żywności wędzonej i marynowanej, małej konsumpcji tłuszczów zwierzęcych i białka, świeżych owoców i warzyw, mleka, pełnoziarnistego pieczywa, witamin A, E, C. Przyczyny choroby upatruje się również w paleniu tytoniu, uwarunkowaniach genetycznych a także zakażeniu *Helicobacter pylori*. Wspomniana bakteria zwiększa zapadalność na raka i chłoniaka żołądka. Sprzyja przewlekłemu zapaleniu błony śluzowej, co prowadzi do rozwoju zmian nowotworowych. Przyjmuje się, że od zakażenia *Helicobacter pylori* do rozwoju nowotworu mija powyżej 30 lat [3].

Statystyki światowe wykazują, że zachorowalność i umieralność na nowotwory żołądka różnią się od siebie w zależności od terenu występowania. Elementem łączącym wszystkie te wyniki jest fakt, że odsetek tych samych czynników z biegiem lat zmniejsza się [4]. Wiąże się to ze wzrostem świadomości ludzi na temat

chorób nowotworowych, wiele osób zmieniło styl swojego życia na prozdrowotny. Dostępność diagnostyki, możliwość szybkiej hospitalizacji również ma pozytywny wpływ na te wyniki. Niemniej jednak rak żołądka nadal pozostaje istotnym problemem dla wielu ludzi [5].

Podobnie jak w innych przypadkach wczesne wykrycie raka żołądka daje możliwość leczenia chirurgicznego oraz kilku, czasami nawet kilkunastoletniego przeżycia [6]. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „Rak to duża grupa chorób, które mogą rozpocząć się w prawie każdym narządzie lub tkance ciała człowieka, gdy komórki dzielą się w niekontrolowany sposób, przekraczają swoje zwykłe granice, atakując sąsiednie części ciała i/lub rozprzestrzeniają się na inne narządy.” We wczesnej fazie nowotwór rozwija się w jednej z części żołądka, są to; wypust, trzon lub odźwiernik. Wraz z przebiegiem choroby komórki nowotworowe rozprzestrzeniają się i zajmują kolejne warstwy żołądka, gdzie później, w już zaawansowanej fazie, mogą dawać przerzuty do innych narządów i układów. Rak żołądka daje późne objawy, co wiąże się z tym, że niestety w wielu przypadkach jest za późno wykrywany. Rak żołądka zalicza się do nowotworów o złym rokowaniu, wiedząc to nie można bagatelizować żadnych objawów nawet tych najmniej uciążliwych [7].

Nowotwór dotyka zarówno pacjentów, jak i ich rodziny. Czasami skutki raka dla rodzin są większe niż jego skutki dla pacjentów. Opiekunowie rodzinni odgrywają znaczącą rolę w opiece nad chorymi na raka. Niemniej jednak dane na temat wyzwań, przed którymi stają w ramach sprawowania opieki, są ograniczone. Opieka nad pacjentami z GC wymaga szeregu umiejętności jej planowania, podejmowania decyzji, rozwiązywania problemów i profesjonalnego doradztwa, a także znacznej ilości wiedzy w tym zakresie. Badania wykazały, że opiekunowie rodzinni nie są odpowiednio przygotowani do sprawowania opieki w domu i nie otrzymują odpowiedniej edukacji na temat sprawowania opieki, zanim ich pacjenci zostaną wypisani ze szpitala. Oprócz braku wiedzy i ograniczonego wsparcia, większość opiekunów rodzinnych doświadcza braku równowagi między ciężarem opieki a własnymi potrzebami osobistymi, co skutkuje wieloma różnymi negatywnymi konsekwencjami fizycznymi, psychologicznymi, finansowymi, społecznymi i zawodowymi oraz negatywnie wpływa na jakość ich opieki. [8,9].

Zadania pielęgniarstwa w opiece nad pacjentem po zabiegu gastrektomii totalnej

Wraz z ciągłą poprawą jakości życia ludzi, rosną wymagania dotyczące jakości leczenia i opieki, a rutynowa opieka pielęgniarstwa nie jest już w stanie zaspokoić potrzeb pielęgnacyjnych we współczesnym społeczeństwie. Jednocześnie, wraz z transformacją od tradycyjnego pojedynczego modelu biomedycznego do nowoczesnego modelu bio-psycho-społecznego, model interwencji pielęgniarstwa również stale rozwija się w kompleksowy model skoncentrowany na pacjencie [10]. Pielęgniarstwo wysokiej jakości to nowy tryb pracy, w którym praktyka pielęgniarstwa polega głównie na koncepcji pielęgniarstwa skoncentrowanej na pacjencie, co poprawia ogólną jakość usług pielęgniarstwa poprzez profesjonalne kształcenie i doskonalenie zawodowych umiejętności [11]. Nadrzędnym celem zmian w opiece nad pacjentem jest poprawa ich świadomości na temat choroby, uregulowanie emocji, zwiększenie zaufania do leczenia i opieki oraz zapewnienie bezpieczeństwa. Wcześniejsze badania wykazały, że pielęgniarstwo odgrywa istotną rolę w łagodzeniu niezdrowych emocji i poprawie jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową. Jednak dostępnych jest niewiele badań skupiających się na wpływie opieki pielęgniarstwa na pooperacyjne negatywne emocje, zapobieganie powikłaniom u pacjentów poddawanych operacji GC [12,13]. Pacjenci z chorobą nowotworową mają różnorodne potrzeby. Każdy pacjent inaczej reaguje na trudy choroby. Ocena potrzeb pozwala na udzielanie skuteczniejszego wsparcia, adekwatnego do indywidualnych doświadczeń każdej osoby i jest niezbędna do ustalania priorytetów alokacji zasobów, planowania i prowadzenia opieki holistycznej, czyli opieki mającej na celu znaczną poprawę jakości życia pacjenta. Pacjenci z rozpoznaniem choroby nowotworowej mają wysoki poziom niezaspokojonych potrzeb, zwłaszcza w zakresie wsparcia psychologicznego i informacji medycznej. Ich opiekunowie również doświadczają potrzeb i obaw związanych z chorobą. Opiekunowie powinni być świadomi konsekwencji zdrowotnych choroby nowotworowej i rozważyć odpowiednią opiekę wspierającą dla swoich bliskich [14].

Do zadań pielęgniarstwa opiekującej się pacjentem z chorobą nowotworową należy nie tylko ocena jego obecnego stanu zdrowia, realizacja zleceń lekarskich, edukacja na temat postępowania po opuszczeniu szpitala, ale przede wszystkim udzielenie choremu emocjonalnego wsparcia. Lęk pojawiający się u pacjenta jest wynikiem szoku powstałego w wyniku usłyszenia diagnozy i niewystarczającą ilością informacji na temat choroby. Z całą pewnością można stwierdzić, że chorobami, które wzbudzają największy lęk i zagrożenie są właśnie choroby nowotworowe [15,16]. Pielęgniarstwo oprócz udzielania pomocy pacjentowi powinna także zwrócić uwagę na jego rodzinę, która również potrzebuje wsparcia. Często rodzina postawiona w obliczu choroby bliskiej osoby nie wie jaką powinna przyjąć postawę. Wynika to z braku umiejętności postawienia się w sytuacji osoby nieuleczalnie chorej. Zadaniem pielęgniarstwa jest uświadomienie rodzinie pacjenta jak ważna jest dla niego możliwość wyrażenia negatywnych uczuć, które wynikają z nieuchronności postawionej diagnozy [17-20]. Systemowa interwencja pielęgniarstwa koncentruje się na pacjentach w oparciu o ich negatywne emocje, w ramach których pielęgniarstwo realizuje wiele interwencji, takich jak edukacja, wsparcie psychologiczne i społeczne i stałe dostosowywanie opieki, sprawowanej nad pacjentami, do ich indywidualnej sytuacji [21,22].

Badania wielu autorów wykazały, że systematyczne interwencje pielęgniarские korzystnie wpływają na zwiększenie poczucia własnej skuteczności i zdolności samoopieki pacjentów oraz poprawę ich stanu fizycznego i psychicznego, a tym samym zmniejszenie zmęczenia i poprawę jakości życia [23-26].

Opieka nad pacjentem w okresie pooperacyjnym pełni ważną kwestię w jego powrocie do osiągnięcia stanu sprzed choroby. W pierwszych godzinach od zabiegu opieka nad chorym będzie opierała się głównie na czynnościach takich jak zminimalizowanie bólu pooperacyjnego, pielęgnacja i obserwacja rany pooperacyjnej czy pomiar i stała kontrola parametrów życiowych oraz prowadzenie dokumentacji medycznej [27-29]. Z biegiem czasu czynności pielęgnacyjne nie będą opierać się już tylko na kwestii dotyczącej zdrowia fizycznego. Pacjent będzie wymagał również wsparcia psychicznego a pielęgniarka pełni także rolę edukatora. Przedstawia choremu oraz jego rodzinie zalecenia lekarskie i wykaz dalszego postępowania pooperacyjnego w środowisku domowym. Edukując, omawia ważne kwestie, które mają bezpośredni wpływ na zdrowie pacjenta, są to np. wytyczne żywieniowe, dalsze postępowanie z raną pooperacyjną czy możliwa wydolność wysiłkowa [30-32].

Choroba nowotworowa, a przede wszystkim jej konsekwencje, zmiany w pełnionych funkcjach społecznych mogą spowodować utratę tożsamości społecznej, co przejawia się tym, że człowiek, który nie wie, kim jest w sensie społecznym, traci umiejętność zachowań w określonych sytuacjach. Napięcia związane z chorobą nowotworową mogą prowadzić do psychicznej i społecznej izolacji chorego. Ponadto dezorganizacja sytuacji życiowej związana ze zmianą zachowań chorego w wyniku poważnej choroby może spowodować, że chory znajdzie się poza sferą swojej dotychczasowej aktywności, a tym samym zakres jego relacji społecznych ulegnie jeszcze bardziej zawężeniu [33-35].

Celem pracy była analiza wybranych aspektów opieki pielęgniarskiej realizowanej wobec pacjentki po zabiegu gastrektomii totalnej w przebiegu raka żołądka.

Studium indywidualnego przypadku

Badaniami została objęta 79-letnia kobieta z rozpoznaniem złośliwy rak żołądka. Chora hospitalizowana w Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie - Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. ks. Bronisława Markiewicza w 2022 roku. Pacjentka, przeżyła operację gastrektomii totalnej, wyraziła zgodę na wgląd do dokumentacji medycznej oraz sporządzenie opisu przypadku na podstawie jej osoby w celach badawczych. Wszystkie zebrane dane pochodzą z dokumentacji, ich analizy, obserwacji, pomiaru parametrów życiowych, a także wywiadu z samą chorą. W chwili przeprowadzenia wywiadu chora była w 17 dobie po zabiegu. Obserwacja pacjentki trwała 3 dni.

Z wywiadu od chorej: powodem przyjęcia do szpitala były niepokojące objawy dyspeptyczne oraz intensywne krwawienie z przewodu pokarmowego. Pacjenta stwierdziła, że nieprzyjemne objawy ze strony układu pokarmowego utrzymywały się od 2 tygodni, chora nie zamierzała udać się z nimi do specjalisty, dopóki nie zauważyła krwi w kale. Po uzyskaniu wyników badań z wycinków pobranych podczas gastroskopii lekarz stwierdził gruczolakoraka wypustu żołądka. Na tym etapie rak został określony jako nieoperacyjny i zaproponowano jedynie leczenie paliatywne. Przeprowadzone badania, pozwoliły określić typ raka według klasyfikacji TNM, był to: Rak typu T2, N0, M0, świadczyło to o stopniu zaawansowania IB, pozwoliły na zakwalifikowanie i wykonanie zabiegu totalnej gastrektomii i wyłonienia stomii jelitowej.

Wybrane problemy pielęgnacyjno-opiekuńcze pacjentki

1. Nieszczelność przełykowo-jelitowa, jako skutek uboczny operacji całkowitego usunięcia żołądka.

Cel opieki:

- Zapobieganie dalszym powikłaniom wynikającym z rozejścia się zespolenia przełykowo-jelitowego.
- Udział w leczeniu zachowawczym
- Prowadzenie wsparcia psychicznego wobec chorej.

Plan działań:

- Ciągła obserwacja ogólnego stanu pacjentki.
- Obserwacja zastosowanego drenażu rany pooperacyjnej.
- Poinformowanie chorej, aby zwracała szczególną uwagę na pojawiające się objawy mogące świadczyć o wystąpieniu powikłań.
- Szybkie reagowanie na zgłaszane przez pacjentkę dolegliwości.
- Wyjaśnienie pacjentce powodu konieczności zastosowania drenażu Redona do jamy otrzewnej.
- Emocjonalne wsparcie pacjentki.

Realizacja działań:

- Prowadzono asystę lekarską przed oraz podczas wykonywania zdjęcia RTG z kontrastem. Podano doustnie środek cieniujący - Uropolinę zgodnie ze zleceniem lekarskim. Podczas badania wynikło, że zaistniała nieszczelność jest spowodowana niecałkowitym zagojeniem się rany pooperacyjnej, nie wymaga interwencji chirurgicznej a jedynie leczenia zachowawczego.
- Podczas pobytu chorej na odzie stale kontrolowano jej ogólny stan zdrowia oraz parametry życiowe, zmierzono temperaturę ciała która wyniosła 36,8°C, ciśnienie tętnicze- 132/95 mmHg. Nie zauważono żadnych nieprawidłowości wskazujących na wystąpienie dalszych powikłań.

- Kontrolowano wygląd i ilość wydzieliny znajdującej się w zbiornikach oraz drożność drenów. Wszystkie te informacje wprowadzono do dokumentacji.
- Pacjentka nie zgłosiła wystąpienia u niej żadnych niepokojących objawów mogących świadczyć o wystąpieniu powikłań.
- Zaplanowano kolejne wykonanie próby szczelności po tygodniu od ponownego wznowienia prowadzenia żywienia dojelitowego. Tym razem próba szczelności ma zostać wykonana za pomocą podania pacjentce doustnie 20 ml Methylenum Coeruleum (błękit metylenowy) w stężeniu 1%. Następnie zostanie poprowadzona obserwacja drenów, ponieważ w przypadku pojawienia się charakterystycznego błękitnego koloru w wydzielinie znajdującej się w drenie ma to świadczyć o nieszczelności.
- Wyjaśniono chorej, że drenaż Redona zastosowany do jamy otrzewnej służy do oceny rodzaju i ilości płynów wydzielających się z rany pooperacyjnej.
- Nawiązano rozmowę z chorą. Pacjentka wyznała, że ucieszyła się z faktu, że ponownie może jeść drogą naturalną, ale zaistniałe powikłanie pooperacyjne na nowo ją zaniepokoiło. Stwierdziła, że odczuwa głód za każdym razem jak sąsiadka z łóżka obok dostaje posiłek. Pacjentce zostało wyjaśnione, że obecna sytuacja jest wynikiem przeprowadzonej operacji oraz że nie można było tego przewidzieć, a jeśli rana się wygoi żywienie doustne będzie można wprowadzić już w następnym tygodniu. Rozmowa była przeprowadzona w życzliwym i łagodnym tonie, żeby chora poczuła się rozumiana i wysłuchana.
- **Ocena działań:**

Nie doszło do dalszych powikłań wynikających z rozejścia się zespolenia przełykowo-jelitowego. Wprowadzone leczenie zachowawcze przyniosło pozytywne skutki. Nastawienie pacjentki po rozmowie z personelem medycznym uległo poprawie.

2. Wyłączenie żywienia drogą doustną i konieczność stosowania sondy dojelitowej spowodowana nieszczelnością przełykowo-jelitową i brakiem możliwości zastosowania innej drogi.

Cel opieki:

- Podaż żywienia drogą dojelitową.
- Zapobieganie powikłaniom wynikającym z utrzymania przetoki dojelitowej.

Plan działań:

- Dostarczenie składników pokarmowych z uwzględnieniem stężenia, czasu, temperatury oraz szybkości podawania żywienia.
- Nawilżanie jamy ustnej i błony śluzowej ust.
- Przepłukiwanie sondy dojelitowej po każdorazowej podaży diety.
- Przestrzeganie zasad antyseptyki podczas podawania żywienia dojelitowego.
- Zastosowanie prawidłowej pozycji podczas podaży żywienia.
- Zapobieganie oraz wczesne rozpoznawanie powikłań wynikających z prowadzenia żywienia dojelitowego.
- Prowadzenie systematycznej oceny stanu odżywienia za pomocą standaryzowanej skali.
- Stała kontrola stanu przetoki skórno-jelitowej.
- Pobranie krwi do badań chemicznych na zlecenie lekarskie.
- Codzienny pomiar masy ciała i prowadzenie karty obserwacyjnej.

Realizacja działań:

- Przygotowano i zmontowano zestaw do podaży żywienia. Płyn Nutrison 1000 ml został podany za pomocą pompy perystaltycznej z szybkością 84 ml/godz., w stężeniu 0,7 kcal/ml zgodnie ze zleceniem lekarskim. Dieta była przechowywana tak jak zalecił producent w oryginalnym opakowaniu, w temperaturze 15–25 °C, a została podana w temperaturze pokojowej. Opakowanie nie było uszkodzone a data ważności zgadzała się z datą ówczesną. Wszystkie dane na temat diety wprowadzono do dokumentacji medycznej.
- Pacjentka przepłukała jamę ustną.
- Każdorazowo przed, jak i po podaży żywności sonda dojelitowa była przepłukiwana w 20-40 ml przygotowanej wody o temperaturze pokojowej.
- Przed każdym podjęciem czynności przy sondzie dojelitowej przestrzegano zasad aseptyki i antyseptyki,
- Podczas stosowania diety dojelitowej jak i 30 minut po jej podaniu, pacjentka pozostawała w pozycji półsiedzącej, pod kątem 30-45°.
- Prowadzono ciągłą obserwację stanu pacjentki, mierzono podstawowe parametry życiowe dwa razy dziennie. Nie zauważono żadnych niepokojących powikłań wynikających z odżywiania dojelitowego.
- Przeprowadzano z chorą wywiad dotyczący jej stanu odżywienia. Wykorzystywano do tego skalę MNA.

- Prowadzona była codzienna kontrola skóry i stanu jejunostomii. Skóra wokół nie była zaczerwieniona, nie doszło do wycieku treści jelitowej, nie zauważono śladów toczącego się stanu zapalnego.
- Zostały pobrane badania w celu oceny ewentualnego wystąpienia stanu zapalnego (OB i CRP).
- Prowadzono systematyczny pomiar masy ciała a jego wartości wprowadzono do karty obserwacyjnej.

Ocena działań:

Wszystkie składniki odżywcze zostały podane drogą żywienia dojelitowego, nie doszło do żadnych powikłań wynikających z założonej jejunostomii.

3. Ból rany pooperacyjnej.

Cel opieki:

- Zmniejszenie dolegliwości bólowych.
- Zapewnienie komfortu psychicznego pacjentki.

Plan działań:

- Ocena natężenia bólu z zastosowaniem standaryzowanej skali.
- Wprowadzenie leczenia farmakologicznego zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Obserwacja wpływu podanych leków pod kątem wystąpienia skutków ubocznych.
- Powtórne użycie standaryzowanej skali do oceny natężenia bólu w ramach sprawdzenia działania zastosowanego leczenia farmaceutycznego.
- Kontrolowanie stanu rany pooperacyjnej.
- Zapewnienie pomocy przy wyborze optymalnej i możliwie najwygodniejszej pozycji w łóżku, która nie będzie drażnić rany pooperacyjnej.
- Wyjaśnienie chorej przyczyny powstania zaistniałego bólu.
- Odwrócenie uwagi kobiety od bólu, zorganizowanie jej czasu.

Realizacja działań:

- Zastosowano standaryzowaną skalę VAS do oceny bólu. Pacjentka uzyskała 4 pkt według tej skali co oznacza, że odczuwa ona ból o średnim natężeniu. Pani D.C. wyznała, że ból natężyła się podczas przyjęcia pozycji leżącej na lewym boku.
- Przygotowano oraz zmontowano zestaw do podania leku przeciwbólowego w dożylnym wlewie kroplowym. Rozpuszczono 1000 mg leku Pylalgin w 100 ml soli fizjologicznej Natrium Chloratum 0,9% zgodnie ze zleceniem lekarskim. Podano lek z zachowaniem wszystkich zasad aseptyki i antyseptyki.
- Prowadzono obserwację pacjentki pod kątem niepożądanego działania podanego leku przeciwbólowego, nie zauważono, żeby wystąpiły jakieś niepokojące objawy.
- Ponownie oceniono natężenie bólu. Chora stwierdziła, że po podaniu leku ból ustał, co oznacza 0 pkt w skali VAS.
- Wykonano zmianę opatrunku na ranie pooperacyjnej.
- Zapewniono pomoc przy doborze oraz ułożeniu chorej w pozycji, która nie podrażniała i nie naciskała bardziej na bolącą ranę pooperacyjną.
- Przeprowadzono rozmowę z pacjentką, wyjaśniono, że ból jest naturalną, przemijającą reakcją organizmu po interwencji chirurgicznej.
- Zaproponowano chorej pooglądanie telewizji w ramach odwrócenia uwagi od nieprzyjemnego bólu, chora się na to zgodziła.

Ocena działań:

Ból niezagojonej rany pooperacyjnej ustał po podaniu leków. Samopoczucie pacjentki uległo poprawie.

4. Osłabienie organizmu spowodowane długotrwałą hospitalizacją i zaistniałymi komplikacjami.

Cel opieki:

- Stała obserwacja stanu zdrowia pacjentki.
- Zadbanie o bezpieczeństwo i komfort psychiczny chorej.

Plan działań:

- Regularna obserwacja pacjentki i pomiar parametrów życiowych.
- Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu na sali pacjentki.
- Dostarczenie informacji na temat dalszego postępowania pooperacyjnego.
- Wsparcie psychiczne pacjentki.
- Umożliwienie chorej kontaktu z rodziną.

Realizacja działań:

- Dokonano pomiaru parametrów życiowych pacjentki: akcji serca, tętna, oddechów, ciśnienie tętniczego oraz saturacji. Czynność tę powtarzano dwa razy w ciągu doby, rano i wieczorem.
- Zapewnienie prawidłowego mikroklimatu na sali pacjentki wilgotność w 50-70%, temperatura powietrza 20°C.

- Chorej umożliwiono przeprowadzenia rozmowy z lekarzem, dotyczącej dalszego postępowania pooperacyjnego w jej jednostce chorobowej.
- Przekonano pacjentkę, że konsekwentne leczenie oraz aktywne przeciwdziałanie chorobie i skutkom ubocznym operacji chirurgicznej daje możliwość wyleczenia i powrotu do stanu sprzed hospitalizacji.
- Chora przeprowadziła rozmowę przez telefon komórkowy ze swoją córką.

Ocena działań:

Stan pacjentki nie uległ pogorszeniu, uczucie osłabienia nadal się utrzymuje. Chora czuje się zaopiekowana i towarzyszy jej odczucie bezpieczeństwa na oddziale.

5. Deficyt w zakresie samodzielności z powodu obawy pacjentki o pielęgnację rany pooperacyjnej oraz jejunostomii.

Cel działań:

- Pomoc pacjentce w czynnościach, które sprawiają jej trudności.
- Zwiększenie samodzielności chorej w wykonywaniu niektórych działań.

Plan działań:

- Określenie potrzeb i ocena zdolności pacjentki w zakresie samoopieki za pomocą standaryzowanej skali.
- Jak najwcześniejsze rozpoczęcie usprawniania chorej.
- Pomoc w wykonywaniu czynności samoobsługowych.
- Współdziałanie w gimnastyce oddechowej.
- Motywowanie chorej do podjęcia wykonywania ćwiczeń oddechowych.
- Mobilizowanie pacjentki do samodzielnego podjęcia się czynności, których boi się wykonywać sama ze względu na ranę pooperacyjną i zastosowany drenaż.
- Organizowanie czasu wolnego.

Realizacja działań:

- Zastosowano skalę Barthel do oceny sprawności. Pacjentka uzyskała 80 pkt na 100 możliwych co oznacza, że chora potrzebuje niewielkiej pomocy w codziennych czynnościach. Chora sama podkreśla, że potrzebuje jedynie pomocy podczas wykonywania czynności higienicznych pod prysznicem, oraz niewielkiej pomocy podczas korzystania z toalety ze względu na strach przed uszkodzeniem drenażu oraz rany pooperacyjnej. Czasami, gdy chora nie zdąży dojść do toalety sama, wymaga pomocy przy zmianie pieluchomajtek. Pacjentka prosi również o pomoc podczas przebijania się.
- Chora była wcześniej uruchamiana, ponieważ podjęła próby wstawania z łóżka już w drugiej dobie po zabiegu. W chwili wywiadu chora nie ma fizycznych problemów z przemieszczaniem się.
- W ciągu dnia zapewniono pacjentce pomoc w czynnościach, w których sama sobie nie radziła.
- Poinformowano chorą, w jaki sposób poprawnie przeprowadzić ćwiczenia oddechowe, zachęcono ją do wciągania głęboko powietrza nosem i wypuszczania długo ustami, udostępniono jej aparat Triflo i wytłumaczono, w jaki sposób należy z niego poprawnie korzystać.
- Przeprowadzono z pacjentką rozmowę edukacyjną, uświadomiono jej jakie korzyści niesie ze sobą wykonywanie ćwiczeń oddechowych, wytłumaczono również, że skutkiem zbyt długiego leżenia może być między innymi zapalenie płuc i inne schorzenia ze strony dróg oddechowych.
- Poinformowano chorą, że łagodne, naturalne ruchy nie doprowadzą do uszkodzenia rany pooperacyjnej czy uszkodzenia drenażu, więc nie musi się o nie obawiać podczas wykonywania codziennych czynności. Wyjaśniono jej jak duży wpływ na usamodzielnienie ma stopniowe zwiększanie samodzielności w zakresie zaspokajania codziennych potrzeb.

Ocena działań:

Zapewniono pacjentce pomoc przy wykonywaniu czynności, w których sama sobie nie daje rady. Mimo podjętych prób i rozmów chora wciąż czuje się niepewnie wobec zastosowanego drenażu i nadal wymaga pomocy w czynnościach takich jak: odprowadzenie do toalety, pomoc podczas brania prysznica czy ubierania się.

6. Niepokój chorej związany ze stanem zdrowia oraz lęk przed nawrotem choroby nowotworowej.

Cel działań:

- Zmniejszenie uczucia lęku.
- Wsparcie psychiczne pacjentki.

Plan działań:

- Nawiązywanie kontaktu werbalnego z pacjentką, udzielenie wsparcia psychicznego.
- Wyjaśnienie wątpliwości chorej i otoczenie jej troskliwą opieką.
- Zapewnienie warunków do wypoczynku.
- Wypełnienie czasu wolnego pacjentki w sposób dostosowany do jej możliwości psychicznych.
- Umożliwienie kontaktu z rodziną.

Realizacja działań:

- Nawiązano rozmowę z pacjentką, w życzliwym i troskliwym tonie. Zadawano jej pytania tak, aby zechciała opowiedzieć coś o sobie, swoich bliskich, wnukach oraz codziennym życiu i nawykach.

Chora chętnie podjęła rozmowę, opowiadała bardzo dużo o wnukach, tego w jakim są wieku i co robią w życiu. Uspokojono chorą, zapewniono jej, że operacja przebiegła pomyślnie i że czeka ją jeszcze dużo miłych chwil w towarzystwie wnuków i reszty rodziny.

Ocena działań:

Kobieta wydaje się być spokojniejsza, po rozmowie z wnukiem pozytywniej odnosiła się w rozmowie na temat jej przyszłości.

7. Deficyt wiedzy pacjentki oraz jej rodziny z zakresu postępowania po zabiegu całkowitej resekcji żołądka.

Cel działań:

- Przeprowadzenie edukacji chorej oraz jej bliskich z zakresu żywienia po przebytej operacji resekcji żołądka.
- Przygotowanie pacjentki do samoopieki i samopielęgnacji.

Plan działań:

- Sprawdzenie wiedzy chorej oraz jej rodziny na temat postępowania po przebytej operacji oraz w chorobie nowotworowej.
- Poinformowanie chorej o postępowaniu lekarskim przy wypisie ze szpitala.
- Przekazanie wyczerpującej ilości informacji na temat żywienia po przebytej całkowitej resekcji żołądka.
- Przekazanie informacji dotyczących modyfikacji stylu życia pacjentki.
- Przygotowanie psychiczne chorej do konieczności podjęcia się dalszej terapii związanej z chorobą nowotworową.
- Przypomnienie o konieczności pozostania pod opieką lekarza POZ.
- Przypomnienie o uczęszczaniu na wizyty kontrolne po wypisie ze szpitala.

Realizacja działań:

- Pacjentka oraz jej bliscy wyrazili zaniepokojenie tym, że nie znają zasad dalszego postępowania w chorobie po powrocie chorej do domu. Chora mimo wszystko jest gotowa podjąć się samoopieki po uzyskaniu wszystkich niezbędnych informacji.
- Opowiedziano chorej jak przebiega proces przy dokonywaniu wypisu ze szpitala. Poinformowano, że istnieje możliwość przepisania jej leków do domu, które należy brać w dawkach i w czasie ściśle zaleconym przez lekarza.
- Przeprowadzono z chorą oraz jej bliskimi rozmowę edukacyjną na temat żywienia w domu po operacji resekcji żołądka. Wytlumaczono im, że dieta powinna być dobrana odpowiednio do możliwości trawiennych układu pokarmowego po przebytej gastrektomii, więc musi być lekkostrawna, wysokobiałkowa z pominięciem pokarmów ciężkostrawnych, tłuszczów zwierzęcych. Podczas doboru produktów oraz metod do sporządzania dań trzeba zwrócić uwagę na to, aby spożyty pokarm w łatwy sposób ulegał procesom trawiennym. Wypunktowano produkty, które należy wyeliminować z diety np.: pieczywo pszenne, żółty ser, mięso z kaczki, wieprzowina, baranina, jaja gotowane na twardo, słonina, margaryna, potrawy przygotowane w sposób wymagany smażenia, warzywa strączkowe oraz konserwowane w occie, ostre przyprawy.
- Poinformowano pacjentkę, że po powrocie do domu przez pierwsze kilka tygodni musi oszczędzać swoje siły ze względu na przebyty zabieg operacyjny. Pouczono chorą, aby spożywała dania w małych ilościach, ale dość często, nawet do ośmiu razy w ciągu dnia.
- Zalecono chorej, aby po wypisie pozostała pod opieką lekarza POZ oraz regularnie wykonywała badania kontrolne badania krwi w celu oceny rozwoju niedokrwistości.
- Przypomniano pacjentce o konieczności odbywania wizyt kontrolnych, co 3–6 miesięcy przez pierwsze 2 lata a później, co 6 miesięcy przez następne 3 lata. Poinformowano o konieczności natychmiastowego zgłaszaniu ewentualnie mogących wystąpić objawów mogących świadczyć o nawrocie choroby.

Ocena działań:

Pacjentka oraz jej bliscy zostali zaznajomieni z zasadami postępowania po operacji gastrektomii totalnej w środowisku domowym. Chora przygotowana do samoopieki w środowisku domowym.

Wnioski

Stałe monitorowanie stanu zdrowia chorego w dużym stopniu pomaga w profilaktyce wystąpienia ewentualnych skutków ubocznych. Żywienie pacjenta po operacji gastrektomii totalnej jest jednym z najważniejszych czynników, które mają ogromnie znaczący wpływ na przebieg dalszej hospitalizacji i prawidłowy powrót do zdrowia chorego.

Oprócz problemów fizycznych chory odczuwa również dyskomfort o podłożu psychicznym. Problem nasila się w momencie, kiedy pacjent nie może spożywać pokarmów drogą naturalną, wystąpią niepożądane skutki uboczne zabiegu lub istnieje ryzyko nawrotu choroby. W takich sytuacjach wymagana jest pomoc i wsparcie rodziny oraz personelu medycznego. Edukacja chorego powinno być prowadzone podczas całego procesu hospitalizacji a przekazywane informacje muszą być spójne z tym, czego na dany moment potrzebuje pacjent.

Piśmiennictwo

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71:209–249
2. Lu H, Zhu L, Tan C. Impact of Systematic Holistic Nursing Combined with Narrative Nursing Intervention for Patients with Advanced Gastric Cancer on Complications and Negative Emotions. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2022 Jul 15;2022:9148843. doi: 10.1155/2022/9148843. PMID: 35873642; PMCID: PMC9307344.
3. Kot N, Żelazek P. Selected aspects of nursing care in patients with gastric cancer. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2019;3(4)
4. Ferro A., Peleteiro B., Malvezzi M., Bosetti C., Bertuccio P., Levi F., Negri E., La Vecchia C., Lunet N., Worldwide trends in gastric cancer mortality (1980–2011), with predictions to 2015, and incidence by subtype. *European Journal of Cancer*, 2014, s. 1331-1337.
5. Didkowska J., Wojciechowska U, Michałek I., Olasek P., Caetano Dos Santos F., Michałek I. Malignant neoplasms in Poland in 2019. *Ministerstwo Zdrowia, Warszawa* 2021:3-13.
6. Gajewski P. Internal diseases based on Szczeklik's internal medicine - a compendium. *Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków* 2012:459-460.
7. Ciesielski M., Kruszewski W.J., Walczak J., Szajewski M., Szefel J., Wydral J., Buczek T. Profiling the surgical ward towards oncological surgery significantly improves the results of gastric cancer treatment. *Polskie Towarzystwo Onkologiczne*, 2016, s. 20-24.
8. Taleghani F, Ehsani M, Farzi S, Farzi S, Adibi P, Moladoost A, Shahriari M, Tabakhan M. Challenges to Family Caregivers in Caring for Gastric Cancer Patients from Perspectives of Family Caregivers, Patients, and Healthcare Providers: A Qualitative Study. *Indian J Palliat Care.* 2021 Oct-Dec;27(4):521-529. doi: 10.25259/IJPC_98_21. Epub 2021 Oct 28. PMID: 34898947; PMCID: PMC8655636.
9. Mishra S, Gulia A, Satapathy S, Gogia A, Sharma A, Bhatnagar S. Caregiver burden and quality of life among family caregivers of cancer patients on chemotherapy: A prospective observational study. *Indian J Palliat Care.* 2021;27:109–12. doi: 10.4103/IJPC.IJPC_180_20
10. Park SC, Kim YK. An Integrated Bio-psycho-social Approach to Psychiatric Disorders. *Adv Exp Med Biol.* 2019;1192:331-340. doi: 10.1007/978-981-32-9721-0_17. PMID: 31705503.
11. Symon A, McFadden A, White M, Fraser K, Cummins A. Using a quality care framework to evaluate user and provider experiences of maternity care: A comparative study. *Midwifery.* 2019 Jun;73:17-25. doi: 10.1016/j.midw.2019.03.001. Epub 2019 Mar 5. PMID: 30856527.
12. Hu J, Wang LL, Li Y. Effects of high-quality nursing intervention on negative emotions, postoperative complications and gastrointestinal function in patients with gastric cancer surgery. *Am J Transl Res.* 2022 Mar 15;14(3):1652-1662. PMID: 35422953; PMCID: PMC8991151.
13. Pituskin E. Cancer as a new chronic disease: Oncology nursing in the 21st Century. *Can Oncol Nurs J.* 2022 Feb 1;32(1):87-92. PMID: 35280062; PMCID: PMC8849169.
14. Lewandowska A, Rudzki G, Lewandowski T, Rudzki S. The Problems and Needs of Patients Diagnosed with Cancer and Their Caregivers. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Dec 24;18(1):87. doi: 10.3390/ijerph18010087. PMID: 33374440; PMCID: PMC7795845.
15. Deribe B, Ayalew M, Geleta D, Gemechu L, Bogale N, Mengistu K, Gadissa A, Dula D, Ababi G, Gebretsadik A. Perceived Quality of Nursing Care Among Cancer Patients Attending Hawassa University Comprehensive Specialized Hospital Cancer Treatment Center; Hawassa Southern Ethiopia: Cross-Sectional Study. *Cancer Manag Res.* 2021 Feb 10;13:1225-1231. doi: 10.2147/CMAR.S275729. PMID: 33603468; PMCID: PMC7882431.
16. Othman EH, Alostta MR, Alshraideh JA, Al Muhaisen S. Nursing diagnoses among oncology patients in medical units: a retrospective study of patients' records. *Ecancermedicalscience.* 2021 Nov 4;15:1315. doi: 10.3332/ecancer.2021.1315. PMID: 35047066; PMCID: PMC8723747.
17. Medak E, Ciechański A, Niedzielski A. Nursing care for the patient after gastric resection due to cancer. *Journal of Education, Health and Sport.* 2017;7(7):441-452. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.834099>
18. Li P, Guo YJ, Tang Q, Yang L. Effectiveness of nursing intervention for increasing hope in patients with cancer: a meta-analysis. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018 Aug 9;26:e2937. doi: 10.1590/1518-8345.1920.2937. PMID: 30110091; PMCID: PMC6091366.
19. Chen Y, Zhang W, Li X. Analysis of the Management Effect of Cancer Patients after Oral Chemotherapy Based on Nursing Process Reengineering. *J Healthc Eng.* 2022 Mar 22;2022:4539125. doi: 10.1155/2022/4539125. PMID: 35360484; PMCID: PMC8964201.
20. Lu Y. Oncology nurse: Psychological nursing for cancer patients, what can we do? *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2022 Jan 29;9(3):133-134. doi: 10.1016/j.apjon.2022.01.005. PMID: 35494096; PMCID: PMC9052839.

21. He F, He RX. Systematic nursing interventions in gastric cancer: A randomized controlled study. *World J Clin Cases*. 2022 Feb 26;10(6):1843-1851. doi: 10.12998/wjcc.v10.i6.1843. PMID: 35317163; PMCID: PMC8891775.
22. Yin L, Zhang W, Liu L, Guo L, Guo M, He X, Zhu L. Application of nursing intervention based on the IKAP model in self-management of patients with gastric cancer. *Am J Transl Res*. 2022 Sep 15;14(9):6389-6398. PMID: 36247277; PMCID: PMC9556496.
23. He F, He RX. Systematic nursing interventions in gastric cancer: A randomized controlled study. *World J Clin Cases*. 2022 Feb 26;10(6):1843-1851. doi: 10.12998/wjcc.v10.i6.1843. PMID: 35317163; PMCID: PMC8891775.
24. Tuominen L, Stolt M, Meretoja R, Leino-Kilpi H. Effectiveness of nursing interventions among patients with cancer: An overview of systematic reviews. *J Clin Nurs*. 2019 Jul;28(13-14):2401-2419. doi: 10.1111/jocn.14762. Epub 2019 Jan 27. PMID: 30585667.
25. Bonetti L, Tolotti A, Valcarenghi D, Graffigna G, Nania T, Sari D, Ferri P, Barello S. Nurses' interventions to promote cancer patient engagement and related outcomes: a systematic review and meta-analysis protocol. *Acta Biomed*. 2020 Jun 20;91(6-S):65-70. doi: 10.23750/abm.v91i6-S.9658. PMID: 32573507; PMCID: PMC797583
26. Kapucu S, Bulut HD. Nursing Students' Perspectives on Assisting Cancer Patients. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2018 Jan-Mar;5(1):99-106. doi: 10.4103/apjon.apjon_44_17. PMID: 29379841; PMCID: PMC5763448.
27. Koper A, Koper KJ. Nursing problems of cancer patients and interdisciplinary care. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2021
28. Hassankhani H, Dehghannezhad J, Rahmani A, Ghafourifard M, Soheili A, Lotfi M. Caring Needs of Cancer Patients from the Perspective of Home Care Nurses: A Qualitative Study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2022 Jan 1;23(1):71-77. doi: 10.31557/APJCP.2022.23.1.71. PMID: 35092373; PMCID: PMC9258677.
29. Long FJ, Chen H, Wang YF, He LM, Chen L, Liang ZB, Chen YN, Gong XH. Research on the effect of health care integration on patients' negative emotions and satisfaction with lung cancer nursing activities. *World J Clin Cases*. 2020 Sep 26;8(18):4059-4066. doi: 10.12998/wjcc.v8.i18.4059. PMID: 33024763; PMCID: PMC7520783.
30. Coolbrandt, A., Wildiers, H., Aertgeerts, B. et al. Systematic development of CHEMO-SUPPORT, a nursing intervention to support adult patients with cancer in dealing with chemotherapy-related symptoms at home. *BMC Nurs* 17, 28 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0297-8>
31. Włodek I, Zera A, Krupienicz A. Nursing care of the patient with serous ovarian cancer after surgery – case study *Pielęgniarstwo Polskie* 2017;2 (64):346-350. DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.47>
32. Kardyś M, Rożek G. Patient with cancer of the vulva - case study. *Journal of Education, Health and Sport*. 2018;8(10):84-98. eISSN 2391-8306. DOI
33. Szadowska-Szlachetka Z, Łuczyk M, Ślusarska B, Nowicki G, Łuczyk R, Bartoszek A. Social and welfare problems of the cancer patient vs. scope of social support of the patient and his/her family. *Medycyna Paliatywna* 2016; 8(4): 164–172
34. Kesbakhi MS, Rohani C. Exploring oncology nurses' perception of the consequences of clinical empathy in patients and nurses: a qualitative study. *Support Care Cancer*. 2020 Jun;28(6):2985-2993. doi: 10.1007/s00520-019-05118-z. Epub 2019 Nov 28. PMID: 31781947; PMCID: PMC7223450.
35. Twardak IM, Lisowska A, Pogłódek D, Twardak J, Krzyżanowski D. Care of the patient with a metastatic brain tumor in the end stage of the disease: Case study *Piel Zdr Publ*. 2018;8(4):325–331.