

Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwiej realizowanej wobec pacjenta w przebiegu raku żołądka

Selected aspects of nursing care in patients with gastric cancer

NATALIA KOT¹, PAULINA ŻELAZEK¹

¹Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Zdrowiu PUZ we Włocławku, opiekun Koła: dr Beata Haor

DOI: <http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2019.018>

ISSN: 2451-1846

Streszczenie:

Wstęp. 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.

Cel. Celem pracy była analiza wybranych aspektów opieki pielęgniarstwiej realizowanej wobec pacjenta w przebiegu raka żołądka.

Materiały i metody. W pracy zastosowano metodę analizy piśmiennictwa poświęconego zagadnieniom klinicznym i opiece nad chorym z rakiem żołądka oraz mapowanie diagnoz i interwencji pielęgniarstwiej przy użyciu słownika ICNP®.

Wyniki i wnioski. Zastosowanie klasyfikacji ICNP® umożliwia odzwierciedlenie sytuacji zdrowotnej pacjenta w przebiegu raka żołądka oraz planowanie założeń opieki pielęgniarstwiej w oparciu o ujednoczoną terminologię zawodową.

Słowa kluczowe: pielęgnacja, ICNP®, rak żołądka.

Abstract:

Introduction. Gastric cancer is malignant cancer, which is generated in the internal layers of the stomach. This type of cancer is often asymptomatic.

There is a higher incidence of gastric cancer in patients over 50 years of age , especially in men.

Aim. The aim of this study was to analyse selected aspects of nursing care in patients with gastric cancer.

Material and methods

Analysis of available literature related to clinical aspects and nursing care in patients with gastric cancer and the activities of mapping medical diagnosis together with nursing care with the use of ICNP® dictionary.

Results. The use of ICNP® classification allows to reflect patient's health situation in patients with gastric cancer and to plan medical care based on uniform professional terminology.

Keywords: nurse, ICNP, gastric cancer

Wstęp

Rak żołądka jest to nowotwór złośliwy, który wywodzi się z komórek nabłonkowych lub różnicuje się w tym kierunku. Najczęściej znajduje się przy ujściu przełyku lub odźwierniku, co powoduje ich zwężenie [1].

Istnieją różne klasyfikacje raków żołądka. Makroskopowo wyróżnia się trzy typy: polipowaty, wrzodziejący i rozlany. Ten ostatni nacieka całą grubość ściany żołądka, powodując jego usztywnienie i obkurczenie. Makroskopowo wg najczęściej stosowanego podziału Laurena wyróżniamy 3 typy:

I – typ jelitowy (ok. 60%), tworzy struktury gruczołowe, najczęściej rozwija się na podłożu zmian przedrakowych i jest zwykle umiejscowiony obwodowo. Cechuje go częstsze występowanie u płci męskiej [1,7].

II – typ rozlany (ok. 30%), zwykle zbudowany z komórek sygnetowatych, które naciekają pojedynczo lub w małych grupach. Charakteryzuje się częstszym występowaniem u osób młodszych, a w jego powstawaniu podkreśla się predyspozycje genetyczne (występuje rodzinnie) [1,7].

III – typ mieszany (około 10%), widoczne są oba komponenty, klinicznie traktowany tak jak typ rozlany [1,7].

Według klasyfikacji WHO nowotwory dzieli się zależnie od typów komórek, z których się wywodzą; wyróżnia się:

- gruczolakoraka cewkowego (adenocarcinoma tubulare),
- gruczolakoraka brodawkowego (adenocarcinoma papillare),
- gruczolakoraka śluzowego (adenocarcinoma mucinosum),
- gruczolakoraka o typie poorly cohesive,
- gruczolakoraka mieszanego (adenocarcinomamixtum),
- raka płaskonabłonkowego (carcinoma planoepitheliale),
- raka gruczołowo-płaskonabłonkowego (carcinoma adenoplanoepitheliale),
- raka niezróżnicowanego (carcinoma non-differentiatum) [7].

Rak żołądka stanowi jeden z najczęstszych nowotworów złośliwych tego narządu (ok. 90-95% wszystkich przypadków) [1]. Zwykle występuje samoistnie u osób po 50 r.ż. W większości przypadków jest to gruczolakorak [1]. 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, nitrozoamin, aflatoksyn; 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 do rozwoju nowotworu mija powyżej 30 lat [2,3,7].

Według Krajowego Rejestru Nowotworów w 2009 roku w Polsce częstość zachorowań na raka żołądka wśród mężczyzn była wyższa niż średnia dla krajów Unii Europejskiej. Natomiast wśród kobiet w Polsce zachorowania na nowotwory żołądka są rzadsze [4]. W 2015 roku odsetek zachorowań na nowotwór złośliwy żołądka wśród mężczyzn wyniósł 4,3% a 2,4% w populacji kobiet [4].

Wśród pierwszych symptomów raka można wyróżnić objawy dyspeptyczne żołądka m.in. uczucie gniecenia w nadbrzuszu.

Występuje zaburzenie/brak apetytu oraz częste odbijania i odruchy wymiotne. Bóle w nadbrzuszu występują zwykle po posiłku i przybierają charakter kłujący, szarpiący [5,7].

Postępowanie terapeutyczne polega głównie na leczeniu operacyjnym. Resekcja żołądka może być subtotalna lub totalna. Gastrektomii subtotalna (prawie całkowita), polega na wycięciu $\frac{3}{4}$ żołądka. Wykonuje się ją tylko wtedy, gdy możliwe jest osiągnięcie resekcji radykalnej bez konieczności usuwania całego narządu. Natomiast gastrektomię totalną przeprowadza się w każdym innym przypadku. Polega na całkowitej resekcji żołądka [5,6].

W trakcie zabiegu operacyjnego usuwa się również regionalne węzły chłonne. Usunięcie śledziony nie jest rekomendowane, chyba że stwierdza się jej naciekanie przez nowotwór. Ciągłość przewodu pokarmowego odtwarza się najczęściej poprzez zespolenie przełyku z jelitem. W zależności od rodzaju nowotworu i jego stopnia zaawansowania stosuje się też leczenie skojarzone w postaci radioterapii i chemioterapii [7,8]. W raku wczesnym, po wykonanym leczeniu endoskopowym konieczne jest wykonywanie kontrolnych gastrokopii z pobraniem wycinków i wykonaniem endosonografii [5,6].

Cel

Celem pracy była analiza wybranych aspektów opieki pielęgniarskiej realizowanej wobec pacjenta w przebiegu raka żołądka.

Materiał i metody

W pracy zastosowano metodę analizy piśmiennictwa poświęconego zagadnieniom klinicznym i opiece nad chorym Z rakiem żołądka oraz mapowanie diagnoz i interwencji pielęgniarskich przy użyciu słownika ICNP® (wersja z 2019r.) [9].

Przegląd

Poniżej zaprezentowano propozycje dotyczące projektowania opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta w różnym stadium zaawansowania raka żołądka.

Diagnoza pielęgniarska nr. 1. Ból chroniczny [10000546]

Przedmiot: ból [10013950];zaburzona percepcja [10012815]

Ból: zaburzona percepcja: nasilenie przykrego odczucia cielesnego, subiektywne odczuwanie cierpienia, grymas, zmiana napięcia mięśni, zachowania obronne, zawężone pole uwagi, zmienione postrzeganie czasu, wycofanie się z kontaktów społecznych, zaburzony proces myślowy, zachowanie rozprasające, niepokój i utrata apetytu.

Interwencje:

1. Ocenianie bólu [10026119]
 2. Ocenianie psychologicznej odpowiedzi na ból [10038964]
 3. Ocenianie wiedzy o zarządzaniu bólem [10039041]
 4. Ocenianie wiedzy o bólu [10039104]
 5. Współdziałanie przy formułowaniu planu zarządzania bólem [10039831]
 6. Współdziałanie ze specjalistą leczenia bólu [10039601]
 7. Konsultowanie zarządzania bólem [10024331]
 8. Administrowanie lekiem przeciwbólowym [10023084]
 9. Identyfikowanie postawy wobec bólu [10009654]
 10. Implementacja wytycznych dotyczących bólu [10009872]
 11. Monitorowanie bólu [10038929]
 12. Nauczanie o zarządzaniu bólem [10019489]
 13. Nauczanie rodziny o zarządzaniu bólem [10038337]
 14. Zarządzanie bólem [10011660]
 15. Ewaluacja odpowiedzi psychospołecznej na instruowanie dotyczące bólu [10007148]
 16. Ewaluacja odpowiedzi na zarządzanie bólem [10034053]
- Diagnoza/Wynik: zredukowany ból [10027917]

Diagnoza pielęgniarska nr. 2. Rana chirurgiczna [10023148]

Przedmiot: rana [10021178]

Rana: nacięcie tkanki za pomocą ostrego instrumentu chirurgicznego w celu utworzenia dostępu do przestrzeni ciała lub narządu, skutkujące wyciekami płynu surowiczego i krwi, zachowujące jałowość, czyli nieobecność oznak infekcji lub zbierania się ropy.

Interwencje:

1. Ewaluacja ryzyka zakażenia po operacji [10034048]
2. Ewaluacja gojenia się rany [10007218]
3. Ewaluacja oznak i objawów zakażenia po operacji [10034069]
4. Ewaluacja odpowiedzi psychospołecznej na instruowanie dotyczące rany [10007124]
5. Utrzymywanie drenażu rany [10036596]
6. Ewaluacja przewodów i drenów [10034076]
7. Nauczanie o pielęgnacji rany [10034961]
8. Nauczanie o gojeniu się rany [10034974]
9. Ocenianie rany [10030799]
10. Pielęgnacja rany chirurgicznej [10032863]

Diagnoza/Wynik: Efektywne gojenie rany [10035096]

Diagnoza pielęgniarstwa nr. 3. Zaburzony status odżywienia [10025746]

Przedmiot: status odżywienia [10013419]; zaburzony status odżywienia [10012804]

Zaburzony status odżywienia: właściwość: kondycja osoby w odniesieniu do innych, względna pozycja osoby.

Interwencje:

1. Monitorowanie odżywiania [10036032]
2. Monitorowanie wagi ciała [10032121]
3. Nauczanie o reżimie terapii [10024625]
4. Ocenianie statusu odżywienia [10030660]
5. Współdziałanie z lekarzem [10023565]
6. Zarządzanie statusem odżywienia [10036013]
7. Nauczanie o potrzebach dietetycznych [10046533]

Diagnoza/Wynik: Pozytywny status odżywienia [10025002]

Diagnoza pielęgniarska nr. 4. Brak apetytu [10033399]

Przedmiot: Apetyt [10002455]

Apetyt: doznanie pragnienia zaspokojenia potrzeby spożycia substancji odżywczych lub określonego typu pokarmu

Interwencje:

1. Ważenie pacjenta [10033323]
 2. Asystowanie w jedzeniu i picciu [10037269]
 3. Monitorowanie odżywiania [10036032]
 4. Monitorowanie spożycia pokarmów [10036614]
 5. Ocenianie postawy wobec statusu odżywienia [10002694]
 6. Ocenianie zachowań związanych z jedzeniem lub picciem [10002747]
 7. Ocenianie ryzyka zaburzonego statusu odżywienia [10040921]
- Diagnoza/Wynik: Pozytywny apetyt [10040333]

Diagnoza pielęgniarska nr. 5. Brak wiedzy o chorobie [10021994]

Przedmiot: Wiedza [10011042]

Wiedza: specyficzny kontekst myślenia wynikające z mądrości własnej, nabytej wiedzy, informacji lub umiejętności

Interwencje:

1. Ocenianie gotowości do uczenia się [10002781]
 2. Nauczanie o zachowaniach prozdrowotnych [10032956]
 3. Nauczanie o potrzebach dietetycznych [10046533]
 4. Poradnictwo dla pacjenta [10031062]
 5. Promowanie samodzielnego zarządzania objawami [10038469]
 6. Zapewnienie materiału instruktażowego [10024493]
 7. Promowanie zachowań prozdrowotnych [10032465]
- Diagnoza/Wynik: Adekwatna wiedza [10027112]

Diagnoza pielęgniarska nr. 6. Nastrój depresyjny [10022402]

Przedmiot: nastrój [10036241]; nastrój depresyjny [10005784]

Nastrój depresyjny : negatywna emocja: różnorodne uczucia, od smutku do melancholii, z obniżoną koncentracją, utratą apetytu i bezsennością

Interwencje:

1. Ocenianie nastroju [10038938]
 2. Ocenianie nastroju depresyjnego [10026055]
 3. Administrowanie lekiem [10025444]
 4. Kierowanie na terapię zajęciową [10026415]
 5. Identyfikowanie statusu psychologicznego [10044241]
- Diagnoza/Wynik: Zmniejszony nastrój depresyjny [10027901]

Diagnoza pielęgniarska nr. 7. Strach przed śmiercią [10000703]

Przedmiot: strach przed śmiercią [10026541]; strach [10007738]

Strach przed śmiercią: emocja negatywna: poczucie zagrożenia, niebezpieczeństwa lub utrzymujący się stres wywołany znanymi lub nieznanymi przyczynami, czasami związany z fizjologiczną reakcją „walcz lub uciekaj”.

Interwencje:

1. Poradnictwo dotyczące strachu [10026208]
 2. Terapia w grupie wsparcia [10019135]
 3. Ocenianie strachu [10024267]
 4. Ocenianie strachu przed śmiercią [10026093]
- Diagnoza/Wynik: Zredukowany strach [10027889]

Wnioski

Zastosowanie klasyfikacji ICNP® umożliwia odzwierciedlenie sytuacji zdrowotnej pacjenta w przebiegu raka żołądka oraz planowanie założeń opieki pielęgniarskiej w oparciu o ujednoczoną terminologię zawodową.

Bibliografia/Bibliography:

1. Domagała W., Chosia M., Uraśńska E. Podstawy Patologii. PZWL, Warszawa 2010.

2. Jakubowska A., Wojnarska B., Lubiński J. Dziedziczny rak żołądka. *Postępy Nauk Medycznych* 2008;526-528.
3. Munoz S.E., Ferrearoni M., La Vecchia C., Decarli A. Gastric cancer factor in subjects with family history. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1997; 6 (2): 137-40.
4. Didkowska J., Wojciechowska U., Olasek P. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2015 roku. Ministerstwo Zdrowia, 2017.
5. Januszewicz W., Wysocki W.M., Starzyńska T. Rak żołądka [data dostępu 12.08.2019r.].
6. Wysocki W.M., Jankowski M. Obserwacja chorych po leczeniu z powodu wybranych nowotworów złośliwych. Część V: rak żołądka. *Med. Prakt.*, 2017; 6: 34-35.
7. <http://onkologia.org.pl/rak-zoladka/.com> [data dostępu 16.12.2019r.].
8. Koper A. Pielęgniarstwo onkologiczne. PZWL, Warszawa 2011.
9. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser> [data dostępu 16.12.2019]

Otrzymano: 09.12.2019r.

Zaakceptowano: 16.12.2019r.