

PROCES PIELĘGNOWANIA CHOREJ NA RAKA SZYJKI MACICY NA ODDZIALE GINEKOLOGICZNYM – ANALIZA PRZYPADKU

NURSING FOR A PATIENT SUFFERING FROM CERVICAL CANCER ON THE GYNAECOLOGICAL WARD – CASE STUDY

Beata Bąk

Zakład Onkologii i Pielęgniarstwa Onkologicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu: dr hab. n. med. Józef Starzewski prof. UJK

STRESZCZENIE

Pozytywne wyniki leczenia raka szyjki macicy zależą w dużej mierze od wczesnego wykrycia choroby. Jednak właściwe leczenie oraz prawidłowa pielęgnacja pacjentki warunkują przebieg terapii oraz rekonwalescencji. Opieka pielęgniarska stanowi szeroki zakres świadczeń zdrowotnych realizowanych w bezpośrednim kontakcie z chora, stąd jakość opieki zdrowotnej zależy w dużym stopniu od jakości usług pielęgniarskich. Działania pielęgniarskie realizowane w ramach procesu pielęgnowania wiążą się z koniecznością zastosowania różnych metod rozpoznawania problemów zdrowotnych, planowania adekwatnych działań, następnie z ich realizacją oraz ocenianiem uzyskanych wyników. Podstawowymi zadaniami położnej i pielęgniarki wobec kobiety leczonej operacyjnie na oddziale ginekologii onkologicznej jest przygotowanie jej do zabiegu, opieka pooperacyjna, wsparcie psychiczne oraz przygotowanie chorej i jej rodziny do funkcjonowania po opuszczeniu szpitala.

Słowa kluczowe: pielęgnowanie, rak szyjki macicy, zabieg operacyjny.

SUMMARY

Positive effects of cervical cancer treatment depend to a great extent on early detection of the disease. However, proper treatment and suitable nursing of a patient are the factors conditioning the course of therapy and convalescence. Nursing care includes a wide range of health services carried out in a direct contact with a patient, thus the healthcare quality substantially depends on the quality of nursing services. Nursing activities performed within the framework of the nursing process call for the application of a variety of methods for the identification of health problems, planning adequate activities, and subsequently their implementation and evaluation of outcomes. A midwife and nurse's essential tasks involving a woman subjected to a surgical procedure at the department of oncologic gynaecology include the patient's preparation for an operation, postoperative care, providing mental support and preparation of a patient and her family for functioning after discharge from hospital.

Key words: nursing, cervical cancer, surgical procedure.

WSTĘP

Obecnie około połowę pacjentek oddziałów ginekologii onkologicznej stanowią chore leczone z powodu raka szyjki macicy. Na podstawie danych statystycznych wiadomo, że choroba ta plasuje się w czołówce jeśli chodzi o liczbę zachorowań i zgonów z powodu nowotworów. Połowa kobiet ze zdiagnozowanym rakiem szyjki macicy umiera, głównie dlatego, że rozpoznano go zbyt późno [1, 2].

W leczeniu raka szyjki macicy stosuje się w zależności od stopnia zaawansowania metodę chirurgiczną, radio- lub chemioterapię. Stopnie I i II wg klasyfikacji FIGO kwalifikowane są do radykalnego

leczenia operacyjnego z uzupełniającą radioterapią. Pozostałe stopnie zaawansowania z reguły leczone są radiochemioterapią. Zabiegi operacyjne paliatywne wykonuje się w celu poprawienia komfortu życia, gdy choroba przebiega niepomyślnie [3].

Radykalne postępowanie operacyjne polegające na usunięciu macicy z przydatkami i okolicznymi węzłami chłonnymi oraz późniejsza radioterapia niewątpliwie okaleczają kobietę fizycznie i niosą ze sobą całą gamę negatywnych emocji, m.in. takich jak lęk, gniew, depresja i poczucie winy. Zaburzona jest także rola kobiety w rodzinie i miejscu pracy [4]. Fakty te wskazują na konieczność holistycznej, zindywidualizowanej opieki nad chorą leczoną z powodu raka szyjki macicy. Takie

podejście możliwe jest dzięki zastosowaniu w praktyce procesu pielęgnowania, który jest nowoczesną metodą pracy położnych i pielęgniarek z podopiecznymi. Jego wdrażanie wpływa z roli zawodowej i pełnionych funkcji oraz pozostaje w zgodzie z obowiązującym ustawodawstwem. Czyni także pielęgniarki i położne równoprawnymi, samodzielными i kompetentnymi członkami zespołu interdyscyplinarnego.

Opieka pielęgnacyjna świadczona w ramach procesu pielęgnowania polega na działaniach najbardziej wskazanych i skutecznych w danej chorobie i jest determinowana stanem pacjenta. Szczegółowa analiza stanu zdrowia i podatności na stosowane środki pielęgnacyjne warunkuje skuteczną opiekę. Proces pielęgnowania – najbardziej aktualna i skuteczna metoda pracy z pacjentem, określany jest przez WHO jako system interwencji charakterystycznych dla pielęgniarstwa, a znaczących dla zdrowia podopiecznych, wymagający stosowania naukowych metod służących do zidentyfikowania potrzeb zdrowotnych podopiecznych oraz znajdowania sposobów możliwie najlepszego zaspokajania tych potrzeb [5]. Jest działaniem celowym, zorganizowanym, zindywidualizowanym, charakteryzującym się zachowaniem odpowiedniej kolejności postępowania oraz przestrzeganiem zasad obowiązujących podczas realizacji każdego z nich.

Proces pielęgnowania składa się z czterech kolejno następujących po sobie etapów: rozpoznania, planowania, realizacji i oceny. Pierwszy – **rozpoznanie**, polega na gromadzeniu danych, ich analizie i sformułowaniu na tej podstawie diagnozy pielęgniarstwa (problemu pielęgnacyjnego). Diagnoza określa i ocenia stan pacjenta pod względem zakresu i charakteru wymaganego pielęgnowania wraz z uwzględnieniem genezy i prognozy tego stanu. Stanowi ona podstawę do planowania działań opiekuńczych, a także wyznacza ostateczny zamierzony wynik opieki [6]. Kolejny etap procesu pielęgnowania czyli **planowanie**, polega na określeniu celów oraz ich priorytetów, ustaleniu zadań i ich realizatorów. W praktyce jest programem działania podejmowanego wspólnie z całym zespołem terapeutycznym, pacjentem i jego rodziną. Następny etap – **realizacja**, jest podejmowaniem określonych w planie czynności, obserwowaniem chorego, bieżącą korektą planu postępowania oraz dokumentowaniem zrealizowanych działań. **Ocena** – końcowy etap, to porównanie stanu uzyskanego ze stanem wyjściowym z uwzględnieniem założonego celu, analiza przyczyn działań nieskutecznych i wnioski dotyczące dalszego postępowania [5, 7, 8].

Praktyczne zastosowanie procesu pielęgnowania ułatwia pracę pielęgniarek i położnych przez lepszą jej organizację, mobilizuje do twórczego myślenia i działania, a przede wszystkim poprawia satysfakcję pacjentów z proponowanej opieki.

OPIS PRZYPADKU

Chora (54 lata) została przyjęta, na Oddział Ginekologii Onkologicznej w godzinach przedpołudniowych z lekarskim rozpoznaniem: rak szyjki macicy IIa stopień zaawansowania wg FIGO. U pacjentki zaplanowano wykonanie zabiegu operacyjnego w znieczuleniu ogólnym, polegającego na całkowitym usunięciu narządu rodno wraz z okolicznymi węzłami chłonnymi przez powłoki brzuszne. Jest to kolejny zabieg operacyjny w życiu kobiety – około 5 lat temu wykonano u niej laparoskopowe usunięcie pęcherzyka żółciowego z powodu kamicy żółciowej.

Ocena stanu chorej w chwili przyjęcia na oddział

Chora znajdowała się w dobrym stanie, poruszała się samodzielnie. Nie wymagała pomocy podczas wykonywania czynności dnia codziennego, w tym czynności higienicznych. W chwili przyjęcia do szpitala tętno chorej wynosiło 78 uderzeń/min, CTK – 140/80 mm Hg, temperatura ciała – 36,7° C, oddechy były regularne, spokojne z częstością 16/min. Pacjentka od 3 lat leczyła się z powodu nadciśnienia tętniczego krwi – była pod systematyczną opieką lekarza internisty, regularnie przyjmowała zlecone leki. Od kilku lat chora cierpiała okresowo na żylaki prawego podudzia, nie stosowała jednak żadnego leczenia. Tkanka tłuszczowa była rozwinięta prawidłowo. Skóra o zabarwieniu prawidłowym była czysta i prawidłowo napięta. Waga ciała wynosiła 80 kg przy wzroście 164 cm. Wskaźnik BMI – 29,7 świadczył o nadwadze. Chora nie stosowała żadnych ograniczeń dietetycznych, lubi spożywać potrawy tłuste i mocno słodzone. Wypróżnienia były nieregularne, występowały częste wzdęcia brzucha i zaparcia. Mocz oddawała prawidłowo. Funkcjonowanie narządów zmysłów, myślenie, rozumienie i zapamiętywanie było prawidłowe. Pacjentka rodziła dwa razy siłami natury. Ostatnia miesiączka wystąpiła około 4 lat temu. Około 3 miesięcy temu chora zauważyła brunatne, cuchnące plamienia z dróg rodnych nasilające się po wysiłku i po stosunku płciowym. Dolegliwości bólowych nie odczuwała. Zaobserwowane objawy skłoniły ją do wizyty u lekarza ginekologa, czego efektem była kwalifikacja do zabiegu operacyjnego. Chora chętnie nawiązała i podtrzymywała kontakt słowny, wyczerpująco odpowiadała na pytania dotyczące jej stanu zdrowia. Zdawała sobie sprawę z istoty rozpoznania i rozumiała potrzebę operacji. Od około miesiąca, odkąd dowiedziała się o rozpoznaniu, cierpiała na bezsenność, była smutna i przygnębiona. Chorobę i konieczność poddania się długotrwałemu leczeniu traktowała jako przeszkodę w wykonywaniu obowiązków zawodowych księgowej w prywatnej firmie. Była niepewna co do przyszłości i możliwości wy-

leczenia. Była jednak chętna do współpracy z personelem szpitala i pozytywnie nastawiona do konieczności hospitalizacji i zabiegu. Chora mieszka wraz z mężem w domku jednorodzinny w mieście. Córka obecna podczas przyjmowania pacjentki do szpitala zadeklarowała częste odwiedziny i chęć pomocy matce w powrocie do zdrowia.

Problemy pielęgnacyjne w dniu przyjęcia

1. Problem pielęgnacyjny: Niepokój z powodu przyjęcia do szpitala.

Cel opieki: Poprawa samopoczucia, uspokojenie chorej.

Plan opieki:

- Miłe i ciepłe powitanie chorej.
- Przedstawienie się pielęgniarki przyjmującej chorą na oddział.
- Zapewnienie spokoju i intymności podczas zbierania wywiadu pielęgniarskiego.
- Zapoznanie chorej z topografią oddziału i planem dnia.
- Poinformowanie o możliwości korzystania ze sklepiku szpitalnego i telefonu znajdującego się na oddziale.
- Zapoznanie z Kartą Praw Pacjenta.
- Zapoznanie z pacjentkami na sali.
- Pouczenie o korzystaniu z dzwonka.
- Poinformowanie o nieograniczonej możliwości odwiedzin bliskich.

Realizacja i ocena wyników: Zrealizowano wg planu. Chora została uspokojona, czuje się bezpiecznie i pewnie na oddziale.

Komentarz: Wymienione interwencje zmierzają do wzmocnienia poczucia siły pacjentki, własnej wartości, sensu i rozumienia sytuacji, emocjonalnej mobilizacji, rozumianej jako wzmocnienie optymizmu, chęci do życia, nadziei i poprawy nastroju. Pozyskanie w ten sposób pacjentki do współpracy i zdobycie jej zaufania jest wymiernym czynnikiem poprawiającym przebieg hospitalizacji.

2. Problem pielęgnacyjny: Niepokój i napięcie emocjonalne chorej z powodu braku wiedzy na temat przygotowania do zabiegu operacyjnego i z faktu zbliżającego się wkrótce zabiegu.

Cel opieki: Obniżenie napięcia emocjonalnego, uspokojenie chorej.

Plan opieki:

- Cierpliwe wysłuchanie chorej.
- Rozmowa z wykorzystaniem technik aktywnego słuchania. Zachęcenie do wyrażenia myśli i emocji związanych z chorobą i planowanym zabiegiem.
- Poinformowanie o wszystkich czynnościach i zabiegach pielęgniarskich przygotowujących pacjentkę do operacji.

- Poinformowanie o planowanej godzinie zabiegu.
- Scharakteryzowanie okresu pooperacyjnego.
- Poinformowanie o całodobowym, wzmożonym nadzorze lekarskim i pielęgniarskim w pierwszych dniach po zabiegu.
- Udzielenie wsparcia poprzez uspokojenie, wzmocnienie nadziei, dodanie otuchy.
- Korekta fałszywych informacji posiadanych przez chorą na temat okresu okołoperacyjnego.
- Umożliwienie chorej kontaktu z tymi chorymi, u których operacja przebiegła prawidłowo.
- Organizacja czasu wolnego – propozycja obejrzenia TV lub poczytania czasopism.

Realizacja i ocena wyników: Zrealizowano wg planu. Uzyskano znaczną poprawę nastroju i obniżono napięcie emocjonalne.

Komentarz: Poczucie kontaktu z innymi, w sensie świadomości „nie jestem sam”, więź i obecność innych osób podnosi na duchu, wzmacnia, przełamując barierę lęku i samotności. Uświadomienie sobie przez pacjenta aktualnej sytuacji, czyli objawów i przebiegu choroby, stosowanych metod leczenia i pielęgnowania w chorobie, a także możliwych reakcji redukuje niepewność, daje szansę kontroli nad sytuacją, pozwala na podjęcie adekwatnych i skutecznych decyzji, pozbawia nierealistycznych obaw oraz napawa większym optymizmem w danej sytuacji. Otwartość i werbalizacja, czyli możliwość podzielenia się zmartwieniami, troskami i obawami z akceptującym, uważnie słuchającym i rozumiejącym rozmówcą w niemałym stopniu pozwala się ich pozbyć, a także jest źródłem poczucia akceptacji oraz przeświadczenia, że to, co odczuwa w związku z chorobą jest częścią normalnej, ludzkiej egzystencji.

3. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko zanieczyszczenia pola operacyjnego masami kałowymi.

Cel opieki: Niedopuszczenie do zanieczyszczenia masami kałowymi pola operacyjnego.

Plan opieki:

- Wykonanie na zlecenie lekarskie lewatywy oczyszczającej w godzinach popołudniowych w dniu poprzedzającym zabieg i w godzinach rannych w dniu zabiegu.
- Zalecenie ścisłej diety od popołudnia dnia poprzedzającego zabieg.

Realizacja i ocena: Skutecznie oczyszczające wlewy doodbytnicze chora zniosła dobrze. Zastosowała się do zaleceń dietetycznych.

4. Problem pielęgnacyjny: Bezsenność spowodowana zmianą otoczenia oraz lękiem przed zabiegiem operacyjnym.

Cel opieki: Ułatwienie zaśnięcia i zapewnienie warunków do spokojnego snu.

Plan opieki:

- Wieczorem wywietrzenie sali chorych.
- Zapewnienie ciszy i spokoju.
- Wyłączenie zbędnego oświetlenia.
- Podanie na zlecenie lekarskie doustnie Domrimicum 7,5 mg.

Realizacja i ocena: Chora w ciągu nocy spała spokojnie.

Problemy pielęgnacyjne w dniu zabiegu

1. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko wystąpienia powikłań ze strony układu krążenia w okresie okołoperacyjnym na skutek wzrostu CTK.

Cel opieki: Niedopuszczenie do wystąpienia powikłań.

Plan opieki:

- Dopilnowanie, aby chora przyjęła zlecone przez lekarza leki przeciw nadciśnieniu.
- Pomiar CTK 30 min. przed przewiezieniem pacjentki na blok operacyjny.

Realizacja i ocena: Chora przyjęła leki. CTK w granicach normy.

2. Problem pielęgnacyjny: Możliwość zakażenia rany pooperacyjnej na skutek obecności owłosienia.

Cel opieki: Niedopuszczenie do zakażenia rany pooperacyjnej.

Plan opieki:

- Usunięcie owłosienia z okolicy brzucha i wzgórka łonowego w dniu zabiegu.
- Zaproponowanie kąpieli całego ciała pod prysznicem.

Realizacja i ocena: Owłosienie usunięto jednorazową maszynką. Chora skorzystała z propozycji kąpieli.

Komentarz: Najmniejsze ryzyko zakażenia okolicy cięcia chirurgicznego występuje wówczas, gdy pole operacyjne goli się 1–2 godz. przed przewiezieniem chorego na blok operacyjny. Im dłuższa przerwa między goleniem a operacją, tym ryzyko zakażenia większe, z powodu mikroskalceń powstałych w czasie golenia. Usunięcie owłosienia z pola operacyjnego ułatwia chirurgiczne opatrzenie rany, dezynfekcję skóry i umocowanie opatrunku, ogólnie poprawia gojenie się rany pooperacyjnej [9].

Zabieg operacyjny odbył się zgodnie z planem, bez powikłań. Po dwugodzinnym okresie wzmożonego nadzoru na sali wybudzeniowej chora została przewieziona na Oddział Ginekologiczny. Bezpośrednio po przyjęciu na oddział chora była przytomna z parametrami stanu ogólnego w granicach normy. Diureza przez cewnik założony na stałe – spływał mocz czysty barwy słomkowej w prawidłowej ilości. Opatrunek na ranie brzucha był czysty, suchy. Z rany

wyprowadzono dren, w którym widoczna była niewielka ilość krwistej wydzieliny.

Problemy pielęgnacyjne wczesnego okresu pooperacyjnego (doba „0”, I, II)

1. Problem pielęgnacyjny: Niebezpieczeństwo powikłań krążeniowo-oddechowych po zabiegu operacyjnym.

Cel opieki: Wczesne wykrycie objawów niewydolności krążeniowo-oddechowej.

Plan opieki:

- Pomiar CTK i tętna co 1 godz. przez 4 godz., a następnie co 2 godz. w dniu operacji.
- Pomiar CTK i tętna 4 razy na dobę w kolejnych dobach.
- Obserwacja i ocena zabarwienia skóry.
- Ocena i pomiar oddechów (zob. pomiar CTK).
- Obserwacja i pomiar diurezy (diureza godzinowa w dniu zabiegu).
- Dokumentowanie pomiarów i obserwacji w Karcie Intensywnej Terapii.
- Zgłaszanie nieprawidłowości lekarzowi dyżurnemu.

Realizacja i ocena: Zrealizowano zgodnie z planem. Nie wystąpiły powikłania krążeniowo-oddechowe.

2. Problem pielęgnacyjny: Pacjentka odczuwa duszność.

Cel opieki: Ułatwienie oddychania. Zwiększenie efektywności wymiany gazowej.

Plan opieki:

- Ocena drożności dróg oddechowych (częstość, jakość, rytm).
- Ocena CTK, tętna, zabarwienia skóry i świadomości.
- Podłączenie pulsoksymetru do monitorowania natlenienia.
- Ułożenie chorej w pozycji półwysokiej.
- Zapewnienie mikroklimatu sali: wietrzenie, temperatura 18–22° C, wilgotność około 60%.
- Ocena aktywności pacjentki pod względem efektywnego kaszlu i oczyszczania drzewa oskrzelowego. Nauka efektywnego kaszlu.
- Podanie chorej na zlecenie lekarskie tlenu przez cewnik donosowy.
- Dokumentowanie pomiarów i podjętych czynności.

Realizacja i ocena: Zrealizowano zgodnie z planem. Chora oddycha prawidłowo, nie odczuwa duszności.

3. Problem pielęgnacyjny: Nudności i wymioty spowodowane działaniem anestetyków.

Cel opieki: Zlikwidowanie nudności i wymiotów. Zapobieganie powikłaniom (zachłyśnięcie, zaburzenia wodno-elektrolitowe i kwasowo-zasadowe).

Plan opieki:

- Ułożenie chorej w pozycji półwysokiej z głową odchyloną na bok.
- Zapewnienie pomocy podczas wymiotów (lignina, miska nerkowata, podtrzymywanie głowy).
- Natychmiastowe usuwanie treści wymiotnej aby nie prowokowała do dalszych wymiotów.
- Obserwacja treści i ilości wymiocin.
- Wietrzenie sali, usunięcie nieprzyjemnych, drażniących zapachów.
- Podanie płynu do wypłukania ust.
- Prowadzenie bilansu wodnego z uwzględnieniem wymiotów.

Realizacja i ocena: Chora wymiotowała dwukrotnie. Opanowano nudności i wymioty.

4. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko krwawienia z rany pooperacyjnej.

Cel opieki: Wczesne wykrycie objawów powikłania.

Plan opieki:

- Obserwacja parametrów stanu ogólnego.
- Obserwacja ilości i charakteru wydzieliny z drenu.
- Obserwacja opatrunku na ranie brzucha.

Realizacja i ocena: Nie zaobserwowano objawów krwawienia.

5. Problem pielęgnacyjny: Ból w okolicy rany pooperacyjnej.

Cel opieki: Złagodzenie bólu.

Plan opieki:

- Ocena odczuć bólowych zgłaszanych przez chorą oraz czynników zmniejszających tolerancję na ból (temperatura otoczenia, stan psychiczny).
- Ułożenie chorej lub zalecenie przyjęcia pozycji ze zgiętymi kończynami w stawach biodrowych i kolanowych.
- Zredukowanie czynników potęgujących odczuwanie bólu. Delikatne wykonywanie zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych.
- Podawanie leków przeciwbólowych zgodnie z Kartą Zleceń Lekarskich.

Realizacja i ocena: Zrealizowano zgodnie z planem. Do oceny natężenia bólu wykorzystano skalę 10-stopniową. Ból w okolicy rany pooperacyjnej się zmniejszył.

6. Problem pielęgnacyjny: Możliwość wystąpienia zakażenia z powodu obecności dostępu żylnego (venflonu) w okolicy lewego nadgarstka.

Cel opieki: Niedopuszczenie do zakażenia. Wczesne wykrycie objawów.

Plan opieki:

- Obserwacja 2 razy na dobę miejsca wkłucia pod kątem infekcji miejscowej i pod kątem prawidłowego umiejscowienia kaniuli.

- Obsługa dostępu naczyniowego z zachowaniem zasad aseptyki. Zmiana plastra oklejającego w razie zabrudzenia.
- Podawanie leków przez dodatkową zastawkę w kaniuli, zabezpieczenie zastawki jałowym korkiem.
- Poinformowanie chorej o konieczności delikatnego obchodzenia się z wkłuciem, co uchroni je przed zagięciem, pęknięciem lub wysunięciem.
- W przypadku objawów zakażenia usunięcie kaniuli, zastosowanie okładu z Altacetu.
- Prowadzenie Karty Obserwacji Wkłuć Obwodowych.

Realizacja i ocena: Objawów zakażenia nie stwierdzono. Dostęp naczyniowy usunięto w II dobie pooperacyjnej.

7. Problem pielęgnacyjny: Dyskomfort chorej spowodowany brakiem możliwości utrzymania higieny osobistej z powodu unieruchomienia w łóżku.

Cel opieki: Poprawa samopoczucia chorej.

Plan opieki:

- Wyjaśnienie konieczności czasowego unieruchomienia.
- Pomoc przy toalecie całego ciała chorej w łóżku.
- Zmiana bielizny pościelowej w zależności od potrzeby.

Realizacja i ocena: Wykonano zgodnie z planem. Chora nie odczuwa dyskomfortu higienicznego.

8. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych.

Cel opieki: Niedopuszczenie do zakrzepicy. Wczesne wykrycie objawów.

Plan opieki:

- Codzienny wywiad i obserwacja kończyn dolnych pod kątem objawów choroby zakrzepowej.
- Zalecenie chorej ćwiczeń w łóżku.
- Zaplanowanie współpracy z rehabilitantem.
- Podawanie na zlecenie lekarskie: Clexane 0,04 sc. co 24 godz.

Realizacja i ocena: Chora wykonuje ćwiczenia zalecone przez rehabilitanta. Nie zaobserwowano objawów zakrzepicy.

Komentarz: Czynniki zwiększające ryzyko choroby zakrzepowej to: żylaki kończyn, nadwaga, zwolniony przepływ krwi podczas zabiegu operacyjnego i w czasie unieruchomienia w łóżku, uraz, choroba nowotworowa.

9. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko niedrożności porażennej jelit w pierwszych dniach po zabiegu jako efekt operacji w obrębie jamy brzusznej.

Cel opieki: Niedopuszczenie do niedrożności porażennej jelit. Wczesne wykrycie objawów.

Plan opieki:

- Na zlecenie lekarskie zalecenie chorej diety ściślejszej.

- Na zlecenie lekarskie podawanie dożylnie płynów nawadniających w ilości 2500 ml/dobę.
- Wykonanie na zlecenie lekarskie hegaru w godzinach popołudniowych II doby pooperacyjnej.

Realizacja i ocena: Zrealizowano wg planu. Wykonano hegar ze skutkiem.

Wczesny okres pooperacyjny przebiegł pomyślnie. W II dobie pooperacyjnej usunięto dren z powłok brzusznych i uruchomiono pacjentkę. W pęcherzu moczowym pozostawiono cewnik do 6 doby.

Problemy pielęgnacyjne późnego okresu pooperacyjnego (III-VII doba)

1. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej.

Cel opieki: Niedopuszczenie do zakażenia. Wczesne wykrycie objawów.

Plan opieki:

- Obserwacja opatrunku na ranie 2 razy dziennie. W przypadku zamoczenia, zakrwawienia lub zabrudzenia – zmiana.
- W IV dobie kontrola gojenia się rany i zmian opatrunku z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki.
- Kontrola temperatury ciała 2 razy na dobę.

Realizacja i ocena: Opatrunek czysty, suchy. Rana na brzuchu goi się prawidłowo. Nie zaobserwowano ogólnych i miejscowych objawów zakażenia.

2. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko nadciśnienia

Cel opieki: Niedopuszczenie do wystąpienia nadciśnienia. Wczesne wykrycie objawów.

Plan opieki:

- Pomiar CTK 2 razy na dobę.
- Podawanie na stałe zlecenie lekarskie doustnie: Tertensif 1×1, Metocard 3×1.

Realizacja i ocena: Chora regularnie przyjmuje leki. Podczas pobytu chorej na oddziale nie zanotowano podwyższonego CTK.

3. Problem pielęgnacyjny: Wzdęcia brzucha i zaparcia spowodowane zmniejszoną aktywnością fizyczną.

Cel opieki: Przywrócenie prawidłowego wydalania stolca.

Plan opieki:

- Przeprowadzenie z chorą wywiadu ukierunkowanego na dotychczasowe sposoby defekacji, częstość wypróżnień, sposób odżywiania się pacjentki.
- Badanie fizykalne w kierunku występowania twardych mas kałowych i wzdęć brzucha, osłuchiwanie perystaltyki jelit.
- Zalecenie zwiększenia aktywności ruchowej.
- Zalecenie picia na czczo przegotowanej wody, spożywanie pokarmów bogatych w błonnik.

- Założenie na 20 min. suchej rurki doodbytniczej ułatwiającej wydalanie gazów i udrażniającej odbytnicę. W razie potrzeby powtarzanie zabiegu co 4 godziny.

- Zastosowanie doodbytniczych środków przeczyszczających w postaci czopków glicerynowych lub bisakodylu.

- Wykonanie hegaru oczyszczającego z parafiny lub gliceryny.

Realizacja i ocena: Wykonanie hegaru okazało się niekonieczne. Chora regularnie oddaje stolec.

4. Problem pielęgnacyjny: Nadwaga spowodowana błędami dietetycznymi.

Cel opieki: Redukcja nadwagi.

Plan opieki:

- Uświadomienie chorej wpływu nadwagi na stan zdrowia i przebieg rekonwalescencji.
- Zachęcenie do kontroli wagi ciała.
- Zachęcenie do aktywności fizycznej po zakończeniu leczenia.
- Zaplanowanie współpracy z dietetykiem.

Realizacja i ocena: Chora jest pozytywnie nastawiona i zmotywowana do wprowadzenia zmian w diecie oraz do aktywności fizycznej. Wspólnie z dietetykiem ustaliła przykładowe jadłospisy.

5. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko zakażenia dróg moczowych z powodu obecności cewnika w pęcherzu moczowym założonego na stałe do VI doby.

Cel opieki: Niedopuszczenie do zakażenia dróg moczowych. Wczesne wykrycie objawów.

Plan opieki:

- Dbałość o higienę kroczka: stosowanie płynów myjąco-dezynfekujących z dodatkiem kwasu mlekowego.
- Zalecenie picia do 3 litrów płynów na dobę.
- W razie stwierdzenia niedrożności cewnika – wymiana.
- Codzienna wymiana worka na mocz. Unikanie niepotrzebnego rozłączenia cewnika i worka na mocz.
- Utrzymywanie worka na mocz poniżej poziomu pęcherza moczowego.
- Na zlecenie lekarskie pobranie materiału na badanie ogólne moczu.
- Obserwacja ukierunkowana na objawy infekcji dróg moczowych.

Realizacja i ocena: Pęcherz moczowy jest systematycznie opróżniany. Badania laboratoryjne w normie. Nie zaobserwowano objawów infekcji dróg moczowych.

6. Problem pielęgnacyjny: Chora zaniepokojona brakiem informacji o dalszym przebiegu leczenia.

Cel opieki: Zniesienie niepokoju.

Plan opieki:

- Ułatwienie kontaktu z lekarzem.

Realizacja i ocena: Lekarz poinformował chorą o prawdopodobnej konieczności dalszego leczenia napromienianiem. Po rozmowie z lekarzem pacjentka była przygnębiona i zaniepokojona.

7. **Problem pielęgnacyjny:** Smutek, przygnębienie, lęk z powodu świadomości konieczności dalszego leczenia. Brak wiedzy na temat leczenia radioterapią.
Cel opieki: Redukcja negatywnych emocji i braku wiedzy.

Plan opieki:

- Częstość obecności przy chorej.
- Objasnienie zasad leczenia radioterapią.
- Dostarczenie broszury informacyjnej na temat leczenia radioterapią.
- Mobilizacja pacjentki do leczenia.
- Wzbudzenie wiary we własne siły i możliwości.
- Umożliwienie kontaktu z psychologiem.
- Zaproponowanie wypełnienia wolnego czasu oglądaniem TV lub czytaniem.
- Podanie na zlecenie lekarskie 2 mg Relanium doustnie.

Realizacja i ocena: Chora jest spokojniejsza, pozytywnie nastawiona do dalszego leczenia.

8. **Problem pielęgnacyjny:** Brak wiedzy chorej i jej rodziny na temat trybu życia i pielęgnacji rany pooperacyjnej po opuszczeniu szpitala.

Cel opieki: Przygotowanie chorej i jej rodziny do samoopieki i samopielęgnacji.

Plan opieki:

- Dostarczenie chorej i jej rodzinie informacji na temat pożądanego trybu życia: częstego wypoczynku, racjonalnej diety.
- Uświadomienie rodzinie konieczności zaangażowania w sprawy związane z opieką nad pacjentką.
- Pouczenie o sposobie pielęgnacji rany pooperacyjnej.
- Pouczenie o konieczności regularnych wizyt lekarskich w wyznaczonych terminach.
- Zalecenie kontaktu z lekarzem w przypadku wystąpienia takich objawów jak: krwawienia z dróg rodnych, silny ból, gorączka.

Realizacja i ocena: Pacjentka i jej rodzina przygotowani są do wyjścia ze szpitala pod kątem samoopieki i samopielęgnacji.

W VI dobie po udanej próbie zalegania moczu usunięto cewnik z pęcherza moczowego. W VII dobie chora opuściła szpital z zaleceniem zgłoszenia się w X dobie do poradni ginekologicznej w celu zdjęcia szwów z rany brzucha. Po tygodniu miała zgłosić się po wynik histopatologicznego badania pooperacyjnego.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Krajowy Rejestr Nowotworów. Centrum Onkologii – Instytut M. Skłodowskiej-Curie. Zakład Epidemiologii Nowotworów, <http://epid.coi.waw.pl/krm/> dostęp: 03.01.2011.
- [2] Michalska M. Epidemiologia raka szyjki macicy. W: Rak szyjki macicy. Profilaktyka, diagnostyka i leczenie. Red. M Spaczyński, W Kędzia, E Nowak-Markwitz. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009; 1–15.
- [3] Strauss G. Szyjka macicy. W: Ginekologia praktyczna. Red. W Pschyrembel, G Strauss, E. Petri. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1994; 84–180.
- [4] Bąk B. Emocjonalne aspekty opieki medycznej nad kobietą z chorobą narządów płciowych. Pielęgniarstwo XXI wieku 2008; 1 (22): 50–53.
- [5] Płaszewska-Żywko L. Założenia procesu pielęgnowania. W: Diagnozy i interwencje pielęgniarskie. Red. M. Kózka, L Płaszewska-Żywko. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009; 27–34.
- [6] Kawczyńska-Butrym Z. Podstawy pielęgniarstwa rodzinnego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995.
- [7] Pędich W. Choroby wewnętrzne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.
- [8] Górajek-Jóźwik J. Proces pielęgnowania. Podstawy i założenia zindywidualizowanego pielęgnowania. W: Wprowadzenie do pielęgniarstwa. Red. K Zahradniczek. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999; 120–153.
- [9] Curus M J. Pielęgniarstwo operacyjne. Wydawnictwo Adi, Łódź 1998.

Adres do korespondencji:

mgr Beata Bąk
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK
25–317 Kielce, al. IX Wieków Kielc 19
e-mail: beatab5@onet.eu
tel. 692 113 477

