

PROCES PIELĘGNOWANIA CHOREJ PO ZABIEGU OPERACYJNYM RAKA PŁUCA LECZONEJ METODĄ SKOJARZONĄ

Nursing care of a patient after surgical treatment of lung cancer with a combined therapy



Janina Książek¹, Ewa Malinowska², Renata Piotrkowska¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Akademia Medyczna w Gdańsku

²Klinika Onkologii i Radioterapii, Akademia Medyczna w Gdańsku

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2008; 3: 87–90

Adres do korespondencji:

dr n. med. **Janina Książek**, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Akademia Medyczna, ul. Do Studzienki 38, 80-227 Gdańsk,

e-mail: j.książek@amg.gda.pl

Streszczenie

Rak płuca już od ponad 30 lat znajduje się na pierwszym miejscu pod względem częstości występowania nowotworów w Polsce. Wśród nowotworów u mężczyzn klasyfikuje się na pierwszym miejscu, a u kobiet na drugim. Główną przyczyną zachorowania na raka płuc jest palenie papierosów. Dzięki dostępnym metodom diagnostyki i leczenia może być odpowiednio szybko wykrywany oraz odpowiednio leczony.

Celem pracy jest ocena realizacji planu opieki nad pacjentką po zabiegu operacyjnym raka płuca leczoną metodą skojarzoną.

Dla tak sformułowanego celu pracy wyłoniono następujące cele szczegółowe:

1. Czy w Klinice Onkologii i Radioterapii oraz w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej rozpoznano wszystkie problemy pielęgnacyjne pacjentki?
2. Czy skonstruowany plan opieki pozwolił w pełni na rozwiązanie rozpoznanych problemów?
3. Czy plan został zrealizowany i oceniony?

Badanie przeprowadzono retrospektywnie na Oddziale Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej oraz na Oddziale Kliniki Onkologii i Radioterapii. Do przeprowadzenia badania wykorzystano studium indywidualnego przypadku.

W wyniku badania stwierdzono, że proces pielęgnowania prowadzony jest na obu oddziałach, ale w tym konkretnym przypadku proces pielęgnowania prowadzony był tylko na jednym z oddziałów. Na oddziale, na którym prowadzony był proces pielęgnowania, problemy pielęgnacyjne zostały prawie w całości rozpoznane i ocenione. Mimo że na drugim oddziale nie prowadzono procesu pielęgnowania, to na podstawie historii choroby można stwierdzić, że problemy, które wyniknęły w trakcie leczenia, zostały rozpoznane i rozwiązane.

Słowa kluczowe: rak płuc, metoda skojarzona, problemy pielęgnacyjne.

Summary

For more than 30 years lung cancer has been the most prevalent type of cancer in Poland. It is ranked first in men and second in women. The principal cause of lung cancer is smoking. Thanks to the available diagnostic and therapeutic methods, the disease can be promptly and adequately treated.

The purpose of the paper is to assess the fulfilment of the programme of care of a female patient after lung cancer surgery and undergoing combined therapy.

The following specific purposes were formulated for the above-stated general purpose of the paper:

- 1) Have all the care problems of the patient been identified at the Department Oncology and Radiotherapy, Medical University of Gdansk and the Department of Thoracic Surgery, Medical University of Gdansk?
- 2) Will the designed care plan make it possible to fully resolve the problems identified?
- 3) Has the plan been executed and evaluated?

The study was conducted retrospectively at the Department of Thoracic Surgery, Medical University of Gdańsk and the Department of Oncology and Radiotherapy, Medical University of Gdańsk. A case study was used to conduct the study.

The study demonstrated that although the care process was generally conducted at both departments, in this particular case the care process was conducted at one of the departments only. At the department where the care process was carried on, nearly all the care problems were identified and evaluated. Despite the fact that the care process was not conducted at the other department, it is possible to state, on the basis of the patient's history, that the problems which arose in the course of treatment were identified and solved.

Key words: lung cancer, combined therapy, care problems.

Wstęp

Rak płuca jest nowotworem złośliwym wywodzącym się pierwotnie z nabłonka. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w 1999 r. dokonała szczegółowej klasyfikacji histologicznej nowotworów płuc, wg której wyróżnia się raka płaskonabłonkowego, raka drobnokomórkowego oraz gruczolakoraka, z różnymi ich podtypami [1].

Rak płuca należy do najczęstszych nowotworów w Polsce u mężczyzn, a wśród kobiet klasyfikuje się na drugim miejscu (po raku piersi). Rocznie notuje się blisko 20 tys. zachorowań i niemal tyle samo zgonów. Choroba dotyczy zwykle osób po 40. roku życia, a szczyt zachorowań na raka płuca przypada ok. 70. roku życia [2, 3]. Z polskich zestawień wynika, że liczba zachorowań na raka płuca między 1963 r. a 2000 r. u mężczyzn wzrosła z 2492 do 15 307 nowych przypadków (tj. ponad 6-krotnie), natomiast u Polek w tym samym okresie wzrosła z 475 do 4132, czyli ponad 8-krotnie. Na raka płuca w Polsce w 1999 r. zmarło 15 523 mężczyzn oraz 3632 kobiety, a w 2000 r. 15 940 mężczyzn i 4712 kobiet. Analiza danych statystycznych z lat 1963–2000 wykazała niekorzystny wzrost liczby zgonów z powodu raka płuca we wszystkich grupach wiekowych u kobiet. Przez ostatnie 30 lat odsetek mężczyzn palących obniżył się, a wzrósł procent kobiet palących [4].

Sposób leczenia uwarunkowany jest postacią raka płuca. Ze względu na możliwość wystąpienia powikłań, różnych objawów niepożądanych bierze się również pod uwagę stan ogólny chorego oraz choroby współistniejące. Wyróżnia się 3 metody leczenia raka płuca – zabieg operacyjny, chemioterapię i radioterapię. Wymienione metody leczenia można stosować równocześnie jako tzw. leczenie skojarzone, np. chory może otrzymywać chemioterapię przed lub po zabiegu chirurgicznym, a także w trakcie radioterapii [5–8]. Choroba nowotworowa niszczy nie tylko ciało, ale rani również psychikę i duszę, obejmuje cały obszar osobowości pacjenta i dotyczy także całej rodziny. Leczenie nie może zatem sprowadzać się tylko do spraw czysto medycznych i pielęgnacyjnych, powinno uwzględniać wszystkie sfery funkcjonowania człowieka. Działania pielęgnacyjne powinny niwelować funkcjonujące wśród pacjentów stereotypy, wg których zabieg operacyjny wiąże się z okaleczeniem, chemioterapia z wytępieniem, a radioterapia z dużym odczynem popromiennym. W pielęgniarstwie onkologicznym zawsze będziemy się spotykać ze zdarzeniami przykrymi, niepożądanymi – są one nieuniknione. Osłabienie negatywnego wpływu tych zdarzeń na organizm człowieka jest i będzie uzależnione od poczucia wsparcia ze strony pielęgniarki. Nasza oferta pomocy, perswadowania i pouczeń musi być jednak proponowana powściągliwie i jedynie tak długo, jak długo jest chętnie przyjmowana. Interdyscyplinarność opieki onkologicznej sprawia, że jakość tej opieki powinna być rozpatrywana na wszystkich płaszczyznach [9–14], a dokumentacja jest ważnym ogniwem procesu leczenia i pielęgnowania.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest ocena realizacji planu opieki nad pacjentką po zabiegu operacyjnym raka płuca leczonej metodą skojarzoną. Do tak sformułowanego celu pracy wyłoniono następujące cele szczegółowe:

1. Czy w ocenianych oddziałach rozpoznano wszystkie problemy pielęgnacyjne pacjentki?
2. Czy skonstruowany plan opieki pozwolił w pełni rozwiązać rozpoznane problemy?
3. Czy plan opieki został zrealizowany i oceniony?

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono retrospektywnie w Akademickim Centrum Klinicznym Akademii Medycznej w Gdańsku, w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej oraz w Klinice Onkologii i Radioterapii. Materiałem badawczym jest historia choroby oraz dokumentacja procesu pielęgnowania. Na podstawie tych dokumentów przeprowadzono badanie retrospektywne. Metodą, jaką posłużono się w pracy jest studium indywidualnego przypadku. W medycynie metodę indywidualnego przypadku wykorzystuje się, badając losy konkretnej osoby, jaką jest pacjent, w ściśle określonym okresie jego życia, czyli w okresie jego choroby.

Studium indywidualnego przypadku

Pacjentka, lat 47, w kwietniu 2005 r. została przyjęta do Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej z rozpoznaniem guza płuca prawego o nieustalonej etiologii. Wcześniej miała wykonane badanie RTG klatki piersiowej, na którym zauważono cień wielkości 1 cm na prawym płucu. Następnie została skierowana na TK klatki piersiowej, w wyniku badania stwierdzono guz w III segmencie płuca prawego. Z wywiadu wynika, że w 2002 r. przeszła zabieg chirurgiczny, podczas którego usunięto narząd rodny z powodu raka szyjki macicy. Następnie przeszła leczenie uzupełniające, radiochemioterapię. Cały czas znajdowała się pod kontrolą lekarza onkologa. W Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej AMG chorej zaproponowano leczenie operacyjne, na które wyraziła zgodę. Podczas wywiadu dokonano pomiaru ciśnienia krwi, które wynosiło 110/80 mm Hg, oraz zmierzono tętno, które było prawidłowe – o wartości 80 uderzeń na minutę. Chora zgłaszała dolegliwości bólowe w klatce piersiowej. Zauważono miejscowe obrzęki kończyn dolnych, zaczęły się one pojawiać po operacji wykonanej w 2002 r., podczas której usunięto narząd rodny wraz z przydatkami i węzłami chłonnyymi. Pacjentka nie podała żadnych chorób współistniejących. W dniu przyjęcia na oddział torakochirurgii wykonano dodatkowo tomografię komputerową jamy brzusznej, która nie wykazała żadnych zmian chorobowych. Chora została przygotowana do zabiegu chirurgicznego zgodnie z procedurami i standardami obowiązującymi.

jącymi na oddziale. W dniu zabiegu, oprócz premedykacji zleconej przez lekarza anestezjologa, otrzymała przeciwzakrzepowo enaksaparynę w dawce 0,4 mg, antybiotyk cefazolinę 1 × 2 g oraz osłonowo na żołądek ranitydynę 2 × 50 mg.

Podczas zabiegu operacyjnego usunięto chorej środkowy płat płuca prawego wraz z węzłami chłonnymi oraz guzek płata dolnego. Z jamy optucnej wyprowadzono dren, zastosowano drenaż ssący czynny, a z rany pooperacyjnej wyprowadzono dren połączony z butlą Redona. W pierwszych dobach po zabiegu operacyjnym chora przeciwbólowo otrzymywała peptydynę 6 × 50 mg domięśniowo, metamizol 6 × 5 ml dożylnie, poza tym podawano jej enaksaparynę w dawce 0,4 mg podskórnie, metoklopramid 3 × 1 ampułka dożylnie. W 2. dobie po zabiegu pacjentka wymiotowała treścią żołądkową, otrzymała dożylnie ondansetron w dawce 8 mg oraz zalecono jej ścisłą dietę. W następnych dniach ból ustępował, w związku z czym dawkę leku przeciwbólowego zmniejszano, następnie zmieniono peptydynę na tramadol w dawce 3 × 100 mg. W przeddzień wypisu ze szpitala pacjentkę skonsultowano z lekarzem onkologiem, który zaproponował leczenie uzupełniające – chemioterapię. Pozytywnie ustosunkowała się do proponowanego leczenia. W 8. dobie od przyjęcia do szpitala została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym.

Do Kliniki Onkologii i Radioterapii pacjentka zgłosiła się 6 tyg. po wypisie z oddziału torakochirurgicznego, z aktualnymi wynikami krwi oraz wynikiem tomografii komputerowej klatki piersiowej wykonanej 10 dni wcześniej. Tomografia komputerowa nie uwidoczniała w obu płucach cech rozsiewu, ani nie wykazała patologicznych węzłów chłonnych. Pacjentka na oddziale otrzymała 6 kursów chemioterapii. Jeden kurs chemioterapii trwał jeden dzień, podczas którego otrzymywała dwa cytostatyki – cisplatynę (DDP) w dawce 120 mg oraz 5-fluorouracyl (5-Fu) w dawce 1300 mg. Taki cykl chemii otrzymywała co 3 tyg. Między kursami chemioterapii pacjentka odczuwała dolegliwości ze strony układu pokarmowego – nudności i wymioty, raz miała dolegliwości jelitowe. Przeciwwymiotnie przyjmowała doustnie ondansetron w dawce 8 mg, a także utrzymywała odpowiednią dietę. Po zakończonym leczeniu pacjentka pozostała pod kontrolą poradni onkologicznej.

W procesie pielęgnowania, który był prowadzony na jednym z oddziałów, rozpoznano 17 problemów pielęgnacyjnych, w tym 12 problemów pielęgnacyjnych dotyczyło sfery fizycznej, a 5 problemów sfery psychicznej. Natomiast nie rozpoznano 3 problemów pielęgnacyjnych, które dotyczyły sfery psychicznej. W przypadku wszystkich rozpoznanych problemów pielęgnacyjnych dokonano oceny realizacji planu opieki.

W drugim badanym oddziale brakowało dokumentacji procesu pielęgnowania. W związku z tym nie można stwierdzić, czy wszystkie problemy pielęgnacyjne były rozpoznane przez pielęgniarki, czy też nie, oraz czy dokonano oceny realizacji planu opieki, z wyjątkiem jednego problemu pielęgnacyjnego, który został przedstawio-

ny jako rozpoznany na podstawie historii choroby i karty zleceń. W dokumentacji procesu pielęgnowania podczas chemioterapii rozpoznano 4 problemy pielęgnacyjne, 3 z nich dotyczyły sfery psychicznej, a 1 sfery fizycznej. Jedną z ról, jaką powinny odgrywać pielęgniarki, jest rola edukacyjna. Pielęgniarki badanych oddziałów z formalnego punktu widzenia mają możliwość w pełni ocenić wiedzę pacjenta oraz przeprowadzić edukację związaną z rozpoznanymi brakami w wiedzy zarówno na temat jednostki chorobowej, jak i prowadzenia zdrowego stylu życia w zmienionej sytuacji zdrowotnej.

W ocenianych procesach, w planach opieki nie została zawarta informacja na temat wiedzy o chorobie i przewidywanym leczeniu. W dokumentacji procesu pielęgnowania pielęgniarki utrzymały logiczność obserwacji, ale nie zawsze dokonywały oceny zdolności pacjentki do samoopieki i samopielęgnacji.

Omówienie wyników

Przebieg procesu pielęgnowania jest uzależniony od prawidłowego rozpoznania aktualnego stanu zdrowia chorego, realnych możliwości opiekuńczych rodziny oraz samoopiekuńczych chorego. Skutecznymi i powszechnie stosowanymi w praktyce pielęgniarstwa metodami gromadzenia danych są obserwacja chorego, wywiad pielęgniarstwa, pomiar i analiza dokumentów. Racjonalne wykorzystanie tych metod przez pielęgniarkę uwarunkowane jest wieloma czynnikami, w tym również umiejętnościami w nadawaniu i odbieraniu informacji zarówno w formie werbalnej, jak i pozawerbalnej, pozwalając na uzyskanie takiego zakresu danych, które będą umożliwiły ustalenie rozpoznania stanu biopsychospołecznego pacjenta [8].

Zakres i charakter zgromadzonych informacji w badanym przypadku w dużym stopniu rzutowały na realizację działań opiekuńczych, wynikających z wcześniej ustalonego rozpoznania i opracowanego planu pielęgnowania. Wiele cennych informacji do procesu leczenia może dostarczyć dokumentacja pielęgniarstwa, jeśli więc jest niekompletna lub prowadzona pobieżnie, zostaje zaburzony cały proces komunikacji lekarz – pielęgniarka [5, 7]. Pielęgniarka odpowiedzialna za opiekę zobowiązana jest zapewnić pacjentowi wsparcie w chwilach trudnych, umożliwić pełne otwarcie i poznanie siebie oraz uświadomienie problemów i wspólne ustalenie celów, a także rozwiązanie problemów [11–13]. Oceniana dokumentacja jest przykładem rutynowego traktowania stanu psychicznego pacjenta. Brak czasu, a może brak wiedzy lub chęci części zespołu powoduje, że dokumentacja procesu pielęgnowania jest często przykładem złej praktyki pielęgniarstwa. Warto zwrócić uwagę także na fakt, że monitorowanie efektów wprowadzonych standardów pozwoli skorygować błędy popełnione w fazie tworzenia standardów. Podstawową funkcją każdej dokumentacji

prowadzonej dla potrzeb zindywidualizowanej opieki jest danie czytelnego obrazu, co i dlaczego w odniesieniu do danego podmiotu (kategoria pacjentów) jest aktualnie czynione lub też będzie realizowane.

Wnioski

1. Dokumentacja procesu pielęgnowania powinna odzwierciedlać nie tylko wykonane procedury medyczne, ale także szeroko rozumiany stan psychiczny chorego.
2. Edukacja zdrowotna stanowi najstabsze ogniwo ocenianych procesów pielęgnowania.

Piśmiennictwo

1. Krzakowski M, Orłowski T. Nowotwory płuca i klatki piersiowej. W: Onkologia kliniczna. Krzakowski M (red.). Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2006; 803-6.
2. Pawłęga J. Zarys onkologii. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002; 69-70.
3. Didakowska J i wsp. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2000 roku. Centrum Onkologii – Instytut im. M Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2003.
4. Domagała J. Nowotwory płuc. W: Pneumonologia i alergologia praktyczna – wybrane jednostki chorobowe. Chrzan R (red.). Warszawa 2000; 127-30, 136.
5. Akehursts R, Beiner T, Crawford J, et al. Consensus on medical treatment of non – small cell lung cancer. *Lung Cancer* 2002; 38 (suppl 3): 37.
6. Papliński Z, Jassem J. Rak płuca. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1994; 130-4.
7. Senkus-Konefka E, Dziadziuszki R, Bednarek, et al. A prospective, randomised stud to compare two palliative radiotherapy schudelus for non – small cell lung cancer (NSCLC). *Br J Cancer* 2005; 92: 1038-45.
8. Książek J, Gaworska-Krzemińska A, Waleńska G, Skokowski J. The problem of pain evalution In the proces sof nursing care In thoracosurgical patiens and in general surgery. *Ann Acad Med Bialostoc* 2005; 50 supl. 1: 199-202.
9. Janusz S. Poprawa jakości. Skuteczne wdrażanie zmian. *Służba Zdrowia* 2001; 3.
10. Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową. Koper A, Wrońska I (red). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003.
11. Kózka M, Paluch H. Standardy opieki pielęgniarstwiej. W: Wybrane standardy opieki pielęgniarstwiej. Kózka M (red.). Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Kraków 1997.
12. Krasuska M. Jakość opieki w pielęgniarstwie onkologicznym. W: Polska Szkoła Onkologii, II Kurs Dla Pielęgniarek, Ameliówek, 7-10.11.1996.
13. Książek J, Skokowski J. Standard opieki pooperacyjnej pacjenta po całkowitej laryngektomii operowanego z powodu raka płuca. *Chir Pol* 2000; supl. 2: 159.
14. Książek J, Matusiak D, Skokowski J. Usprawnianie oddechowe – interdyscyplinarny standard opieki nad pacjentem torakochirurgicznym. W: Streszczenia, 60. Jubileuszowy Zjazd Towarzystwa Chirurgów Polskich, Warszawa, 12–15.09.2001; 302.