

Bożena Linda

Zastosowanie modelu pielęgniarstwa Dorothei Orem w pielęgnowaniu pacjentki z nowotworem złośliwym sutka

Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy 8, 49-61

2012

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Bożena Linda

Wydział Medyczny PWSZ im. Witelona w Legnicy

Zastosowanie modelu pielęgniarstwa Dorothei Orem w pielęgnowaniu pacjentki z nowotworem złośliwym sutka

STRESZCZENIE

Zastosowanie modelu pielęgniarstwa Dorothei Orem daje możliwość zwrócenia uwagi na problemy zdrowotne, psychiczne, fizyczne i psychospołeczne pacjentki z nowotworem złośliwym sutka. Na podstawie wybranej literatury przedstawiono czynniki zwiększające ryzyko występowania raka piersi i opisano jego objawy. Uwagę zwrócono na możliwości diagnostyczne oraz metody leczenia. Podkreślono decydującą rolę zastosowania modelu pielęgniarstwa Dorothei Orem w opiece nad pacjentką, w szczególności na zastosowanie teorii samoopieki i deficytu samoopieki w systemie kompensacyjnym i wspierająco-uczącym. Przedstawiono potrzebę stosowania rehabilitacji psychicznej, psychospołecznej i fizycznej. Zwrócono uwagę na ważny element leczenia pacjentki z nowotworem złośliwym sutka, jakim jest wsparcie i współpraca z rodziną oraz promocja i edukacja zdrowotna.

Słowa kluczowe: samoopieka, samopielęgnowanie, rak sutka, model pielęgnowania, Dorothea Orem.

Wstęp

Zachorowalność na nowotwory złośliwe piersi zmienia się na przestrzeni lat, jednak rak piersi jest ciągle najczęściej występującym nowotworem u kobiet na całym świecie. Mimo osiągniętego postępu w leczeniu i diagnostyce liczba zgonów z powodu tego nowotworu wzrasta. Choroba dotyka głównie kobiety w wieku pełnej aktywności zawodowej, społecznej i rodzinnej. Co roku rejestruje się około 10 000 nowych zachorowań, z czego rocznie umiera blisko 5000 kobiet. Ponieważ nie ma jeszcze możliwości zapobiegania rakowi piersi, wczesne rozpoznanie i leczenie ma ogromne znaczenie. Rozpoznanie nowotworu wiąże się z uciążliwym leczeniem polegającym na całkowitym usunięciu piersi, a także na zastosowaniu leczenia uzupełniającego – chemioterapii i radioterapii. Choroba powoduje również zmiany w życiu rodzinnym, zawodowym i społecznym. Zaburza codzienne funkcjonowanie, które związane jest ze stosowaniem różnych form terapii.

Zastosowanie teorii samoopieki, deficytu samoopieki oraz teorii pielęgniarstwa według Dorothei Orem przedstawiam w trzech typach pielęgnowania: wspierająco-uczącym, częściowo kompensacyjnym i całkowicie kompensacyjnym. Model ten zapewnia kompetentną pomoc, wsparcie, oddziaływanie na środowisko oraz uczenie. Stosowany jest w zależności od sytuacji oraz potrzeb pacjentki.

1. Założenia modelu pielęgniarstwa według Dorothei Orem

Dorothea Orem urodziła się w 1914 roku w Baltimor. Dyplom pielęgniarki uzyskała, mając 16 lat. Pracowała jako pielęgniarka i nauczycielka pielęgniarstwa. Pełniła funkcję pielęgniarki-konsultanta w Stanowym Zarządzie Zdrowia. W Katolickim Uniwersytecie Ameryki pracowała na stanowisku profesora. Pracę zawodową zakończyła w 1998 roku, przechodząc na emeryturę. Dorothea Orem ma ogromny wkład w rozwój naukowego pielęgniarstwa, stworzyła własny model zwany modelem samoopieki pielęgnowania. Pracę nad nim rozpoczęła pod koniec lat pięćdziesiątych i prowadziła przez ponad trzydzieści lat. Koncepcję opieki wyjaśniła w książce *Nursing concepts of practice (Pielęgniarstwo koncepcja praktyki)*, która opublikowana została w 1971 roku i uzupełniana kolejnymi wydaniem w latach 1980, 1985, 1891, 1995. Podstawowym założeniem teorii samoopieki jest stwierdzenie, że człowiek ma naturalną skłonność do zapewnienia opieki sobie oraz osobom od siebie zależnym. Obecnie model ten jest najbardziej znany i najczęściej wprowadzany w praktyce pielęgniarstwa i w edukacji pielęgniarek. Łączy wiedzę teoretyczną z praktycznym działaniem¹.

2. Teorie pielęgniarstwa

Pielęgniarstwo według Dorothei Orem jest służbą społeczną, służy człowiekowi, który nie jest w stanie zapewnić sobie samoopieki w sposób ciągły, jest dyscypliną praktyczną, sztuką i wiedzą. Wymaga umiejętności praktycznych i określonej wiedzy.

W ogólnej teorii promowany jest rozwój pielęgniarstwa jako sztuka asystowania człowiekowi. D. Orem twierdzi, że w normalnych warunkach ludzie troszczą się o własne zdrowie i zapewniają opiekę osobom od siebie zależnym, rozwijają się, dążą do samorealizacji, potrafią przystosować się do środowiska. Zapewnienie sobie samoopieki znajduje wyraz w kontaktach społecznych. Możliwości, jakimi dysponują ludzie w sprawowaniu samoopieki, określane są przez autorkę jako: wystarczające, większe lub niewystarczające.

Dorothea Orem koncepcję opieki przedstawiła w trzech wzajemnie uzupełniających się teoriach: teorii samoopieki, teorii deficytu samoopieki i teorii systemów pielęgnowania.

Samoopieka to wyuczona aktywność podejmowana i kontynuowana przez człowieka w celu utrzymania życia, zdrowia i dobrego samopoczucia. Założeniem teorii samoopieki jest podstawowa potrzeba człowieka dbania o własne zdrowie i życie oraz opiekowania się osobami od niego zależnymi. Aby utrzymać życie i zdrowie, należy zaspokajać potrzeby związane z przechodzeniem kolejnych etapów życia. Zapotrzebowanie na samoopiekę jest indywidualną sprawą każdego człowieka i zmienia się z wiekiem. Wpływ na jej zdolność jest zależny od: różnych czynników środowiskowych, socjalno-kulturowych, stanu zdrowia, sytuacji rodzinnej, płci oraz wydarzeń, które mogą negatywnie wpłynąć na rozwój człowie-

¹ W. Ciechaniewicz, *Istota teorii pielęgniarstwa zorientowanych na potrzeby podmiotu opieki (na przykładzie D. Orem)* [w:] *Filozofia i teorie pielęgniarstwa*, red. J. Górajek-Jóźwik, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007, s. 299.

ka. Przez całe życie człowiek uczy się, podejmuje decyzje dotyczące różnych zachowań, określonego stylu życia, zapewniając sobie wymaganą opiekę².

Teoria deficytu samoopieki według Dorothei Orem skoncentrowana jest na braku samodzielności chorego w zaspokajaniu własnych potrzeb oraz jego zależności od pomocy i opieki innych osób. Określa, kiedy człowiek wymaga asystowania w samoopiece częściowo lub całkowicie i kiedy niezbędna jest pomoc pielęgniarki. Gdy dochodzi do wystąpienia deficytu, pacjent staje się biorcą opieki. Na podstawie posiadanych kwalifikacji pielęgniarka rozpoznaje i określa możliwości oraz ograniczenia samoopieki i stwierdza zapotrzebowanie na pomoc aktualną i potencjalną, uwzględniając ilość i jakość potrzeb. Pomaga w samoopiece całkowicie lub częściowo, kompensuje istniejące ograniczenia, wspiera i uczy.

3. System pielęgniarstwa według Dorothei Orem

System pielęgniarstwa to działania zapewniające pacjentowi zaspokojenie przez pielęgniarkę pomocy w przypadku wystąpienia deficytów w zakresie samoopieki. Skuteczne zapewnienie pomocy wymaga odpowiedniej wiedzy i umiejętności. Pielęgniarka uczy, jak zaspokajać czynności związane z utrzymaniem zdrowia i życia. Pomaga w wykonywaniu czynności, z którymi dana osoba sobie nie radzi. Wykonuje wszystkie czynności u osoby całkowicie niezdolnej do samoopieki w celu poprawy zdrowia i dobrego samopoczucia.

W systemie pielęgniarstwa Dorothea Orem wyróżnia trzy typy pielęgnowania. Typ kompensacyjny ma zastosowanie u pacjentów, którzy są w pełni zależni od pielęgniarki i nie są zdolni do samoopieki. Pielęgniarka pomaga podopiecznym oraz chroni ich przed zagrożeniami wypływającymi z choroby. Pozostaje również w ścisłej współpracy z rodziną³. Typ częściowo kompensacyjny stosowany jest u osób z niepełną zdolnością do samoopieki, wynika on z ograniczeń fizycznych, możliwości psychicznych czy niewystarczającej motywacji. Pacjent samodzielnie wykonuje pewne czynności, pomoc otrzymuje wtedy, gdy jest ona niezbędna. On sam najlepiej zna własne potrzeby i potrafi obiektywnie ocenić zdolność do samoopieki. W ten sposób ma zagwarantowaną autonomię⁴. Typ wspierająco-uczący odnosi się do pacjentów, którzy zdolni są do samoopieki, ale wymagają wsparcia i pomocy w podejmowaniu decyzji. Niewystarczająca wiedza pacjenta, brak motywacji wymaga asystowania pielęgniarki. Uczy ona samoopieki terapeutycznej, przekazuje wiedzę, kształtuje umiejętności, udziela wsparcia i edukuje pacjenta⁵. Dobór właściwego systemu lub kombinacji kilku z nich pozwala efektywnie zaspokajać zapotrzebowanie pacjenta na opiekę terapeutyczną.

² S. Poznańska, L. Płaszewska-Żywko, *Wybrane modele pielęgniarstwa*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 103–132.

³ D. Talarska, *Planowanie opieki – podstawy teoretyczne* [w:] *Opieka nad osobami przewlekle chorymi w wieku podeszłym i niesamodzielnymi*, red. D. Talarska, K. Wiczerowska-Tobis, E. Szwałkiewicz, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 64–70.

⁴ K. Zahradniczek, *Pielęgniarstwo*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, wyd. 1, Warszawa 2004, wyd. 2, Warszawa 2006, s. 124–135.

⁵ *Podstawy pielęgniarstwa*, red. B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008, s. 190–200.

4. Epidemiologia raka sutka

Rak sutka to nowotwór złośliwy wywodzący się z nabłonka przewodów lub zrazików gruczołu sutkowego, jest jedną z najpoważniejszych chorób kobiecych. Występuje często i ma ciężki przebieg, jest powodem ogromnego niepokoju nawet wśród zdrowych kobiet. Zachorowalność na nowotwory złośliwe piersi zmieniła się w ciągu ostatnich lat, ale rak piersi jest ciągle najczęściej występującym nowotworem u kobiet na świecie. Z danych statystycznych wynika, że zachorowania na raka sutka w Polsce utrzymują tendencję wzrostową.

Należy podkreślić, że znaczący wzrost zachorowań dotyczy pacjentek w przedziale wiekowym 50–59 lat i stanowi 32% wszystkich zachorowań na raka piersi.

Zachorowalność dotyczy szczególnie kobiet w wieku pomenopauzalnym (78%), natomiast 22% chorych ma mniej niż 50 lat⁶.

5. Czynniki ryzyka i objawy choroby

Na raka piersi chorują niemal wyłącznie kobiety. W 2005 roku 99,3% kobiet zachorowało na ten nowotwór, u mężczyzn natomiast zanotowano 98 przypadków zachorowań. Statystyki wskazują, że kobiety chorują 100 razy częściej niż mężczyźni.

Przyczyny powstawania raka sutka nie są dokładnie znane, ale istnieje wiele czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tej choroby. Nie do końca wiadome jest, dlaczego wśród tych samych niekorzystnych czynników, które sprzyjają zachorowaniu, tylko część kobiet choruje na raka piersi, a reszta cieszy się dobrym zdrowiem⁷.

Rozwojowi raka sutka sprzyja wczesna miesiączka, późna menopauza, brak potomstwa lub późne macierzyństwo. Wzrost zachorowania pojawia się po 50. roku życia. Od 5 do 10% raków piersi ma charakter dziedziczny, jest efektem mutacji w genach BRCA1 i BRCA2. Występuje rodzinnie, wśród krewnych pierwszego stopnia (matka, siostra, córka). Przebyty, zwiększa ryzyko zachorowania na raka drugiej piersi. Wpływ na zachorowanie mają chemiczne substancje toksyczne oraz promieniowanie jonizujące. Nie bez znaczenia jest stosowanie hormonalnej terapii zastępczej i hormonalnej antykoncepcji u bardzo młodych kobiet. W niektórych badaniach wykazano, iż spożywanie nadmiernej ilości tłuszczu zwierzęcego w diecie, otyłość, cukrzyca i nadciśnienie stanowią również czynniki ryzyka zachorowania na raka sutka⁸.

Rozwój raka sutka jest bardzo powolny. Szerzy się drogą chłonną, krwionośną oraz przez bezpośrednie naciekanie. Obliczono, że w momencie, gdy pierwsza komórka stanie się złośliwa, to masa guza zaczyna powiększać się przez podwajanie liczby komórek i po 7–8 latach osiąga średnicę 1 cm. We wczesnych okresach rozwoju w większości przypadków nie daje żadnych subiektywnych objawów klinicznych. Objawem podstawowym nowotworu jest bezbolesny guzek lub zgrubienie w obrębie gruczołu piersiowego. Inne objawy to: zaburzenia symetrii

⁶ A. Jezierski, A.W. Szawłowski, E. Towpik, *Chirurgia onkologiczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 812.

⁷ M. Baum, Ch. Saunders, Sh. Meredith, *Rak piersi*, Springer PWN, Warszawa 1995, s. 93.

⁸ K. Krzemieniecki, *Wybrane nowotwory [w:] Choroby wewnętrzne*, red. A. Szczeklik, Kraków 2006, s. 2015.

i deformacja piersi, wciągnięcie skóry lub brodawki sutkowej, obrzęk i zaczerwienienie skóry, często krwisty wyciek z brodawki. Bardziej zaawansowanym objawem jest powiększenie węzłów chłonnych w dole pachowym⁹. W bardzo zaawansowanych stadiach choroby stwierdzić można owrzodzenie skóry, która często ulega zakażeniu i wydziela przykrą woń. Oprócz objawów miejscowych mogą wystąpić objawy spowodowane przerzutami, takie jak bóle kości wywołane przerzutami do kręgosłupa czy też duszność, której przyczyną jest przerzut do płuc.

Do najczęściej spotykanych raków sutka należy rak przewodowy, a w drugiej kolejności rak zrazikowy.

6. Diagnostyka i metody leczenia

Diagnostyka w raku sutka opiera się na wielu zróżnicowanych badaniach. Celem ich jest potwierdzenie lub wykluczenie jego obecności, a w przypadku jego potwierdzenia – ocena stopnia zaawansowania zmian nowotworowych. Ze względu na stopień ingerencji dzielimy je na badania inwazyjne i nieinwazyjne.

Do pierwszej grupy należą: badanie fizykalne, mammografia i USG. Do drugiej: biopsja aspiracyjna cienkoigłowa, biopsja gruboigłowa, biopsja próżniowa, biopsja chirurgiczna.

Inwazyjne zabiegi diagnostyczne związane są z pewnym poczuciem dyskomfortu, wywołują poczucie lęku. W czasie i po zabiegu mogą wystąpić u chorej dolegliwości bólowe. Dlatego ważne jest przygotowanie do zabiegu od strony psychicznej i fizycznej.

Leczenie w raku sutka planowane jest w zależności od stopnia zaawansowania. Wyróżniamy cztery stopnie określające stadium choroby.

Jednym ze sposobów klasyfikacji raka piersi jest system TNM, który ma na celu ocenę rozległości procesu nowotworowego. T – oznacza wymiar guza, N – węzły chłonne, M – obecność przerzutów. Określenie typu raka ma duże znaczenie kliniczne, gdyż ułatwia podjęcie decyzji w zastosowaniu leczenia uzupełniającego, a także ocenę rokowania.

Najlepsze efekty uzyskuje się, stosując leczenie skojarzone: chirurgiczne, radioterapię, chemioterapię i hormonoterapię. Najczęściej stosowaną metodą leczenia raka sutka jest zabieg chirurgiczny. Celem tego leczenia jest eliminacja nowotworu. Wybór metody leczenia uzależniony jest od umiejscowienia i wielkości zmiany, stopnia agresywności, zajętych węzłów chłonnych oraz odgraniczenia od zdrowych tkanek. W chirurgii stosowane są dwie metody leczenia: klasyczna, czyli zmodyfikowana radykalna mastektomia, i leczenie oszczędzające – BCT, które jest standardowym postępowaniem z chorymi o niskim stopniu zaawansowania choroby. Całkowite usunięcie piersi ma wiele skutków ubocznych. Związane jest to z leczeniem systemowym i występującymi objawami, np. obrzęki ręki, wczesne i późne odczyny skórne, spadek liczby leukocytów, osłabienie odporności, częściowe wyłysienie. Powikłania te pojawiają się w trakcie i po zabiegu, a także kilka lat później. Te późniejsze dotyczą przede wszystkim wydolności seksualnej, utraty symbolu kobiecości, macierzyństwa i atrakcyjności. Występują zaburzenia ze strony psychiki: depresja, przygnębienie, poczucie niedowartościowania. Dlatego ważne jest zadbanie o sferę psychiczną pacjentki.

Usunięcie raka sutka metodą radykalną czy też oszczędzającą powoduje zniekształcenie wyglądu kobiety. Utrata piersi rodzi poczucie niepełnej wartości, a także obawę o brak ak-

⁹ M. Pawlicki, *Rak piersi – nowe nadzieje i możliwości leczenia*, Wydawnictwo Medyczne „α-medica press”, Bielsko Biała 2002, s. 15.

ceptacji. Nowoczesna chirurgia rekonstrukcyjna pozwala na odtworzenie piersi, rekonstrukcję brodawki oraz otoczki. Uwalnia kobiety od korzystania z protez zewnętrznych, noszenia specjalnej bielizny, zwiększa również wiarę w siebie i dobre rokowanie.

Radioterapia to jedna z metod leczenia chorych z nowotworem złośliwym piersi. Napromieniowanie działa na komórki nowotworowe, powodując rozpad guza¹⁰. Wskazania do radioterapii są uzależnione od przerzutów do węzłów chłonnych, wielkości usuniętego guza i obecności komórek nowotworowych w linii cięcia. Efekty uboczne napromieniowania dotyczą wczesnych odczynów popromiennych, tj. zmęczenia, nudności, wymiotów, nadmiernej wrażliwości skóry w miejscu leczonym. Późne powikłania napromieniowania objawiają się obrzękiem chłonnym kończyny górnej, uszkodzeniem splotu ramiennego, zwłóknieniem oraz martwicą skóry.

Chemioterapia u chorych na raka piersi stosowana jest jako uzupełniająca po leczeniu chirurgicznym oraz jako pierwotna w leczeniu przypadków miejscowo zaawansowanych.

Jest stosowana po zabiegu operacyjnym u kobiet z niekorzystnymi czynnikami rokowniczymi, ze stwierdzonymi przerzutami w węzłach chłonnych lub kiedy rak należy do wyjątkowo agresywnych. Podstawowym jej celem jest takie zmniejszenie guza, żeby możliwe było wykonanie radykalnego zabiegu operacyjnego. Leczenie prowadzi się ambulatoryjnie, kontrolując efekty uboczne. Celem leczenia jest uszkodzenie komórek raka. Niestety w trakcie leczenia uszkodzeniu ulegają także komórki prawidłowe¹¹. Dlatego cykle chemioterapii odbywają się w kilkutygodniowych odstępach, dając szansę na odnowę zniszczonych komórek. W trakcie chemioterapii pojawiają się skutki uboczne: osłabienie, mdłości, owrzodzenie śluzówki jamy ustnej, utrata apetytu, biegunki, wypadanie włosów. Istotne jest, aby u kobiet poddanych leczeniu chemioterapią zadbać o sferę psychiczną. Strach przed „chemią” powoduje lęk i obawę. Dlatego ważne jest odpowiednie przygotowanie chorej, wyjaśnienie sposobu leczenia, ewentualnych powikłań i skutków terapii.

Hormonoterapia jest drugim sposobem uzupełniającego leczenia systemowego. Leczenie to ma na celu zmniejszenie wpływu estrogenów na komórki raka. W trakcie leczenia hormonalnego pacjentki mogą odczuwać uboczne skutki działania leku, tj. uderzenia gorąca, krwawienia z dróg rodnych, upławy, świąd sromu, bóle głowy, mięśni, zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Występujące powikłania stanowią dla kobiet duży dyskomfort i ujemnie wpływają na ogólne samopoczucie. Obniżają jakość życia w sferze seksualnej.

Stosowanie leków immunologicznych wprowadza nowe perspektywy w leczeniu raka sutka, oparte jest na przeciwciałach monoklonalnych skierowanych przeciwko antygenom nowotworowym (terapia celowana). Najczęściej występującymi objawami związanymi z podawaniem przeciwciał są: gorączka, dreszcze, pokrzywka. Inne, które nie pozostają bez negatywnego wpływu na codzienne funkcjonowanie, to: zakrzepica, nadciśnienie tętnicze i krwawienia.

W leczeniu paliatywnym trzeba uwzględnić wszystkie czynniki rokownicze i jakość życia chorej, stosując strategię kolejnych etapów leczenia, łagodząc dolegliwości spowodowane nowotworem oraz zapewniając komfort życia. Ogniska przerzutowe raka sutka najczęściej znajdują się w układzie kostnym, wątrobie, płucach, opłucnej i ośrodkowym układzie

¹⁰ E. Ziółkowska, T. Wiśniewski, M. Kubiak, M. Zarzycka, *Możliwość wykorzystania techniki IMRT u chorych na raka piersi leczonych metodą oszczędzającą – wady i zalety*, „Współczesna Onkologia” 2007, nr 10, [red. A. Mackiewicz], s. 475.

¹¹ M. Baum, Ch. Saunders, Sh. Meredith, *Rak...*, op. cit., s. 67.

nerwowym. W przypadku dużego zaawansowania choroby oraz gdy występuje bolesne owrzodzenie sutka, martwica skóry, krwawienia, wskazane jest przeprowadzenie zabiegu operacyjnego polegające na prostym odjęciu gruczołu sutkowego.

Istotnym elementem leczenia jest rehabilitacja, która zajmuje się zmniejszeniem niedostosowania fizycznego, psychicznego i społecznego spowodowanego chorobą oraz skutkami jej leczenia. Najczęściej stosowane są techniki wsparcia psychologicznego: doradztwo, psychoterapia i relaksacja.

Rehabilitacja psychiczna i psychospołeczna odbywa się poprzez prowadzenie zajęć psychoterapeutycznych i ma na celu umocnienie pacjentek w decyzji o leczeniu i pokonywaniu skutków ubocznych. Ważne jest przystosowanie pacjentek do niedogodności związanych z utratą piersi jako atrybutu kobiecości i macierzyństwa. Uświadomienie im, że mają możliwości samorealizacji oraz że mimo uciążliwego procesu leczenia nie muszą rezygnować z pracy zawodowej i mogą podjąć odmienne od dotychczasowych formy aktywności społecznej. Dla większości kobiet problemy psychologiczne i psychoseksualne są tak duże, że wymagają pomocy psychologa, Zmiany, które zachodzą w psychice leczonych kobiet, dotyczą lęku przed kalectwem, śmiercią, rozbięciem rodziny.

Rehabilitacja fizyczna obejmuje rehabilitację szpitalną, ambulatoryjną i sanatoryjną. Wczesna pooperacyjna rehabilitacja prowadzona jest w celu odzyskania pełnej sprawności ręki z pełnym zakresem ruchów w stawie barkowym i zmniejszenia ryzyka powstania obrzęku chłonnego. Obejmuje odpowiednie ćwiczenia fizyczne, sposoby układania ręki, masaże, automasaże oraz specjalistyczne zabiegi rehabilitacyjne.

7. Zastosowanie teorii pielęgniarstwa wobec pacjentki z nowotworem złośliwym sutka

W pielęgnowaniu pacjentki z nowotworem złośliwym sutka zastosowanie ma stworzona przez Dorotheę Orem koncepcja samoopieki. Jedną z najważniejszych osób personelu medycznego jest pielęgniarka. To ona stara się odnaleźć i uaktywnić w pacjentce siły do samoopieki. Towarzyszy chorej w poszczególnych etapach leczenia, zaczynając od zabiegu chirurgicznego i niejednokrotnie kończąc na opiece paliatywnej. Jako osoba kompetentna ma najbliższy i najczęstszy kontakt z pacjentką. Potrafi szybko i odpowiednio zareagować na występujące powikłania pooperacyjne i inne niepokojące objawy. Obejmuje podopieczną fachową opieką, troską, asystuje chorej w samopielęgnowaniu wówczas, kiedy ta z przyczyn zdrowotnych sama tego zrobić nie może.

Teoria samoopieki i deficytu samoopieki według Dorothei Orem ma zastosowanie wobec pacjentki z nowotworem złośliwym sutka poprzez realizowanie opieki zdrowotnej w systemie kompensacyjnym, częściowo kompensacyjnym i wspierająco-uczącym. Łączy się ze stanem jej zdrowia, wiekiem, z bieżącą sytuacją związaną z rodzajem i miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych. W opiece nad pacjentką po mastektomii wymagana jest opieka i wsparcie pielęgniarstwa¹².

¹² M. T. Szewczyk, R. Ślusarz, *Rola, funkcja i zadania pielęgniarki w opiece nad osobą chorą* [w:] *Pielęgniarstwo w chirurgii*, red. M. T. Szewczyk, R. Ślusarz, Wydawnictwo Medyczne BORGIS, Warszawa 2006, s. 7.

8. Zadania opiekuńczo-pielęgnacyjne

Opieka pielęgniarska nad chorą na raka piersi jest bardzo trudna, stwarza wiele problemów pielęgniarce, pacjentce oraz jej rodzinie. Dlatego ważne jest ustalenie zakresu koniecznej pomocy pielęgniarskiej i przekonanie pacjentki do współpracy. We wczesnym i późniejszym okresie rekonwalescencji system opieki częściowo kompensacyjny oparty jest na asystowaniu przez pielęgniarkę w tych czynnościach, w których pacjentka sama nie może sobie poradzić. Pielęgniarka obserwuje i zachęca do samodzielnego wykonywania czynności. Określa możliwości pacjentki, jej wiedzę, umiejętności i motywację do podejmowania samoopieki oraz zakres pomocy w występujących ograniczeniach zdrowotnych. Wybiera odpowiedni system pielęgnowania lub kombinację systemów w celu doprowadzenia do możliwie pełnej zdolności pacjentki do samoopieki. Wspólnie z pacjentką ustala cele i asystuje jej w ich osiągnięciu¹³.

Rozpoznanie choroby wywołuje w psychice kobiety wiele reakcji stresowych. Amputacja piersi kojarzona jest z bólem, kalectwem i wstydem. Chora odczuwa lęk przed chorobą, który często doprowadza do załamania psychicznego, a nawet depresji. Dlatego ważne jest udzielenie przez pielęgniarkę informacji o leczeniu i pielęgnacji oraz umożliwienie kontaktu z psychologiem klinicznym. We wczesnym okresie pooperacyjnym (do 24 godzin) u pacjentki występuje deficyt w zakresie samoopieki. Pacjentka po zabiegu operacyjnym zależna jest od opieki pielęgniarskiej. Opieka nad chorą skupia się na obserwacji i kontrolowaniu podstawowych czynności życiowych (temperatura ciała, tętno, oddech, zabarwienie powłok skórnych, kontrola diurezy). Pielęgniarka ocenia stopień przytomności, kontroluje opatrunki i dreny, ocenia stopień bólu w okolicy rany oraz dołu pachowego. Przy wykonywaniu każdej czynności przy łóżku pacjentki wyjaśnia cel i sposób wykonywania poszczególnych czynności. Informuje, że w każdej chwili może liczyć na pomoc całego personelu medycznego w przypadku niepokojących objawów, występującego bólu czy też skorzystania z basenu.

Ważną czynnością pielęgnacyjną jest właściwe ułożenie chorej w pozycji półsiedzącej z ręką uniesioną po stronie operowanej. Odpowiednio do tego przystosowany klin zapobiega obrzękowi limfatycznemu.

Pielęgniarka asystuje w samopielęgnowaniu, zachęca podopieczną do wykonywania ćwiczeń oddechowych, które służą usprawnianiu układu oddechowego, kształtują klatkę piersiową oraz uczą prawidłowego oddychania. Uświadamia, jak ważne są proste ćwiczenia ręki po stronie operowanej, wykonywane w celu odzyskania sprawności fizycznej kończyny oraz zapobiegania przykurczom mięśni i stawów. W dalszym ciągu prowadzi obserwację i kontrolę stanu ogólnego pacjentki. Rozmawia z nią, wspólnie rozwiązując wszystkie pojawiające się problemy. Obserwuje stan psychiczny, wspiera pacjentkę obawiającą się śmierci, kalectwa, utraty atrakcyjności i proponuje indywidualną terapię ze specjalistą. Podczas wykonywania czynności opiekuńczo-pielęgnacyjnych pielęgniarka zwraca uwagę na opatrunek, dreny podłączone do systemu ssania typu Redon oraz na kończynę górną po stronie operowanej. Nieprawidłowy odpływ chłonki może doprowadzić do zastoju i zbierania się jej w ranie pooperacyjnej. Może także spowodować dodatkowy ból, uczucie rozpierania, co doprowadzić

¹³ L. Płaszewska-Żywko, *Model teoretyczny pielęgniarstwa Dorothei Orem* [w:] B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek (red.), *Podstawy...*, op. cit., s. 197.

może do wydłużonego czasu leczenia rany. Pielęgniarka zmienia opatrunek, obserwuje ranę i ocenia pod względem stanu zapalnego. Kontroluje, czy ręka pacjentki po stronie operowanej ułożona jest cały czas na klinie. Sprawdza obwód kończyny, zakres jej ruchu i czucia. Realizowanie podjętego planu umożliwia zapewnienie bezpieczeństwa i przeciwdziałania powikłaniom.

Kolejne dni po zabiegu operacyjnym pozwalają na zaangażowanie pacjentki w proces samoopieki i samopielęgnowania. Pacjentka samodzielnie wykonuje pewne czynności oraz częściowo decyduje o wykonywanych przy niej zabiegach. Ważnym zadaniem pielęgniarki w leczeniu pacjentki z rakiem sutka jest edukacja. Oprócz umiejętności zapewnienia sobie samoopieki potrzebna jest wiedza i motywacja pozwalająca chorej podejmować odpowiednie decyzje dotyczące jej zdrowia i dalszego leczenia. Zastosowanie znajduje tu system teorii pielęgnowania wspierająco-uczący. Pielęgniarka przekazuje pacjentce oraz rodzinie wiedzę na temat pielęgnacji rany pooperacyjnej, procesu gojenia i okresowej ewakuacji chłonki. Rozmawia o konieczności rehabilitacji, informuje o możliwości protezowania i rekonstrukcji amputowanej piersi. Zwraca uwagę na funkcjonowanie pacjentki w życiu codziennym. Ważne jest zaangażowanie chorej i jej rodziny w proces opieki i leczenia, gdyż ma ono istotny wpływ na wynik końcowy, jakim jest uzyskanie przez chorą niezależności w wykonywaniu codziennych czynności i całkowitej integracji społecznej.

9. Zadania pielęgniarki w zakresie terapii

Zadania terapeutyczne realizowane na rzecz pacjentki są zależne od współpracy między pielęgniarką i pacjentką oraz pielęgniarką a zespołem terapeutycznym. Celem tych działań jest stosowanie zabiegów ustalonych w planie terapii¹⁴. Dlatego profesjonalna rozmowa i zebranie wywiadu jest jednym z najważniejszych sposobów przygotowujących psychicznie pacjentkę do pobytu w szpitalu. Podczas rozmowy pielęgniarka spokojnie i rzeczowo wyjaśnia kwestie dotyczące operacji, znieczulenia, procesu zdrowienia oraz wystąpienia ewentualnych powikłań. Rozmowa z chorą, która odczuwa lęk i niepokój, buduje zaufanie do zespołu leczącego i działa uspokajająco. Pozwala zaakceptować upośledzenie będące następstwem zabiegu operacyjnego.

Zgodnie z koncepcją systemu pielęgnowania Dorothei Orem pielęgniarka rozwiązuje problemy związane z nową sytuacją, które niekorzystnie wpływają na psychikę pacjentki. Informuje ją o zaplanowanych badaniach i sposobie przygotowania do zabiegu operacyjnego. Wykonując codzienne czynności, zachęca pacjentkę do współpracy w tworzeniu planu samoopieki. Przygotowuje do badań, wyjaśniając ich cel i omawiając przebieg. Właściwa postawa pielęgniarki pozwala pacjentce czuć się aktywnym uczestnikiem procesu terapeutycznego. Pielęgniarka utrzymuje stały kontakt między pacjentką, lekarzem, psychologiem, rehabilitantem i rodziną pacjentki. Postawa pielęgniarki wobec chorej cechuje się cierpliwością, opiekuńczością, rzetelnością, pogodą ducha, delikatnością, fachowością i dużą wiedzą. Pielęgniarka pełni swoje funkcje, sprawując opiekę i wykonując zabiegi medyczne, które są niezbędne dla uzyskania, utrzymania i podnoszenia zdrowia.

¹⁴ M. T. Szewczyk, R. Ślusarz, *Rola...*, op. cit., s. 9.

10. Zadania pielęgniarki w zakresie rehabilitacji

Integralną część postępowania w procesie leczenia raka piersi stanowi rehabilitacja. Amputacja piersi wywołuje u kobiety kalectwo fizyczne, a także problemy natury psychicznej. Usunięcie piersi pozostawia bliznę, ogranicza ruchomość w stawach obręczy barkowej kończyny po stronie operowanej, zmniejsza siłę mięśni, może pojawić się obrzęk limfatyczny i długotrwały ból w okolicy operowanej. Celem usprawniania pacjentki jest ograniczenie fizycznych i psychicznych następstw choroby.

Kontynuując założenia teorii pielęgowania według Dorothei Orem – pielęgniarka uczy i wspiera pacjentkę w przywracaniu sprawności kończyny po stronie operowanej. Funkcję rehabilitacyjną realizuje przez prowadzenie ćwiczeń biernych, czynnych oraz oddechowych. Współpracuje z rehabilitantem, a także pomaga w akceptacji zmienionej chorobą sytuacji życiowej. Przygotowanie do rehabilitacji rozpoczyna, współpracując z pacjentką przed zabiegiem operacyjnym. Uczy prawidłowego układania kończyny po stronie operowanej. Pokazuje proste ćwiczenia, które chora będzie musiała wykonywać w pierwszej dobie po zabiegu, wykonując je kilka razy dziennie w pozycji leżącej lub siedzącej przez kilka minut.

W tym okresie pacjentka zapoznaje się z podstawowymi zasadami profilaktyki przeciwobrzękowej, uczy się masażu odprowadzającego chłonkę¹⁵. Nauka ćwiczeń ma na celu poprawę sprawności fizycznej po mastektomii i przygotowanie do samoopieki.

Po zabiegu operacyjnym występuje deficyt samoopieki, pacjentka potrzebuje pomocy pielęgniarki przy wykonywaniu prostych czynności. Ważne jest wyuczenie ruchów ułatwiających samodzielne funkcjonowanie (zapinanie biustonosza, szczotkowanie włosów czy wycieranie pleców). Ograniczona zdolność ruchowa ramion zaburza zakres ruchów i ich elastyczność. Systematyczne wykonywanie pod kontrolą pielęgniarki kilku łatwych ćwiczeń może wpłynąć na powrót formy.

W momencie wyjścia ze szpitala pacjentka otrzymuje od pielęgniarki wskazówki związane z dalszym postępowaniem. Rehabilitacja nie ogranicza się tylko do okresu pooperacyjnego, ale jest kontynuowana w warunkach domowych i ambulatoryjnych. Usprawnianie kobiety odbywa się przez cały okres leczenia. Wszystkie ćwiczenia połączone są z ćwiczeniami oddechowymi, gdyż działają profilaktycznie przeciwobrzękowo. Każde ćwiczenie powtarzamy 4–5 razy. W miarę poprawy sprawności ilość serii ćwiczeń może ulec zwiększeniu.

Na każdym etapie leczenia raka piersi pacjentki powinny być objęte kompleksową rehabilitacją psychofizyczną. W okresie między wyjściem ze szpitala, a rozpoczęciem rehabilitacji, kiedy pacjentka jest aktywna i zdolna do samoopieki, wykonuje samodzielnie ćwiczenia rehabilitacyjne według otrzymanego instruktażu, zwracając uwagę na wysokie ułożenie kończyny po stronie operowanej.

W okresie radioterapii ważne jest usprawnienie krążenia krwi i chłonki w obszarze napromieniowania w celu zapobiegania obrzękowi limfatycznemu i działaniom popromiennym. Stosowane są ćwiczenia zwiększające siłę mięśniową i zakres ruchu kończyny i pasa barkowego.

Postępowanie usprawniające u chorej w trakcie chemioterapii zależne jest od jej stanu wydolności wysiłkowej. Dużą rolę odgrywają tu ćwiczenia relaksacyjne i psychoterapia. Na obrzękniętą kończynę stosuje się różne techniki masażu ręcznego, automasaż, ma-

¹⁵ M. Pawlicki, *Rak piersi...*, op. cit., s. 91.

saż podwodny. U kobiet, które zdecydowały się na operację odtwórczą, rehabilitacja polega na zwiększeniu elastyczności blizny po mastektomii i jej otoczenia. Osiąga się to przez indywidualny dobór ćwiczeń i różne formy masażu¹⁶.

Rehabilitacja psychiczna powinna się opierać na różnych formach psychoterapii, takich jak doradztwo, relaksacja. Polegają na wskazaniu możliwości w radzeniu sobie z chorobą, wspieraniu pacjentki w momencie kryzysu. Bardzo korzystną formą w leczeniu jest psychoedukacja wspomagająca prowadzona dla pacjentki i jej rodziny.

Zachorowanie na raka powoduje wiele problemów w czasie trwającej terapii. Związane są one z obniżoną samooceną, zmianą obrazu ciała, lękiem, depresją, zaburzeniami sfery emocjonalnej i seksualnej. Pojawia się stres związany z koniecznością radzenia sobie z chorobą i zagrożeniem życia. Psychoterapia ma na celu wzmocnienie w pacjentce woli leczenia i życia.

Nie bez znaczenia dla kobiet po mastektomii są spotkania w Klubach Kobiet po Mastektomii nazywanych „Amazonkami”, których założeniem jest niesienie pomocy i wsparcia psychicznego.

11. Zadania pielęgniarki w zakresie profilaktyki

Koncepcja samoopieki i deficytu samoopieki w koncepcji Dorothei Orem znalazła zastosowanie w profilaktyce raka piersi. Przygotowując pacjentkę do samoopieki, pielęgniarka uczy poprawnego wykonywania samobadania zdrowej piersi. Celem samobadania piersi jest poznanie ich budowy, zmian zachodzących w cyklu miesięczkowym, a także poznanie technik samobadania i znajomości objawów niepokojących.

Profilaktyka chorób raka sutka wykonywana jest również w badaniu mammograficznym. Obejmuje ona jednak niewielką rzeszę kobiet, ponieważ wykonywana jest w przedziale wiekowym 50–69 lat.

12. Promocja zdrowia i edukacja

Edukacja zdrowotna pacjentki z rakiem piersi jest ważnym etapem w leczeniu szpitalnym, a także poza nim. Zastosowanie koncepcji Dorothei Orem w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej pozwala określić zakres niezbędnej pomocy pacjentce i jej rodzinie, by mogły świadomie i odpowiedzialnie kierować własnym zdrowiem, wzmocnić je i współuczestniczyć w jego przywracaniu¹⁷. Celem jest przekazanie wiedzy i umiejętności potrzebnych w codziennym życiu. Podczas wykonywania opatrunków pielęgniarka zapoznaje pacjentkę z widokiem rany, wyjaśnia proces gojenia i stan po usunięciu drenów. Przekazuje informacje o konieczności usuwania chłonnki w warunkach ambulatoryjnych. Rozmawia o kontynuowaniu rehabilitacji, która jest integralną częścią procesu leczenia i zdrowienia. Udziela informacji, które dotyczą funkcjonowania po mastektomii w życiu codziennym. Zwraca uwagę na codzienną pielęgnację i ochronę ręki przed urazami i odpowiednie wysokie jej ułożenie.

¹⁶ K. Terlecka, *Postępowanie rehabilitacyjne dla kobiet po mastektomii*, „W cieniu czepek” 2007, nr 8 (190), s. 13.

¹⁷ Z. Kawczyńska-Butrym, *Rodzina – zdrowie – choroba. Koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2001, s. 34.

Uświadamia chorej, że nie wolno wykonywać żadnych wstrzyknień, pobrań krwi, szczepień i pomiarów ciśnienia RR na ręce po stronie operowanej, gdyż czynności te mają wpływ na wystąpienie obrzęku limfatycznego. Pielęgniarka udziela również rad dotyczących sposobu ubierania się i racjonalnego żywienia z zastosowaniem odpowiedniej diety. Umożliwia spotkanie z ochotniczką działającą w klubie „Amazonek”, która jest wiarygodnym dowodem, że chorobę nowotworową można skutecznie pokonać.

13. Wsparcie emocjonalne i współpraca pielęgniarki z rodziną

Wsparcie i współpraca z rodziną jest ważnym elementem leczenia pacjentki po mastektomii. Ma duży wpływ na zaufanie pacjentki do zespołu leczącego, przebiegu leczenia i rehabilitacji. Pielęgniarka udziela rodzinie niezbędnych informacji dotyczących uczestniczenia w opiece pielęgnacyjnej wynikającej z deficytu samoopieki i przygotowuje do realizacji samoopieki. Edukując, zwraca uwagę na zapewnienie bezpieczeństwa, wsparcie emocjonalne, instrumentalne, informacyjne i materialne.

Rodzina jest największym niezastąpionym wsparciem dla pacjentki po mastektomii. Chroni pacjentkę i pomaga jej się uporać z negatywnymi skutkami choroby, wspiera emocjonalnie i instrumentalnie. Uczestniczy w wizytach u lekarza, wspólnie podejmuje decyzje dotyczące dalszego leczenia. W okresie terapii przejmuje obowiązki domowe. Działania te mają pozytywny wpływ na stan psychiczny pacjentki.

Zakończenie

Zastosowanie modelu pielęgniarstwa jest ważnym elementem w opiece nad pacjentką z rakiem piersi. Ma odzwierciedlenie zarówno w pracy z chorą w szpitalu, jak i poza nim. Dodatkowo znajduje zastosowanie w profilaktyce i promocji zdrowia. Kompetencje pielęgniarki oraz zaangażowanie chorej i jej rodziny w proces opieki i leczenia mają istotny wpływ na wynik końcowy, jakim jest uzyskanie przez pacjentkę pełnej niezależności w wykonywaniu codziennych czynności i całkowitej integracji społecznej.

Jak wiadomo, rak piersi jest chorobą przewlekłą o powolnym przebiegu. Poza staraniem się o przedłużenie życia chorym ważne staje się zastosowanie odpowiedniego modelu pielęgniarstwa. W powyższej pracy zastosowanie znalazła teoria samoopieki i deficytu samoopieki według Dorothei Orem.

Wszystkie kobiety powinny mieć możliwość poznania przyczyn, objawów, sposobów rozpoznawania i leczenia raka piersi. Świadomość wyleczenia daje większe poczucie bezpieczeństwa i zmniejsza strach przed tą chorobą. Zachodzące w wyniku choroby zmiany stawiają przed pacjentką nowe zadania, którym często nie może sprostać. Samodzielnie nie jest w stanie zapewnić sobie opieki, której potrzebuje. Chcę zwrócić uwagę nie tylko na możliwości zapobiegania i wczesnej diagnostyki, ale również na postępowanie w czasie choroby, w okresie rehabilitacji i po leczeniu oraz na zadania, jakich podejmuje się pielęgniarka wykorzystująca teorię pielęgniarstwa według Dorothei Orem, opiekując się chorą i jej rodziną.

Bibliografia

- Baum M., Saunders Ch., Meredith Sh., *Rak piersi*, Springer PWN, Warszawa 1995.
- Choroby wewnętrzne*, red. A. Szczeklik, Kraków 2006.
- Filozofia i teorie pielęgniarstwa*, red. J. Górajek-Jóźwik, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
- Jezierski A., Szawłowski A., Towpik E., *Chirurgia onkologiczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
- Kawczyńska-Butrym Z., *Rodzina – zdrowie – choroba. Koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2001.
- Opieka nad osobami przewlekle chorymi w wieku podeszłym i niesamodzielnymi*, red. D. Talarska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
- Pawlicki M., *Rak piersi – nowe nadzieje i możliwości leczenia*, Wydawnictwo Medyczne „a-medica press”, Bielsko-Biała 2002.
- Pielęgniarstwo w chirurgii*, red. M. Szewczyk, R. Ślusarz, Wydawnictwo Medyczne BORGIS, Warszawa 2006.
- Poznańska S., Płaszewska-Żywko L., *Wybrane modele pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, wyd. I, Kraków 2001.
- Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K., *Podstawy pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008.
- Zahradniczek K., *Pielęgniarstwo. Podręcznik dla studentów medycznych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
- „W Cieniu Czepka” 2007, nr 8,
- „Współczesna Onkologia” 2007, nr 10.

SUMMARY

Application of Dorothea Orem model of nursing in care of a patient with malignant papillary tumor

Application of Dorothea Orem model of nursing makes it possible to draw attention to health, mental, physical and psychosocial problems of the patient with malignant nipple tumour. Based on the selected literature, factors that increase the risk of breast cancer were presented, and its symptoms were described.

The key role of the application of Dorothea Orem model of nursing in care for the patient was stressed, in particular the application of the theory of self-care, and self-care deficits in the compensation system and educative/supportive system. The need for mental, psychosocial and physical rehabilitation was presented. Attention was drawn to the important part of the treatment of the patient with malignant nipple tumour, which is the support and cooperation of family, health promotion and health education.

Key words: self-care, self-nursing, nipple tumour, Dorothea Orem model of nursing.