

# OPIEKA PIELEŃNIARSKA WOBEC PACJENTA Z NIEDROŻNOŚCIĄ PRZEWODU POKARMOWEGO

NURSING CARE OVER A PATIENT WITH GASTROINTESTINAL OBSTRUCTION

Jolanta Kuzka<sup>1</sup>, Katarzyna Kowalska<sup>1</sup>, Aneta Lesiak<sup>2</sup>, Bożena Zboina<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Katedra Pielęgniarstwa

Wydział Nauk o Zdrowiu Wyższej Szkoły Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

Kierownik: dr n. med. Dorota Maciąg

<sup>2</sup> Zakład Chorób Wewnętrznych, Kardiologii i Pielęgniarstwa Internistycznego

Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: prof. zw. dr hab. lek. med. Marianna Janion

## STRESZCZENIE

Niedrożność jelit (ileus) jest stanem chorobowym, w którym dochodzi do zahamowania przechodzenia treści jelitowej przez przewód pokarmowy. Jest schorzeniem wymagającym leczenia chirurgicznego w trybie nagłym. Pacjentka A. M. przyjęta do szpitala z rozpoznaniem niedrożności przewodu pokarmowego, który może doprowadzić do wielu powikłań, także do zgonu, dlatego rolą lekarza jest uświadomienie chorej zagrożeń wynikających z tej choroby. Natomiast wiodącą rolę powierza się pielęgniarce poprzez udzielanie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, rehabilitacyjnych oraz rozpoznaniu potrzeb zdrowotnych pacjentki i jej problemów pielęgnacyjnych. Uwzględniono również opiekę po zabiegu operacyjnym oraz edukację pacjentki i najbliższej rodziny, która przyczyni się do odzyskania przez chorą zdrowia.

**Słowa kluczowe:** niedrożność jelit, niedrożność mechaniczna, opieka pielęgniarska.

## SUMMARY

Ileus is a condition where intestinal contents are obstructed from passing through the gastrointestinal tract. It is an affliction needing urgent surgical treatment. Patient A. M. was admitted to the hospital with a diagnosis of gastrointestinal obstruction which can lead to many complications and even death; that is why the role of the doctor is to make the patients aware of the risks of the disease. Whereas the leading role is given to the nurse through provision of preventive, diagnostic and rehabilitative services and recognition of the patient's health needs and her nursing problems. Care after surgical treatment and education of the patient and immediate family, which will administer the patient's return to full health, were also included.

**Key words:** intestinal obstruction, mechanical obstruction, nursing care.

## WSTĘP

Liczniesze niż przed laty operacje narządów jamy brzusznej wraz z wydłużającą się średnią długością życia powodują, że coraz więcej osób żyje po przebytych niegdyś leczeniu chirurgicznym, którego jednym ze skutków są zrosty w jamie otrzewnej [1]. Ich następstwem mogą być niecharakterystyczne bóle brzucha, niepłodność młodych kobiet oraz najpoważniejsze powikłanie, jakim jest zrostowa niedrożność jelita cienkiego [2]. Z wieloletnich badań wynika, że zrosty wewnątrzotrzewnowe to najczęstsza przyczyna niedrożności zrostowej jelita cienkiego i że nie każdy incydent niedrożności zrostowej jelita cienkiego (NZJC) zmusza do operacji [3].

Niedrożność jelit (ileus) jest to stan chorobowy, w którym dochodzi do zatrzymania przechodzenia treści pokarmowej przez jelita. Może on być wynikiem zamknięcia światła jelita przez różnego rodzaju przeszkody (niedrożność mechaniczna) lub zahamowania prawidłowej perystaltyki (niedrożność parażenna).

W zależności od lokalizacji przeszkody w niedrożności mechanicznej wyróżnia się tzw. niedrożność wysoką, w której dochodzi do zatkania światła jelita cienkiego, oraz niedrożność niską, gdy zamknięte jest jelito grube [4].

Bez względu na przyczynę niedrożność przewodu pokarmowego jest poważną chorobą, która może prowadzić do odwodnienia, wstrząsu, utraty białka i elek-

trolitów, niewydolności krążenia, przedostania się bakterii ze światła jelita do krwiobiegu (posocznica) i ostatecznie do śmierci pacjenta. We wnętrzu jelita gromadzi się stopniowo coraz większa ilość płynnej treści jelitowej i gazów, które nie mogą przechodzić dalej, co powoduje postępujące rozdzęcie jelita powyżej przeszkody (w niedrożności mechanicznej) lub na całej jego długości (w niedrożności porażennej). Przedłużająca się niedrożność prowadzi do stopniowego uszkodzenia ściany jelita, która traci zdolność do prawidłowego wchłaniania składników pokarmowych i staje się przepuszczalna dla znajdujących się wewnątrz jelita bakterii. Ostatecznie dochodzić może nawet do martwicy ściany jelita i jej przedziurawienia z wydostaniem się zawartości jelita do wnętrza jamy brzusznej [3, 4].

W przypadku niedrożności mechanicznej leczenie polega na jak najszybszym usunięciu jej przyczyny, co zwykle wymaga przeprowadzenia zabiegu operacyjnego. W niedrożności porażennej dąży się do wyeliminowania czynnika lub choroby ją wywołującej. W obu przypadkach ważnym elementem postępowania jest staranna obserwacja pacjenta i wyrównywanie wszelkich zaburzeń i niedoborów tak, aby nie dopuścić do rozwoju różnego typu powikłań. Leczenie pacjenta z niedrożnością przewodu pokarmowego prowadzi się zwykle w oddziale chirurgicznym – lub w cięższych przypadkach – w oddziale intensywnej opieki medycznej [3].

#### **Studium indywidualnego przypadku A. M.**

Pacjentka A. M., lat 53, została przyjęta w trybie nagłym do oddziału chirurgicznego z silnymi bólami brzucha w nadbrzuszu. W izbie przyjęć wymiotowała treścią pokarmową. Powłoki skórne blade, złane zimnym potem, RR 115/60, tętno przyspieszone 98 ud/min, temperatura 36,3°C. Oddech płytki, wyraźnie utrudniony o częstotliwości 28 oddechów na minutę, z widocznym udziałem mięśni międzyżebrowych w procesie oddychania. Świadomość prawidłowa, kontakt słowny zachowany. U pacjentki zaobserwowano obniżony nastrój spowodowany dolegliwościami i przyjęciem do szpitala. W badaniu fizykalnym: brzuch miękki bez objawów otrzewnowych, wzdęty. Po wykonaniu badań wstępnych stwierdzono kwasicę metaboliczną oraz podwyższone stężenie glukozy (157 mg), pozostałe wyniki nie odbiegały od norm laboratoryjnych dla zdrowego człowieka.

Okres prowadzenia badań obejmował 3 dni od 26 do 28 maja 2007 roku. W pierwszym dniu w chwili przyjęcia pacjentka była w stanie ogólnym dobrym, wydolna krążeniowo i oddechowo. Z powodu dolegliwości bólowych i złego samopoczucia występowały trudności w pozyskiwaniu informacji. W kolejnych dniach, kiedy dolegliwości stopniowo malały, chora

odpowiadała na zadawane pytania chętniej, jaśniej i bardziej precyzyjnie.

Pielęgniarka kilka razy rozmawiała z pacjentką na temat ustalenia problemów wynikających z jej choroby. Chora sprawiała wrażenie wystraszonej, ale po udzieleniu odpowiedzi na zadawane przez nią pytania uspokoiła się. Pytania pacjentki dotyczyły szczególnie zmiany dotychczasowego trybu życia w taki sposób, aby zmniejszyć dolegliwości spowodowane chorobą i operacją z nią związaną oraz profilaktyką, jaką mogłaby zastosować w przypadku swojego schorzenia.

Wywiad to planowa rozmowa z pacjentem ukierunkowana na osiągnięcie wcześniej założonego celu [5], toteż przeprowadzony wywiad z pacjentką dostarczył wielu wyczerpujących informacji potrzebnych do postawienia prawidłowej diagnozy pielęgniarskiej. Pacjentka stwierdziła, że już od 11 lat cierpiała na podobne okresowe bóle połączone ze wzdęciami, przelewaniem się treści jelitowej, widocznymi przez powłoki brzuszne nierównomiernie rozdętymi jelitami. Objawy miały zawsze samoistnie po kilku godzinach, zwłaszcza po przyjęciu pozycji leżącej z wyprostowanymi kończynami. W sytuacjach kryzysowych pomagały leki rozkurczowe. Dolegliwości nasilały się po zjedzeniu pokarmów tradycyjnej kuchni polskiej, takich jak: bigos, kielbasa swojska, zupy jarzynowe zasmażane. Chora A. M. wolna od nałogów (alkohol, papierosy). Kilkakrotnie operowana m.in. z powodu kamicy pęcherzyka żółciowego, zapalenia wyrostka robaczkowego, przeszła także operację ginekologiczną.

#### **Problemy pielęgnacyjno-opiekuńcze i edukacyjne pacjentki A.M. w dniu przyjęcia do szpitala**

W pielęgnowaniu obserwacja to świadome spostrzeganie wyglądu zewnętrznego pacjenta, zachowania, funkcjonowania poszczególnych układów i narządów w stanie zdrowia i choroby [6]. Personel pielęgniarski powinien zdawać sobie sprawę ze wszystkich reakcji, jakie mogą wystąpić u chorego, aby wybrać najlepszy sposób podejścia do jego osoby, złagodzić czynniki działające najbardziej depresyjnie oraz zastosować działania mogące przywrócić równowagę psychiczną [7].

Problem pielęgnacyjno-opiekuńczy pacjentki wywołał szereg czynników, takich jak niepokój związany z nagłą hospitalizacją, lęk spowodowany wykonaniem badań diagnostycznych, silny ból brzucha będący skutkiem zamknięcia światła jelita, wymioty w rezultacie zalegania treści płynnej w żołądku, jak również dyskomfort związany z założeniem zgłębnika przez nos oraz trudności w oddawaniu moczu przez pacjentkę spowodowane ujemnym bilansem wodnym. Ważnym czynnikiem stresogennym była

również świadomość konieczności przeprowadzenia zabiegu operacyjnego w trybie nagłym.

Ważnym elementem opieki jest właściwa pielęgnacja. Wszystkie trudności chorego należy traktować z wyrozumiałością, a wszelkie działania wykonywać bez zniecierpliwienia, nie okazując choremu niechęci ani tym bardziej obrzydzenia [8].

Opieka pielęgniarska pacjentki w tym przypadku miała na celu uspokojenie chorej, złagodzenie jej lęku i zmniejszenie dolegliwości bólowych. Należało również usunąć zbierającą się treść w żołądku i zapobiegać wymiotom. Opróżnienie pęcherza moczowego zlikwidowało przykre dla pacjentki przypadłości, zmniejszyło niepokój chorej, zapewniając jej komfort psychiczny.

Stres związany z pobytem w szpitalu starano się zmniejszyć przez stworzenie klimatu spokoju i miłej, bezpiecznej atmosfery w najbliższym otoczeniu pacjentki oraz informowanie chorej o wykonaniu badań, jak również obserwację bólu, jego charakteru i nasilenia. Nawiązano z pacjentką kontakt umożliwiający jej wyrażanie swych uczuć. Ponadto zapewniono wygodną pozycję w łóżku poprzez podłożenie wálka z koca pod kolana, co doprowadziło do zmniejszenia napięcia mięśni brzucha. Założenie przez nos zgłębnika do żołądka, w celu opróżnienia jego treści, spowodowało zmniejszenie wymiotów, a także przeciwdziałało zachłyśnięciu się pacjentki w czasie wymiotów, zabrudzeniu pościeli i bielizny osobistej. Nieprzyjemny zapach usunięto, wietrząc pomieszczenie. Podano lek przeciwbólowy i obserwowano jego działanie. Wykonano toaletę nosa. Pielęgniarka kontrolowała i notowała ilość oraz zabarwienie odsysanej treści, spokojnie wytłumaczyła pacjentce cel wykonania zabiegu operacyjnego.

Zapewniając chorej poczucie intymności, odpowiednio umocowano zgłębnik, przygotowano zestaw do cewnikowania oraz założono cewnik Foleya, wyjaśniając przyczyny konieczności założenia cewnika do pęcherza.

Profesjonalna opieka pielęgniarska stanowi ważne dopełnienie opieki lekarskiej prowadzonej nad pacjentem w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, mogące się przyczynić w istotny sposób do szybkiego rozpoznawania i właściwego leczenia tych stanów [5].

Dlatego umożliwiono chorej kontakt z lekarzem prowadzącym i z rodziną. Opieka nad pacjentką była realizowana poprzez życzliwą postawę zespołu terapeutycznego (szybka i sprawna organizacja pracy, umożliwienie kontaktu z rodziną lub z przyjaciółmi), wyjaśnienie celowości wykonania badań, udzielenie jasnych i precyzyjnych odpowiedzi na zadawane przez pacjentkę pytania, po ustaleniu rozpoznania rozmiaru bólu podanie środka przeciwbólowego

(zniesienie bólu i poprawa kontaktu z chorą, zmniejszenie psychicznego odczucia bólu). Pacjentce wyjaśniono również konieczność leczenia w szpitalu, wytłumaczono zasady postępowania leczniczego i pielęgnacyjnego. Spokojna rozmowa z pielęgniarką wpłynęła pozytywnie zarówno na zmniejszenie niepokoju u pacjentki, jak i jej rodziny.

Pielęgnowanie profesjonalne charakteryzuje się samodzielnym podejmowaniem odpowiednich i autonomicznych decyzji dotyczących pielęgnowania, odwołując się do zasad etyki zawodowej [3].

Dzięki podjętym działaniom pielęgniarskim udało się zmniejszyć niepokój pacjentki spowodowany hospitalizacją i wykonaniem badań diagnostycznych. Doprowadzono do częściowego ustąpienia bólów brzucha. Wymioty ustąpiły, zmniejszyły się też nudności. Chora uspokoiła się, zaczęła chętnie współpracować z pielęgniarką. Dyskomfort związany z założeniem zgłębника do żołądka zmniejszył się, pęcherz moczowy został opróżniony, pacjentka odczuła ulgę.

#### **Stan i problemy pielęgnacyjno-opiekuńcze i edukacyjne pacjentki w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym**

W pierwszej dobie po przyjęciu do szpitala 27 maja 2007 roku pacjentka po uprzednim przygotowaniu została poddana zabiegowi operacyjnemu w trybie nagłym. Po zabiegu była bardzo słaba. Kilka godzin po operacji temperatura ciała wzrosła do 38,2°C, pojawiły się dreszcze i uczucie zimna. Chora zgłaszała ból w okolicy rany pooperacyjnej i trudności w oddychaniu, suchość w jamie ustnej, niepokój spowodowany stanem zdrowia oraz pieczenie w miejscu założenia cewnika do pęcherza moczowego. Parametry pacjentki RR 115/60 mm Hg, T 36,5°C.

Opieka pielęgniarska w danym przypadku miała na celu głównie zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym ze strony układu oddechowego, zmniejszenie odczucia zimna i likwidację związanych z tym dolegliwości, jak również usunięcie cewnika Foleya oraz stałą obserwację stanu opatrunku, przestrzegano również zasady poczucia godności i intymności pacjentki z zachowaniem procedur pielęgniarskich w czasie wykonywania zabiegów terapeutycznych, diagnostycznych oraz pielęgnacyjnych.

Planując opiekę, brano pod uwagę stan ogólny pacjentki – psychiczny i fizyczny, pomiar parametrów życiowych z ustaloną częstotliwością. Pacjentka została zapoznana z zasadami, które ułatwią jej prawidłową wentylację płuc. W celu zmniejszenia trudności w oddychaniu wyjaśniono również chorej zasady działania ćwiczeń oddechowych wykonywanych po zabiegu operacyjnym, ułożono pacjentkę w pozycji półwysokiej, podano jej tlen przez wásy tlenowe wg zalecenia lekarza. Prawidłowe odkrztu-

szanie zalegającej wydzieliny uzyskano poprzez delikatne oklepywanie pleców. Ważnym elementem w procesie pielęgnacyjnym było wietrzenie sali oraz dbanie o samopoczucie chorej – ograniczono odwiedziny osób bliskich do minimum w celu zapewnienia jej spokoju i ciszy.

Wyjaśnienie powodu założenia drenu uspokoiło pacjentkę. Kontrolowano ilość i zabarwienie treści z drenu – dokumentacja. W celu zmniejszenia uczucia zimna okryto chorą dodatkowym kocem. Przygotowano zestaw do usunięcia cewnika.

Opiekę pielęgniarską realizowano zakładając kartę obserwacyjną, dokumentującą pomiary parametrów (ciśnienie, tętno, temperatura). Na bieżąco zmieniano opatrunek na suchy.

Planowane działania zostały zrealizowane, trudności w oddychaniu zmniejszyły się. Powikłania ze strony układu oddechowego nie wystąpiły, uczucie zimna osłabiło się. Dolegliwości związane z suchością w jamie ustnej zmalały po zastosowaniu płukania jamy ustnej płynami obojętnymi.

#### **Stan i problemy pielęgnacyjno-opiekuńcze i edukacyjne pacjentki A. M. w drugiej dobie po zabiegu operacyjnym**

W drugiej dobie po zabiegu operacyjnym stan pacjentki A. M. był stabilny, parametry życiowe RR 110/80 mmHg, T 80 ud/min, temperatura ciała 37,8°C. Mimo ogólnej poprawy wynikającej z pomiaru ww. parametrów, chora sprawiała wrażenie niespokojnej. Kilka razy prosiła o miskę lub ligninę z powodu niewielkich nudności będących skutkiem zalegania treści pokarmowej w żołądku. Skarżyła się też na ból brzucha w okolicy rany pooperacyjnej oraz w miejscu wkłucia kaniuli. Zgłaszała zmęczenie i bezsenność spowodowane osłabieniem organizmu dolegliwościami bólowymi. Odczuwała przygnębienie z powodu braku samoopieki, jak również lęk wywołany przebiegiem leczenia i pozostawienia drenu w ranie pooperacyjnej.

W drugiej dobie po zabiegu operacyjnym opieka pielęgniarska miała na celu zapobieganie nudnościom, zniwelowanie dolegliwości bólowych, pomoc w zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych pacjentki oraz w zachowaniu równowagi emocjonalnej, zminimalizowanie niepokoju oraz zapewnienie odpowiedniej jakości i ilości odpoczynku i snu.

Planowanie opieki nad pacjentką w drugiej dobie obejmowało notowanie utraty płynów (bilans) i ich podaż, ułożenie chorej w pozycji półsiedzącej, podanie tlenu przez okulary tlenowe, częste odsysanie z żołądka co pół godziny do godziny, obserwowanie i notowanie ilości oraz zabarwienia odsysanej treści i bieżące informowanie lekarza. Aby zmniejszyć ból,

podano środki przeciwbólowe na zlecenie lekarza i ułożono pacjentkę w wygodnej pozycji, by nie nasilać bólu. Prowadzono też obserwację skuteczności zastosowania leczenia przeciwbólowego. Wykorzystano i przekazano chorej elementy psychoterapii w celu podniesienia proggu bólowego, usunięto wenflon i założono opatrunek zmniejszający odczyn zapalny po wkłuciu. Aby zapobiec zmianom skórny, wykonywano wiele działań pielęgnacyjnych, jak również udzielono pomocy w zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych.

By zapobiec skutkom unieruchomienia, zachęcano chorą do ćwiczeń oddechowych oraz współudziału w stopniowym uruchamianiu. Dalsze działania koncentrowały się na mobilizowaniu pacjentki do samoobsługi, dodawaniu jej otuchy i odwagi, podaniu leków uspakajających na zlecenie lekarza, jak też rozmawiano z nią na temat celowości pozostawienia drenów. Aby zlikwidować problem bezsenności, dążono do stworzenia właściwego mikroklimatu, dostarczenia odpowiedniej lektury przed snem, przewietrzenia sali i zapewnienia wygodnej pozycji w łóżku oraz rozmowy z chorą na temat minimalizacji dolegliwości bólowych.

Planowane działania zostały zrealizowane, co przyniosło efekt w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych i ogólnego uspokojenia. Samopoczucie hospitalizowanej A. M. nie poprawiło się, chociaż dolegliwości spowodowane zaleganiem treści pokarmowej w żołądku zmniejszyły się.

#### **Stan i problemy pielęgnacyjno-opiekuńcze i edukacyjne pacjentki A. M. w trzeciej dobie po zabiegu operacyjnym**

Stan zdrowia pacjentki w trzeciej dobie po zabiegu uległ znacznemu pogorszeniu. Temperatura ciała wzrosła do 38,8°C, tętno 100 ud/min, RR 90/60 mmHg. Nasiliły się nudności i wymioty treścią kałową. Chora skarżyła się na dotkliwy ból w okolicy rany pooperacyjnej spowodowany rozejściem się szwów. Pacjentka była osłabiona, apatyczna i zaniepokojona stanem zdrowia, bała się o swoje życie, odczuwała też ból głowy prawdopodobnie wywołany stresem. Wystąpił u niej brak chęci przyjmowania płynów drogą doustną.

Działania pielęgniarskie miały na celu zmniejszenie dolegliwości bólowych różnego pochodzenia, opróżnienie treści żołądkowej, jak też dostarczenie odpowiedniej ilości płynów do organizmu.

Zaplanowane czynności zrealizowano przez zaopatrzenie rany pooperacyjnej jałowym, zwilżonym solą fizjologiczną opatrunkiem oraz podanie chorej, na zlecenie lekarza, środków przeciwbólowych. Zmieniono też pozycję na dogodną dla pacjentki, co spo-

wodowało podwyższenie progu bólowego i zmniejszenie dolegliwości. Personel pielęgniarski okazał jej życzliwość, wsparcie i zrozumienie, umożliwił kontakt telefoniczny z rodziną, przeprowadzono również z chorą rozmowy, by wyjaśnić celowości każdego wykonywanego badania i czynności pielęgnacyjnych, czego skutkiem było uspokojenie pacjentki i wzrost poczucia bezpieczeństwa. Dalsze czynności, takie jak: zmiana pozycji w łóżku, wietrzenie sali, poinformowanie lekarza o dolegliwościach chorej, zastosowanie sposobów podwyższenia progu bólowego, obserwacja w kierunku narastających dolegliwości, zmniejszyły dolegliwości bólowe głowy.

Aby zapobiec wymiotom, poinformowano pacjentkę o celu założenia zgłębnika do żołądka i tego, jak ma się zachowywać w czasie zabiegu. Wykonano również wkłucie i założono wenflon, dzięki czemu nastąpiło nawodnienie organizmu drogą dożylną. Zniwelowano uczucie suchości w jamie ustnej poprzez nawilżenie błon śluzowych płynami obojętnymi.

Mimo podjętych działań nie udało się zlikwidować bólu brzucha będącego następstwem rozejścia się szwów. Postępowania pielęgniarskie doprowadziły jednak do poprawy ogólnego samopoczucia pacjentki i wzrostu poczucia bezpieczeństwa.

Po wizycie lekarskiej około godziny 10.30 chora została przewieziona na blok operacyjny. Po zakończonym zabiegu operacyjnym, ze względu na zły stan zdrowia, została przekazana na OIOM.

#### **Czynności pielęgnacyjno-opiekuńcze i edukacyjne skierowane do pacjentki i jej rodziny w czasie pobytu na oddziale**

Odnosząc się do danych zebranych poprzez obserwację, wywiad, studium indywidualnego przypadku oraz arkusza można stwierdzić u chorej brak wiedzy na temat swojej choroby, diety po zabiegu operacyjnym, a także jednostek i grup wsparcia dla osób z niedrożnością mechaniczną jelit.

Szczegółowa analiza indywidualnego przypadku pozwoliła na zaplanowanie następujących zadań edukacyjnych pielęgniarki skierowanych do pacjentki i jej rodziny:

- 1) dostarczenie pacjentce materiałów na temat jej choroby i zapoznanie jej z przyczynami powstawania niedrożności mechanicznej zrostowej (literatura, czasopisma, Internet);
- 2) zapoznanie z informacjami na temat diety i czynników powodujących problemy dyspeptyczne oraz materiałami na temat produktów, które może spożywać (pogadanki, poradniki dietetyczne, Internet);
- 3) poszerzenie wiedzy na temat powrotu do codziennych obowiązków po zabiegu operacyjnym, ta-

kich jak: oszczędny tryb życia, zmiana sposobu żywienia, ćwiczenia rehabilitacyjne poprawiające kondycję i krążenie (proponując spotkanie z dietetykiem oraz rehabilitantem, polecenie poradni specjalistycznych).

Na skutek podjętych działań chora wraz z rodziną chętnie współpracuje i zapoznaje się z fachową literaturą, planując zastosować wskazówki i porady fachowców w życiu codziennym.

#### **Zalecenia dla pacjentki po przebytej operacji niedrożności mechanicznej**

Pacjentka po zabiegu operacyjnym przed wyjściem do domu powinna być przygotowana przez pielęgniarkę do samoopieki, to znaczy do wykonywania czynności życia codziennego, które przyczynią się do utrzymania i zachowania zdrowia oraz wpłyną na jej dobre samopoczucie [9].

Zalecenia przekazane pacjentce, które mogą wpłynąć korzystnie na jej stan zdrowia po przebytej operacji niedrożności mechanicznej jelit, to: spokojny tryb życia, eliminowanie stresów, unikanie picia alkoholu, unikanie wysiłku fizycznego, spacerować na świeżym powietrzu, okresowe kontrole w poradni gastrologicznej.

Krótki pobyt chorej w szpitalu wiąże się także z pozostawieniem szwów na ranie pooperacyjnej, dlatego konieczna jest informacja dotycząca postępowania w domu: powinna wykonywać toaletę całego ciała pod bieżącym strumieniem wody, unikając kąpieli w wannie. Ranę należy dezynfekować środkiem antyseptycznym i zabezpieczyć jałowym suchym opatrunkiem. Pacjentka powinna obserwować, czy brzegi rany nie uległy zaczerwienieniu, a z rany nie wypływa wydzielina. Niepokojącym objawem jest także wysoka gorączka, w takiej sytuacji chora musi niezwłocznie udać się do lekarza.

Istotne jest również udzielenie wskazówek przez pielęgniarkę na temat stosowania diety. Pacjentka po zabiegu operacyjnym powinna stosować dietę lekkostrawną, spożywać pokarmy niewzdymające, regulować wypróżnienia, spożywać dużą ilość soków, kompotów, delikatnej mięty. Ostatni posiłek w ciągu dnia spożywać około godziny 17.00. Dieta powinna zawierać owoce gotowane, lekkostrawne, podane estetycznie.

Zgodnie z zaleceniami lekarskimi pani A. M. po wyjściu ze szpitala nie powinna wykonywać gwałtownych ruchów, przez około 3 miesiące nie nosić zakupów i nie podnosić ciężkich przedmiotów. Zaleca się dużo odpoczywać i dbać o dostateczną ilość snu.

Chora powinna przestrzegać zaleceń pielęgniarskich i tych zamieszczonych w karcie informacyjnej. Niepokojące objawy powinny skłonić do wcześniejszej wizyty u lekarza [4].

## WNIOSKI

Proces pielęgnowania został zrealizowany zgodnie z założeniami. Wymagało to od personelu pielęgniarskiego wcześniejszej oceny stanu pacjentki, rozpoznania jej postawy wobec własnego zdrowia i wystąpienia choroby oraz niesprawności spowodowanej zabiegiem operacyjnym i związanymi z tym problemami. Przez rozmowę i obserwację starano się dotrzeć do chorej, dowiedzieć się, jaką posiada wiedzę na temat swojej choroby i powikłań oraz jakie są jej oczekiwania w stosunku do pielęgniarki sprawującej opiekę. Dokładne informowanie pacjentki i jej rodziny o podejmowanych działaniach obejmujących cele procesu pielęgnowania wpływało pozytywnie na stan psychiczny chorej. Skupianie się w miarę możliwości na indywidualnym przypadku stwarza możliwość wyłonienia rzeczywistych problemów i tego, co w danym momencie jest najistotniejsze w procesie pielęgnowania, czego wynikiem jest otrzymanie przez chorą optymalnej opieki ze strony pielęgniarki, zgodnej z założeniami procesu i funkcjami pielęgnowania [10].

## PIŚMIENNICTWO

[1] Wysocki A, Kulawik J, Pomniczek M. Zrostowa niedrożność jelit. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2005; 77: 663.

### Adres do korespondencji:

Jolanta Kuzka  
27-400 Ostrowiec Świętokrzyski, ul. Sasankowa 18  
e-mail: katiag1@wp.pl  
tel. 694 751 791

[2] Kozicki I, Lembas L, Durowicz S i wsp. Leczniczy wpływ gastrografiny na niedrożność zrostową jelita cienkiego – badanie kliniczne prospektywne, randomizowane. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2004; 76(10): 1011–1025.

[3] Bogusz J. *Chirurgia dla pielęgniarek*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1981.

[4] Walewska E. *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.

[5] Kapała W. *Pielęgniarstwo w chirurgii*. Wyd. Czelej, Lublin 2006.

[6] Górajek-Jóźwik J. *Proces pielęgnowania*. Centrum Medyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1993.

[7] Colins S, Parker R. *Propedeutyka Pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1989.

[8] Pędich W. *Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla szkół medycznych*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1992.

[9] Ciechaniewicz W. *Funkcje promowania zdrowia. Pielęgniarstwo 2000* 1999; 1: 72.

[10] Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K. *Podstawy Pielęgniarstwa; Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków Pielęgniarstwo i Położnictwo*. Wyd. Czelej, Lublin 2004.