

# Opieka nad pacjentem z przerzutowym guzem mózgu w schyłkowej postaci choroby – studium przypadku

## Care of the patient with a metastatic brain tumor in the end stage of the disease: Case study

Iwona Magdalena Twardak<sup>1,A–F</sup>, Aleksandra Lisowska<sup>1,D–F</sup>, Dominika Pogłódek<sup>2,B–E</sup>,  
Jerzy Twardak<sup>3,E,F</sup>, Dominik Krzyżanowski<sup>4,E,F</sup>

<sup>1</sup>Zakład Onkologii i Opieki Paliatywnej, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska

<sup>2</sup>Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska

<sup>3</sup>Zakład Chorób Układu Nerwowego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska

<sup>4</sup>Zakład Medycznych Nauk Społecznych, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,

D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

*Piel Zdr Publ.* 2018;8(4):325–331

### Adres do korespondencji

Iwona Magdalena Twardak  
e-mail: iwona.twardak@umed.wroc.pl

### Zewnętrzne źródła finansowania

Brak

### Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 7.12.2018 r.

Po recenzji: 18.12.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 18.12.2018 r.

### Streszczenie

Nowotwory to niejednorodna pod względem obrazu klinicznego i możliwości leczenia grupa schorzeń. W schyłkowym etapie choroby nowotworowej pacjent staje się niesamodzielny i wymaga stałej pomocy we wszystkich dziedzinach życia. Dotyczy to także chorych z wtórnym nowotworem mózgu. Choroba szybko postępuje, dając takie objawy, jak bóle głowy, zaburzenia widzenia, zaburzenia poznawcze czy napady padaczkowe. Celem pracy było ukazanie zadań i roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej. Problemy badawcze rozważane w artykule to przede wszystkim metody pielęgnacji pacjenta oraz specyfika opieki. W niniejszej publikacji został opisany wpływ choroby na jakość życia chorego, rodzaj wsparcia, jakiego potrzebuje, oraz zapotrzebowanie na określony typ opieki pielęgniarstwa. Opieka ta opiera się na holistycznym podejściu do pacjenta, czyli takim, które uwzględnia funkcjonowanie człowieka w sferach: biologicznej, psychicznej, społecznej oraz duchowej. Może ją zagwarantować tylko ścisła współpraca całego zespołu interdyscyplinarnego. W pracy posłużono się metodą indywidualnych przypadków z opisem procesu pielęgnowania. Wykorzystano metody badawcze takie jak: skala Barthel, skala depresji Becka, skala ECOG, skala AIS, kwestionariusz MNA oraz kwestionariusz WHOQOL-BREF. Na ich podstawie ułożono indywidualny plan opieki pielęgniarstwa, który następnie został wdrożony do leczenia pacjenta.

**Słowa kluczowe:** nowotwór, przerzuty, pacjent, opieka

### Cytowanie

Twardak IM, Lisowka A, Pogłódek D, Twardak J, Krzyżanowski D.

Opieka nad pacjentem z przerzutowym guzem mózgu

w schyłkowej postaci choroby – studium przypadku.

*Piel Zdr Publ.* 2018;8(4):325–331. doi:10.17219/pzp/101680

### DOI

10.17219/pzp/101680

### Copyright

© 2018 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the

Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

## Abstract

Neoplasms are a heterogeneous group of diseases in terms of clinical presentation and treatment options. The end stage of neoplastic disease is the final stage of treatment and life. Patients become dependent and require constant help in all areas of life. One of the causes of this condition is secondary brain neoplasm. The disease progresses quickly, giving symptoms such as headaches, vision disturbances, cognitive disturbances, or epileptic seizures. The aim of this study was to show the tasks and role of a nurse in the care of the patient with advanced neoplastic disease. Research problems covered in the paper consist of patient care problems and the specific nature of care. The paper describes the impact of the disease on the quality of life of the patient, the type of support he or she requires and the need for a specific type of nursing care. Principles of such care are based on a holistic approach to the patient, i.e., an approach which takes into account human functioning in the biological, mental, social, and spiritual spheres. Such care can only be provided through close cooperation of the entire interdisciplinary team. An individual case study method with the description of the nursing process was used in this study. The following research methods were used: the Barthel Index, the Beck Depression Inventory, the ECOG Scale of Performance Status, the Acceptance of Illness Scale (AIS), the MNA questionnaire, and WHOQOL-BREF questionnaire.

**Key words:** neoplasm, metastases, patient, care

## Wprowadzenie

Według Krajowego Rejestru Nowotworów zachorowalność na nowotwory złośliwe w Polsce wzrosła ponad 2-krotnie w ciągu ostatnich 3 dekad, umieralność natomiast w ciągu ostatnich 50 lat zwiększyła się 2,4 razy. U 9–17% chorych na nowotwory stwierdza się przerzuty do mózgu. Nowotworem najczęściej je powodującym jest rak płuca (39–56% przypadków). Przerzuty do mózgu są 10-krotnie częstsze niż guzy pierwotne tego narządu.<sup>1</sup> Nie wszystkie ogniska przerzutowe mają ustaloną chorobę pierwotną, część z nich jest nieznanego pochodzenia (2–14%). Najczęściej występują one na styku istoty szarej i białej oraz w tętnicznych obszarach granicznych. Objawy zależą od umiejscowienia guzów. Do najczęstszych należą: bóle głowy, zaburzenia widzenia i mowy, porażenia i niedowłady, napady padaczkowe oraz zmiany charakteru i osobowości. Diagnostyka opiera się głównie na badaniu obrazowym. W tym celu wykonuje się rezonans magnetyczny bądź tomografię komputerową z kontrastem. Biopsja guza jest możliwa w przypadku, gdy określi się ognisko pierwotne.<sup>2</sup> W leczeniu nowotworów wykorzystuje się kilka metod, dzielących się na miejscowe oraz farmakologiczne. Do pierwszych zaliczamy operacje oraz radioterapię, natomiast w drugiej grupie znajdują się: chemioterapia, hormonoterapia, leczenie biologiczne oraz leczenie wspomagające.<sup>3</sup> Wybór sposobu leczenia wtórnych guzów mózgu jest zależny od wieku i ogólnego stanu pacjenta, kontroli choroby w ogniskach pozaczaszkowych oraz od typu nowotworu. W zaawansowanym stadium choroby nowotworowej, kiedy nie ma możliwości wyleczenia pacjenta, zastosowanie ma radioterapia paliatywna. Ma ona na celu łagodzenie objawów, co wiąże się z poprawą jakości życia pacjenta i przedłużeniem czasu przeżycia.<sup>4</sup>

Rozsiana choroba nowotworowa wpływa na człowieka wielorako. Zmiany zachodzą nie tylko w organizmie pacjenta, ale również w jego psychice i życiu społecznym. Objawy psychiczne to m.in. lęk, gniew czy depresja. Opiswane schorzenie jest uważane za najbardziej stresujące ze wszystkich, co wiąże się z nasilonym dystresem. Chory w zależności od natężenia dystresu wymaga odpowied-

niego wsparcia. Ogromną rolę w sprawowaniu opieki nad pacjentem odgrywa pielęgniarka. Istotne jest, że jest ona członkiem zespołu terapeutycznego najczęściej mającym kontakt z pacjentem. Działania pielęgniarki nie koncentrują się wyłącznie na biologicznym funkcjonowaniu pacjenta. Realizuje ona również zadania będące częścią systemu emocjonalno-motywowującego, takie jak wspieranie czy zachęcanie do różnych aktywności, ale także działa w ramach systemu rozwojowego pacjenta poprzez poradnictwo czy doradztwo. Pielęgniarka, motywując chorego do pomocy przy czynnościach dnia codziennego, sprawia, że czuje się on silniejszy – mniej zależny od innych. Monitoruje również stan pacjenta, uwzględniając zmiany nie tylko na ciele, np. odleżyny, ale również w zachowaniu i świadomości. Zapewnia kontakt z bliskimi. Pomaga dążyć do akceptacji swojego stanu zdrowia przez pacjenta. Każdy człowiek jest inny i otacza go inne środowisko, dlatego w postępowaniu pielęgniarskim istotne jest indywidualne podejście do pacjenta obejmujące 3 sfery życia: biologiczną, psychologiczną i społeczną.<sup>5</sup>

Celem pracy było zwrócenie uwagi na problemy, z jakimi spotyka się pielęgniarka, sprawując opiekę nad pacjentem z rozsianym procesem nowotworowym na przykładzie pacjenta z wtórnym złośliwym nowotworem mózgu.

## Materiał i metody

Informacje na temat historii choroby, jej przebiegu oraz obecnego stanu zdrowia pacjenta zebrano za pomocą obserwacji, wywiadu z pacjentem i jego żoną oraz dokładnej analizy dokumentacji medycznej. W pracy posłużono się metodą indywidualnych przypadków z opisem procesu pielęgnowania oraz 4 skalami: skalą ECOG (skala sprawności wg Eastern Cooperative Oncology Group), skalą Barthel (ang. *Barthel scale*), skalą depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI), a także Skalą Akceptacji Choroby (Acceptance of Illness Scale – AIS). W badaniu wykorzystano również 2 kwestionariusze. Pierwszy z nich to Kwestionariusz Oceny Stanu Odżywienia, inaczej nazywany kwestionariuszem MNA (Mini Nutritional

Assessment), drugi natomiast to skrócona wersja kwestionariusza WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life) dotycząca jakości życia.

## Opis przypadku

Mężczyzna, lat 80, z rozpoznaniem lekarskim: wtórny nowotwór złośliwy mózgu i opon mózgowych, ustalonym 3 miesiące wcześniej. W trakcie badania przebywał w hospicjum stacjonarnym. Choroby współistniejące: stan po przebytych krwawieniu podpajęczynówkowym, klipsowaniu tętniaka mózgu i resekcji stercza oraz nadciśnienie tętnicze. Początkowymi objawami choroby były: zaburzenia orientacji co do czasu i miejsca, zaburzenia pamięci, spowolnienie psychoruchowe oraz rozlane bóle głowy. Od około 2 miesięcy cierpiał na obniżony nastrój, miewał wybuchy agresji, a także myśli samobójcze. W dniu badania pacjent był przytomny, spowolniały psychoruchowo, leżący. Chory osłabiony, szybko męczący się, nawet rozmową. Miał trudności w mówieniu, jednak rozumiał wypowiedziane zdania. Wymagał pomocy w czynnościach dnia codziennego, miał trudności z żuciem i połykaniem pokarmów oraz skarżył się na zmniejszony apetyt. Odczuwał suchość w jamie ustnej. Wskaźnik masy ciała (ang. *body mass index* – BMI) pacjenta wynosił 20,1. Ze względu na trudności z oddawaniem moczu miał założony cewnik do pęcherza moczowego oraz z powodu braku kontroli zwieraczy odbytu – pieluchę jednorazową. Na prawym pośladku widoczna była odleżyna III stopnia. W dniu badania pacjent uskarżał się na kaszel i duszność oraz miał trudności z odksztuszaniem wydzieliny (zdiagnozowano obrzęk płuc).

Pacjent wymagał pomocy w czynnościach dnia codziennego, był zależny od innych osób, w skali Barthel otrzymał 0 punktów. Twierdził, że jest pogodzony z chorobą, ale odczuwa brak wsparcia ze strony swoich dzieci, które mieszkają za granicą. W badaniu przy użyciu skali Becka otrzymał 25 punktów, co świadczy o umiarkowanej depresji. W skali AIS pacjent otrzymał 16 punktów. Jakość życia pacjenta była pogorszona. Pacjent nie mógł robić rzeczy, które go do tej pory interesowały – chodzić na spacer, zajmować się ogrodem czy jeździć na rowerze. W kwestionariuszu MNA uzyskał 8,5 punktów, co wskazuje na niedożywienie. Według skali ECOG pacjent kwalifikuje się na czwarty stopień sprawności (bardzo mała sprawność).

## Problemy pielęgnacyjne

**Pierwsza diagnoza pielęgnarska:** zagrożenie życia w wyniku procesu chorobowego w jamie czaszki, powodującego wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

**Cele opieki:** zmniejszenie ryzyka zagrożenia życia. Eliminacja czynników mogących powodować wzrost ciśnienia wewnątrz czaszki.

## Uzasadnienie podjętych działań

Systematyczna obserwacja pacjenta daje możliwość wczesnego wykrycia niepokojących objawów oraz szybkiej interwencji. Działania te podejmuje się, aby nie dopuścić do obrzęku mózgu przez upośledzenie odpływu żylnego. Ułożenie głowy pod odpowiednim kątem (30°) do poziomu tułowia ułatwia odpływ żylny z mózgu. Istnieją pozycje ułożeniowe, których nie powinno się stosować ze względu na ryzyko wzrostu ciśnienia śródczaszkowego, np. leżenie na brzuchu czy pozycja Trendelenburga. Na wzrost ciśnienia śródczaszkowego (ang. *intracranial pressure* – ICP) ma wpływ: pobudzenie, gorączka, oklepywanie pleców, hałas, ostre światło, negatywne doznania emocjonalne oraz bodźce bólowe, dlatego należy ich unikać. Wstrzymywanie powietrza przez pacjenta wpływa na podwyższenie ciśnienia wewnątrz czaszki, dlatego przy zmianach pozycji powinien je wydychać. Działania pielęgnarskie prowadzone są w określonych odstępach czasowych, ponieważ każda czynność powoduje przejściowy wzrost ICP, doprowadzając do stanu zagrażającego życiu. Analiza bilansu płynowego ma na celu prewencję przeciwobrzękową mózgu pacjenta.<sup>6</sup>

**Druga diagnoza pielęgnarska:** ryzyko niedotlenienia organizmu spowodowane dusznością spoczynkową.

**Cel opieki:** poprawa wentylacji płuc.

## Uzasadnienie podjętych działań

Ocena stanu chorego wskazuje, jaką interwencję należy podjąć w celu poprawy wentylacji. Uspokajanie chorego zmniejsza jego lęk, który pojawia się podczas duszności. Ćwiczenia oddechowe poprawiają wydolność organizmu. Nauka efektywnego oddychania pomaga radzić sobie w napadach paniki oddechowej. Kierowanie strumienia chłodnego powietrza na twarz ułatwia nabieranie oddechu. Odpowiednia pozycja usprawnia oddychanie. Podanie tlenu zwiększa wysycenie hemoglobiny tlenem. Uczucie duszności może złagodzić poprawa wentylacji poprzez przewietrzenie sali czy ochłodzenie twarzy. W celu zmniejszenia ryzyka nasilenia duszności eliminuje się czynniki je powodujące oraz stosuje się techniki relaksacyjne i odwracające uwagę. Dobra komunikacja z pacjentem zmniejsza lęk wpływający na występowanie duszności. Wysoka temperatura oraz niska wilgotność powietrza wysuszają błony śluzowe nosa i gardła, osłabiając barierę ochronną organizmu i zwiększając ryzyko zakażenia. Gazometrię krwi tętnicznej wykonuje się w celu zdiagnozowania rozwoju niewydolności oddechowej.<sup>7</sup>

**Trzecia diagnoza pielęgnarska:** niemożność samoobsługi i samopielęgnacji spowodowana zmęczeniem oraz unieruchomieniem w wyniku procesu chorobowego.

**Cele opieki:** pomoc w czynnościach dnia codziennego. Zapewnienie czystości powłok skórnych. Poprawa sprawności fizycznej.

### Uzasadnienie podjętych działań

Przed wykonaniem jakichkolwiek działań należy określić wydolność fizyczną pacjenta i jego samodzielność oraz wskazać deficyt samoopieki i samopielęgnacji. Podjęte działania mają na celu zapewnienie choremu komfortu fizycznego i psychicznego oraz utrzymanie jego ciała w czystości. Kąpiel oraz inne czynności pielęgnacyjne są męczące, dlatego powinny być wykonywane, gdy pacjent czuje się dobrze. Kąpiel pozwala utrzymać skórę w czystości. Maści oraz kremy poprawiają jej nawilżenie. Zastosowane udogodnienia polepszają komfort oraz stabilizują ciało w określonej pozycji ułożeniowej. Obserwacja ciała chorego pozwala monitorować wszelkie zmiany pojawiające się na skórze. Zmiana pozycji ciała stosowana jest w celu profilaktyki przeciwoleżynowej. Wykonywanie ćwiczeń biernych, wizyty rehabilitanta oraz włączanie pacjenta w toaletę ciała ma na celu poprawę wydolności fizycznej. Motywowanie pacjenta do radzenia sobie z chorobą oraz zachęcanie do aktywności podczas samoopieki i samopielęgnacji wpływa korzystnie na stan chorego i proces leczenia.<sup>8</sup>

**Czwarta diagnoza pielęgnarska:** trudności w przyjmowaniu pokarmów i ryzyko zachłyśnięcia się z powodu zaburzeń połykania i żucia.

**Cele opieki:** ułatwienie pacjentowi spożywania posiłków. Zapobieganie aspiracji treści pokarmowej i śliny do dróg oddechowych. Niedopuszczenie do spadku wagi ciała.

### Uzasadnienie podjętych działań

Dostosowanie konsystencji pokarmu do stopnia dysfagii ułatwia spożywanie posiłków oraz zapobiega aspiracji treści pokarmowych i śliny do dróg oddechowych. Odpowiednia dieta pokrywa zapotrzebowanie energetyczne i budulcowe. Zapewnienie odpowiedniej pozycji podczas karmienia i po nim ogranicza ryzyko refluksu. Pozycja siedząca bądź półsiedząca podczas spożywania posiłków oraz wstrzymanie oddechu przy przełykaniu zapobiega aspiracji śliny bądź treści pokarmowej do dróg oddechowych. Toaleta jamy ustnej po każdym posiłku oraz wyciąganie protez zębowych na noc ma na celu ograniczenie kolonizacji błon śluzowych przez drobnoustroje oraz tworzenia się płytki nazębnej. W przypadku znacznych zaburzeń połykania zaleca się założenie sondy żołądkowej (na zlecenie lekarskie). By zapobiec spadkowi masy ciała, należy monitorować wagę pacjenta, ocenę stanu odżywienia oraz przyjętą ilość pokarmów.<sup>9</sup>

**Piąta diagnoza pielęgnarska:** dyskomfort pacjenta spowodowany trudnościami w komunikacji wynikającymi z procesu chorobowego toczącego się w jamie czaszki.

**Cel opieki:** podtrzymanie kontaktu z chorym z uwzględnieniem rodzaju zaburzeń (afazja ruchowa).

### Uzasadnienie podjętych działań

W trakcie czynności pielęgnarskich ważny jest kontakt z pacjentem w celu wyjaśnienia celowości oraz przebiegu czynności, którą pielęgnarska będzie wykonywać. Ma to

na celu uspokojenie pacjenta oraz zapewnienie poczucia bezpieczeństwa. Zadawanie odpowiednich pytań, jak również używanie krótkich zdań i prostych słów ułatwia choremu udzielanie odpowiedzi. Nie należy poprawiać nieprawidłowo artykułowanych słów w trakcie wypowiedzi chorego, by nie doprowadzić do unikania przez chorego komunikowania się z innymi i nasilania lęku. Wskazane jest podtrzymywanie chęci nawiązania dobrego kontaktu z chorym. Odpowiednie warunki w trakcie rozmowy, np. brak hałasu i zwracanie się do pacjenta twarzą w twarz, ułatwiają komunikację. Nastawienie personelu medycznego odgrywa istotną rolę. Pacjent zauważa zniecierpliwienie czy brak uwagi, stąd może nie mieć chęci do rozmowy. Personel powinien być życzliwy, cierpliwie wysłuchiwać pacjenta oraz wspierać go i motywować.<sup>5</sup>

**Szósta diagnoza pielęgnarska:** niepokój pacjenta o swój stan zdrowia oraz rodzinę.

**Cele opieki:** zapewnienie wsparcia pacjentowi. Dodanie otuchy, poprawa samopoczucia.

### Uzasadnienie podjętych działań

Obserwacja pacjenta – jego mimiki twarzy, zachowania – pomaga określić stan emocjonalny. Informacje o wykonywanych czynnościach niwelują lęk oraz dają poczucie bezpieczeństwa. Rozmowa z chorym oraz rodziną uspokaja jego i bliskich. Zważywszy na to, że pacjent podczas choroby chciał popełnić samobójstwo, ważne jest, by był pod stałą opieką psychologa oraz dyskretnie obserwowany. Jeżeli pacjent jest wierzący, należy umożliwić wizytę osoby duchownej.<sup>5</sup>

**Siódma diagnoza pielęgnarska:** dyskomfort spowodowany uporczywym kaszlem oraz zaleganiem wydzieliny w drzewie oskrzelowym.

**Cel opieki:** zminimalizowanie dyskomfortu poprzez zniesienie kaszlu oraz zmniejszenie objętości wydzieliny zalegającej w płucach.

### Uzasadnienie podjętych działań

Ułożenie pacjenta w odpowiedniej pozycji, gimnastyka oddechowa i nauka efektywnego kaszlu pomagają w usunięciu zalegającej wydzieliny z drzewa oskrzelowego oraz zmniejszają dyskomfort pacjenta. Wydzielinę należy obserwować w kierunku jej zabarwienia, ilości i charakteru, aby wykryć niepokojące zmiany.<sup>5</sup>

**Ósma diagnoza pielęgnarska:** odleżyna III stopnia na prawym pośladku spowodowana wyniszczeniem oraz unieruchomieniem pacjenta.

**Cele opieki:** zapobieganie rozwojowi odleżyny oraz zmniejszenie rany. Profilaktyka przeciwoleżynowa.

### Uzasadnienie podjętych działań

Ocena odleżyny jest podstawą do wdrożenia właściwych działań pielęgnarskich. Wilgoć, tarcie, długotrwały ucisk tkanek, wychudzenie czy otyłość to jedne z czynników sprzyjających ich powstawaniu. Pielęgnacja skóry pozwala utrzymać ją czystą, suchą oraz właściwie nawodnioną

i elastyczną. Masowanie poprawia ukrwienie. Bielizna z naturalnych materiałów wchłania wilgoć. Przemycanie rany ma na celu jej oczyszczenie. Opatrunek przyspiesza gojenie się rany poprzez: utrzymanie wilgotności, usuwanie nadmiaru wysięku i zapewnienie wymiany gazowej. Systematyczna zmiana pozycji zmniejsza nacisk międzyfazowy i zapobiega tarciu skóry o podłoże. Udogodnienia stabilizują pozycję ułożeniową pacjenta oraz zmniejszają nacisk. Odpowiednia pielęgnacja zapewnia prawidłowe odżywienie skóry. Wyrównanie niedoborów żywieniowych wpływa pozytywnie na gojenie się rany oraz może zapobiec powstawaniu odleżyn. Właściwy mikroklimat sali zmniejsza wysuszenie skóry, które sprzyja powstawaniu urazów mechanicznych. Rana odleżynowa jest podatna na infekcje, dlatego ważne jest przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki.<sup>5</sup>

**Dziewiąta diagnoza pielęgniarska:** ryzyko zakażenia dróg moczowo-płciowych z powodu obecności cewnika moczowego i obniżenia odporności.

**Cel opieki:** zniwelowanie ryzyka zakażenia dróg moczowo-płciowych.

**Uzasadnienie podjętych działań**

Założenie cewnika na stałe do pęcherza moczowego jest czynnikiem sprzyjającym infekcjom dróg moczowo-płciowych. Picie dużych ilości płynów powoduje płukanie dróg moczowych i oczyszczanie ich z kolonizujących szczepów chorobotwórczych. Zakwaszanie moczu poprzez picie soków z żurawiny czy czarnej porzeczki, przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki, utrzymywanie odpowiedniej temperatury otoczenia oraz zapewnienie ciepła stóp zmniejsza ryzyko zakażenia. Wypływający mocz podrażnia skórę, a nawet może doprowadzić do stanów zapalnych, dlatego należy utrzymywać krocz pacjenta w czystości. Obserwacja pacjenta pod kątem cech zakażenia pozwoli natychmiast zauważyć zmiany oraz podjąć interwencję.<sup>5</sup>

**Dziesiąta diagnoza pielęgniarska:** ryzyko powikłań ze strony układu krążeniowego w wyniku nadciśnienia tętniczego oraz unieruchomienia.

**Cele opieki:** utrzymanie ciśnienia tętniczego pacjenta w normie. Zapobieganie powikłaniom krążeniowym. Profilaktyka zakrzepowo-zatorowa. Wczesne wykrywanie nieprawidłowości parametrów ciśnienia tętniczego i tętna.

**Uzasadnienie podjętych działań**

Poprzez odpowiednie działania, m.in. ograniczenie podaży soli czy wypijanie odpowiedniej ilości płynów na dobę, można utrzymać w normie ciśnienie tętnicze pacjenta. Wałki ułożone pod kolanami utrudniają odpływ krwi żyłnej z kończyn dolnych. W wyniku unieruchomienia może dojść do powstania zakrzepów, dlatego ważne jest stosowanie profilaktyki zakrzepowo-zatorowej.<sup>5</sup>

**Jedenasta diagnoza pielęgniarska:** ryzyko zapalenia błony śluzowej jamy ustnej w wyniku kserostomii.

**Cele opieki:** zmniejszenie ryzyka wystąpienia zapalenia. Zniwelowanie dyskomfortu pacjenta w wyniku suchości błony śluzowej jamy ustnej.

**Uzasadnienie podjętych działań**

Podstawą zmniejszenia ryzyka infekcji jest pielęgnacja jamy ustnej po każdym posiłku. Środki służące do nawilżania lub zakwaszania błony śluzowej mają na celu zmniejszenie dyskomfortu pacjenta. Ssanie kostek lodu i żucie gumy pobudza produkcję śliny. Stosowanie preparatów przeciwbakteryjnych i przeciwgrzybiczych chroni przed rozwojem infekcji. Jeżeli dyskomfort związany z suchością błony śluzowej się nasila i stosowane środki nie pomagają, należy skontaktować się z lekarzem i rozważyć używanie sztucznej śliny.<sup>10</sup>

**Dwunasta diagnoza pielęgniarska:** ryzyko urazu w trakcie napadu padaczkowego.

**Cele opieki:** Zabezpieczenie pacjenta przed urazami podczas wystąpienia napadu padaczkowego. Zapobieganie napadom padaczkowym. Zmniejszenie lęku pacjenta przed kolejnym napadem.

**Uzasadnienie podjętych działań**

Ułożenie pacjenta w pozycji bocznej po napadzie jest konieczne, by nie doprowadzić do zapadnięcia się języka, co prowadzi do aspiracji wymiocin do tchawicy. Pielęgniarka powinna nauczyć rodzinę pacjenta, jak postępować w przypadku napadu. Rodzina spędza najwięcej czasu z chorym, dlatego powinna umieć rozpoznać objawy zbliżającego się napadu oraz podjąć wstępną interwencję.<sup>6</sup>

## Omówienie

Choroba nowotworowa prowadzi do trwałych następstw, z którymi musi zmagać się pacjent. W jej wyniku jakość życia we wszystkich sferach jest pogorszona. Nowotwór stanowi źródło silnego stresu zarówno dla chorego, jak i jego rodziny. Powoduje lęk i negatywne emocje, które pogarszają stan pacjenta i komplikują proces leczenia. Chorobie towarzyszy także poczucie beznadziejności i rozpacz. Chory nie jest w stanie sam poradzić sobie z chorobą. Choroba w istotny sposób wpływa na funkcjonowanie pacjenta w społeczeństwie. Sprawia, że człowiek przewartościowuje swoje życie, podporządkowując je chorobie. Na rzecz zdrowia rezygnuje z wielu pełnionych ról społecznych.

Opisane problemy społeczne omówili w swoim artykule Szadowska-Szlachetka et al., podkreślając zmiany zachodzące w kontaktach społecznych chorych (mniejsza liczba znajomych) oraz wartość jakości ich wsparcia. Rodzina pacjenta, pielęgniarka i inni członkowie zespołu interdyscyplinarnego tworzą sieć wsparcia społecznego.<sup>11</sup> Zielińska-Więczkowska et al. zauważyły natomiast, że w schyłkowej postaci procesu nowotworowego największy nacisk kładzie się na eliminację przykrych doznań, dlatego nastawienie emocjonalne dominuje w udzielanym

wsparciu. Autorzy dostrzegli korelację między wsparciem społecznym a jakością życia. Im większe i bardziej wielowymiarowe wsparcie, tym lepsza jakość życia chorego. Na podstawie wyników badań zawartych w artykule można wywnioskować, że największym dyskomfortem dla opisywanego pacjenta była niemożność samoobsługi i samopielegnacji. Można również zauważyć, że jakość życia wg pacjenta opisywanego w niniejszym artykule była najbardziej obniżona w sferze fizycznej. Tę tendencję potwierdziły także Zielińska-Więczkowska et al. w swoich badaniach. Według nich jakość życia pacjentów z nowotworami w tych obszarach jest najniższa. Pozostałe aspekty życia były oceniane na przeciętnym poziomie. Choroba nowotworowa bardzo często prowadzi do niemożności wykonywania czynności dnia codziennego, co pogarsza funkcjonowanie pacjentów.<sup>12</sup>

Fizyczny obszar jakości życia pacjenta obniżają nie tylko objawy spowodowane przez nowotwór, ale również zespoły występujące przy tej jednostce chorobowej. Pacjent odczuwał zmęczenie, trudno było mu zacząć jakąkolwiek czynność. Zespół zmęczenia w chorobie nowotworowej, jak podali Brzozowska et al., jest odczuwany przez 70–80% pacjentów. Może być wynikiem choroby, ale również skutkiem leczenia. Charakteryzuje się brakiem energii do wykonywania czynności, ich rozpoczęcia oraz podtrzymania. Definicja ta znajduje odzwierciedlenie w stanie pacjenta.

Na znaczne pogorszenie stanu ogólnego ma też wpływ niedożywienie.<sup>13</sup> Tokajuk et al. donieśli, że ubytek masy ciała w schyłkowej postaci choroby nowotworowej dotyczy nawet 80% chorych i jest związany z niedożywieniem będącym konselwencją złego wchłaniania składników pokarmowych, małej ich podaży bądź zwiększonego zapotrzebowania.

Niedożywienie jest częścią wieloczynnikowego zespołu wyniszczenia nowotworowego.<sup>14</sup> Małecka-Massalska et al. podkreślili, że jest on związany z trwałą utratą masy mięśni szkieletowych z możliwym ubytkiem tkanki tłuszczowej i nie jest w pełni odwracalny. Kacheksja występuje u 35–60% chorych na nowotwory. Kryteriami głównymi do diagnozy są BMI <20 i utrata wagi >2% bądź utrata wagi o >5%; używane są też inne wartości, np. >10%.<sup>13</sup> Chociaż BMI pacjenta, którego przypadek jest rozpatrywany w tym artykule, to 20,1, spadek masy ciała wyniósł >14% w porównaniu z wagą sprzed choroby. Taki spadek masy ciała może być wynikiem kacheksji, gdyż u chorego zauważono również utratę mięśni szkieletowych.

W wyniku własnych obserwacji oraz na podstawie wywiadu ustalono, że pacjent zmagał się z dusznością spoczynkową, zaleganiem wydzieliny w drzewie oskrzelowym oraz kaszlem. Nie tylko w zaawansowanej chorobie nowotworowej, ale i we wcześniejszych jej stadiach duszność jest najczęstszym objawem. Występuje u 48–69% tych pacjentów, a w ostatnich 6 tygodniach życia dotyka nawet 70% chorych. Kaszel w warunkach fizjologicznych jest odruchem obronnym, jednak w schyłkowej postaci procesu nowotworowego powstaje w wyniku patologicz-

nego drażnienia nerwu błędnego. Objaw ten występuje w terminalnej fazie procesu nowotworowego u 37% chorych.<sup>15</sup> Kolejnym objawem sprawiającym duży dyskomfort pacjentowi była dysfagia. Zaburzenie żucia i połykania stanowiło poważny problem kliniczny. Stan ten źle kontrolowany prowadzi do niedożywienia, odwodnienia, zachłystowego zapalenia płuc, a nawet śmierci. Występowanie dysfagii wraz z nowotworem wzrasta z wiekiem. W wieku podeszłym sięga 33–40% chorych. Po 60. r.ż. najczęstszą przyczyną tej dolegliwości są nowotwory i choroby neurologiczne.<sup>9</sup>

U opisywanego pacjenta zdiagnozowano wtórny nowotwór mózgu. Przerzuty do mózgu dotyczą 20–40% chorych na nowotwory. Ogniska pierwotnego w omawianym przypadku nie znaleziono. Według danych przytoczonych przez Hughesa et al. nawet u 15% pacjentów pozostaje ono nieznanne.<sup>16</sup> Objawy kliniczne wtórnego nowotworu mózgu nie pojawiają się u wszystkich pacjentów. Dotyczą one 60–75% chorych. W literaturze bóle głowy są jednym z najczęściej występujących objawów (40–50% chorych), wraz z ogniskowymi deficytami neurologicznymi (30–40%) i napadami drgawkowymi (15–20%). U pacjentów z licznymi przerzutami mogą wystąpić zaburzenia poznawcze oraz zmieniony stan psychiczny.<sup>16</sup>

Celem zespołu opieki paliatywnej jest zapewnienie jak najszczęśliwszego i godnego życia pacjentowi. Chociaż jest to trudne przy nieuleczalnej chorobie, mając odpowiednie umiejętności oparte zasadami, można sprostać temu zadaniu. By tego dokonać, należy zbliżyć się do pacjenta i poznać jego potrzeby. Janecki i Flakus stwierdzili, że promocja zdrowia zmniejsza u chorych lęk, powoduje zwiększenie wiary we własne możliwości oraz utrzymanie sprawności. Udzielanie pomocy poprzez wsparcie psychiczne jest dla pielęgniarki szczególnym wyzwaniem w opiece paliatywnej, kiedy pacjent jest u schyłku życia. Jest to duży sprawdzian z profesjonalizmu, człowieczeństwa i humanitaryzmu. Istotnym elementem jest również akceptacja choroby przez chorego oraz przystosowanie się do funkcjonowania z nią. Świadoma kontrola przebiegu choroby wpływa korzystnie na jej akceptację.<sup>17</sup>

## Wnioski

Pielęgniarka jest nieodzowną częścią zespołu interdyscyplinarnego. Sprawując opiekę, stara się sprostać potrzebom pacjenta we wszystkich sferach życia. Jest to trudne do osiągnięcia, gdyż pewne zmiany zachodzące w organizmie pod wpływem choroby są nieodwracalne. Należy skupić się na celach, które poprawią jakość życia oraz samopoczucie chorego. Ze względu na poświęcony czas, udział w procesie leczenia i sprawowanie opieki pielęgniarka staje się częścią środowiska pacjenta. Opieka nad chorym w schyłkowej postaci procesu nowotworowego wymaga od pielęgniarek wysokich kwalifikacji i umiejętności oraz dużego zaangażowania.


Edukacja chorego korzystnie wpływa na efekty leczenia. Należy edukować pacjenta w kwestii jego choroby, objawów oraz radzenia sobie z nimi. Istotną w procesie edukacji jest promocja zdrowia.


Rodzina włączona w proces leczenia i opieki poprawia samopoczucie pacjenta oraz jakość jego życia. Edukacja rodziny powinna opierać się nie tylko na przekazywaniu wiedzy, ale również na szkoleniu umiejętności. Zakres wiedzy przekazywanej rodzinie musi obejmować wyjaśnienie stanu zdrowia, omówienie objawów, sposobów radzenia sobie z nimi (np. podczas paniki oddechowej), udzielania pierwszej pomocy (np. podczas ataku padaczki) oraz opieki pielęgniarskiej i profilaktycznej.


Choroba nowotworowa w schyłkowej postaci ma charakter postępujący, który ogranicza samodzielne funkcjonowanie pacjenta. Poprzez wdrożenie leczenia objawowego oraz podnoszenie jakości życia pacjenta można korzystnie wpłynąć na długość, a przede wszystkim na jakość jego życia.


### ORCID IDs

Iwona Magdalena Twardak  <https://orcid.org/0000-0001-6990-5738>

Aleksandra Lisowska  <https://orcid.org/0000-0002-1429-0673>

Dominika Pogłódek  <https://orcid.org/0000-0003-2010-4715>

Jerzy Twardak  <https://orcid.org/0000-0002-6710-3739>

Dominik Krzyżanowski  <https://orcid.org/0000-0003-0255-7163>

### Piśmiennictwo

1. Kozubski W, red. *Terapia w chorobach układu nerwowego*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2016:352–353.
2. Stępień A, red. *Interesujące przypadki neurologiczne*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011:441–443.
3. Kózka M, red. *Pielęgniarstwo*. T 2. Wrocław, Polska: Elsevier Urban & Partner; 2011:129,132.
4. Leppert W, Nowakowska E. Rola radioterapii w leczeniu objawów zaawansowanej choroby nowotworowej. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*. 2008;2(2):33–47. [https://journals.viamedica.pl/palliative\\_medicine\\_in\\_practice/article/view/28614/23383](https://journals.viamedica.pl/palliative_medicine_in_practice/article/view/28614/23383). Dostęp 7.12.2018.
5. Zapała J, Lesiak A, Pyk M, Tekiel M. Wybrane aspekty pielęgnowania a poczucie koherencji pacjenta onkologicznego i jego postawa wobec choroby. *Opieka Onkologiczna*. 2014;1:12–15.
6. Jaracz K, Kozubski W, red. *Pielęgniarstwo neurologiczne*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008:317–329,388–400.
7. Leppert W, Jezierska B. Postępowanie w duszności u chorych na nowotwory. *Med Paliat*. 2011;1:19–32. <https://www.termedia.pl/Postepowanie-w-duszności-u-chorych-na-nowotwory,59,16527,1,0.html>. Dostęp 7.12.2018.
8. Talarska D, Wieczorowska-Tobis K, Szałkiewicz E, red. *Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009:131–155.
9. Czernuszenko A. Postępowanie w dysfagii neurogennej. *Otarynolaryngologia*. 2016;15(2):68–74. <http://www.otarynolaryngologia-pk.pl/f/file/orl-16-2-3.pdf>. Dostęp 7.12.2018.
10. Boruń T. Rola pielęgniarki w opiece paliatywnej i hospicyjnej – opis przypadku Adama. *Piel Zdr Publ*. 2011;1(3):289–290. <http://www.pzp.umed.wroc.pl/pdf/2011/1/3/289.pdf>. Dostęp 7.12.2018.
11. Szadowska-Szlachetka Z, Łuczyk M, Ślusarska B, Nowicki G, Łuczyk R, Bartoszek A. Problemy społeczno-socjalne chorego na nowotwór a zakres wsparcia społecznego pacjenta i jego rodziny. *Med Paliat*. 2016;8(4):164–167. <https://www.termedia.pl/Problemy-społeczno-socjalne-chorego-na-nowotwor-a-zakres-wsparcia-społecznego-pacjenta-i-jego-rodziny,59,29608,1,0.html>. Dostęp 7.12.2018.
12. Zielińska-Więczkowska H, Żychlińska E, Muszaliak M, Kędziora-Kornatowska K. Ocena jakości życia i wsparcia społecznego pacjentów z chorobą nowotworową w starszym wieku objętych opieką paliatywną. *Geriatrics*. 2015;9:227–234. <https://www.termedia.pl/Problemy-społeczno-socjalne-chorego-na-nowotwor-a-zakres-wsparcia-społecznego-pacjenta-i-jego-rodziny,59,29608,1,0.html>. Dostęp 7.12.2018.
13. Brzozowska A, Cisek P, Małecka-Massalska T, Mazurkiewicz M. Zespół zmęczenia w chorobie nowotworowej. *Onkologia i Radioterapia*. 2015;4(34):46–54. <http://ginekologia.medicalproject.com.pl/journal/10/onkologia/114>. Dostęp 7.12.2018.
14. Tokajuk A, Car H, Wojtukiewicz MZ. Problem niedożywienia u chorych na nowotwory. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*. 2015;9(1):23–24. [https://journals.viamedica.pl/palliative\\_medicine\\_in\\_practice/article/download/43708/30039](https://journals.viamedica.pl/palliative_medicine_in_practice/article/download/43708/30039). Dostęp 7.12.2018.
15. Małecka-Massalska T, Szybisty P, Gołębiowski P, et al. Kacheksja i jej konsekwencje kardiologiczne u chorych na nowotwory złośliwe. *Onkologia i Radioterapia*. 2016;2(36):47–52. <https://www.oncolgyradiotherapy.com/articles/kacheksja-i-jej-konsekwencje-kardio-logiczne-u-chorych-na-nowotwory-zoliwe.pdf>. Dostęp 7.12.2018.
16. Hughes R, Brainin M, Gilhus NE. *Zasady postępowania w neurologii – zalecenia ENFS*. T 1. Gdańsk, Polska: Via Medica; 2010:187–188.
17. Janecki M, Flakus J. Zadania pielęgniarki w procesie promocji i edukacji zdrowotnej wobec chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową. *Med Paliat*. 2014;6(2):71–73. <https://www.termedia.pl/Zadania-pielęgniarki-w-procesie-promocji-i-edukacji-zdrowotnej-wobec-chorych-r-nz-zaawansowana-choroba-nowotworowa,59,23275,1,0.html>. Dostęp 7.12.2018.