

8. PROBLEMY PIELĘGNACYJNE PACJENTEK Z NOWOTWORAMI PIERSI

Beata Borzych

Rozpoznanie nowotworu gruczołu piersiowego jest krytycznym wydarzeniem w życiu każdej kobiety, gdyż choroba ta ma nie tylko wymiar biologiczny, lecz także psychologiczny, duchowy i społeczny. Stres, jaki towarzyszy diagnozie nowotworu, wywołuje stan emocjonalny, który jest odczuwany przez chorą jako przykry i dezorganizujący jej funkcjonowanie [1, 3].

Opieka nad pacjentką, u której rozpoznano raka gruczołu piersiowego, jest trudna, odpowiedzialna i wymagająca. Aby móc dobrze sprawować opiekę, pielęgniarka musi mieć odpowiednią wiedzę, gdyż choroba ta wiąże się z wieloma różnymi stresowymi sytuacjami [4].

Zabieg chirurgiczny, zakończony niekiedy mastektomią, jest ogromnym przeżyciem dla kobiety. Zadaniem pielęgniarek sprawujących opiekę nad tymi chorymi jest przygotowanie ich do akceptacji zmiany własnego obrazu po zabiegu operacyjnym oraz pomoc w osiągnięciu jak największego stopnia samoopieki. Pacjentka musi mieć pewność, że w okresie pełnej zależności może zawsze liczyć na fachową pomoc pielęgniarki, która swoim działaniem i postawą stworzy najlepsze warunki, aby czuła się dobrze i szybko odzyskiwała siły oraz zdrowie [1, 5, 6].

Konieczność pobytu w szpitalu wyłącza pacjentkę z jej ról rodzinnych, społecznych i zawodowych. Reakcje na hospitalizację mogą być różne – od przygnębienia, rezygnacji i bierności po niezadowolenie lub agresję. Ma to związek z osobowością kobiety, jej sposobem reagowania w trudnych sytuacjach, z obecnym stanem zdrowia, a także z wcześniejszymi doświadczeniami w kontaktach z pracownikami ochrony zdrowia. Dlatego pierwsze pozytywne wrażenie pacjentki po zetknięciu się z pracownikiem ochrony zdrowia, a w szczególności z pielęgniarką, tzn. okazana życzliwość, zrozumienie i troska, złagodzi jej niepokój i wyciszy reakcje, co z kolei ma ogromne znaczenie w procesie adaptacji pacjentki do warunków szpitalnych oraz w całym procesie leczenia i opieki [2, 4].

Realizacja profesjonalnej opieki nie jest możliwa bez rzetelnie postawionej diagnozy pielęgniarskiej, na którą składa się rozpoznanie problemów

pielęgniacyjnych pacjentki przez pielęgniarkę przy aktywnym współudziale chorej i jej rodziny.

W tabeli 8.1 przedstawiono plan opieki, propozycje diagnoz i interwencji pielęgniarskich oraz cele, jakie zamierza osiągnąć pielęgniarka, sprawując opiekę nad pacjentką z rozpoznaniem rakiem piersi.

Tabela 8.1. Przykładowe problemy pielęgnacyjne/diagnozy pielęgniarskie u pacjentek leczonych chirurgicznie z powodu nowotworu piersi

PROBLEM PIELĘGNACYJNY/ DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA	PLAN DZIAŁAŃ	DZIAŁANIA/INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE
1. Niepokój związany z koniecznością hospitalizacji	Cel: pomoc w procesie adaptacji do warunków szpitalnych. Plan: 1. Obniżenie niepokoju. 2. Stworzenie życzliwej i przyjaznej atmosfery. 3. Okazanie empatii, zrozumienia.	1. Zapoznanie z zespołem terapeutycznym. 2. Zapoznanie z topografią oddziału i harmonogramem dnia. 3. Zapoznanie z pacjentami w sali. 4. Zapoznanie z kartą praw pacjenta. 5. Zapoznanie z regulaminem odwiedzin i z obowiązkami pacjenta. 6. Zapoznanie z planem opieki pielęgniarskiej.
OCENA		
<ul style="list-style-type: none"> • Niepokój związany z przyjęciem do szpitala został minimalizowany. • Pacjentka czuje się pewnie i bezpiecznie na oddziale. 		
2. Lęk i niepokój spowodowany koniecznością poddania się leczeniu chirurgicznemu	Cel: wyposażenie pacjentki w wiedzę na temat przygotowania do zabiegu operacyjnego, poprawa nastroju. Plan: 1. Dążenie do zminimalizowania poziomu lęku. 2. Przygotowanie do zabiegu operacyjnego. 3. Pozyskanie chorej do współpracy. 4. Udzielenie wsparcia emocjonalnego.	1. Dostarczenie niezbędnej wiedzy na temat planowanego zabiegu operacyjnego. 2. Objasnienie niejasnej dla pacjentki terminologii. 3. Omówienie sposobu przygotowania do zabiegu operacyjnego. 4. Udzielenie informacji na temat sposobów uśmierzenia bólu pooperacyjnego. 5. Zapewnienie warunków do odpoczynku i snu. 6. Informowanie pacjentki o podejmowanych wobec niej działaniach pielęgniarskich po zakończonym zabiegu operacyjnym.
OCENA		
<ul style="list-style-type: none"> • Lęk przed zabiegiem operacyjnym został w znacznym stopniu zminimalizowany. • Wyjaśniono obawy i wątpliwości pacjentki. • Uzyskano dobrą współpracę. • Pacjentka świadoma własnego udziału w należyтым przygotowaniu do zabiegu operacyjnego. 		

cd. tabeli 8.1.

PROBLEM PIELĘGNACYJNY/ DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA	PLAN DZIAŁAŃ	DZIAŁANIA/INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE
3. Złe samopoczucie pacjentki spowodowane bólem rany pooperacyjnej w następstwie przebytego zabiegu operacyjnego	Cel: poprawa samopoczucia pacjentki. Plan: 1. Złagodzenie/zniwelowanie dolegliwości bólowych.	1. Monitorowanie natężenia, charakteru i czasu trwania bólu. 2. Określenie bodźców nasilających ból i ich eliminowanie. 3. Udział w farmakoterapii. 4. Ocena skuteczności leczenia farmakologicznego. 5. Delikatne wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych. 6. Stabilizacja rany pooperacyjnej podczas zmiany pozycji.
OCENA		
<ul style="list-style-type: none"> • Dolegliwości bólowe złagodzone. • Samopoczucie pacjentki uległo poprawie. 		
4. Zmniejszona samodzielność pacjentki w wykonywaniu czynności higienicznych na skutek przebytego zabiegu chirurgicznego	Cel: zaspokojenie deficytu samoopieki. Plan: 1. Zwiększenie samodzielności pacjentki. 2. Poprawa samopoczucia pacjentki.	1. Asekuracja chorej podczas wstawania z łóżka. 2. Zapewnienie bezpieczeństwa w łazience przez stosowanie urządzeń pomocniczych (uchwyty, poręcze, maty antypoślizgowe, sygnalizacja przyzywowa itp.). 3. Przygotowanie przyborów toaletowych w łatwo dostępnym miejscu. 4. Zapewnienie intymności w trakcie wykonywania czynności higienicznych. 5. Pomoc w czynnościach higienicznych. 6. Nadzorowanie czynności pacjentki związanych z higieną ciała do czasu uzyskania pełnej samodzielności.
OCENA		
<ul style="list-style-type: none"> • Pacjentka czynności higieniczne wykonuje przy niewielkiej asekuracji pielęgniarki. • Pomoc pielęgniarki adekwatna do potrzeb pacjentki. • Samopoczucie pacjentki uległo poprawie. 		
5. Ryzyko wystąpienia wczesnych powikłań pooperacyjnych	Cel: bezpieczny przebieg pooperacyjny. Plan: 1. Zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym. 2. Utrzymanie dobrostanu pacjentki.	1. Obserwacja stanu świadomości, zabarwienia powłok skórnych, pomiar parametrów życiowych. 2. Kontrola nawodnienia i diurezy. 3. Kontrola opatrunku i założonego drenażu (ilości i jakości wydzieliny). 4. Prowadzenie gimnastyki oddechowej. 5. Stosowanie profilaktyki przeciwoleżynowej. 6. Wczesne uruchamianie.

cd. tabeli 8.1.

PROBLEM PIELĘGNACYJNY/ DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA	PLAN DZIAŁAŃ	DZIAŁANIA/INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE
OCENA		
<ul style="list-style-type: none"> Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Pacjentka chętnie współpracuje z personelem. 		
6. Zaburzenie postrzegania wizerunku ciała w wyniku zastosowanego leczenia onkologicznego – mastektomii	<p>Cel: akceptacja własnego stanu zdrowia.</p> <p>Plan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Wsparcie pacjentki. Wzmocnienie poczucia własnej wartości. Pomoc w zaakceptowaniu niepełnosprawności. 	<ol style="list-style-type: none"> Okazanie akceptacji i empatii. Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa przez obecność przy chorej i zapewnienie gotowości do pomocy. Umożliwienie kontaktu z innymi pacjentkami, które przeżyły podobny zabieg („amazonkami”). Kontakt z psychologiem. Umożliwienie nieograniczonych kontaktów z rodziną. Świadczenie opieki adekwatnej do potrzeb chorej. Uświadomienie pacjentce, że w nowej sytuacji wynikającej z zaistniałego upośledzenia ma pełną szansę przystosowania społecznego i zawodowego bez widocznych oznak kalectwa.
OCENA		
<ul style="list-style-type: none"> Pacjentce trudno jest wyobrazić sobie siebie w nowej sytuacji. Nadal nie potrafi pogodzić się z niepełnosprawnością. 		
7. Ryzyko wystąpienia zakażenia dostępu naczyniowego w przebiegu terapii dożyłnej	<p>Cel: prowadzenie bezpiecznej terapii dożyłnej.</p> <p>Plan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ograniczenie/wyeliminowanie ryzyka zakażenia. Utrzymanie dobrostanu pacjentki. 	<ol style="list-style-type: none"> Założenie kaniuli dożyłnej zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki. Zabezpieczenie miejsca wkłucia jałowym opatrunkiem. Ograniczenie do minimum manipulacji przy dostępie dożylnym. Przygotowywanie i podawanie płynów i leków z godnie z zasadami aseptyki i antyseptyki. Przestrzeganie czasu utrzymania kaniuli w naczyniu.
OCENA		
<ul style="list-style-type: none"> Dostęp naczyniowy drożny. Miejscowo bez cech zapalenia. 		
8. Lęk pacjentki o własne życie spowodowany krwotokiem z rany pooperacyjnej	<p>Cel: wyeliminowanie zagrożenia życia.</p> <p>Plan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Opanowanie krwotoku. Powrót do równowagi psychicznej i fizycznej pacjentki. 	<ol style="list-style-type: none"> Niezwłoczne poinformowanie lekarza o zaistniałej sytuacji. Zabezpieczenie drożności wkłucia dożylnego. Przygotowanie pacjentki do rewizji rany pooperacyjnej.