

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa

im. Jana Grodka w Sanoku

Instytut Pielęgniarstwa

Wanda Kot

**OPIEKA PIELEŃNIARSKA NAD PACJENTKĄ
PO NEFREKTOMII
Z POWODU RAKA NERKI**

Praca licencjacka
napisana pod kierunkiem
mgr Elżbiety Cipora

Sanok 2007

**„ Jest zawód pielęgniarki, podobnie jak zawód lekarza,
zawodem szczególnego zaufania społecznego, ponieważ
powierza się mu najwyższe dobro człowieka – zdrowie i życie”.**

Józef Bogusz, profesor chirurgii

**Składam gorące podziękowanie pani mgr Elżbiecie Cipora
za cenne wskazówki w pisaniu niniejszej pracy
i okazaną mi serdeczność.**

Spis treści

Wstęp.....	5
1. CZĘŚĆ TEORETYCZNA.....	6
1.1. Klinika raka nerki.....	6
1.1.1. Epidemiologia, etiologia i histologia.....	6
1.1.2. Klasyfikacja pierwotnych nowotworów nerki.....	9
1.1.3. Obraz kliniczny choroby, diagnostyka.....	10
1.1.4. Metody leczenia i rokowanie.....	13
1.2. Operacyjne leczenie raka nerki.....	20
1.2.1. Początki nefrektomii na świecie i w Polsce.....	20
1.2.2. Wskazania do nefrektomii i technika zabiegu.....	22
1.2.3. Znieczulenie do resekcji nerki.....	29
1.2.4. Dostępny operacyjne.....	30
1.2.5. Powikłania występujące po nefrektomii.....	32
1.2.6. Najnowsze metody operacji nerki.....	33
1.3. Pielęgnowanie pacjenta po usunięciu nerki.....	35
1.3.1. Wyjaśnienie pojęć: pielęgnowanie, diagnoza pielęgnarska, opieka pielęgnarska.....	35
1.3.2. Znaczenie procesu pielęgnowania we współczesnym pielęgniarstwie.....	36
1.3.3. Zasady opieki pielęgnarskiej nad pacjentem po nefrektomii z powodu raka nerki.....	40
1.3.4. Problemy pielęgnacyjne występujące u pacjentów leczonych operacyjnie z powodu raka nerki.....	42
2. CZĘŚĆ METODOLOGICZNA.....	45
2.1. Cel pracy, problemy badawcze.....	45
2.2. Metody badań naukowych.....	46
2.3. Techniki i narzędzia badawcze.....	47
2.4. Organizacja, przebieg i teren badań.....	51
3. CZĘŚĆ BADAWCZA.....	52
3.1. Charakterystyka badanej pacjentki.....	52
3.2. Analiza zebranych danych i diagnoza pielęgnarska u pacjentki z rakiem nerki.....	53
3.3. Planowanie opieki nad pacjentką po nefrektomii z powodu raka nerki.....	55
3.4. Zalecenia i wskazówki do samopielęgnacji.....	72
4. WNIOSKI.....	74
5. PODSUMOWANIE.....	75
6. BIBLIOGRAFIA.....	78
7. SPIS RYCIN.....	81
8. SPIS TABEL.....	82
9. ANEKS.....	83

Wstęp

Nowotwory złośliwe są drugą co do częstości przyczyną zgonów w krajach rozwiniętych i stanowią ponad 20% zgonów [23]. Można więc stwierdzić, że co piąta osoba na świecie umiera z powodu nowotworu złośliwego. Ryzyko zachorowania na nowotwory złośliwe jest większe niż ryzyko zgonu: 25-33% mieszkańców krajów rozwiniętych zachoruje na tę chorobę w ciągu swego życia, natomiast ok. 50% tych, co zachorowali, umrze z powodu nowotworów złośliwych [23].

Nowotwór to taki stan, w którym dochodzi do stałego, nieprawidłowego i względnie autonomicznego namnażania się zmienionych morfologicznie i czynnościowo komórek, początkowo w miejscu pierwotnej zmiany. Potem w miarę powiększania się masy guza, w otaczających tkankach, a następnie w miejscach odległych. *Proces rakotwórczy* jest wynikiem błędu wpisanego do aparatu genetycznego komórek, przenoszącego się następnie do komórek potomnych. Defekt ten jest wywołany przez jeden czynnik lub ich kombinację i raz spowodowany, jest aktywny we wszystkich dalszych pokoleniach komórek, bez względu na obecność lub brak czynników wywołujących [23].

Do końca XIX w. medycyna nie miała żadnych sukcesów w walce z rakiem (nazwa „rak” używana jest zamiennie z określeniem „nowotwory złośliwe”). Dopiero odkrycie promieni X, radu i postępy w chirurgii zmieniły radykalnie sytuację. W krajach przodujących w walce z rakiem szansa na wyleczenie chorego z nowotworu złośliwego wynosi ponad 50%, w Polsce i krajach zaniedbanych pod tym względem, szansa jest niemal o połowę niższa.

Polska należy do krajów o średniej zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe (tabela 1 i 2 zamieszczone w aneksie jako załącznik nr 1) [23]. Jednak od ponad 100 lat notuje się w Polsce wzrost zachorowalności na nowotwory złośliwe, a także wzrost liczby zgonów z tego powodu co z jednej strony związane jest ze starzeniem się populacji, a z drugiej ze wzrostem liczby i stężenia czynników kancerogennych w środowisku życia człowieka.

Rak nerki stanowi około 3% wszystkich nowotworów złośliwych u człowieka [36]. Zarówno na świecie jak i w Polsce obserwuje się stały wzrost zachorowalności na nowotwory nerki (około 1,5-5,9% rocznie), co związane jest z rozwojem nowych, nieinwazyjnych metod diagnostycznych i ich upowszechnieniem [29]. Pod względem częstości zachorowań nowotwór ten znajduje się na 9 miejscu w przypadku mężczyzn i 13 u kobiet [36].

Badania epidemiologiczne nad nowotworami koncentrują się od kilku dziesięcioleci nad określeniem wpływu czynników środowiskowych oraz czynników genetycznych na zachorowalność i umieralność na te choroby. Zgodnie z obecnym stanem wiedzy w powstawaniu 80-90% nowotworów złośliwych uczestniczą zewnętrzne czynniki środowiskowe (karcynogeny)[2]. Analityczne i opisowe badania epidemiologiczne wykazały, że głównymi czynnikami odpowiedzialnymi za powstanie nowotworów złośliwych w populacji ludzkiej są te czynniki środowiskowe, które wynikają z ludzkich zachowań tj. palenie tytoniu, picie alkoholu, sposób odżywiania [23].

Z uwagi na fakt, że nowotwory złośliwe, w tym rak nerki stanowią wciąż wielkie wyzwanie i są powodem śmierci co piątej osoby na świecie również w Polsce postanowiono zająć się tematem raka nerki. W niniejszej pracy zostanie omówione pielęgnowanie chorej po nefrektomii z powodu raka nerki w oparciu o studium przypadku.

1. CZĘŚĆ TEORETYCZNA

1.1. Klinika raka nerki

1.1.1. Epidemiologia, etiologia, histopatologia

Rak jasnokomórkowy nerki (*carcinoma clarocellulare*) stanowi ok. 85% pierwotnych nowotworów nerki. Drugim najczęściej spotykanym nowotworem jest rak miedniczki lub moczowodu (7-8%), trzecim guz Wilmsa typowy dla wieku młodzieńczego (5-6%). Pozostałe nowotwory (mięsaki, chłoniaki, gruczolaki i inne) występują rzadko i stanowią razem ok. 5% [30]. Synonimy raka nerki to rak nerkowokomórkowy (*carcinoma nephrogenes*), nadnerczak (*hypernephroma*), guz Grawitza [13].

Epidemiologia

Rak nerki jest 9. co do częstości zachorowań, a 10. co do częstości zgonów nowotworem wśród mężczyzn, wśród kobiet zajmuje 13 miejsce. Występuje 2-krotnie częściej u mężczyzn, a najwięcej zachorowań przypada na 6. dekadę życia [28,30]. W 2000 roku w Polsce odnotowano 2045 zachorowań na nowotwory nerki u mężczyzn (wskaźnik struktury 3,6%, standaryzowany współczynnik zachorowalności 8,9/100 000) i 1363 u kobiet (wskaźnik struktury 2,6%, standaryzowany współczynnik zachorowalności 4,5%/100 000). Z powodu nowotworów nerki w 2000 roku zmarło w Polsce 1416 mężczyzn i 840 kobiet [29].

Etiologia

Jest nieznana. W przypadku nowotworów nerek opisano szereg czynników, mających wpływ na zwiększenie ryzyka zachorowania. Są nimi między innymi: czynniki genetyczne, papierosy i ekspozycja zawodowa na kadm, trichloroetan, nadciśnienie tętnicze, leki, dieta (otyłość), alkohol oraz nabyte torbiele u chorych dializowanych.

➤ Czynniki genetyczne; w większości przypadków rak nerki występuje jako nowotwór sporadyczny, aczkolwiek obserwuje się częste występowanie nowotworów nerek w przypadku niektórych zespołów genetycznych. U dzieci najczęstszym nowotworem nerek (7,5% wszystkich nowotworów wieku dziecięcego) jest guz Wilmsa czyli nerczak płodowy, (*nephroblastoma*). Postać dziedziczna stanowi około 1-2% przypadków tych guzów i jest wywołana mutacjami genów [31]. W przypadku raka nerki dotychczas opisano dziesięć zespołów dziedzicznej predyspozycji do rozwoju raka nerki. Najlepiej poznanym zespołem jest zespół von Hippel-Lindaua [28]. Choroba ta jest dziedziczona w sposób autosomalny dominujący i charakteryzuje się obecnością guzów naczyniopochodnych w obrębie siatkówki oka i centralnego układu nerwowego, występowaniem raka nerki oraz torbielami trzustki i wątroby [28,30].

➤ Papierosy i ekspozycja zawodowa; szacuje się, że w około 30% przypadków u mężczyzn i 24% u kobiet nowotwór nerki może zostać bezpośrednio spowodowany paleniem tytoniu. Odnotowano 1,5 do 2,5 krotne zwiększenia ryzyka rozwoju raka nerki u palaczy [2,23,47].

➤ Leki; zwiększenie ryzyka występowania raka nerki u pacjentów zażywających diuretyki zaobserwowano w kilku badaniach epidemiologicznych. Badania kohortowe w grupie chorych ze schorzeniami wymagającymi stosowania diuretyków wykazały dwukrotne zwiększenie ryzyka [47]. W badaniu przeprowadzonym przez Wong Ho Chow wstępnie zaobserwowano wzrost ryzyka rozwoju raka nerki u osób zażywających leki moczopędne przez długi okres czasu, a także bez nadciśnienia w wywiadzie. W przypadku leków antyhipertensyjnych, z innych grup niż diuretyki, ukazało się niewiele badań oceniających ich wpływ na ryzyko raka nerki. W badaniu Mc Credie i Stewart [47] odnotowano 50% wzrost ryzyka, które nie zależy od rodzaju preparatu stosowanego w leczeniu. Ostatnio opisuje się także coraz częstsze przypadki występowania raka nerki po leczeniu wysokimi dawkami cytostatyków w przypadku przeszczepów szpiku [28]. Udowodniono związek nadużywania leków przeciwbólowych (szczególnie pochodnych fenacetyny) z rozwojem raka nerki [47].

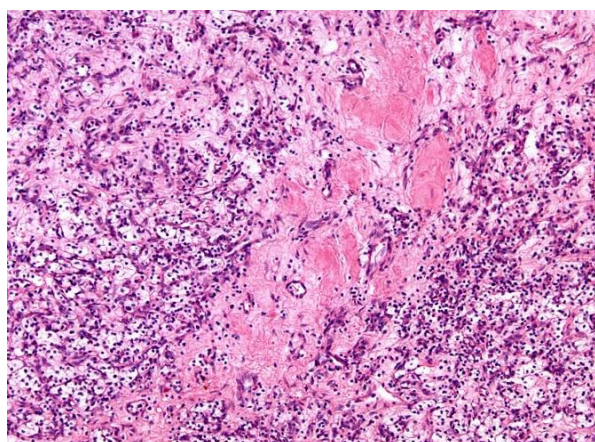
- Nadciśnienie tętnicze; rola nadciśnienia tętniczego w rozwoju raka nerki jest niejasna. W kilku badaniach epidemiologicznych odnotowano zwiększone ryzyko rozwoju tego nowotworu u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym w wywiadzie. W innych badaniach nie stwierdzono związku lub wykazano zmniejszenie ryzyka po wykluczeniu roli diuretyków lub leków antyhipertensyjnych. Należy podkreślić, że nadciśnienie tętnicze może być czasami wczesnym objawem raka nerki [47].
- Dieta; badania epidemiologiczne pokazują, że niektóre składniki pożywienia mogą mieć wpływ na rozwój raka nerki. Zwiększenie ryzyka obserwuje się w przypadku spożywania dużej ilości smażonego mięsa. Wpływ sposobu przygotowania żywności ma znaczenie ze względu na zachodzące w trakcie smażenia reakcje chemiczne, które w efekcie prowadzą do wytwarzania heterocyklicznych amin aromatycznych [47]. Działanie protekcyjne zależy od całkowitej ilości owoców, szczególnie cytrusowych, co może mieć związek z przyjmowaniem witaminy C. Ochronny efekt ma także wysoka konsumpcja warzyw (rola beta-karotenu). Protekcyjne działanie witaminy C oraz witaminy E obserwuje się tylko u osób niepalących [47]. W przypadku palaczy, aby uzyskać podobny poziom witaminy C i E w surowicy jak u osób niepalących, konieczne jest przyjmowanie o wiele wyższych dawek, przez co w badaniach epidemiologicznych nie odnotowano ochronnego działania w tej grupie [47].
- Otyłość; z kilkoma wyjątkami, większość przeprowadzonych dotychczas badań typu „case control” wskazuje na związek otyłości u kobiet a zwiększeniem ryzyka rozwoju raka nerki, aczkolwiek w przypadku mężczyzn wydaje się on mniej jasny. Wydaje się, że istotną rolę odgrywają w tym przypadku czynniki hormonalne [23]. W badaniach na zwierzętach, wysokie dawki estrogenów powodowały powstanie raka nerki [23]. Otyłość prowadzi do wzrostu poziomu endogennych estrogenów. Zarówno u zwierząt jak i u ludzi wykryto obecność receptorów dla hormonów płciowych w prawidłowej tkance nerki oraz tkance nowotworowej [20].
- Alkohol; dotychczas, w większości przeprowadzonych badaniach klinicznych typu „case-control” a także badaniach kohortowych nie zaobserwowano związku spożywania alkoholu z rozwojem raka nerki. Niedawno opublikowano jednak wyniki dwóch dużych badań klinicznych „case-control” oraz jednego prospektywnego badania kohortowego, w których odnotowano znaczące obniżenie ryzyka rozwoju raka nerki w przypadku spożywania alkoholu, ale tylko w przypadku kobiet [20,22]. Badanie przeprowadzone przez fińskich naukowców na grupie mężczyzn (prospektywne, kohortowe) wykazało także redukcję ryzyka raka nerki w przypadku spożywania alkoholu, lecz dane te należy traktować z ostrożnością [23].

Tabela 1. Zgony na nowotwory złośliwe wg udziału czynników rakotwórczych [23, s.112]

Czynnik rakotwórczy	% wszystkich zgonów z powodu nowotworów złośliwych
Razem	100
Dieta i dodatki do żywności	35
Palenie tytoniu	30
Czynniki seksualne i prokreacyjne	7
Czynniki zawodowe	4
Alkohol	3
Czynniki geograficzne	3
Skażenie środowiska	2
Dodatki do żywności	1
Produkty przemysłowe	1
Leki i działania medyczne	1
Inne	13

Histopatologia

Ponad 90% raków nerki stanowią gruczolakoraki z nabłonka kanalików nerkowych (proksymalnego odcinka). Wyróżnia się trzy podtypy: jasnokomórkowy, ziarnistokomórkowy, wrzecionowatokomórkowy. Uważa się, że najgorsze rokowania dotyczą chorych z rozpoznaniem raka wrzecionowatokomórkowego, następnie podtypu jasnokomórkowego i ziarnistokomórkowego [3,28]. Odrębną postać stanowi rak przejściowokomórkowy, który stanowi około 8% wszystkich raków nerki [28].



Ryc. 1. Rak nerki - obraz mikroskopowy [47]

1.1.2. Klasyfikacja pierwotnych nowotworów nerki

Klasyfikacja pierwotnych nowotworów nerki, podział na 4 kategorie [24]:

1. Guzy z nabłonka kanalików nerkowych lub innych składników nefronu:

Rak nerkowokomórkowy:

- typ jasnokomórkowy,
- rak z komórek chromofilnych (zasadochłonnych, kwasochłonnych),
- rak z komórek chromofobowych (typowych, kwasochłonnych),
- onkocytoza pochodzenia nerkowego,
- rak kanalików zbiorczych (Belliniego).

2. Guzy z podścieliska, torebki albo struktur okołonerkowych:

- Łagodne: włókniaki, tłuszczaki, naczylniaki, guzy mieszane (angiomyolipoma),
- Złośliwe: mięsaki, chłoniaki, szpiczaki.

3. Guzy wywodzące się z niezróżnicowanej tkanki płodowej nerki:

- Guz Wilmsa.

4. Guzy z nabłonka przejściowego dróg moczowych.

Tabela 2. Zalecana klasyfikacja zaawansowania klinicznego raka nerki
Tumor Noduli Metastases (TNM) z 1997r. [29, s.228]

T – guz pierwotny

Tx – nie można ocenić guza pierwotnego

T0 – nie stwierdza się obecności guza pierwotnego

T1 – guz o średnicy ≤ 7 cm w największym wymiarze, ograniczony do mięszu nerki

T2 – guz o średnicy > 7 cm, lecz ograniczony do mięszu nerki

T3 – guz nacieka naczynia żyłne lub nadnercze albo tkankę tłuszczową okołonerkową bez przekraczania powięzi Geroty

T3a – guz nacieka nadnercze lub tkankę tłuszczową okołonerkową, lecz bez przekraczania powięzi Geroty

T3b – guz makroskopowo wrasta w żyłę(y) nerkową lub żyłę główną dolną nie przekraczając poziomu przepony

T3c – guz wrasta w żyłę główną dolną sięgając powyżej przepony

T4 – guz przekracza powięź Geroty

N – okoliczne węzły chłonne

Nx – nie można ocenić okolicznych węzłów chłonnych

N0 – nie stwierdza się przerzutów w okolicznych węzłach chłonnych

N1 – przerzut w pojedynczym węźle chłonnym (po jednej stronie)

N2 – przerzuty w więcej niż jednym regionalnym węźle chłonnym

M – przerzuty odległe

Mx – nie można ocenić przerzutów odległych

M0 – nie stwierdza się przerzutów odległych

M1 – stwierdza się obecność przerzutów odległych

1.1.3. Obraz kliniczny choroby, diagnostyka

Złośliwy nowotwór nerek przez długi okres czasu może rozwijać się bezobjawowo. W piśmiennictwie opisywana jest **klasyczna triada objawów**: krwimocz, ból oraz wyczuwalny guz przez powłoki jamy brzusznej, ale tak naprawdę występuje ona zaledwie u 7-15% chorych [12]. Objawy te świadczą przeważnie o znacznym zaawansowaniu choroby. W niektórych przypadkach dochodzi do rozpoznania raka nerki w momencie powstania przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych, bądź nawet odległych (bóle w przebiegu przerzutów do kości, objawy adenopatii, objawy związane z przerzutami do płuc [29]. Mało charakterystycznym, lecz często występującym objawem w przypadku raka nerki jest ból okolicy lędźwiowej.

Obraz kliniczny

Nowotwór nie objawia się żadnymi swoistymi i wczesnymi objawami. Niżej wymienione objawy występują fakultatywnie i mogą pojawić się dopiero w zaawansowanym okresie choroby.

- Nowotwór wykazuje tendencje do przebijania się do miedniczki nerkowej. Stąd głównym objawem jest *krwimocz* (występuje u 60% chorych). Najczęściej przebiega bezboleśnie i może pojawić się niezależnie od stopnia zaawansowania choroby. Krwimocz jest wspólnym objawem wszystkich nowotworów nerek i dróg moczowych. Dlatego jego pojawienie się jest poważnym objawem chorobowym. W razie występowania makrohematurii należy wykonać jeszcze w czasie trwania krwimoczu *cystoskopię* w celu lokalizacji miejsca krwawienia (w krwawieniach pierwotnie umiejscowionych powyżej pęcherza moczowego, najczęściej w przypadku zajęcia układu kielichowo miedniczkowego).
- Nowotwór wykazuje tendencję do przebijania się do żyły nerkowej, przez co jest powodem pojawienia się *wczesnych przerzutów w płucach, kościach, wątrobie i mózgu*. W chwili rozpoznania choroby u 25% chorych stwierdza się już odległe przerzuty.
- Objawami choroby mogą być *bóle w okolicy lędźwiowej*. Ból może wynikać z ucisku masy guza na sąsiadujące narządy bądź nerwy, lub też spowodowane stałą lub przejściową niedrożnością moczowodów, spowodowaną skrzepami bądź fragmentami tkanki nowotworowej.
- Przy przebicciu się nowotworu do lewej żyły nerkowej mogą być obecne *żylaki powrózka nasiennego (varicocele)*.
- Stwierdzenie macanego guza z reguły wskazuje na nieoperacyjność nowotworu.
- Czasami nowotwór objawia się *zespołem paranowotworowym*, zwanym także *zespołem paraneoplazmatycznym*. Obejmuje on do 40% chorych i związany jest z indukowanym wydzielaniem przez guz hormonów, substancji biologicznie czynnych jak: erytropoetyna, fosfataza alkaliczna, hormon adrenokortykotropowy (ACTH), insulina, aldosteron, gonadotropiny, parathormon, IL-6 (erytropoetyna powoduje hiperkalcemię) [12].
- U wielu pacjentów można zaobserwować także **objawy ogólne** w postaci: stanów podgorączkowych lub gorączki, spadku masy ciała – do 33% chorych, obecności hiperkalcemii (u jednej trzeciej pacjentów z rakiem nerki), niedokrwistości niedobarwliwej (od 40 do 88% pacjentów), przyspieszenia Odczyn Biernackiego (OB), występowania nocnych potów, nadciśnienia tętniczego, czerwienicy, zapalenia wielomięśniowego, upośledzenia czynności wątroby, skrobiawicy.

Rozpoznanie różnicowe obejmuje diagnostykę różnicową:

- krwiomoczu (rak nerki może się objawiać napadem bólowym podobnym do kolki nerkowej, spowodowanym przesuwaniem się skrzepu krwi przez moczowód),
- bólów okolicy lędźwiowej,
- guza nerki (torbiel?, guz lity?)[12].

Rozpoznanie opiera się na wynikach:

- badań obrazujących nerki (*sonografia dopplerowska barwna; urografia, tomografia komputerowa, tomografia rezonansu magnetycznego protonów i angiografia nerkowa*, która pozwala uwidocznienie patologiczne unaczynienie guza oraz przebicie guza do żyły głównej dolnej),
- poszukiwaniu przerzutów nowotworowych w płucach (występowanie okrągłych cieni w rentgenogramie płuc), wątrobie, kościach lub mózgu [12].

W Polsce blisko 40% chorych zgłasza się do lekarza z wyczuwalnym guzem nerki w badaniu fizykalnym przez powłoki [28], co niestety zwykle wiąże się ze znacznym zaawansowaniem choroby i zmniejszoną szansą na uzyskanie wyleczenia. W ostatnich latach wraz z postępem metod diagnostycznych, obserwuje się stały wzrost wykrywalności nowotworów nerki [4]. U około 25-40% chorych rozpoznawane są w okresie bezobjawowym na podstawie przypadkowego wykonania badania *Ultrasonografii jamy brzusznej(USG)*. Jednak niemal 1/3 chorych ma objawowe przerzuty w chwili rozpoznania, a u niemal połowy chorych dochodzi do rozsiewu w ciągu roku od rozpoznania [29].

Podstawowym badaniem obrazowym jest *ultrasonografia* - pozwala na zobrazowanie guzów, których średnica jest większa od 10 mm, które wykraczają poza powierzchnię nerki. Pozwala także na ocenę naciekania mięśni lędźwiowych, węzłów chłonnych oraz czopów nowotworowych w naczyniach żylnych nerki i żyły głównej. W przypadkach czopów nowotworowych oraz w przypadkach wątpliwych ocenia się przepływy krwi, stosując technikę *USG dopplerowskiego* [4]. *Komputerowa tomografia (KT)* pozwala ocenić regionalne węzły chłonne, a *magnetyczny rezonans (MR)* pozwala na ocenę przedoperacyjną stopnia naciekania żył nerkowych i żyły głównej dolnej. Lepiej niż TK różnicuje torbiele i słabo unaczynione guzy [10]. Rzadko, ze względu przede wszystkim na koszty, wykonuje się *pozytronową tomografię emisyjną*. Badanie to jest jednak przydatne głównie w ocenie progresji, lub wznowy miejscowej, a także obecności przerzutów [11]. Ponieważ u ponad 30% chorych w chwili zgłoszenia się do lekarza wykrywane są przerzuty odległe, konieczne jest w diagnostyce przedoperacyjnej szczegółowe badanie klatki piersiowej i kośćca (*scyntygrafia*, a w razie potrzeby uzupełnienie badaniem radiologicznym).

Próby wykonania „szybkiej diagnostyki” przy pomocy *biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej(BAC)* dają często mylne wyniki z uwagi na heterogeny charakter mas nowotworowych nerek. Biopsja pozostaje jednak polecaną metodą diagnostyczną w przypadku pacjentów z rozsianą chorobą nowotworową lub w przypadkach schorzeń dodatkowych uniemożliwiających przeprowadzenie zabiegu operacyjnego [6].

W Polsce średni czas badania chorych już podejrzewanych o raka nerki wynosi od 2 do 24 tygodni, średnio 7 tygodni (dane od chorych leczonych wyłącznie paliatywnie w Centrum Onkologii Oddział w Krakowie) [28].

W przypadku wykrycia obecności guza w okolicy lub w obrębie nerek, należy dążyć do jak najszybszego ustalenia rozpoznania. W tym celu konieczne jest przeprowadzenie wywiadu, badania fizykalnego, a także badań laboratoryjnych i obrazowych.

Badania laboratoryjne w diagnostyce raka nerki szczególne znaczenie mają [29]:

- *stężenie hemoglobiny i OB* (czynniki prognostyczne),
- *poziom kreatyniny* (ocena wydolności nerek),
- *aktywność fosfatazy alkalicznej* (obecność przerzutów do kości lub wątroby),
- *poziom wapnia* (objaw zespołu paraneoplastycznego).

Rutynowe badania obrazowe w diagnostyce raka nerki obejmują:

- *RTG klatki piersiowej* w projekcji przedniej i bocznej,
- *USG jamy brzusznej*,
- *KT jamy brzusznej z kontrastem*,
- *Urografię* (wskazana jedynie w przypadku niedostatecznej oceny w badaniu USG i KT; wykonywana obecnie rzadko).

Inne badania należy wykonywać jedynie w razie klinicznych wskazań:

- *Tomografię komputerową klatki piersiowej* – podejrzenie przerzutu w RTG,
- *Rezonans magnetyczny* – podejrzenie zajęcia żyły głównej dolnej lub w razie przeciwwskazań do wykonania KT,
- *Scyntygrafię kości* – objawy (kliniczne i laboratoryjne) sugerujące obecność przerzutów,
- *Tomografię komputerową mózgu* – kliniczne podejrzenie przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym.

Zmiany guzowate nerek w badaniach obrazowych można zaliczyć do czterech z następujących grup [20,47,53]:

- **torbiel prosta nerki** – charakterystyczny obraz w USG i TK – gładkie ściany, wyraźne odgraniczenie od miększu nerek,
- **guz torbielowaty o niejasnej etiologii** – może być zarówno nowotworem złośliwym, krwakiem, guzem zapalnym bądź torbielą o zwapnianych ścianach, konieczne jest wykonanie zabiegu chirurgicznego,
- **guzy lite z zawartością tkanki tłuszczowej** – cechują się hiperechogenicznością w badaniu USG, można zaliczyć je do grupy zmian łagodnych – naczyniakomięśniakotłuszczaków,
- **guzy lite bez zawartości tkanki tłuszczowej** – głównie nowotwory złośliwe, lecz także łagodne.

Szczególnie trudne jest różnicowanie guzów o histologicznym charakterze *onkocytomy* z nowotworem złośliwym.

1.1.4. Metody leczenia i rokowanie

Niezbędnym elementem warunkującym skuteczne leczenie jest trafna diagnoza i zaplanowanie zabiegu. W leczeniu raka nerki wyróżniamy następujące metody [28]: leczenie chirurgiczne, radioterapia, leczenie systemowe (chemioterapia, hormonoterapia, immunoterapia), leczenie wspomagające i objawowe. Zakres oraz możliwości przeprowadzenia zabiegu - leczenia wynikają ze stopnia zaawansowania choroby, a także stanu ogólnego pacjenta.

Leczenie chirurgiczne

Leczeniem z wyboru w stadium pierwotnym raka nerki jest zabieg operacyjny o różnym zasięgu [28]:

- *obustronna nefrektomia* wykonywana w przypadku zajęcia obu nerek i w razie braku możliwości wykonania przynajmniej jednostronnej częściowej nefrektomii; warunkiem musi być możliwość dializy w oczekiwaniu na przeszczep i zasięg procesu nowotworowego ograniczony wyłącznie do nerek,
- *radykalna nefrektomia* z objęciem nerki, powięzi Gerota, nadnercza oraz górnej części moczowodu; celowość wykonywania nefrektomii poszerzonej o tak zwaną radykalną limfangiektomię jest dyskusyjna i raczej nie wpływa na wyniki leczenia (usunięcie okolicznej tkanki limfatycznej pomaga jednak w określeniu stopnia zaawansowania i ewentualnego podjęcia decyzji o ewentualnym uzupełniającym leczeniu napromienianiem),
- *częściowa nefrektomia lub wyluszczenie guza* stosowana w razie konieczności wykonania zabiegu oszczędzającego (obustronny rak nerki, upośledzenie czynności nerki),
- *nefektomia u chorych z przerzutami odległymi* według większości autorów nie poprawia wyników leczenia (wyjątek stanowią chorzy z powolnie przebiegającym procesem nowotworowym niezaawansowanym miejscowo i na przykład z pojedynczym przerzutem w płucach lub wątrobie, który może być radykalnie usunięty); wykonywanie nefrektomii u chorych na przykład z przerzutami do płuc, mających być poddanych leczeniu systemowemu, również nie znajduje akceptacji u większości autorów z uwagi na znikomą wydolność stosowanego leczenia systemowego,
- *zabiegi embolizacyjne* stosowane niekiedy przed zabiegiem radykalnym, intensywne unaczynienie raka nerki może być powodem krwotoków w czasie zabiegów, szczególnie w przypadku dużych guzów. Komfort operacyjny wydaje się po tych zabiegach lepszy, ale pacjent narażony jest na objawy uboczne związane z embolizacją; bóle, gorączka i dreszcze.

Radioterapia

Większość ośrodków nie stosuje radioterapii w ramach standardowego postępowania. W niektórych ośrodkach stosuje się radioterapię uzupełniającą w nieradykalne miejscowo zabiegi (zwłaszcza w razie przejścia nacieku poza nerkę). Mimo liczniejszych badań nie wykazano w sposób przekonywujący celowości takiego postępowania. Szerzej napromienianie paliatywne stosuje się u chorych z przerzutami do kości lub przerzutami do mózgu, zwłaszcza przy wyleczonej zmianie miejscowej [28, 29].

Leczenie systemowe [28, 37]

Ma zastosowanie w stadium zaawansowanym raka nerki. Jednak jego wartość jest ograniczona i może być rozważana jedynie u chorych w bardzo dobrym stanie ogólnym, z niewielką masą nowotworu, z rozsiewem po długim okresie od nefrektomii [29]. Leczenie systemowe obejmuje: chemioterapię, hormonoterapię i immunoterapię.

➤ Chemioterapia

Żaden rodzaj chemioterapii nie jest zalecany z uwagi na znikomą chemiowrażliwość raka nerki. Aktywność leków konwencjonalnych w monoterapii nie przekracza granicy 5-6% obiektywnych odpowiedzi. Najczęstsze próby kliniczne dotyczą chemioterapii chorych z przerzutami do płuc u chorych z wyleczoną zmianą pierwotną. Stosuje się najczęściej winblastynę i 5-fluorouracyl. Badania z nowymi lekami nie dały zadawalających efektów.

➤ Hormonoterapia

Wiele ośrodków specjalistycznych stosuje hormony z grupy prostagenów: octan megestrolu (Megace) lub medroksyprogesteron (Provera, Farlutal). Brak jednak dowodów w dużym materiale na wpływ tego leczenia na przebieg choroby. Opisywane remisje w mniejszych grupach u chorych z rozsiewem procesu nowotworowego nie przekraczają 15%. U części chorych udaje się uzyskać przyrost masy ciała, poprawę stanu ogólnego i zmniejszenie dolegliwości bólowych. Jest to na ogół krótkotrwały efekt (od 6 do 12 tygodni), który obserwuje się u 20-30% chorych. Wyniki prób stosowania tamoksyfenu samodzielnie i w skojarzeniu z immunoterapią są dotychczas nieprzekonywujące.

➤ Immunoterapia

Od kilku lat obserwuje się próby podawania cytokin z grupy interferonu, a w ostatnich 2 latach również podawania interleukiny -2 u chorych leczonych zarówno radykalnie, jak i paliatywnie. Stosując interferon- α w skojarzeniu z leczeniem radykalnym (chirurgicznym) nie uzyskano jednak korzystnego wpływu na czas przeżycia i na czas wystąpienia progresji. Badania interleukiny-2 koncentrowały się na leczeniu paliatywnym. Odsetek krótkotrwałych remisji po zastosowaniu interferonu waha się od 10 do 20%, a czas ich trwania wynosi średnio 6 tygodni. Przy stosowaniu wysokich dawek interleukiny-2 odsetek i czas remisji jest wyższy, ale odsetek powikłań w stopniu 4 ze znacznym odsetkiem zgonów ogranicza ten sposób dawkowania. Ostatnio prowadzone są badania dotyczące niskich dawek interleukiny. Działanie interleukiny jest również sprawdzane u chorych z wyleczoną zmianą miejscową i przerzutami do płuc. Mimo zarejestrowania interleukiny-2 w USA we wskazaniu przerzutowego raka nerki, wysokie koszty leczenia i brak w pełni sprawdzonych dowodów jej skuteczności powoduje, że w większości krajów europejskich zalecana jest ona wyłącznie w ramach kontrolowanych badań klinicznych. Od 2000 roku przeprowadzono wiele badań nad nowymi lekami. Nie przekraczają one wyłącznie fazy I i II. Najczęściej przeprowadzane są próby stosowania przeciwciał monoklonalnych oraz szczepionek, a także zaawansowane próby eksperymentalne terapii genowej. Szersze zainteresowanie budzą prace nad neowastatem, lekiem uzyskanym z chrząstki rekina.

Leczenie wspomagające i objawowe

Bezpośrednio po usunięciu nerki konieczne są badania oceny wydolności i obecności ewentualnych zmian zapalnych w obrębie pozostawionej nerki. Niekiedy powikłania dysfunkcyjne i internistyczne pojawiają się dopiero po wypisaniu chorego ze szpitala, dlatego obowiązek kontrolnych badań internistycznych (w tym kardiologicznych oraz ciśnienia krwi) spada na lekarza rodzinnego. Leczenie chorych, u których zaprzestano postępowania przyczynowego, polega na zwalczaniu kacheksji, stosowaniu najlepszego leczenia przeciwbólowego i antydepresyjnego oraz na utrzymaniu sprawności czynnościowej pozostawionej nerki.

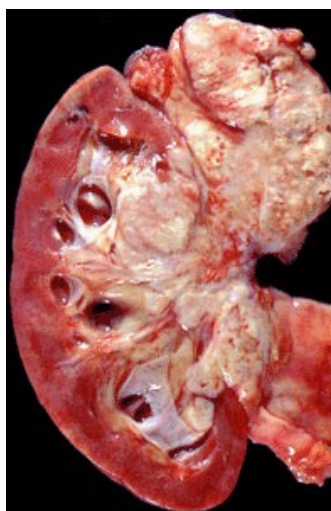
Rokowanie

Zależy od stopnia zróżnicowania komórek nowotworowych oraz od rozległości zmian.

W zależności od stopnia zaawansowania przeżycia 5-letnie u chorych z nowotworem wynosi odpowiednio: w okresie I: 70-80%, w okresie II: 50-65%, w okresie III A: 25-50%, w okresie III B: 5-15%, w okresie IV: <5% [12].

W publikowanych wynikach oceny przeżyć pięcioletnich uderza ich duża rozbieżność. Występującą rozbieżność można wytłumaczyć tym, że u części chorych zabieg operacyjny jest wykonywany bez prawidłowo przeprowadzonej diagnostyki i chorzy są operowani z już istniejącymi, ale jeszcze bezobjawowymi przerzutami odległymi. Najczęściej dotyczą one węzłów chłonnych zaotrzewnowych, płuc, kości, mózgu i wątroby. Rokowanie jest tym gorsze, im mniej zróżnicowane są komórki tworzące guz i im późniejsze jest jego stadium rozwoju. Średni okres przeżycia od chwili rozpoznania wynosi 3-5 lat. Po nefrektomii wykonanej w I etapie rozwoju nowotworu okres 5 lat przeżywa 60% chorych. Niekiedy po usunięciu guza notuje się wieloletnie przeżycie. Nie świadczy to jednak o wyleczeniu, bowiem przerzuty nowotworowe mogą się rozwinąć nawet w 10-15 lat po usunięciu guza pierwotnego [35].

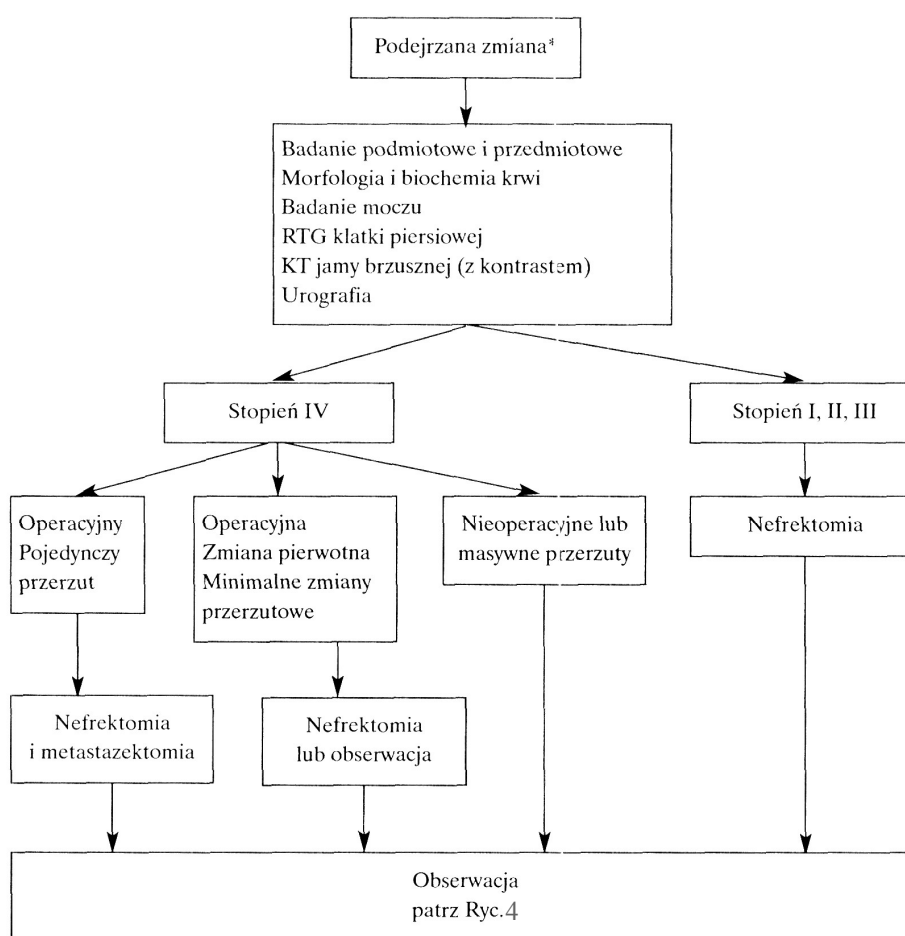
U 20-50% chorych po radykalnym leczeniu chirurgicznym dochodzi do nawrotu nowotworu (zwykle – w ciągu 3 lat po nefrektomii, najczęściej przerzuty do płuc). Z tego powodu wymagają obserwacji w celu wykrycia ewentualnej wznowy miejscowej i/lub przerzutów odległych. **W 4-6 tygodni po zabiegu u wszystkich chorych**, niezależnie od wyjściowego stopnia zaawansowania nowotworu należy przeprowadzić badanie fizykalne wraz z oznaczeniem kreatyniny i morfologii krwi, co pozwala na ustalenie czynności pozostawionej nerki. **Po 6 miesiącach od nefrektomii** wskazane jest wykonanie diagnostyki jamy brzusznej. Rutynowa obserwacja (odstępy 4-6 miesięczne) obejmuje badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz wykonywanie RTG klatki piersiowej, USG jamy brzusznej i badań czynnościowych wątroby, stężenia kreatyniny, mocznika i poziomu elektrolitów (w tym, wapnia) [29]. W przypadku raków T1 i T2, przez 3 lata po zabiegu, co pół roku powinno wykonywać się badanie fizykalne oraz RTG klatki piersiowej, a także oznaczenie poziomu fosfatazy alkalicznej. W wybranych przypadkach raz na rok przez 3-5 lat należy wykonać TK lub USG jamy brzusznej. W przypadku raków T3 i T4, co 6 miesięcy przez 3 lata należy wykonać badanie fizykalne i RTG klatki piersiowej, a co rok przez okres 3-10 lat – badanie TK lub USG jamy brzusznej [47]. Poniższa rycina przedstawia raka nerki w stadium T4.



Ryc. 2. Rak nerki w stadium T4 [47]

Radykalna nefrektomia jest postępowaniem z wyboru w przypadku miejscowo zaawansowanego raka nerki. Wznowa miejscowa występuje u około 20-30% pacjentów po całkowitym wycięciu nowotworu. Zabieg ten wykonuje się także u pacjentów w późnym stopniu zaawansowania, z obecnością przerzutów, jako element programu leczenia immunoterapią, bądź jako leczenie paliatywne w przypadku silnych dolegliwości bólowych lub krwawienia [3].

Czynniki predysponujące do wznowy miejscowej to wysoki stopień złośliwości guza, obecność objawów, martwica guza i obecność inwazji mikronaczyniowej. Niestety w takich przypadkach zastosowanie radioterapii ani adjuwantowego leczenia interferonem nie zapobiega występowaniu wznowy, dlatego też standardowym postępowaniem po nefrektomii powinna być obserwacja. Radykalne leczenie chirurgiczne przedstawione na poniższej rycinie 3 możliwe jest u 45% pacjentów z rozpoznanym rakiem nerki.



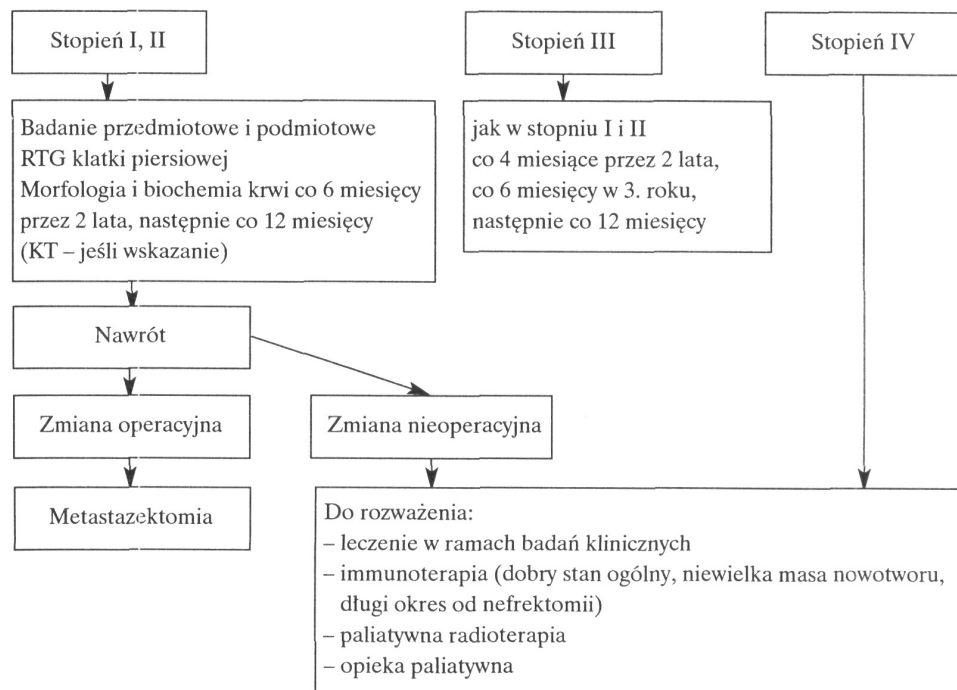
* diagnostyka krwiomoczu (USG jamy brzusznej, cystoskopia)

Ryc. 3. Rak nerki –diagnostyka i leczenie [29, s.230]

Przeciwwskazania do wykonania radykalnej nefrektomii obejmują [53]:

- występowanie obustronnego raka nerki,
- raka nerki rozwijającego się w jedynej funkcjonującej nerce,
- przewlekłą niewydolność nerek,
- raka nerki jednostronnego, ale druga nerka objęta jest procesem chorobowym, mogącym w przyszłości doprowadzić do zaburzenia jej funkcji jak: cukrzyca, zwężenie tętnicy nerkowej, kamica.

W powyższych przypadkach możliwe jest wykonanie **zabiegu resekcji częściowej nerki** (NSS – ang. *nephron sparing surgery*). NSS można zastosować także u pacjentów z jednostronnym nowotworem nerki o średnicy poniżej 4 cm. Leczenie to sprowadza się do wycięcia samego guza wraz z marginesem zdrowego miększu, bądź usunięcia części nerki wraz z guzem. Skuteczność zabiegu jest wysoka i często przekracza ponad 95% ze stosunkowo niewielkim odsetkiem wznów miejscowych (6%) [5]. Zwolennicy NSS uważają, że w przypadku nowotworu nerki, ryzyko wystąpienia nowotworu w drugiej nerce jest wysokie. Poza tym, pozostawienie tylko jednej nerki powoduje często zjawisko hyperinfuzji tego narządu, co może prowadzić do zmian degeneracyjnych w jego obrębie [5]. Chorzy po oszczędzającym leczeniu chirurgicznym mają do 10% ryzyka nawrotu miejscowego i z tego powodu wymagają szczególnej obserwacji. Plan obserwacji i leczenia nawrotów przedstawia rycina 4.



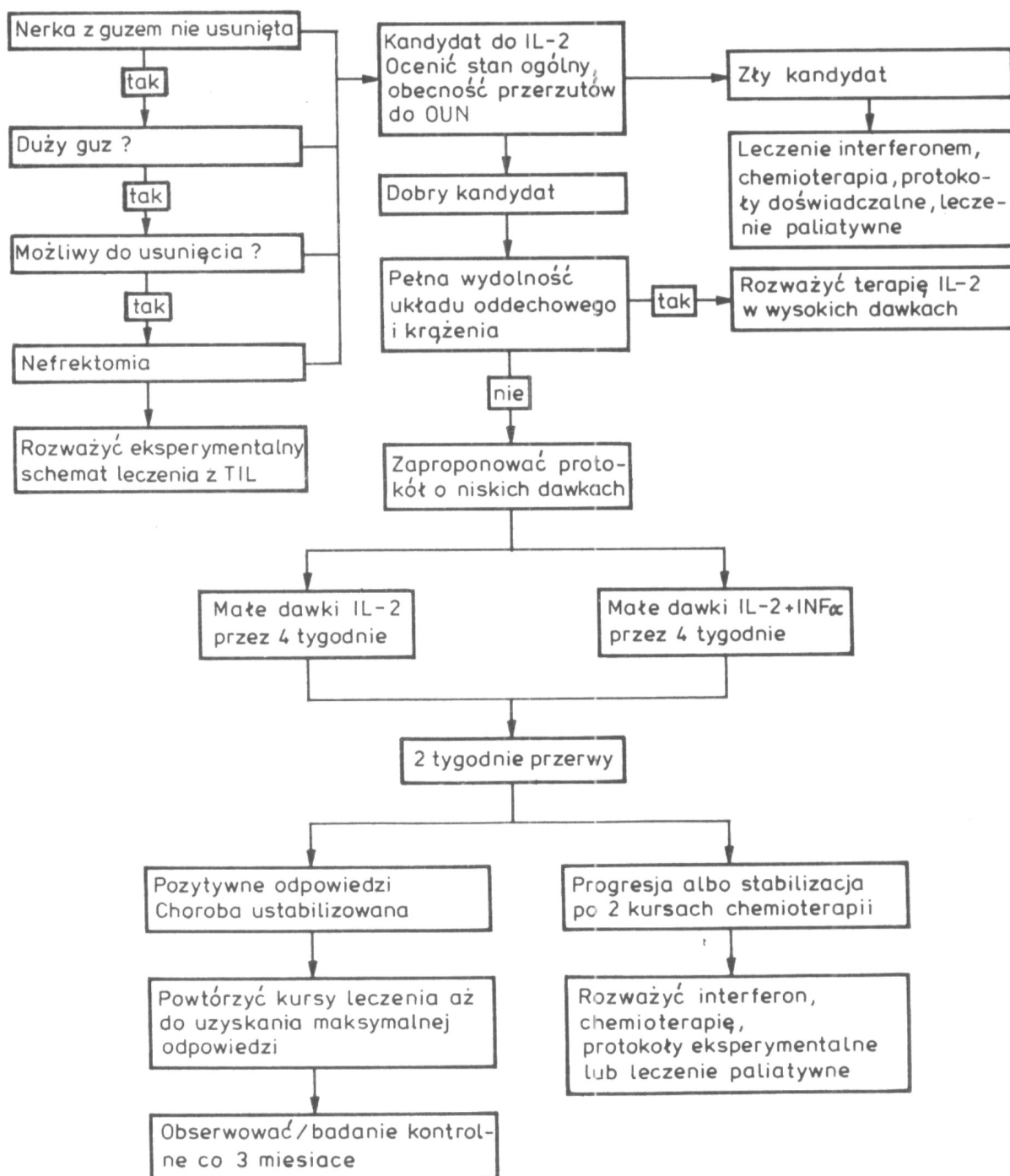
Ryc. 4. Rak nerki – obserwacja i leczenie nawrotów [29, s.231]

Przed radykalnym zabiegiem operacyjnym konieczna jest ocena w kierunku istnienia ewentualnych ognisk przerzutowych, a także ocena czynności drugiej nerki.

U pacjentów z bólami kostnymi lub podwyższonym poziomem fosfatazy alkalicznej należy wykonać *scyntyografię kośćca*. U każdego chorego powinno się wykonać *zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej*, a także *tomografię komputerową jamy brzusznej* [8,9].

W przypadku podejrzenia nacieku żyły głównej dolnej, badaniem rozstrzygającym jest *rezonans magnetyczny*. Aktualnie odstępuje się często od wykonania *arteriografii tętnicy nerkowej*, które dawniej stanowiło standardowe badanie wykonywane przed zabiegiem operacyjnym [3]. Zabieg radykalnej nefrektomii polega na doszczętnym wycięciu guza, nerki z torebką tłuszczową, nadnerczy, naczyń moczowodowych i unaczyniających jądro lub jajnik, lokalnych węzłów chłonnych oraz ograniczonych, pojedynczych przerzutów w wątrobie lub w płucach. Można także usunąć czopy tkanki nowotworowej z żyły głównej dolnej. W przypadku położonych obwodowo w korze nerek małych guzów (szczególnie jedynej nerki) można podjąć się usunięcia guza z pozostawieniem tkanki nerkowej. Zabieg można wykonać z różnych dostępów chirurgicznych - poprzez laparotomię, lumbotomię, a także torakofrenolaparotomię. Zabieg z dostępu zaotrzewnowego preferowany jest przede wszystkim u pacjentów otyłych lub u których wykonano w przeszłości wielokrotnie laparotomię z różnych wskazań [11]. Poprzednio zalecano podwiązanie naczyń nerkowych we wstępnej fazie operacji, aktualnie brak jest dowodów, że takie postępowanie zapobiega rozsiewowi nowotworu.

Rycina 5 przedstawia algorytm postępowania u chorych z rakiem nerki z przerzutami.



Ryc. 5. Algorytm postępowania u chorych z rakiem nerki z przerzutami (wg. Taneja) [36, s.512]

1.2. Operacyjne leczenie raka nerki

1.2.1. Początki nefrektomii na świecie i w Polsce

Pierwszą na świecie udaną nefrektomię wykonał w 1869 roku profesor chirurgii w Heidelbergu *Gustaw Simon* (1824-1876).

Pierwszym ośrodkiem, w którym zaczęto wykonywać nefrektomię w Polsce była Warszawa w końcu XIX wieku. Pionierem i najbardziej doświadczonym wykonawcą tego zabiegu w Polsce, a także pierwszym w Cesarstwie Rosyjskim, był *Julian Kosiński* profesor Uniwersytetu Warszawskiego. Była to jedna z pierwszych nefrektomii na świecie. Operacja odbyła się w klinice chirurgicznej Uniwersytetu Warszawskiego w dniu 13.03.1884 r., a więc niespełna 15 lat po pierwszej nefrektomii *Simona*.

Kosiński zastosował cięcie własnego pomysłu przedstawione na ryc. 6 przebiegające od 11 międzyżebra w dół ku przodowi, ściśle w kierunku przebiegu włókien mięśnia skośnego zewnętrznego brzucha [54]. Cięcie miało 18 cm długości i było przezotrzewnowe. Nerka była ścięczała, przez miąższ wyczuwało się kamienie. W czasie operacji uległa pęknięciu, do rany wylał się cuchnący płyn moczowo-ropny. Nerkę usunięto po podwiązaniu szypuły naczyniowej i moczowodu. Ranę wypłukano roztworem karbolu i sublimatu. Operacja była wykonana z zachowaniem wszelkich zasad aseptyki w uśpieniu chloroformowym. Ranę drenowano przezotrzewnowo.

Usunięta nerka odpowiadała zakażonemu wodonerczu i zawierała dziewięć kamieni. Przebieg pooperacyjny, według oceny operatora, był całkowicie zadowalający. Chora przez 25 godzin wymiotowała, co związane było z narkozą. W pierwszej dobie oddała 480 ml moczu, ale diureza szybko wzrosła do ponad 1000 ml, gdy chora zaczęła przyjmować płyny. Wydzieliny przez dren prawie nie było. Ciepłota rzadko przekraczała 38 °C. Chora opuściła klinikę w ósmym tygodniu całkowicie wyleczona [54].



Ryc. 6. Przebieg cięcia pierwszej polskiej nefrektomii [54, s.38]

Drugą polską nefrektomię wykonał *Władysław Orłowski* w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie, w dwa miesiące po *Kosińskim* (15.05.1884 r.). Wskazaniem do operacji był rak nerki. Chora wyzdrowiała. O sławie profesora *Kosińskiego* świadczy fakt nadesłania mu odbitki pracy o nefrektomii przez *Grossa* z Filadelfii oraz to, że następny pacjent został do niego skierowany na operację z Petersburga, gdzie jeszcze takiej operacji nikt nie wykonał. Tę swoją drugą nefrektomię wykonał *Kosiński* dnia 19.12.1885r. w mieszkaniu pacjenta, po starannym przygotowaniu miejsca i według zasad aseptyki.

Chory od dzieciństwa cierpiał na bóle nerki prawej, stwierdzało się krwiomocz, a ponadto gruźlicę jamistą płuc. Nerkę usunięto pozaotrzewnowo z cięcia lędźwiowego *Simona*. Ranę drenowano. Nerka była niezmienniona, zawierała jeden kamień w miedniczce i jeden w kielichu. Przebieg pooperacyjny był podobny jak w przypadku pierwszym. Rana po drenie zagoiła się dopiero po czterech miesiącach, gdy wydalili się przez nią nitki użyte do podwiązania szypuły. Po pięciu miesiącach pacjent wyjechał z Warszawy jako wyleczony.

W omówieniu przypadku *Kosiński* rozważał, czy słusznie postąpił, usuwając nerkę, a nie kamień z miedniczki, który wyczuwał podczas operacji. Przytaczał statystykę *Samuela W. Grossa*, obejmującą 233 nefrektomie (w tym pierwszy przypadek *Kosińskiego*). Według tej statystyki, kamica była wskazaniem do nefrektomii tylko u trzech chorych.

Do 1897 roku wykonano w Polsce 32 nefrektomie:

- w Warszawie: *J. Kosiński* -14, *W. Orłowski*-1, *Matlakowski*-1, *Gabszewicz*-2, *Bukowski*-1, *Jawdyski*-1, *G. Ziembicki*-1, *W. Stankiewicz*-2;
- w Krakowie: *A. Obaliński*-9 [54].

Śmiertelność operacyjna w Polsce była jak na owe czasy, mała i wynosiła około 30%. Światowa statystyka zbiorcza podana w 1883 roku obejmująca 132 pierwsze nefrektomie, podaje, że śmiertelność 47%. Wskazaniami do operacji była kamica (często z wodonerczem lub roponerczem), nowotwór (9 chorych), gruźlica (5 chorych), roponercze (5 chorych), wodonercze (2 chorych), pęknięcie nerki (2 chorych) [54].

Podsumowując, należy stwierdzić, że pierwszym ośrodkiem wykonania nefrektomii w Polsce była Warszawa, gdzie pracował pionier i najbardziej doświadczony wykonawca tego zabiegu – prof. *Kosiński* i kilku innych operatorów. Na drugim miejscu należy wymienić Kraków, gdzie sześć lat później zaczął wykonywać ten zabieg, jako jedyny, prof. *Alfred Obaliński*, szybko zdobywając bardzo duże doświadczenie [54].

1.2.2. Wskazania do nefrektomii i technika zabiegu

Wskazania

W ostatnich latach wskazania do wycięcia nerki bardzo ograniczono dzięki postępom uzyskanym w leczeniu zachowawczo-operacyjnym.

Obecnie wskazania do wycięcia nerki są następujące [54]:

- **nowotwór nerki lub miedniczki nerkowej,**
- **nieodwracalne zmiany urazowe lub zapalne, niszczące mięsz i powodujące znaczne upośledzenie czynności nerki** (roponercze, gruźlica i inne), zwłaszcza gdy powodują krwotok lub posocznicę,
- **wady nerki wrodzone i nabyte współistniejące ze zniszczeniem mięszu i utratą funkcji** (wodonercze, niedorozwój, zanik pozapalny i inne), zwłaszcza gdy wskutek zbliznowaceń i niedokrwienia są przyczyną nadciśnienia tętniczego.

Przed zakwalifikowaniem chorego do usunięcia nerki należy dokładnie ocenić stan anatomiczny i czynność drugiej nerki. Jest to szczególnie ważne w przypadkach nagłych, np. po urazie, kiedy nie można podjąć decyzji o usunięciu nerki bez urografii, angiografii lub innych badań informujących o stanie układu narządów moczowych. Decyzję o usunięciu nerki powinno się podejmować tylko wtedy, kiedy nie ma szans na utrzymanie sprawnego czynnościowo narządu.

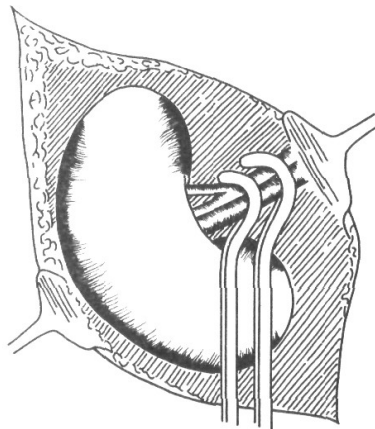
Technika zabiegu

Usunięcie nerki może być operacją prostą, wolną od problemów, lub operacją bardzo trudną. Podczas operacji mogą powstać powikłania związane z uszkodzeniem żyły głównej dolnej, aorty, nadnerczy lub innych narządów jamy brzusznej. Nerkę odsłania się zwykle cięciem lędźwiowym, pozaotrzewnowym. Uwalnia się ją z torebki tłuszczowej za pomocą palców, gazika, pincety i nożyczek. Należy pamiętać o możliwości istnienia dodatkowych naczyń. W przypadku pozapalnych zrostów okołonerkowych może dojść do uszkodzenia nadnercza i do znacznego krwawienia. Należy dążyć do uwolnienia najpierw górnego bieguna, a następnie dolnego. Umożliwia to wyłonienie nerki z rany, co ułatwia zaopatrzenie elementów szypuły nerkowej. Sposób zaopatrzenia naczyń szypuły zależy od ich długości, ewentualnej anomalii i zmian zapalnych lub włóknistych w ich otoczeniu. Tętnicę i żyłę można przeciąć i podwiązać oddzielnie silnymi podwiązkami z wchłanianego materiału (dekson, katgut) lub razem i poza zaciskami. Oddzielne podwiązanie żyły i tętnicy nerkowej chroni pewniej przed ześlizgnięciem się podwiązki, jest jednak trudne do wykonania, gdy szypuła jest krótka, oznaczona zrostami, a nerka mało ruchoma. Niemal z reguły podwiązuje się elementy szypuły „*en masse*” co przedstawia ryc.7.



Ryc. 7. Sposób podwiązania naczyń szypuły naczyniowej nerki „en masse”[54, s.62]

Najpierw przecina się i podwiązuje moczowód, przez co ułatwia się dostęp do szypuły. Szypułę uwidacznia się po jej uwolnieniu z otaczających tkanek. Zakłada się na nią zacisk zabezpieczający o długich i półokrągłych ramionach, a obwodowo od niego mniejszy zacisk, który ma zapobiegać wyślizgnięciu się naczyń (ryc.8). Dodatkowy zacisk zakłada się od strony nerki wtedy, gdy pozwala na to miejsce. Szypułę przecina się nożyczkami lub nożem obwodowo od zacisków zabezpieczających.



Ryc. 8. Zaciski założone na szypułę naczyniowa nerki [54, s.63]

Przy usuwaniu dużego wodonercza ze znacznym powiększeniem miedniczki operator może sobie ułatwić wycięcie nerki przez odessanie wypełniającego ją płynu. Jest to korzystniejsze niż poszerzanie cięcia powłok. Następnie wydziela się nerkę i jej miedniczkę z otaczających tkanek, wycina się ją i zaopatruje naczynia w sposób opisany powyżej. Po usunięciu nerki należy oczyścić ranę ze skrzepów i luźnych strzępków tkankowych, następnie sprawdzić opanowanie krwawienia, zwracając szczególną uwagę na okolice nadnercza. Krwawienie w tej okolicy opanowuje się podkuwając naczynia. W razie głębokiego krwawienia ze znacznie uszkodzonego nadnercza należy rozważyć jego usunięcie, co w zasadzie nie powoduje złych następstw.

Na kikut szypuły nerkowej nakłada się mocną podwiązkę z wchłanianego materiału (dekson, katgut). W czasie zawiązywania pierwszego węzła asysta operatora rozluźnia główny zacisk, a następnie, po zawiązaniu, usuwa go. Dodatkowe cieńsze podwiązki zakłada się pod drugim zaciskiem lub oddzielnie na kikuty naczyń. Zalecane przez niektórych autorów podkucia szypuły wydają się ryzykowne ze względu na możliwość uszkodzenia ściany naczyń. W przypadku bardzo krótkiej żyły nerkowej można założyć zacisk Satińskiego na brzeg żyły głównej, a po wycięciu nerki i odcięciu żyły zeszyć powstały otwór w żyłę głównej dolnej cienkim szwem naczyniowym (ryc.9).

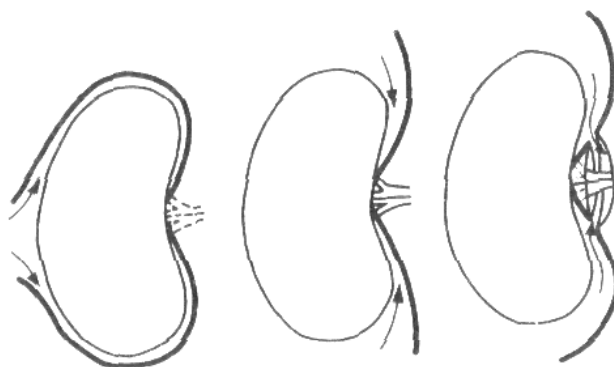


Ryc. 9. Szew kikota krótkiej żyły nerkowej [54, s.63]

Po usunięciu nerki oczyszcza się ranę ze skrzepów i luźnych strzępów tkankowych, następnie sprawdza się opanowanie krwawienia, zwracając szczególną uwagę na okolicę nadnercza. Przed przystąpieniem do zeszywania powłok należy ponownie skontrolować łożysko usuniętej nerki, usunąć skrzepy i luźno leżące strzępy torebki tłuszczowej, które mogą być przyczyną zakażenia i przedłużać gojenie. Zawsze należy drenażować łożę przez tylny koniec rany lędźwiowej.

Podtorebkowe wycięcie nerki (*nephrectomia subcapsularis*)

Rozległe zbliznowacenia i zrosty, jakie otaczają nerkę w przewlekłych procesach zapalnych lub po operacjach, czynią niekiedy krańcowo trudnym zewnątrztorbkowe uwolnienie nerki. Oddzielanie na ostro powierzchni nerki w niewyraźnej płaszczyźnie podziału grozi uszkodzeniem sąsiadujących narządów, których położenie bywa wtedy również zmienione. Może nastąpić: szerokie rozdarcie otrzewnej, uszkodzenie okrężnicy, a w pobliżu wnęki uszkodzenie naczyń nerkowych, dużych brzusznych i dwunastnicy. Wtedy najlepiej wykonać tzw. podtorebkowe usunięcie nerki. Po nacięciu powłok i zgrubiałej torebki można dotrzeć do miększu nerkowego. Na tępo oddziela się mięsz od torebki palcem lub podważką (obłuszczenie nerki). Podtorebkowe uwolnienie nerki nie natrafia na większe trudności nawet w najcięższych uszkodzeniach samej nerki i rozległych zmianach w jej otoczeniu. Po całkowitym oddzieleniu torebki należy naciąć ją powtórnie w okolicy wnęki. Uzyskuje się przez to dostęp do szypuły naczyniowej nerki otoczonej mniej zmienionymi tkankami.



Ryc.10. Schemat podtorebkowego wycięcia nerki [54, s.64]

Na szypułę nerkową zakłada się mocny zacisk, bez wydzielania jej elementów. Na uwidaczniane podczas przecinania naczyniowe elementy szypuły zakłada się dodatkowe zaciski, które mają zapobiec krwotokowi w razie otwarcia się lub ześlizgnięcia głównego zacisku. Po wycięciu nerki podwiązuje się jej szypułę podwiązką z materiału wchłanianego „en masse” i dodatkowo wzmacnia cieńszymi podwiązkami zakładanymi na widoczne, przecięte naczynia (ryc.10).

W niektórych sytuacjach jedynym rozwiązaniem jest założenie grubej jedwabnej podwiązki na całą wnękę wewnątrz torebki włóknistej. W celu zapobiegnięcia spełnieniu tej podwiązki podczas wycinania nerki pozostawia się część jej mięszu, miedniczki i otaczającej jej zbitę tkankę łączną, które tworzą rodzaj ochraniającego kołnierza. Już po wycięciu nerki można dodatkowo zaopatrzyć poszczególne naczynia widoczne w obrębie przeciętej nerki lub podkuć grubym szwem całą grubość kikuta szypuły obwodowo od uprzednio zakazanej jedwabnej podwiązki. Pozostawione w ranie części mięszu i miedniczki ulegają w przebiegu pooperacyjnym martwicy i wydzielają się na zewnątrz. Sposób ten przedłuża wprawdzie gojenie rany, ale znacznie ułatwia uwolnienie i usunięcie nerki, zmniejsza uraz operacyjny i chroni przed krwotokiem z preparowanych naczyń.

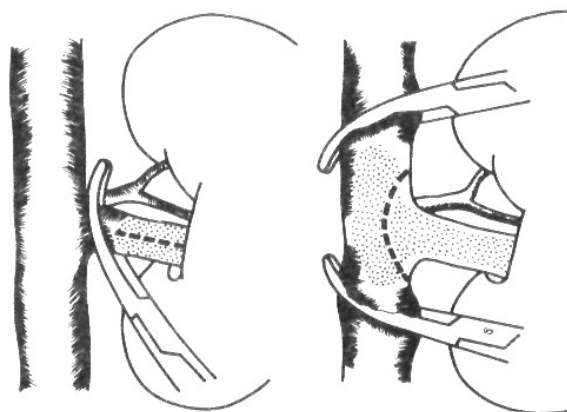
Jeśli stan chorego z roponerczem uniemożliwia wykonanie poważnej operacji, jaką jest nefrektomia, można podzielić operacje na dwa etapy. W pierwszym wytwarza się przetokę nerkową. Drugi etap wykonuje się dopiero wtedy, gdy stan chorego ulegnie poprawie. Drugi etap operacji ma zwykle przebieg nietypowy i jest trudny. Nerkę wycina się zwykle wtedy podtorebkowo, a szypułę naczyniową zaopatruje się w sposób zależny od warunków miejscowych. Zrosty mięszu z torebką zmuszają czasem do rozkawałkowania nerki [54]. W operacjach wtórnych niecelowe jest oddzielanie poszczególnych mięśni powłok podczas szycia. Ranę drenuje się, a mięśnie szyje jednowarstwowo. Na skórę wraz z tkanką podskórną zakłada się w dużych odstępach szwy z materiału niewchłanianego [54].

Wycięcie nerki z powodu nowotworu musi być radykalne [54]. Oznacza to, że musi się usunąć nie tylko nerkę, ale także jej torebkę tłuszczową wraz z powięzią nerkową Geroty, nadnercze i regionalne węzły chłonne. Położenie i rozmiary guza mają wpływ na wybór dostępu do nerki. W dużych guzach, szczególnie obejmujących górny biegun, poleca się dostęp piersiowo-brzuszny. Przy guzach mniejszych lub w niejasnych sytuacjach, zaleca się *cięcie przyprostne*, które sięga ósmej przestrzeni międzyżebrowej, a po nacięciu otrzewnej umożliwia ocenę przestrzeni śród- i wewnątrzotrzewnowej. Możliwe jest również jego przedłużenie i otwarcie klatki piersiowej oraz nacięcie przepony [54].

Najczęściej operuje się nowotwory nerek po ich odsłonięciu cięciem tylnobocznym z resekcją XII żebra, przedłużonym ku dołowi [54]. Szerokie otwarcie daje dobry wgląd w głąb rany. Operator po otwarciu powłok nacina otrzewną i ocenia wielkość guza, jego ruchomość, stosunek do wewnątrzotrzewnowych narządów sąsiadujących, występowanie przerzutów w wątrobie, w okolicy wnęki nerkowej i zmiany w węzłach chłonnych zaotrzewnowych. W razie podjęcia decyzji o usunięciu nerki należy oddzielić otrzewną od powięzi nerkowej Geroty, którą wraz z torebką tłuszczową trzeba pozostawić przy nerce. Następnie uwalnia się górny biegun nerki, nerkę spycha ku dołowi, docierając do okolicy wnęki i przystępuje się do typowego zaopatrzenia naczyń szypuły. Po przecięciu tętnicy i żyły uwalnia się całą nerkę wraz z torebką tłuszczową oraz powięzią nerkową, obnażając całkowicie mięsień biodrowo-lędźwiowy. Nerkę usuwa się po przecięciu moczowodu między podwiązkami [54].

Jeżeli naciek nowotworowy przechodzi na narządy jamy brzusznej, operacja doszczętna nie wchodzi w rachubę. Liczne przerzuty w węzłach chłonnych okolicy wnęki nie stanowią przeciwwskazania do usunięcia nerki, które zapobiega co najmniej nawrotom masywnego krwiomoczu. Do zaopatrzenia naczyń nerkowych, łatwo dostępnych od przodu, można przystąpić po upewnieniu się, czy nowotwór nie wrasta do żyły nerkowej lub głównej dolnej. W razie odrębnego zaopatrzenia naczyń nerkowych należy dążyć do wcześniejszego podwiązania tętnicy, a dopiero później żyły nerkowej. Wcześniejsze podwiązanie żyły nerkowej powoduje napływ krwi do nerki i guza, niepożądane powiększenie ich rozmiarów i wzrost ciśnienia śródnerkowego, co zwiększa możliwość rozsiewu nowotworu przez krążenie oboczne. Wczesne zamknięcie naczyń szypuły nerkowej nie tylko zmniejsza niebezpieczeństwo rozsiewu komórek nowotworowych, ale zmniejsza również krwawienie występujące przy uwalnianiu nerki. Dopuszczalne jest podwiązanie szypuły nerkowej „*en masse*” grubymi podwiązkami z materiału wchłanianego.

Jeżeli stwierdza się wrastanie nowotworu do żyły nerkowej lub do żyły głównej dolnej, należy dążyć do jego usunięcia (ryc. 11).



Ryc.11. Usunięcie czopu nowotworowego z żyły nerkowej i żyły głównej dolnej [54, s.65]

Jeżeli wyczuwa się czop nowotworowy tylko w żyłę nerkowej, to należy starać się przesunąć go w kierunku nerki, założyć zacisk poniżej czopu, drugi zacisk, najlepiej Satinsky’ego, na żyłę nerkową tuż przy jej połączeniu z żyłą główną dolną. Następnie żyłę należy przeciąć. Otwór w krótkim kikucie żyły nerkowej zaszywa się cienkim szwem naczyniowym. Jeżeli kikut żyły nerkowej jest wystarczająco długi, można go podwiązać katgutem lub deksonem.

W razie wrastania nowotworu do żyły głównej dolnej należy wyosobnić żyłę na większej przestrzeni. Zamyka się ją zaciskami Satinsky’ego powyżej i poniżej wyczuwalnego guza, wycina się żyłę nerkową wraz z mankietem żyły głównej dolnej i przez to nacięcie usuwa się wrastający czop nowotworowy.

W nowoczesnej chirurgii motywem przewodnim jest zachowanie narządu. W operacyjnie leczonych chorobach nerek, ograniczonych tylko do części nerki, metodą z wyboru jest częściowe wycięcie nerki (*resectio partialis renis*). Może ono przynieść pełny sukces wtedy, kiedy pozostawiona część nerki jest zdrowa.

Wskazaniem do częściowego wycięcia nerki jest [54]:

- gniazdo kamieni w poszerzonym kielichu nerki,
- gruźlica ze zniszczeniem mięszu ograniczonym do jednego bieguna,
- wady częściowe: wodo- lub roponercze, uchyłki jelita, torbiele biegunów nerek,
- łagodne nowotwory nerek,
- nowotwór złośliwy zajmujący biegun jedynej nerki,
- niegojąca się długo przetoka po operacji mięszu nerki.

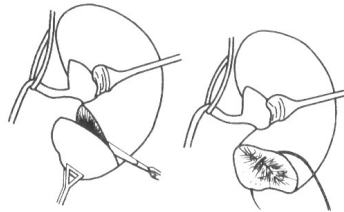
Najczęściej dokonuje się resekcji dolnego bieguna, rzadziej górnego, a wyjątkowo środkowej części nerki.

Głównymi zasadami obowiązującymi przy częściowym wycięciu nerki jest:

- wybór właściwych granic wycięcia nerki,
- dokładne zaopatrzenie otworu po wycięciu części nerki w układzie miedniczkowo-kielichowym,
- dokładne zaopatrzenie przeciętych naczyń.

Wycięcie bieguna nerki może mieć kształt klinowy lub poprzeczny:

Technika klinowego wycięcia bieguna nerki najlepiej jest odsłonić nerkę cięciem przez łożysko XII żebra. Stwarza ono wygodny dostęp do szypuły naczyniowej. Miąższ nerkowy wycina się nożem w kształcie klina zwróconego szczytem w kierunku szyjki kielicha (rys.12). Na pozostawionej części nerki pozostają dwie wargi, które później się zszywa ze sobą, zapewniając lepsze opanowanie krwawienia. Podkuwa się i podwiązuje naczynia, a następnie pojedynczymi szwami zamyka ubytek w nerce przez zeszywanie pozostałych po resekcji warg miąższu. Ten typ operacji poleca się szczególnie w przypadku znacznego ścieńczenia miąższu nerki.



Ryc.12. Klinowa resekcja dolnego bieguna nerki [54,s.67]

Technika poprzecznego wycięcia bieguna nerki: operację tego typu można wykonać albo od zewnątrz, albo po rozcięciu bieguna nerki w linii środkowej z otwarciem kielicha. Największe trudności techniczne napotyka się przy usuwaniu środkowej części nerki. Wskazania do tej operacji zachodzą tylko wyjątkowo.

W nowotworach łagodnych nerki (np. kwasochłonny gruczolak nerki, gruczolak nerki) wskazane są operacje oszczędne z pozostawieniem możliwie dużej części miąższu nerkowego, ponieważ występują zmiany obustronne [54]. Guzy te są często otorbione. Prawdopodobnie znaczną większość tych guzów wystarczy wyłuszczyć, a resztę nerki zachować. Konieczne jest jednak wykluczenie cech złośliwości badaniem śródoperacyjnym.

W wyjątkowej sytuacji zachodzi potrzeba usunięcia części nerki z ogniskiem raka jasnokomórkowego lub guza Wilmsa. Dotyczy to chorych z nowotworem obydwu nerek lub nerki jedynej. Technika resekcji części nerki odpowiada wtedy resekcji biegunowej z założeniem, że część objęta nowotworem zostanie usunięta w całości, z marginesem zdrowego miąższu. Po wycięciu części nerki należy rozważyć podwieszenie nerki. Nerkę podwiesza się za pomocą szwów katgutowych, którymi chwyta się torebkę włóknistą nerki i umocowuje ją do mięśni okolicy XII żebra, w tylnej części rany. Ranę należy drenać i zeszyć warstwowo.

1.2.3. Znieczulenie do resekcji nerki

Urologiczne operacje i zabiegi diagnostyczne wykonuje się w znieczuleniu ogólnym lub przewodowym, używając tych samych środków anestezjologicznych i technik znieczulenia, co w innych gałęziach chirurgii. Jednakże niektóre leki z uwagi na ich metabolizm mają w urologii ograniczone zastosowanie. Chodzi tu o leki wydalane z ustroju głównie lub wyłącznie przez nerki (np. gallamina, alkuronium) oraz te, których metabolity są nefrotoksyczne (np. metoksyfluran) [29].

Przedoperacyjna wizyta anestezjologa poprzedzona jest wypełnieniem przez pacjentkę przedoperacyjnej ankiety anestezjologicznej, którą otrzymuje od pielęgniarki (załącznik 12). Wypełnienie ankiety i konsultacja anestezjologa ma na celu określenie, czy chory kwalifikuje się do leczenia zabiegowego i do znieczulenia. Na podstawie anamnezy, badania przedmiotowego, badań laboratoryjnych ocenia się wydolność oddechową, krążeniową i nerkową oraz stan psychiczny chorego i wybiera najodpowiedniejszy dla chorego rodzaj premedykacji i znieczulenia, uwzględniając rodzaj operacji. Przy interpretacji wyników badań laboratoryjnych należy zwracać szczególną uwagę na zawartość hemoglobiny, wskaźnik hematokrytu, liczbę erytrocytów i leukocytów, płytek krwi, czas krzepnięcia, elektrolity, stężenie białka, kreatyniny, mocznika. Istotne dla oceny układu krążenia i oddechowego jest wykonanie elektrokardiogramu (EKG), RTG klatki piersiowej, a także jeśli to możliwe spirometrii oraz gazometrii. Interpretacja wyników powyższych badań pomaga w ocenie aktualnego stanu zdrowia pacjenta, w wyborze sposobu znieczulenia i w przewidywaniu powikłań pooperacyjnych. Jeżeli anestezjolog uzna, że chory wymaga przedoperacyjnego przygotowania farmakologicznego, lub też pozarutynowych badań dodatkowych, powinien je zlecić, zaproponować stosowne leki, kontrolne badania i określić termin ponownego zabiegu. Ze względu na potrzeby anestezjologii można operacje urologiczne raka nerki podzielić na dwie grupy: zabiegi klasyczne i endoskopowe, których zakres rozszerzył się w ciągu ostatnich 30 lat.

Z anestezjologicznego punktu widzenia, złożone nietoksyczne znieczulenie ogólne dotchawicze z oddechem kontrolowanym ma zawsze niewątpliwą przewagę nad znieczuleniem ogólnym wziewnym z oddechem własnym lub wspomagany, ze względu na stosowane do operacji nerkowych ułożenie na boku z wygięciem stołu i uniesieniem okolicy lędźwiowej ku górze. Takie ułożenie stwarza szczególnie niekorzystne warunki wymiany gazowej w płucach. Zastosowanie sztucznej wentylacji podczas znieczulenia ma na celu zmniejszenie niestosunku wentylacji i perfuzji w dolnej części płuca chorego i stanowi skuteczną ochronę przed odma, gdyż stwarza warunki do kontrolowanego rozprężenia zapadniętego płuca.

Bezwarunkowo należy zapewnić dostęp do żyły (najlepiej – kaniulacją żyły głównej górnej), co umożliwi szybkie przetoczenie i ewentualne monitorowanie ośrodkowego ciśnienia żylnego (o. c. ż.) w czasie operacji i w okresie pooperacyjnym. Celowe jest również oznaczenie grupy krwi chorego oraz zarezerwowanie i skrzyżowanie 2j. Koncentratu Krwinek Czerwonych (K.K.Cz.) dla zapewnienia bezpieczeństwa chorego podczas zabiegu oraz w okresie pooperacyjnym.

1.2.4. Dostępy operacyjne w przypadkach nowotworu nerki

W leczeniu operacyjnym raka nerki stosuje się dostęp przednio-boczny, dostęp przedni i dostęp piersiowo-brzuszy [54].

- **Dostęp przednio-boczny;** jest polecany głównie w zniekształceniach kręgosłupa i klatki piersiowej, w nowotworach nerki, a także w wadach rozwojowych, np. w nerce podkowiastej. Cięcie powłok przebiega rozmaicie w różnych odmianach dostępu przednio-bocznego. Może mieć kierunek poprzeczny, podłużny, także łukowaty z zagięciem poprzecznego odcinka bocznego ku górze lub ku dołowi, w zależności od położenia nerki i od planowanego zabiegu (co przedstawia poniższa ryc.13).

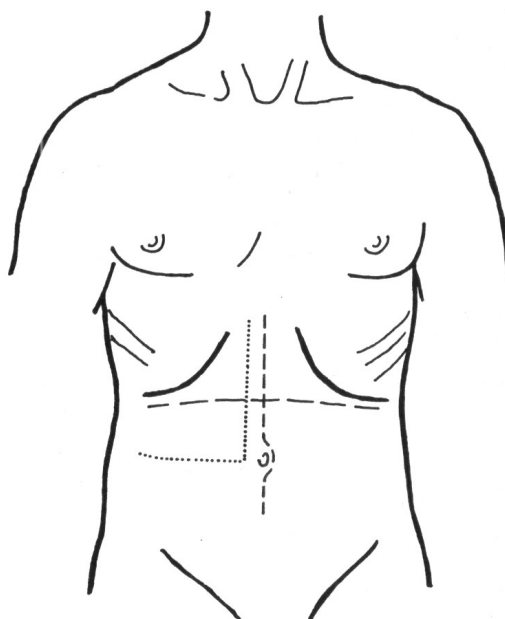


Ryc.13. Cięcia powłok przy dostępie przednio-bocznym do nerki [54, s.22]

Droga przednio-boczna umożliwia dobry dostęp do szypuły naczyniowej nerki i od przodu do miedniczki nerkowej. Stwarza dogodne warunki jednoczesnego dostępu do jamy brzusznej.

- **Dostęp piersiowo-brzuszy;** w przypadkach dużych guzów nerki cięcie to umożliwia doskonały dostęp. Polecane jest ono również w chirurgii nadnerczy i w operacjach naprawczych i wytwórczych tętnicy nerkowej. Chorego układa się na grzbiecie z lekkim uniesieniem strony operowanej, uzyskanym przez położenie poduszki w okolicy lędźwiowej. Cięcie powłok biegnie wzdłuż VIII, IX lub X żebra od linii pachowej tylnej do zewnętrznego brzegu mięśnia prostego brzucha. Dostęp piersiowo-brzuszy, podobnie jak przezotrzewnowy, jest przeciwwskazany u wszystkich chorych, u których w nerce lub jej otoczeniu toczy się proces ropny. Z reguły nie stosuje się go również w zachowawczych operacjach nerki, po których należy się liczyć z wyciekaniem moczu [54].

- **Dostęp przedni;** spośród sposobów przedniego odsłonięcia nerki za najbardziej użyteczne uważa się długie cięcie środkowe brzucha zwłaszcza wówczas, gdy nowotwór wrasta do żyły nerkowej (ryc.14).



Ryc.14. Cięcie powłok przy przednim dostępie do nerki [54, s. 22]

W guzach Wilmsa nerkę odsłania się cięciem przezotrzewnowym przednim lub przednio-bocznym, ponieważ nowotwór ten może naciekać jelita i przemieszczać lub obejmować naciekiem główne naczynia. W razie dużych guzów może być konieczne odsłonięcie nerki cięciem piersiowo-brzusznym. Cięcie operacyjne powinno umożliwiać dokładne zbadanie drugiej nerki, która u około 5% chorych może również wykazywać zmiany nowotworowe. Tomografia komputerowa umożliwia przedoperacyjną, w pełni miarodajną, ocenę obu nerek [54].

1.2.5. Powikłania po nefrektomii

Podczas odsłaniania nerki cięciem lędźwiowym i uwalniania jej powierzchni zdarzyć się może [54]:

- otwarcie załamka opłucnej w tylnym kącie rany lub przecięcie wiązki naczyniowej biegnącej pod żebrem – otwór w opłucnej należy zamknąć, chwytając w szew jego brzeg razem z włóknami mięśniowymi przepony lub powłok; anesteziolog podczas ostatniego szwu rozpręża płuco, co zapobiega pozostawieniu odmy opłucnowej;
- krwawienie z naczyń podżebrowych – należy je podwiązać lub podkuć;
- naddarcie otrzewnej- zdarzyć się może podczas uwalniania przedniej powierzchni nerki, należy wówczas zeszyć otwór w otrzewnej;
- uszkodzenie okrężnicy, objętej zrostami lub naciekiem nowotworowym – niezauważone może prowadzić do zapalenia otrzewnej lub ropowicy. W okresie pooperacyjnym może powstać przetoka kałowa, która często goi się samoistnie, ale niekiedy wymaga operacyjnego zamknięcia w późniejszym okresie. Zauważony otwór w jelicie należy zamknąć dwupiętrowym szwem jelitowym i ekstraperitonizować;
- uszkodzenie pozaotrzewnowej części dwunastnicy – jest to najpoważniejsze powikłanie, które zdarza się przy usuwaniu prawej nerki i czasem może skończyć się śmiertelnie – ranę dwunastnicy należy zszyć poprzecznie, dwuwarstwowo i dodatkowo pokryć płatem otrzewnej, a w okresie pooperacyjnym odzyskać treść żołądkową przez założony zgłębnik na okres kilku dni, konieczne jest odżywianie pozajelitowe;
- krwotok jest powikłaniem zagrażającym życiu doraźnie, dochodzi do niego w wyniku uszkodzenia naczyń szypuły nerkowej lub dużego naczynia dodatkowego, należy uchwyć krwawiące naczynia we wnęce nerkowej, następnie je zaopatrzyć;
- uszkodzenie ogona trzustki – zdarzyć się może podczas usuwania lewej nerki, zmiażdżone lub rozerwane części trzustki usuwa się, krwawienie opanowuje się podkuciami, a miejsce uszkodzenia pokrywa płatem torebki tłuszczowej;
- uszkodzenie mięszu śledziony – wymaga zaopatrzenia szwami, a uszkodzenie jej głównych naczyń wycięcia śledziony;
- krwawiące uszkodzenie nadnerczy –należy podkuć, unikając miażdżenia, a części naderwane usunąć. Przy nowotworach nerki najlepiej nadnercze usunąć razem z nerką.

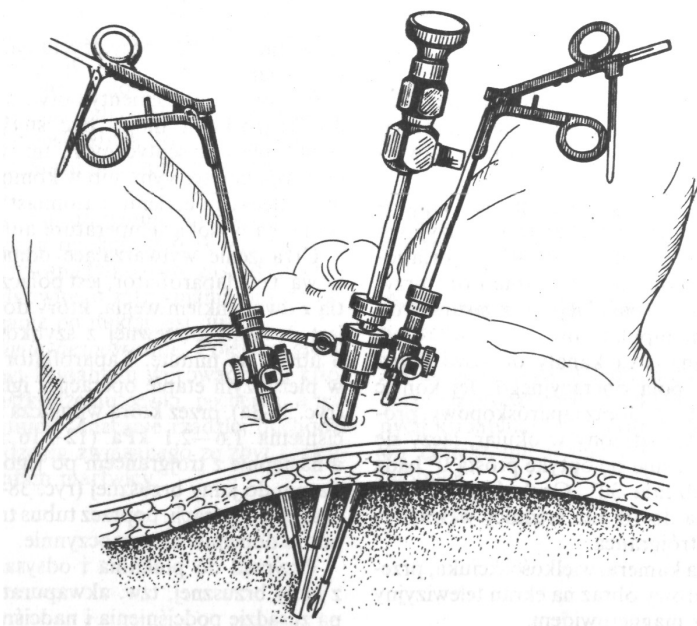
Powikłania w trakcie zabiegu obejmują przede wszystkim: uraz narządów wewnątrzbrzusznych (śledziona, wątroba, trzustka) lub dużych naczyń krwionośnych (aorta, żyła główna dolna), a także odnę opłucnową [54].

Do powikłań pooperacyjnych należy krwotok, niedodma płuca, niedrożność jelit, infekcje ran, niewydolność nerek przejściowa lub trwała, przepuklina okolicy rany [12].

1.2.6. Najnowsze metody operacji nerki

Od kilkunastu lat **operacje laparoskopowe**, jako minimalnie inwazyjne, stały się w urologii metodą alternatywną dla operacji otwartych [54]. Jednym z najbardziej spektakularnych zabiegów laparoskopowych jest nefrektomia. Nerkę można usunąć, wykorzystując dostęp: przezotrzewnowy i zaotrzewnowy. Wybór drogi dostępu zależy od preferencji operatora [38].

Sprzęt do urologicznej operacji laparoskopowej zawiera: optykę z torem wizyjnym i magnetowidem, źródło światła ze światłowodem, laparoflator (urządzenie wytwarzające odmě otrzewnową), akwapurator (przyrząd do płukania i odsysania płynu z jamy brzusznej działający na zasadzie podciśnienia i nadciśnienia), przyrząd do elektrokoagulacji oraz zestaw trójgrańców (trokarów) i manipulatorów. Instrumenty laparoskopowe przedstawia poniższa rycina 15 [54].



Ryc. 15. Instrumenty laparoskopowe po wprowadzeniu do jamy otrzewnej.
Widoczny trójgraniec (trokar) o średnicy 10 mm z optyką (w środku)
i dwa trójgrańce 5mm z kleszczykami preparacyjnymi (z boków) [54, s. 458]

Wskazania i przeciwwskazania do operacji laparoskopowych są podobne jak do operacji tradycyjnych [58]. Przeciwwskazaniem mogą być przepukliny jamy brzusznej, znaczna otyłość, zaburzenia krzepnięcia krwi, ciąża, niewydolność krążeniowo-oddechowa, starość. Większość przytoczonych przeciwwskazań jest względna. Odrzucenie ich wymaga dużej sprawności manualnej oraz doświadczenia operatorów. Wskazaniami do przeprowadzenia zabiegu - według opinii lekarzy z Oddziału Urologii Wojewódzkiego Szpitala im. Dr Jana Bizuela w Bydgoszczy - z dostępu przezotrzewnowego są: nefrektomia

nowotworowa i nefrektomia z powodu wodonercza. Dostęp pozaotrzewnowy wybierany jest w przypadku usuwania małych marskich nerek [38].

Przygotowanie pacjenta do operacji laparoskopowej jest takie, jak do każdego zabiegu u chorego w znieczuleniu ogólnym. W przeciwieństwie do diagnostycznej laparoskopii, która można przeprowadzić w znieczuleniu miejscowym, operację laparoskopową wykonuje się w znieczuleniu ogólnym. Powodem jest konieczność pełnego zwiotczenia mięśni brzucha w celu uzyskania odpowiedniej odmy otrzewnowej. Przed zabiegiem opróżnia się pęcherz moczowy i wprowadza się zgłębnik do żołądka. W okresie okołoperacyjnym na ogół podaje się profilaktycznie antybiotyków o szerokim zakresie działania [54].

Na technikę zabiegu składają się następujące etapy [38]

- Etap 1. Uwidocznienie przestrzeni zaotrzewnowej.
- Etap 2. Preparowanie moczowodu.
- Etap 3. Preparowanie wnęki nerki.
- Etap 4. Preparowanie biegunów nerki.
- Etap 5. Wprowadzenie nerki do worka, rozdrobnienie i wydobycie na zewnątrz.

Zabieg zakończony jest pozostawieniem w jamie otrzewnej drenu. Minimalną inwazyjność okupuje się długim czasem wykonywania etapów tego zabiegu, które zawsze grożą rozsiewem bakteryjnym lub nowotworowym ze względu na stan zapalny narządu lub nowotworowy naciek okołonarządowy.

Okres pooperacyjny różni się znacznie od okresu pooperacyjnego po operacji tradycyjnej. Już po kilku godzinach chory może wstać z łóżka. Niewielki ból po zabiegu nie wymaga podawania środków przeciwbólowych. Nieznacznie podniesiona temperatura ciała normuje się w pierwszej lub drugiej dobie. Chory w pierwszej dobie może opuścić szpital.

Niedogodności chorego w okresie pooperacyjnym po nefrektomii laparoskopowej [32]:

- bóle barku (wynikające z podrażnienia dwutlenkiem węgla zakończeń nerwu przeponowego),
- ból w miejscu nacięcia powłok,
- nudności i wymioty (stosunkowo dobrze poddające się leczeniu),
- anorexia,
- retencja moczu.
- **Korzyści z operacji laparoskopowej** są wymierne dla chorego oraz szpitala - efekty ekonomiczne [32]:
- skraca czas hospitalizacji i absencję poszpitalną,
- zmniejsza możliwość zropienia rany i przepukliny,
- umożliwia wczesną mobilizację chorego (uruchamianie), co zapobiega komplikacjom natury ogólnej (takim jak zapalenie płuc czy zator),
- oszczędza choremu stresu przed konwencjonalną operacją i związanego z nią bólu,
- zapewnia doskonały efekt kosmetyczny.

Zalety metody laparoskopowej operacji nerki:

- w czasie operacji i okresie pooperacyjnym nie notowano powikłań,
- czas hospitalizacji po zabiegu wyniósł 4 dni,
- uzyskano normalizację ciśnienia tętniczego,
- nefrektomia laparoskopowa stanowi atrakcyjną i uznaną metodę leczenia patologii nerek [32].

1.3. Proces pielęgnowania jako metoda sprawowania opieki nad pacjentem

1.3.1. Wyjaśnienie pojęć: pielęgnowanie, diagnoza pielęgnarska, opieka pielęgnarska

Pielęgnowanie to wyuczona, celowa i planowa praca pielęgnarki realizowana na rzecz człowieka potrzebującego fachowej opieki. To samodzielna i niezależna działalność pielęgnarki, oparta na solidnych podstawach teoretycznych oraz ogólnych zasadach postępowania, zasadach etycznych i moralnych. Zasady to ogólne normy (reguły, prawidła), których przestrzeganie umożliwia realizowanie indywidualnych celów, określonych dla potrzeb człowieka zdrowego lub chorego. Nawiązanie do ogólnych zasad postępowania pielęgnarskiego jest szczególnie ważne, bowiem bez ich znajomości niemożliwe byłoby jakiegokolwiek pielęgnowanie [50, s.142].

Diagnoza pielęgnarska to dysponowanie racjonalnymi wnioskami pochodzącymi z analizy danych o pacjencie i środowisku, określającymi stan biopsychospołeczny. Jest to bardzo istotne, aby ustalić jakiej opieki wymaga czy też potrzebuje diagnozowany pacjent. Przejście od danych o pacjencie i środowisku do diagnozy pielęgnarskiej polega przede wszystkim na wyciąganiu prawidłowych wniosków z uprzednio zgromadzonych danych. Jest to niezbędne, bowiem wnioski z danych o pacjencie wskazuje stan biopsychospołeczny człowieka, wymagający lub nie pielęgnowania z uwzględnieniem genezy i prognozy stanu istotnych dla utrzymania i polepszenia zdrowia, a także dla jego przywrócenia. W razie znacznej złożoności problemów są one rozpatrywane pod kątem hierarchii ważności.

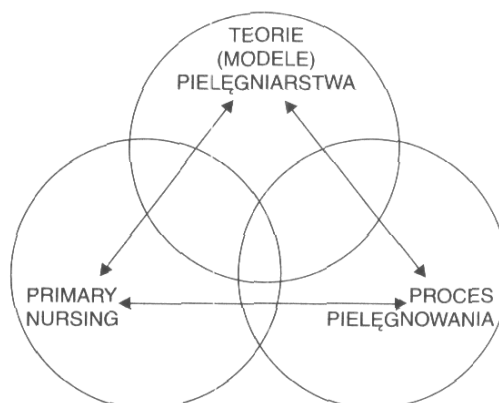
W przypadku człowieka chorego diagnoza pielęgnarska koncentruje się głównie wokół problemów, które powstały w związku z diagnozą lekarską, procesem leczenia i prognozą. Diagnoza pielęgnarska jest ustalona na podstawie analizy materiału zebranego na podstawie naukowych metod tj. obserwacji, wywiadu, badania dokumentów czy też prostych testów psychologicznych. Rozróżnia się diagnozę wstępną ustaloną na podstawie niepełnego zbioru informacji dalszą, opartą na stale uzupełnianych danych, które dotyczą np. zmian w stanie zdrowia, reakcji chorego na interwencje lekarskie, a przede wszystkim pielęgnarskie [1, s.104].

Opieka pielęgnarska to opieka nad człowiekiem zmierzająca do przywrócenia mu zdrowia i niezależności oraz możliwości uczestniczenia w życiu społecznym. W celu uzyskania najkorzystniejszych rezultatów największe znaczenie ma wczesne rozpoznanie oraz zapewnienie systematycznej i ciągłej opieki.

1.3.2. Znaczenie procesu pielęgnowania we współczesnym pielęgniarstwie

We współczesnym pielęgniarstwie przyjmuje się, że do świadczenia zindywidualizowanej opieki (pielęgnowania) konieczne jest świadome korzystanie z triady pielęgnowania (ryc.16):

- teorii (modeli) pielęgnowania,
- *Primary Nursing* (praca zespołu pielęgniarek w oddziale szpitalnym w ramach którego realizowany jest proces pielęgnowania),
- procesu pielęgnowania (ryc.17).



Ryc. 16. Triada charakterystyczna dla współczesnego pielęgniarstwa [50, s.141]

Przy czym pojęcie „pielęgniarstwo” ma zdecydowanie nadrzędną wartość w stosunku do pozostałych. Przyjmuje się, że „indywidualizacja” w odniesieniu do człowieka polega na zwracaniu uwagi na charakterystyczne cechy, wyróżniające go spośród innych ludzi. Natomiast umiejętność wykorzystywania indywidualnego podejścia do życia i zdrowia człowieka jest istotną wartością. W medycynie, psychologii, a także w innych naukach o charakterze społeczno-opiekuńczym orientacja na rozpoznanie tych elementów, które decydują o indywidualności człowieka, stanowi punkt wyjścia do dalszych, planowanych działań.

W pielęgniarstwie takie podejście gwarantuje zbliżenie się, a w niektórych przypadkach nawet zgodność pomiędzy oczekiwaniami biorców opieki, a propozycjami dawców w osobach pielęgniarek [12]. Świadczenie zindywidualizowanego pielęgnowania mieści się w obszarze zainteresowania współczesnego pielęgniarstwa i możliwości zawodowych pielęgniarek. Fakt ten pozwala z kolei na racjonalne rozpoznawanie stanu biopsychospołecznego podmiotu opieki.

Pielęgniarstwo jako zawód czy też powołanie składa się w dużej części z opiekowania się ludźmi, naturalnie z uwzględnieniem indywidualnych cech człowieka. Określona opieka świadczona przez pielęgniarkę obejmuje współczucie dla osoby poddanej jej opiece oraz wykorzystanie całokształtu wiedzy i umiejętności i działań praktycznych. Pielęgniarska opieka to nie tylko opieka fizyczna, ale też podtrzymywanie na duchu oraz zrozumienie chorego i jego bliskich, przyjaciół oraz umiejętność rozbudzania w chorym chęci powrotu do zdrowia [1, s.334].

Określenie „zindywidualizowane pielęgnowanie” utożsamiane jest z procesem pielęgnowania. Zamiennie określane jest jako pielęgnowanie nowoczesne, racjonalne, całościowe, celowe i ciągłe.

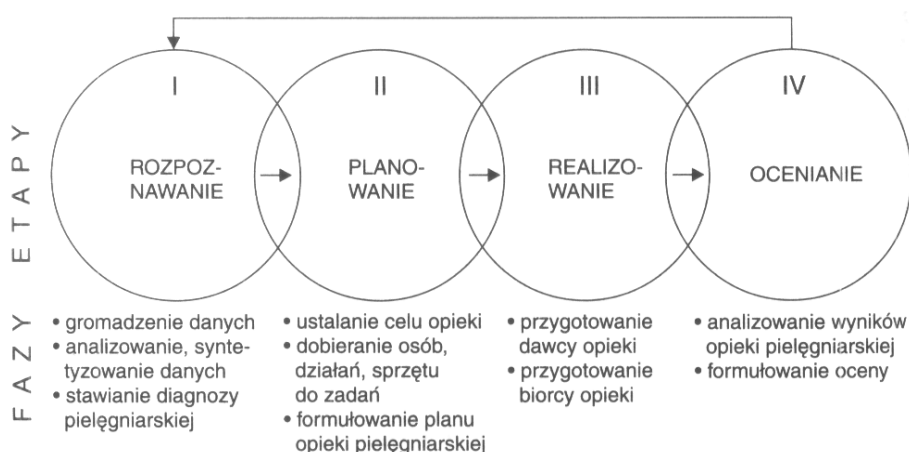
Założeniem współczesnego pielęgniarstwa jest świadczenie takiej opieki, która będzie wykorzystywała jego możliwości (teoretyczne –pielęgniarstwo i praktyczne - pielęgnowanie). Pielęgniarstwo jako działalność ma do spełnienia dwa podstawowe zadania. Pierwsze to opisanie i wyjaśnienie stanu, z jakim ma do czynienia np. pojedynczej osoby lub grupy ludzi (podmiotu opieki). Drugie – zaplanowanie, w jaki sposób stan określony jako pożądany lub założony może zostać osiągnięty.

Rozwiązaniem z wyboru, stosowanym z powodzeniem niemal na całym świecie, jest *proces pielęgnowania*. Stanowi on podstawę w działaniach, w których opieka skupiona jest na pacjencie i/lub środowisku (rodzynie). Postawienie na proces pielęgnowania wymaga jednak właściwego wartościowania wiedzy, dotyczącej przede wszystkim: filozofii pielęgniarstwa, teorii pielęgniarstwa (modeli pielęgniarstwa), standardów (praktyki zawodowej i opieki pielęgniarstwa -inaczej-pielęgnowania), ogólnych zasad postępowania pielęgniarstwa [50].

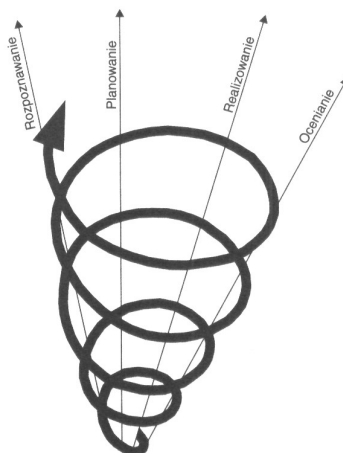
Proces pielęgnowania jest propozycją takiej opieki pielęgniarstwa, która wykorzystuje świadome stosowanie rozpoznania stanu biologicznego, psychicznego i społecznego jednostki i środowiska oraz podejmowanie celowych i planowych działań mających przyczynić się do utrzymania lub zmiany dotychczasowego stanu, a także oceniania uzyskanych wyników [50]. W procesie pielęgnowania wyróżnia się cztery etapy, a w każdym etapie –fazy, co przedstawia rycina 17.

Cechy procesu pielęgnowania:

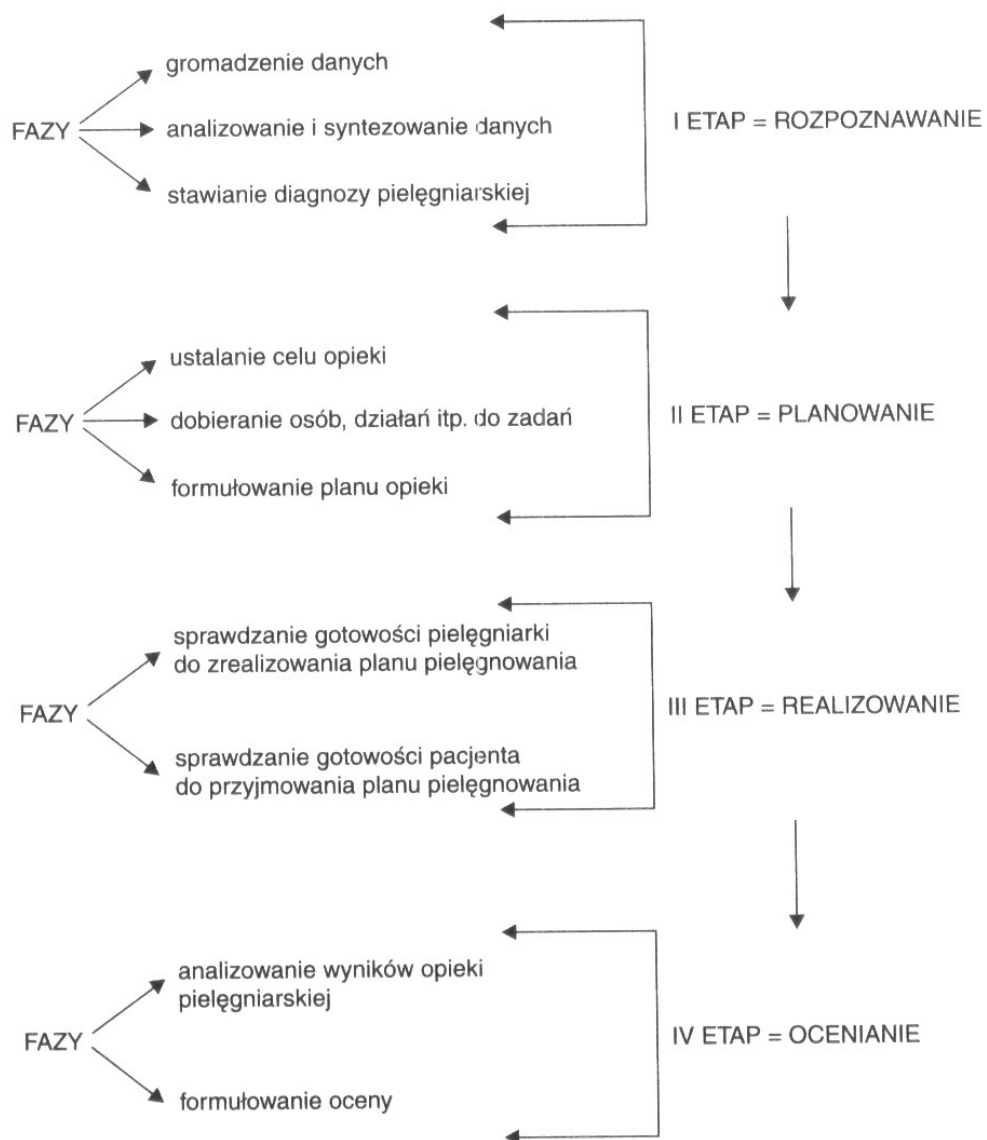
- wieloetapowość (ryc. 17),
- ciągłość i dynamika (ryc.18),
- logiczność i następstwa czasowe (ryc.19),
- całościowe podejście do pielęgnowanego pacjenta i jego środowiska,
- szerokie możliwości realizowania procesu pielęgnowania (ryc.20).



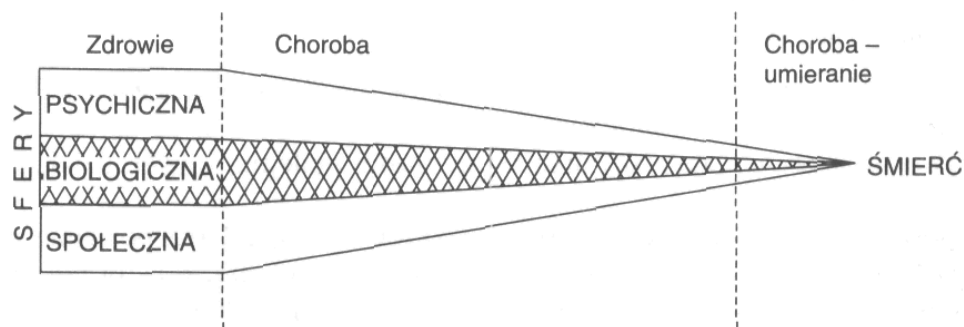
Ryc. 17. Etapy i fazy procesu pielęgnowania [50, s.146]



Ryc.18 Ciągłość i dynamika procesu pielęgnowania [50, s.148]



Ryc. 19 Proces pielęgnowania – logiczność i następstwo czasowe [50, s149]



Ryc. 20. Proces pielęgnowania (szerokie możliwości realizowania) [50, s.149]

Wymaganiem nowoczesnego pielęgnowania jest *komunikowanie się* z podmiotem opieki, z jego rodziną, osobami mu bliskimi, z zespołem terapeutycznym oraz z własną grupą zawodową. Należy pamiętać, że dobry, bliski kontakt z podmiotem opieki jest niezbędnym warunkiem do wzbudzenia jego zaufania i świadczenia zindywidualizowanej opieki oraz pozyskania go do współpracy na rzecz własnego stanu zdrowia. Drugim wymogiem jest dokumentowanie stanu podmiotu opieki oraz tego, co i dlaczego w stosunku do niego jest aktualnie wykonywane lub też będzie.

Dysponowanie danymi, które obejmują pacjenta całościowo, pozwala pielęgniarce na rozpoznanie aktualnego stanu podmiotu opieki pod względem biopsychospołecznym, kulturowym i duchowym.

Proces pielęgnowania jest dostosowany do oczekiwań i wymagań podmiotu opieki oraz warunków, w jakich opieka pielęgnarska jest realizowana. Zaletą takiej opieki jest satysfakcja doświadczana przez stronę pielęgnowaną i pielęgnującą [50].

1.3.3. Zasady opieki pielęgniarstwa nad pacjentem po nefrektomii z powodu raka nerki

Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem po zabiegach na nerce i miedniczce nerkowej polega na zwalczaniu wstrząsu pooperacyjnego - według standardu opieki pielęgniarstwa nad pacjentem poddanym operacji w obrębie jamy brzusznej - O doba pooperacyjna. Standard autorski opracowany w 2001 roku zamieszczony w aneksie jako załącznik nr 4.

Profesjonalna opieka nad pacjentem po operacji nerki w „O” dobie pooperacyjnej polega na:

- kontroli stanu świadomości pacjentki,
- monitorowaniu podstawowych funkcji życiowych: czynności serca (EKG), ciśnienia tętniczego krwi (RR), tętna (CPK), oddechu (SO₂), temperatury,
- obserwacji zabarwienia skóry, błon śluzowych,
- kontroli rany pooperacyjnej: opatrunku i drenażu (ilość i jakość wydzieliny),
- kontroli diurezy (cewnika Foley'a),
- kontroli bilansu płynów,
- walce z bólem poprzez podawanie leków p/w bólowych (monitoring bólu) oraz ciągłą kontrolę poziomu bólu odczuwanego przez pacjentkę,
- zapewnienie komfortu choremu,
- dokumentowanie wszystkich pomiarów wykonywanych u pacjentki w karcie intensywnego nadzoru pooperacyjnego (załącznik 14),
- dokumentowanie podanych pacjentce leków i płynów infuzyjnych,
- w razie konieczności natychmiastowe powiadomienie lekarza [51].

U chorego prowadzona jest karta intensywnego nadzoru pooperacyjnego, w której odnotowuje się pomiary w/w parametrów życiowych oraz ocenę ilości i charakteru wydzieliny z drenu, diurezę - ilość wydalonego moczu, bilans płynów oraz podane leki przeciw bólowe. Po usunięciu nerki częściowym lub nacięciu miąższu nerki grozi choremu *krwotok*. W objawach ogólnych można stwierdzić bladość powłok, spadek ciśnienia, przyspieszenie tętna, a miejscowo masywny krwimocz z wyciekaniem krwi z drenów. W przypadku wystąpienia tych objawów należy niezwłocznie powiadomić lekarza. W razie

potrzeby choremu przetacza się krew i płyny krwiozastępcze. Jeżeli objawy narastają, to należy dokonać reperacji.

W odróżnieniu od usunięcia nerki, po nacięciu mięszu niebezpieczeństwo krwawienia utrzymuje się co najmniej przez tydzień. W pierwszym przypadku chorego można uruchomić w 1 dobie po operacji, a w drugim chory powinien leżeć w łóżku 2-3 doby. Po operacyjnym podwieszeniu nerki chorego układa się w łóżku z elewacją kończyn dolnych. Stwarza to optymalne warunki zrośnięcia podwieszanej nerki z otaczającymi tkankami. Unieruchomienie chorego trwa aż 7 dni [34, s.125]. Po nacięciu miedniczki nerkowej rzadko obserwuje się krwotok. Często w okresie pooperacyjnym występuje przeciekanie moczu nie tylko przez założone dreny, lecz także z rany. Wymaga to częstych zmian opatrunków. Przeciekanie moczu z rany nie stanowi przeciwwskazań do szybkiego uruchomienia chorego, tj. w 1 dobie. W przypadku zakażenia dróg moczowych jest konieczne podawanie antybiotyków (ok. 7-10 dni), początkowo dożylnie lub we wlewie kroplowym, a następnie doustnie. Wszystkie dreny z okolicy nerkowej lub ewentualnej przetoki nerkowej odprowadzone są do worków na mocz jednorazowego użytku. Należy używać worków mających zawór umożliwiający spuszczenie z nich treści płynnej. Niewłaściwe odłączanie worków od drenu sprzyja powstawaniu zakażeń. Przy wymianie drenów, cewników itp. należy zwrócić szczególną uwagę, aby nie dopuścić do ich zakażenia z brudną bielizną, kocami itp. [34, s.126].

Drożność drenów przetoki nerkowej sprawdza się przez aspirowanie lub płukanie miedniczki (na zlecenie lekarza). Przy płukaniu używa się nie więcej niż 3-4 ml płynu – roztworu chlorku sodowego (NaCl), aby nie rozerwać kielichów sklepień nerkowych. W celu lepszego odpływu wydzieliny przyrannej chory powinien starać się leżeć na operowanym boku. Dren z okolicy okołonerkowej można usunąć, jeżeli nie wypływa z niego wydzielina. Zazwyczaj dokonuje się tego w 2 dobie po operacji. O usunięciu cewnika z przetoki decyduje stan chorego, stopień oczyszczenia moczu wypływającego z operowanej nerki, drożność moczowodu inne czynniki pozwalające na stwierdzenie, że proces chorobowy w nerce się cofa [34, s.126]. Cewnik Foley'a z pęcherza moczowego zazwyczaj usuwany jest w 2-3 dobie po operacji pod warunkiem, że mocz jest „czysty” (bez krwi) i diureza prawidłowa.

1.3.4. Problemy pielęgnacyjne występujące u pacjentów leczonych operacyjnie z powodu raka nerki

Choroba i diagnoza nowotworu zastaje człowieka w określonym czasie. Ma on za sobą lata nauki, pracy, doświadczeń oraz marzenia o przyszłości. Założył rodzinę, wychowuje dzieci, dba o bliskich, ma plany życiowe. Tymczasem pojawiają się niepokojące objawy, nasilające się z upływem czasu, które nie pozwalają na realizację wielu pragnień. W końcu zachodzi konieczność hospitalizacji i podjęcia długotrwałego leczenia. Stawia to personel medyczny i rodzinę pacjenta przed koniecznością zachowania się w taki sposób, aby wzmocnić motywację chorego oraz okazać mu życzliwość i pomoc. W tej sytuacji niezbędna staje się dokładna znajomość problemów, jakie napotyka pacjent i jego rodzina. Pozwala to na utrzymanie ścisłej współpracy między personelem pielęgniarstwa, a pacjentem i jego rodziną w celu minimalizowania skutków hospitalizacji i ubocznych skutków leczenia. Umożliwia również także właściwą realizację procesu pielęgnowania i zapewnienie profesjonalnej opieki. Aby skutecznie zwalczać chorobę, potrzeba nie tylko nowoczesnych metod leczenia, ale także nowoczesnego pielęgnowania. Indywidualny plan opieki pielęgniarstwa obejmuje całościowo pacjenta i jego rodzinę. Zastosowanie procesu pielęgnowania umożliwia włączenie pacjenta do współpracy, zwiększa akceptację i zrozumienie podejmowanych działań oraz wyzwala w chorym motywację do większej aktywności. Wszelkie proponowane działania są dla chorego bardziej zrozumiałe. Takie pielęgnowanie wyraża poszanowanie jego autonomii oraz zapewnia potrzebę bezpieczeństwa zaburzoną przez chorobę.

W tabeli 3 przedstawiono problemy pielęgnacyjne oraz standardy opieki w odniesieniu do pacjentki leczonej chirurgicznie z powodu raka nerki.

Tabela 3. Problemy pielęgnacyjne oraz standardy opieki u pacjentki leczonej chirurgicznie z powodu raka nerki [46, s.52-55]

Problemy pielęgnacyjne	Czynności pielęgniarские	Oczekiwany wynik działań pielęgniarских
<i>Niepokój związany z przyjęciem do szpitala</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zapoznanie z pielęgniarką opiekującą się pacjentem. 2. Zapoznanie z lekarzem leczącym. 3. Zapoznanie z topografią oddziału. 4. Zapoznanie z pacjentami na sali. 5. Zapoznanie z możliwościami kontaktu z rodziną (telefon, odwiedziny). 6. Zapoznanie z „Kartą praw pacjenta”. 7. Zapoznanie z „harmonogramem doby szpitalnej”. 8. Zapoznanie z planem opieki pielęgniarской. 	<ul style="list-style-type: none"> •Pacjent opanował niepokój, zdenerwowanie towarzyszące hospitalizacji. •Wzrosło poczucie bezpieczeństwa.
<i>Obniżony nastrój wynikający z rozpoznania choroby nowotworowej</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obecność przy pacjencie. 2. Określenie zapotrzebowania na wsparcie. 3. Stworzenie atmosfery bezpieczeństwa. 4. Zachęcanie do wyrażenia wątpliwości i pytań. 5. Umożliwienie pacjentowi odreagowania emocji. 6. Pomoc w kształtowaniu adekwatnego, realistycznego obrazu własnej choroby (rozmowy, wyjaśnienia). 7. Mobilizowanie do aktywnego współdziałania w procesie terapii wypracowanie motywacji, budowanie nadziei. 	<ul style="list-style-type: none"> •Nastąpiła poprawa nastroju. Pacjent jest skłonny do wyrażania swoich obaw i niepokoju.
<i>Lęk przed operacją i ograniczeniem samodzielności w okresie pooperacyjnym</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edukacja w zakresie rutynowego przygotowania do zabiegu. 2. Poinformowanie pacjenta o planie działań pielęgniarских przygotowujących bezpośrednio do operacji. 3. Poinformowanie o sposobach zapewnienia komfortu i bezpieczeństwa w okresie pooperacyjnym. 	<ul style="list-style-type: none"> •Pacjent zapoznany z planem opieki pielęgniarской, spokojny. • Wzmocniono poczucie bezpieczeństwa
<i>Lęk przed konsekwencjami leczenia operacyjnego (np. kalectwem)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stworzenie życzliwej atmosfery. 2. Umożliwienie kontaktu z innymi pacjentami po operacji. 3. Umożliwienie kontaktu z psychologiem. 4. Umożliwienie nieograniczonego kontaktu z najbliższą rodziną. 	<ul style="list-style-type: none"> •Wytworzono u pacjenta pozytywny stosunek do leczenia operacyjnego.
<i>Niebezpieczeństwo wystąpienia powikłań pooperacyjnych ze strony układu oddechowego</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obserwacja stanu świadomości. 2. Ułożenie pacjenta w wygodnej, bezpiecznej pozycji z głową odwróconą na bok. 3. Zastosowanie tlenoterapii. 4. Zapewnienie prawidłowego mikroklimatu w sali. 5. Obserwacja zabarwienia skóry. 6. Obserwacja, pomiar i dokumentowanie oddechów co 15 min. 7. Zapobieganie zachłyśnięciu się wymiocinami. 	<ul style="list-style-type: none"> •Pacjent oddycha prawidłowo. Organizm prawidłowo dotleniony. •Ścisła obserwacja pozwala na szybką interwencję.

Niebezpieczeństwo występowania krwotoku z rany pooperacyjnej	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obserwacja pacjenta (rany pooperacyjnej i parametrów życiowych oraz zabarwienia powłok, skórnych). 2. Obserwacja drenażu co do ilości i charakteru: wydzieliny (dokumentacja). 	<ul style="list-style-type: none"> • Obserwacja pozwala na wczesną interwencję w przypadku krwotoku.
Ból rany pooperacyjnej	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wygodne ułożenie w łóżku z zastosowaniem udogodnień. 2. Usunięcie czynników nasilających ból. 3. Zmniejszenie aktywności fizycznej. 4. Zapewnienie warunków ciszy i spokoju. 5. Podanie zleconych leków przeciwbólowych w stałych odstępach czasu przez całą dobę, za nim ból wystąpi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Złagodzone dolegliwości bólowe. • Pacjent głębiej oddycha i chętnie współpracuje w zakresie wczesnej rehabilitacji.
Wymioty treścią żołądkową	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zastosowanie bezpiecznej pozycji w łóżku, by nie dopuścić do zachłyśnięcia wymiocinami. 2. Obecność przy pacjencie. 3. Zapewnienie pomocy podczas wymiotów. 4. Podanie miski nerkowatej oraz płatków ligniny. 5. Pomoc przy toalecie jamy ustnej (przypadku uporczywych wymiotów zgłoszenie lekarzowi i podanie zleconych leków). 	<ul style="list-style-type: none"> • Likwidacja wymiotów i dyskomfortu z tym związanego.
Nieprzyjmowanie płynów i pożywienia drogą układu pokarmowego	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nawodnienie organizmu drogą dożylną. 2. Zniwelowanie uczucia suchości jamy ustnej poprzez nawilżanie błon śluzowych przegotowaną wodą. 3. Wykonanie toalety jamy ustnej. 4. Kontrola bilansu wodnego. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nawodnienie organizmu oraz zlikwidowanie dyskomfortu pacjenta.
Trudności w oddaniu moczu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nakłanianie pacjenta do oddania moczu. 2. Zapewnienie intymności, ciszy i spokoju. 3. Zastosowanie prowokacji poprzez odkręcenie kranu z wodą, tak aby było słychać plusk spuszczonej wody. 4. Podtrzymywanie chorego na basenie w pozycji siedzącej. <p>/ Założenie cewnika do pęcherza moczowego/.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacjent powinien oddać mocz.
Dyskomfort pacjenta spowodowany unieruchomieniem	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zapewnienie wygodnej pozycji ułożeniowej- pomoc przy zmianie pozycji w łóżku. 2. Pomoc przy zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych i zapewnienie warunków intymności. 3. Zapewnienie ciszy i spokoju. 4. Pomoc przy toalecie ciała oraz przy zmianie bielizny. 5. Prowadzenie gimnastyki oddechowej. 6. Stosowanie profilaktyki przeciwoleżynowej wg standardu obowiązującego na oddziale. 7. Umożliwienie kontaktu z rodziną. 	<ul style="list-style-type: none"> • Brak dyskomfortu z powodu unieruchomienia. • Dobre samopoczucie pacjenta sprzyja zdrowiu.
Możliwość wystąpienia obrzęku limfatycznego kończyny dolnej, spowodowanego usunięciem węzłów chłonnych pachwinowych.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Unieruchomienie i uniesienie kończyny dolnej (elewacja kończyn dolnych). 2. Ograniczenie wysiłku fizycznego poprzez pomoc w czynnościach higienicznych. 3. Ochrona kończyny przed wstrzyknięciami, skaleczeniami, uciskami. 	<ul style="list-style-type: none"> • Obrzęki kończyn nie powinny występować.

Ograniczona aktywność ruchowa spowodowana zabiegiem operacyjnym i związanym z nim bólem	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pomoc przy wstawaniu z łóżka. 2. Pomoc przy wykonywaniu czynności higienicznych. 3. Stosowanie profilaktyki przeciwodleżynowej. 4. Edukacja w zakresie rehabilitacji oddechowej. 5. Stosowanie rehabilitacji oddechowej, przeciwzakrzepowej. 6. Pomoc przy spożywaniu posiłków. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dobre samopoczucie oraz aktywna postawa chorego pomagają w odzyskiwaniu sprawności fizycznej.
Niebezpieczeństwo zakażenia rany pooperacyjnej	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obserwacja rany pooperacyjnej. 2. Zmiana opatrunku na ranie z zachowaniem zasad aseptyki. 3. Kontrola prawidłowości drenażu (dokumentowanie ilości wydzieliny). 	<ul style="list-style-type: none"> • Rana goi się przez rychłozrost.

2. CZĘŚĆ METODOLOGICZNA

2. 1. Cel pracy, problemy badawcze

Zdaniem Z. Skornego, określenie celu pracy (badań) oraz formułowanie problemów wymaga „uświadomienia sobie, po co podejmujemy badania oraz do czego mogą być przydatne uzyskane w nich wyniki” [45, s.12]. Cele określa się w odniesieniu do diagnozy pielęgniarskiej, sformułowanej na podstawie wyniku analizy stanu i sytuacji pacjenta. Wyznaczenie celu (celów) poprzedza ustalenie odpowiedzi na pytania.

Problem badawczy to pewne pytanie lub zespół pytań, na które odpowiedzi ma dostarczyć badanie [32].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie zakresu opieki pielęgniarskiej nad pacjentką z rakiem nerki po radykalnej nefrektomii.

Problem główny

Jaki jest zakres opieki pielęgniarskiej nad pacjentką z rakiem nerki po radykalnej nefrektomii?

W celu przedstawienia tematu pracy sformułowano następujące **problemy badawcze**:

1. Jakie problemy pielęgnacyjno-opiekuńcze występują u chorej z rakiem nerki po radykalnej nefrektomii?
2. Które z problemów występujących u chorej są dla niej najbardziej uciążliwe?
3. Jak należy zaplanować profesjonalną opiekę nad chorą?
4. Jakie działania pielęgnacyjno-opiekuńcze powinna podjąć pielęgniarka w celu rozwiązania występujących problemów?
5. Jak należy przygotować chorą do samoopieki?

2.2. Metody badań naukowych

Specyfika pielęgniarstwa polega na tym, że nie może ono, tak jak inne dziedziny medycyny, oprzeć się jedynie na wiedzy przyrodniczej. Jest wyraźnie interdyscyplinarne i bazuje na dorobku nauk przyrodniczych, jak i społecznych. Dotyczy to również stosowanych w naukach przyrodniczych metod badawczych. W niniejszym rozdziale zostanie przedstawiona metoda indywidualnych przypadków, która ma zastosowanie w pielęgniarstwie.

Studium przypadku jest jakościowym opisem fragmentu rzeczywistości oraz jej interpretacją. Służy do zbierania wszelkiego rodzaju informacji na temat przypadku, a w szczególności o sytuacji rodzinnej, społecznej, środowiskowej, materialno-bytowej, psychicznej, fizycznej czy innej badanej osoby. Ważny jest także wpływ sytuacji społecznej czy środowiskowej na swoisty rodzaj życia danej jednostki [32]. Metoda indywidualnych przypadków to badanie opisowe podejmowane ze względu na rodzaj problemu badawczego, który wymaga wykorzystania metody odnoszącej się do pojedynczego przypadku lub niewielkiej ich liczby [32]. Metoda indywidualnych przypadków to także sposób badań polegających na analizie jednostkowych losów ludzkich, uwikłanych w określone sytuacje z nastawieniem na opracowanie diagnozy przypadku lub zjawiska w celu podjęcia działań terapeutycznych. Końcowym etapem tych prac jest opis danego przypadku. Analiza taka może mieć charakter uszczegółwiający bądź uogólniający. *Analizę uszczegółwiającą* przeprowadzić należy wówczas, gdy dokonany opis danego przypadku ma stanowić podstawę do określenia przyczyn choroby jednostki powstających podczas życia jednostki. *Analizę uogólniającą* stosować należy wówczas, gdy dokonany opis pojedynczego przypadku lub pewnej liczby przypadków stanowić ma podstawę do uogólnień, do wskazania na występujące nieprawidłowości, czy nawet do tworzenia teorii opierających się na różnych przypadkach [32]. Należy pamiętać o tym, że problem „indywidualnego przypadku” rzadko

jest autonomicznie istniejącym przypadkiem – pewnym stanem. Najczęściej jest on następstwem działania wielu czynników, wielu sytuacji, zdarzeń i okoliczności działających w środowisku życia osoby. Jest jednym z wielu elementów syndromu czynników wpływających na jednostkę i dlatego może być właściwie oceniony i zinterpretowany w całości kształcie jego uwarunkowań i z uwzględnieniem kontekstu w jakim występuje [32]. Wynikiem badania jest opis pacjentki obejmujący stan fizyczny, psychiczny, społeczny, emocjonalny, przyczyny zachorowania, problemy rodzinne, patologie, sytuację materialną, społeczną itp.

2.3. Techniki i narzędzia badawcze

W pielęgniarstwie, podobnie jak w innych dyscyplinach prowadzących badania empiryczne stosuje się różne techniki badawcze. O zastosowaniu takiej bądź innej techniki decyduje rodzaj materiałów i informacji, które uznaje się za ważne dla udzielenia odpowiedzi na postawione pytania badawcze.

Technika to zespół konkretnych czynności praktycznych związanych ze zbieraniem i opracowywaniem materiałów niezbędnych do przeprowadzenia analizy i wysuwania na tej podstawie wniosków i uogólnień [32]. Stosowanie w badaniach określonej techniki wymaga opanowania szeregu praktycznych umiejętności, prostych i jednorodnych, związanych między innymi z zaplanowaniem i zorganizowaniem badań, ich przeprowadzeniem, opracowaniem właściwych narzędzi badawczych i zbieraniem za ich pomocą materiałów i informacji czy dokonywanie pomiaru, klasyfikacji i oceny.

Techniki badawcze można podzielić w zależności od przyjętego kryterium. Biorąc pod uwagę sposób, w jaki badacz zdobywa informacje, można je podzielić na techniki bezpośrednie i pośrednie. **O bezpośrednich technikach** badawczych mówimy wówczas, gdy badacz zdobywa informacje w sposób bezpośredni. Do bezpośrednich technik zbierania materiałów można zaliczyć wszelkie odmiany wywiadów zarówno indywidualnych, jak i zbiorowych oraz wszelkie typy bezpośrednich rozmów. Jeśli uzyskanie informacji odbywa się za pośrednictwem kogoś lub czegoś, wówczas mówimy o **technikach pośrednich**. Zaliczyć do nich można wszelkie prace czy wytwory działania badanych, jak i analizę dokumentów [32].

W zależności od środków badawczych, jakimi posługuje się badacz w procesie ich zbierania, wszystkie techniki badawcze można podzielić na standaryzowane i niestandaryzowane. **Techniki standaryzowane** to takie, w których wszelkie środki badawcze związane z pozyskaniem materiałów i informacji są dalece ujednolicone

i wystandaryzowane. Do narzędzi tych zaliczyć należy: historię choroby, kartę obserwacyjną, ankietę anestezyjologiczną, proces pielęgnowania itp. Do najczęściej stosowanych w badaniach technik standaryzowanych należy zaliczyć: obserwację kontrolowaną, wywiad kwestionariuszowy, ankietę itp. **Techniki niestandaryzowane** to takie, w których środki badawcze nie są ujednolicone. Ten fakt wpływa na znacznie większą swobodę w gromadzeniu danych odnoszących się do zjawisk oraz w ich opracowywaniu.

Do niestandaryzowanych technik badawczych należy zaliczyć: obserwację swobodną – niekontrolowaną, wywiad swobodny, wszelkiego rodzaju informacje zawarte w dokumentach, wytworach działania, notatkach itp. [32].

Dla zdobycia w miarę pełnych, wiarygodnych i obiektywnych informacji, w badaniu wykorzystano następujące techniki badawcze: wywiad, obserwację pielęgniarstwa, pomiary, analizę dokumentów [50].

Wywiad pielęgniarstwa jest to zaplanowana, ukierunkowana rozmowa z pojedynczym pacjentem lub grupą osób np. z rodziną, mającą doprowadzić do zgromadzenia wiarygodnych danych (obiektywnych i subiektywnych) [51]. Służy najczęściej do zbierania informacji o interesujących badacza sprawach lub zjawiskach zaistniałych w przeszłości bądź tych, które mogą zaistnieć [9].

Rozróżnia się dwa rodzaje wywiadu w badaniach pielęgniarstwa:

- *wywiad środowiskowy*, którego głównym celem jest zebranie możliwie jak najliczniejszych faktów o środowisku,
- *wywiad opiekuńczy*, pozwala zgromadzić informacje o potrzebach podopiecznego, jego trudnościach i niedomaganiach [9].

Obserwacja pielęgniarstwa jest najbardziej wartościową i najczęściej stosowaną techniką badawczą. Jest ona stałym elementem procesu pielęgnowania. Przez obserwację rozumiemy zespół czynności polegających na celowym, planowym i selektywnym gromadzeniu informacji drogą spostrzeżeń w ich naturalnym przebiegu i bez jakiegokolwiek ingerencji obserwatora [32]. Może być stosowana w celu uzupełnienia posiadanych już informacji, potwierdzenia tego, co już wiadomo o podmiocie opieki sprawdzenia wiarygodności danych zgromadzonych wcześniej, pochodzących np. z wywiadu przeprowadzonego z pacjentem [51].

Dokumentacja jest źródłem informacji o ludziach, przedmiotach i zdarzeniach, jakie miały miejsce w określonym czasie. Dzięki niej można dokładnie poznać interesujący badacza wycinek rzeczywistości [9]. Danych o stanie zdrowia podopiecznego dostarczają

karty badań profilaktycznych, badań wstępnych, karty zdrowia i choroby oraz wyniki badań laboratoryjnych i specjalistycznych. Posługując się dokumentacją, należy uprzednio sprawdzić jej autentyczność i wiarygodność. Szczególną wartość dla pracy pielęgniarki mają te dokumenty, które zawierają nie tylko opisy suchych faktów, ale jednocześnie wskazują na ich przyczyny. Dzięki takim działaniom można bardziej precyzyjnie ukierunkować swoje działania.

Pomiary pozwalają zaobserwować jakie zmiany zachodzą w organizmie człowieka, oraz czy te zmiany idą w dobrym kierunku, np. czy spadek masy ciała jest parametrem pozytywnym czy wręcz przeciwnie, świadczy o patologicznych procesach zachodzących w ciele chorego [9]. Do pomiarów służą specjalistyczne narzędzia, odpowiednio wyskalowane. Należą do nich: wzrostomierz, waga, sfigmomanometr i inne. Pomiar polega na odczytywaniu jednostek na odpowiedniej skali. Pielęgniarka dokonuje różnych pomiarów dla oceny funkcjonowania organizmu jako całości lub niektórych jego części. Pomiary dotyczą: masy ciała, wzrostu, jak również temperatury ciała, pojemności klatki piersiowej, siły mięśni, ostrości wzroku, słuchu, wielkości ciśnienia krwi, szybkości tętna itd. Aby na podstawie uzyskanych danych ocenić sprawność funkcjonowania jakiegoś układu, trzeba je porównać z odpowiednimi normami takimi jak: BMI, normy ciśnienia krwi, tablice prawidłowej częstotliwości tętna itp. Pomiary, o których mowa, dotyczą sposobów badania odchyleń w funkcjonowaniu organizmu badanej jednostki [9, 32].

Omówione techniki umożliwiają uwzględnienie kontekstu w jakim przypadło danej osobie żyć, wychowywać się, pracować, działać.

Analiza dokumentów odwołuje się do materiałów zebranych i opracowanych przez innych i znajdujących się w licznych dokumentach, w tym w szczególności w notatkach i dokumentach sporządzonych podczas wizyt lekarskich i pielęgniarskich w szpitalu, jak również podczas wizyt kontrolnych w gabinecie lekarza rodzinnego. Dla pielęgniarki źródłami tymi są: wypisy ze szpitala, dokumentacja pielęgniarska, lekarza rodzinnego, specjalisty, wyniki badań laboratoryjnych, rentgenowskich i innych [9]. Wszystkie one dokumentują działalność tych instytucji w różnych okresach czasu. Dzięki nim, jeżeli były rzetelne i dokładnie sporządzone, możemy lepiej zrozumieć problemy minionego okresu, jak również możemy opisać i wyjaśnić zachodzące na przestrzeni minionego czasu zmiany w stanie zdrowia chorej. Można je również wykorzystać dla celów porównawczych [32]. Analizie zostały poddane następujące dokumenty: historia choroby, historia pielęgnowania, karta gorączkowa, indywidualna karta zleceń lekarskich, indywidualna karta badań, karty opieki pielęgniarskiej, karta obserwacyjna REAL-1 (ocena ryzyka wystąpienia odleżyn-wg.

J. Waterlow), przedoperacyjna ankieta anestezyjologiczna, karta przygotowania pacjentki do zabiegu operacyjnego, karta intensywnego nadzoru pooperacyjnego oraz karta obserwacji codziennej chorej (raport).

Wyżej wymieniona dokumentacja dostarczyła pełnego zakresu informacji dotyczących:

- danych personalnych pacjentki,
- sytuacji zdrowotnej,
- danych o funkcjonowaniu poszczególnych układów,
- wydolności samoobsługowej,
- stopnia edukacji na temat diety po zabiegu operacyjnym,
- stosowanego leczenia farmakologicznego,
- stanu psychicznego,
- sytuacji rodzinno-społecznej.

Narzędzia badawcze to skonkretyzowane sposoby realizowania zamierzonych celów [51]. Definiowane także jako środek pomocniczy, wykorzystywany przy gromadzeniu materiałów empirycznych, przydatnych przy rozwiązaniu podjętego problemu badań [13].

Narzędziem badawczym przygotowanym dla potrzeb tego badania jest arkusz do zbierania danych o pacjentce, zamieszczony w aneksie jako załącznik 4.

Arkusz składa się z sześciu głównych części:

- Część pierwsza – zawiera dane personalne o pacjencie.
- Część druga – zawiera informacje na temat dotychczasowego zdrowia.
- Część trzecia – zawiera informacje na temat aktualnego stanu zdrowia: obecnej choroby, jej przebiegu i sposobów radzenia sobie z nią, a także nastawienie pacjentki do choroby, sytuacji zdrowotnej i życiowej oraz oczekiwania związane z leczeniem. Zawiera także opis problemów, które dla chorej są najistotniejsze i stanowią dla niej barierę natury fizycznej, psychicznej oraz społecznej. Przedstawiona jest także wydolność pacjenta w zakresie wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego.
- Część czwarta – opisuje stan psychiczny chorego, nastrój, możliwości umysłowe w zakresie rozumowania, zapamiętywania i logicznego myślenia.
- Część piąta – zawiera informacje dotyczące warunków mieszkaniowych, sytuacji rodzinnej i materialnej oraz stosunków panujących w rodzinie.

- Część szósta – zawiera dokładny opis wydolności i funkcjonowania poszczególnych narządów i układów ze szczególnym uwzględnieniem układu moczowo-płciowego.

2.5. Organizacja, przebieg i teren badań

Badania przeprowadzono w listopadzie 2006 roku w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Sanoku, w Oddziale Chirurgii z Pododdziałem Urologii. Objęto nimi jedną pacjentkę, która była leczona w tym szpitalu z powodu raka nerki. Była to kobieta w wieku 64 lat, skierowana do szpitala przez lekarza pierwszego kontaktu.

Szpital, w którym przeprowadzono badania dysponuje około 500 łózkami i mieści 16 oddziałów, w tym 4 oddziały zabiegowe. Posiada także wysoko specjalistyczną aparaturę diagnostyczną: rezonans magnetyczny, tomograf komputerowy oraz własne laboratorium mikrobiologiczne. Oddział chirurgii z pododdziałem urologii znajduje się na pierwszym piętrze szpitala i dysponuje 70-ma łózkami. W jego skład wchodzi: dwie sale pooperacyjne (męska i żeńska), dwie sale opatrunkowe (aseptyczna i septyczna), dyżurka pielęgniarska, dyżurka lekarska, sale chorych 3-9 łózkowe, izolatki oraz węzeł sanitarny.

Informacje ujęte w arkuszu danych o pacjencie pochodzą z obserwacji, wywiadu, pomiarów i analizy dokumentów. Rozmowy przeprowadzono z pacjentką podczas hospitalizacji. Podczas zbierania wywiadu uzyskano informacje na temat przebytych chorób, chorób współistniejących, oraz aktualnego stanu zdrowia pacjentki.

Obserwacja była prowadzona w szpitalu przez 7 dni, w listopadzie 2006 roku. Pacjentka była bardzo komunikatywna i chętna do udzielania informacji na temat swojej choroby. Chora zdawała sobie sprawę z powagi choroby, przewidywanego zabiegu i leczenia. Traktowała to jednak w wymiarze przejściowych kłopotów zdrowotnych i w życiu rodzinnym. Pacjentka miała bardzo dobry kontakt z rodziną i przyjaciółmi, mogła zawsze liczyć na wsparcie z ich strony. Wiązała także nadzieję, że jej stan zdrowia ulegnie znacznej poprawie w związku z planowanym zabiegiem operacyjnym. Rozumiała potrzebę wykonywanych u niej badań i związanych z tym przygotowań, chętnie współpracowała z zespołem terapeutycznym. Była świadoma konieczności wprowadzenia zmian i ograniczeń w swoim życiu po wykonanej operacji. Liczyła na pomoc personelu medycznego oraz rodziny

i przyjaciół. Była otwarta na wszelkie zalecenia i wskazówki dotyczące pobytu w szpitalu i samopielęgnacji w domu.

Ze względu na ochronę danych osobowych pacjentki, która leczyła się w szpitalu, oraz z uwagi na obowiązującą mnie tajemnicę zawodową dane osobowe chorej zostały zmienione.

3. CZĘŚĆ BADAWCZA

3.1. Charakterystyka badanej pacjentki

Pacjentka lat 64, przyjęta w oddział chirurgiczny z pododdziałem urologii celem wykonania zabiegu operacyjnego z powodu potwierdzonego w TK guza nerki lewej z objawową kamicą pęcherzykową.

W wywiadzie chora podaje, że:

- jest to jej kolejny pobyt w szpitalu, lecz pierwszy z tego powodu,
- guz nerki lewej wykryto przypadkowo podczas badania USG jamy brzusznej,
- kamicę pęcherzyka żółciowego miała stwierdzoną podczas badania USG jamy brzusznej,
- leczy się od wielu lat na nadciśnienie tętnicze II⁰ i zażywa codziennie następujące leki: Bisocard, Amlopin, Captopril,
- nie jest uczulona na żadne leki i nie leczy się na alergię.

Parametry przy przyjęciu:

RR 150/90mmHg. ; Tętno 80ud/min.; Waga 68kg.; Wzrost 170cm.

DANE Z HISTORII PIELEGNOWANIA:

I. Ocena sprawności fizycznej przy przyjęciu:

1. Poruszanie - samodzielne
2. Czynności - samodzielne
3. Spożywanie posiłków - samodzielne
4. Czynności fizjologiczne - samodzielne

II. Ocena stanu psychicznego/społecznego:

1. Świadomość / kontakt - pełna
2. Pamięć - pełna
3. Nastrój - obniżony
4. Komunikowanie / mowa - bez zmian
5. Stan społeczny / uwagi - nie pracuje, mężatka /mieszka z mężem/.

III. Ocena ryzyka wystąpienia odleżyn – wg. J. Waterloow.

1. Budowa ciała - średnia 0 pkt.
2. Stan skóry - zdrowa 0 pkt.
3. Płeć - kobieta 2 pkt.
Wiek - 50-64 2 pkt.
4. Wypróżnianie - pełne 0 pkt.
5. Operacje - brak 0 pkt.

6. Zdolność ruchowa	- pełna	0 pkt.
7. Apetyt	- przeciętny	0 pkt.
8. Niedozżywienie tkanki	- schorzenia	0 pkt.
9. Choroby inne	- jak wyżej	1 pkt.
10. Przyjmowane leki /sterydy/	- brak	0 pkt.

Suma punktów: 5 pkt. = niskie ryzyko wystąpienia odleżyn!

3.2. Analiza zebranych danych i diagnoza pielęgniarska u pacjentki z rakiem nerki

Dane pozyskane w badaniu tworzą bank informacji o pacjentce (środowisku). Ich zakres i charakter zależny jest od tego, na ile poznano podmiot opieki, czyli pacjentkę w obrębie jej biopsychospołecznego funkcjonowania.

W praktyce szpitalnej zakres i charakter gromadzonych danych podporządkowany jest formule arkuszy wykorzystywanych w danym zakładzie opieki zdrowotnej np. historia choroby, historia pielęgnowania [53]. Dokumenty te ukierunkowały osobę badającą oraz określiły obszar, w obrębie którego należy gromadzić informacje. Można o nich powiedzieć, że są swego rodzaju przewodnikami, pomocnymi w pracy z pacjentką. Informacje zawarte w arkuszach pozwalają na udokumentowanie zgromadzonych danych.

Z analizy zebranych danych ustalono, że:

- w trakcie gromadzenia danych i dokumentacji nie doszło do pominięcia jakiejś informacji istotnej dla przyszłego pielęgnowania,
- zgromadzone dane są wiarygodne (odnoszą się do pacjenta i jego środowiska),
- zgromadzone dane są pełne (w tym dotyczące tego co jest obiektywnym faktem, ale i subiektywnie odbieranie przez danego człowieka),
- nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości i zakłóceń występujących w trakcie gromadzenia danych.

Na podstawie zastosowanych technik badawczych w studium przypadku, stwierdzono, że wywiad był zaplanowany, celowy i ukierunkowany. Zadawane pytania miały na celu zebranie wiarygodnych danych o podmiocie opieki: przebiegu choroby, wiedzy na temat jednostki chorobowej oraz środowisku pacjentki. Obserwowano pacjentkę: jej zachowanie, relacje z rodziną oraz stosunek wszystkich do choroby i zaistniałej sytuacji.

Analiza zgromadzonych dokumentów pozwoliła na zgromadzenie wstępnych opisowych oraz ilościowych danych o pacjentce i jego środowisku. Wypełniony arkusz do zbierania danych o pacjentce został zamieszczony w aneksie jako załącznik 4.

Pacjentka X, Y została przyjęta w Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Urologii z rozpoznaniem: Tu renis sin. Cholecystolithiasis celem wykonania planowego zabiegu operacyjnego.

Na podstawie analizy zebranych danych i informacji zawartych w narzędziu badawczym postawiono w stosunku do pacjentki leczonej operacyjnie z powodu raka nerki następujące **diagnozy pielęgniarskie** (problemy pielęgnacyjne):

1. Lęk i niepokój związany z hospitalizacją i stanem zdrowia.
2. Niepokój chorej z powodu planowanych badań, brak wiedzy na temat tych badań.
3. Lęk przed zabiegiem operacyjnym.
4. Pacjentka operowana w znieczuleniu ogólnym i dokręgowym.
5. Niebezpieczeństwo wystąpienia powikłań pooperacyjnych ze strony układu oddechowego.
6. Możliwość wystąpienia zaburzeń ze strony układu krążenia.
7. Możliwość wystąpienia powikłań ze strony układu pokarmowego: nudności, wymioty, zalegania i odbijania.
8. Możliwość wystąpienia zaburzeń ze strony układu nerwowego: ból rany pooperacyjnej, obniżenie nastroju, zaburzenia termoregulacji, zaburzenia snu.
9. Możliwość wystąpienia zaburzeń ze strony układu moczowo-płciowego, obecność cewnika Foley'a w pęcherzu moczowym.
10. Ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej.
11. Ryzyko wystąpienia krwawienia z okolicy rany pooperacyjnej.
12. Niebezpieczeństwo zakażenia wynikające z konieczności utrzymania kilkudniowego wkłucia dożylnego i dokręgowego.
13. Niepokój pacjentki wynikający z niepewności o wyniki leczenia.
14. Ograniczenie aktywności, która jest spowodowana bólem, unieruchomieniem, obecnością drenów i cewnika.
15. Ograniczenia dietetyczne spowodowane wykonywanym zabiegiem operacyjnym.
16. Obawy pacjentki związane z funkcjonowaniem w środowisku życia po zakończonym leczeniu szpitalnym.

Prawidłowe, jednoznacznie sformułowane diagnozy pielęgniarские wyraźnie sugerują cel lub cele, jakie należy postawić i zrealizować, aby doprowadzić do osiągnięcia takiego stanu, który jest pożądany dla pacjentki (rodziny).

3.3. Planowanie opieki nad pacjentką leczoną operacyjnie z powodu raka nerki

Wyznacznikiem pożądanych rezultatów pracy pielęgniarки chirurgicznej jest takie przygotowanie do zabiegu, które gwarantować będzie pacjentce niepowikłany przebieg okresu pooperacyjnego. Planowanie opieki nad pacjentką leczoną operacyjnie z powodu raka nerki przedstawiono w oparciu o proces pielęgnowania.

I DZIEN POBYTU

Problem I

- **Lęk i niepokój chorej związany z hospitalizacją i stanem zdrowia.**

Cel opieki:

- Minimalizowanie lęku.

Plan działań:

- Obecność przy pacjentce, zapewnienie chorej poczucia bezpieczeństwa i wzbudzenie zaufania do personelu medycznego.
- Zapoznanie z topografią oddziału, pacjentami na sali.
- Zapoznanie z harmonogramem doby szpitalnej, kartą praw o pacjenta.
- Zapoznanie z lekarzem leczącym.
- Umożliwienie kontaktu z rodziną, osobą duchowną.

Wynik działań:

- Pacjentka opanowała lęk i niepokój towarzyszący hospitalizacji.
- Pacjentka ma umożliwiony kontakt z lekarzem, rodziną i osobą duchowną.
- Wzrosło poczucie bezpieczeństwa pacjentki i jej rodziny.

Problem II

- Niepokój chorej z powodu planowanych badań, brak wiedzy na temat tych badań.

Cel opieki:

- Przygotowanie psychiczne chorej do badań.
- Właściwe pobranie i zabezpieczenie materiału do badań.
- Zabezpieczenie krwi do zabiegu.

Plan działań:

- Wyjaśnienie celowości planowanych badań.
- Poinformowanie chorej o sposobie pobierania materiału do badań (krew, moczu), przygotowanie chorej (na czczo).
- Prawidłowe pobranie, oznakowanie, zabezpieczenie i transport badań do właściwej pracowni.
- Obecność przy chorej w czasie wykonywania badań dodatkowych.

Wynik działań:

- Pacjentka została poinformowana o celowości i sposobie pobrania badań.
- Pacjentka została właściwie przygotowana do pobrania badań.
- Materiał do badań został dostarczony do właściwej pracowni zgodnie z obowiązującymi procedurami w oddziale.
- Zabezpieczono krew do zabiegu: oznaczono grupę krwi pacjentki, zarezerwowano 2j. KKCZ i skrzyżowano 2 j. KKCZ.
- Pielęgniarka była obecna przy chorej w czasie wykonywania badań dodatkowych.
- Niepokój u chorej zminimalizowano.

Problem III

- **Lęk przed zabiegiem operacyjnym.**

Cel opieki:

- Przygotowanie chorej do zabiegu operacyjnego psychiczne i fizyczne, dalsze i bliższe – zgodnie ze standardem.
- Obniżenie lęku u pacjentki.

Plan działań w dniu poprzedzającym zabieg operacyjny:

- Przygotowanie chorej i dokumentacji do konsultacji lekarza anestezjologa.
- Rozmowa z chorą, przygotowanie przewodu pokarmowego - wykonanie hegaru.
- Poinformowanie o zachowaniu diety ścisłej od godz. 22⁰⁰ w dniu poprzedzającym zabieg.
- Poinformowanie o konieczności kąpieli i zmiany bielizny osobistej pacjentki (w razie potrzeby pomoc).
- Poinformowanie o konieczności usunięcia makijażu i lakieru z paznokci.
- Przygotowanie pola operacyjnego – ogolenie włosów z obszaru ciała, gdzie zaplanowany jest zabieg.
- Podanie zleconego leku p/w zakrzepowego w fałd brzuszny – Fraxiparyny 0.4ml.
- Podanie zleconego przez lekarza anestezjologa leku nasennego– Estazolamu 2mg.
- Dokumentowanie wykonania wszystkich czynności: karta gorączkowa (załącznik 7), karta zleceń lekarskich (załącznik 8), karta przygotowania pacjentki do zabiegu (załącznik 13).

Plan działań w dniu zabiegu operacyjnego:

- Podanie doustne leków zleconych przez anestezjologa, np. obniżających ciśnienie krwi.
- Przypomnienie pacjentce o dalszej konieczności pozostania na czczo.
- Sprawdzenie czy nie zaistniały przeciwwskazania do wykonania zabiegu, np.: gorączka, nieżyt górnych dróg oddechowych, podwyższone ciśnienie tętnicze, zmiany na skórze, miesiączka.
- Zaleca się pacjentce wykonanie toalety porannej.
- Przypomina się o konieczności usunięcia wszelkiej biżuterii oraz protez zębowych.
- Prosi się pacjentkę, aby przed zabiegiem oddała mocz.
- Przebiera się pacjentkę w bieliznę operacyjną.
- Zakłada się elastyczne opaski na kończyny dolne bandażując od stóp po uda (profilaktyka zakrzepowo-zatorowa).
- Zakłada się wkłucie obwodowe i podaje dożylnie zlecony antybiotyk zgodnie z kartą zleceń – Cefazolin 1g. (profilaktyka okołoperacyjna).
- Informuje się chorą o konieczności pozostania w łóżku po podanej premedykacji.
- Dokumentuje się wykonanie wszystkich czynności.

Wyniki działań:

- Pacjentkę przygotowano do zabiegu operacyjnego zgodnie ze standardem (przygotowanie dalsze i bliższe, psychiczne i fizyczne).
- Obniżono u pacjentki lęk przed zabiegiem operacyjnym.

II DZIEŃ POBYTU – „0” DOBA POPERACYJNA

Pacjentkę w dniu zabiegu otoczono troskliwą opieką pooperacyjną według autorskiego standardu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem poddanym operacji w obrębie jamy brzusznej – „0” doba pooperacyjna (załącznik 5).

Problem IV

- **Pacjentka operowana w znieczuleniu ogólnym i dokręgowym.**

Cel opieki.

- Zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym z powodu w/w znieczulenia.

Plan opieki:

- Ułożenie chorej w pozycji płaskiej z uniesioną głową pod kątem 30°
- Zastosowanie drenażu ułożeniowego.
- Podłączenie pacjentki do monitora - pomiar i dokumentowanie wartości podstawowych parametrów życiowych.
- Współdziałanie w uzupełnianiu płynów przez wlew kroplowy zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Współdziałanie w farmakoterapii bólu zgodnie z indywidualną kartą zleceń.
- Prowadzenie karty intensywnego nadzoru pooperacyjnego.

Wynik działań:

- Nie wystąpiły żadne powikłania pooperacyjne w związku z zastosowanym rodzajem znieczulenia.

Problem V

- **Niebezpieczeństwo wystąpienia powikłań pooperacyjnych ze strony układu oddechowego.**

Cel opieki

- Utrzymanie prawidłowej wymiany gazowej.
- Wczesne wykrycie zaburzeń oddychania.

Plan działania:

- Sprawdzenie drożności dróg oddechowych.
- Zastosowanie tlenoterapii przez minimum 2 godziny po zabiegu operacyjnym.
- Obserwacja, pomiar i dokumentowanie oddechów.
- Zapewnienie prawidłowego mikroklimatu w sali pooperacyjnej.
- Obserwacja zabarwienia skóry.

Wynik działań:

- Nie wystąpiły żadne powikłania pooperacyjne ze strony układu oddechowego.

Problem VI

- **Możliwość wystąpienia zaburzeń ze strony układu krążenia.**

Cel opieki:

- Utrzymanie prawidłowej pracy serca – zapobieganie powikłaniom krążeniowym.
- Wczesne zauważenie nieprawidłowości wskaźników pracy serca ciśnienia i tętna.
- Profilaktyka zakrzepowo-zatorowa.

Plan opieki:

- Podłączenie chorej do monitora (kardiomonitora i pulsoksymetru).
- Obserwacja, pomiar, dokumentowanie: ciśnienia, tętna, wykresu EKG. –wg. standardu.
- Obserwacja chorej pod kątem: bradykardii, tachykardii, bólu, sinicy, obrzęku.
- Zgłoszenie lekarzowi objawów niepokojących.
- Podanie zleconych leków antyarytmicznych, wykonanie zleconych badań laboratoryjnych.
- Podawanie leków przeciwzakrzepowych podczas hospitalizacji chorej i wczesne uruchamianie pacjentki już w 1 dobie po zabiegu.

Wynik działań:

- Wystąpiły wczesne powikłania pooperacyjne ze strony układu krążenia, nieprawidłowości zgłoszono natychmiast lekarzowi.
- Podano zlecone leki, pobrano krew na kontrolne badania, wykonano EKG.
- Uzyskano szybką normalizację ciśnienia tętniczego (RR) i tętna (CPK).
- Samopoczucie chorej uległo znacznej poprawie.

Problem VII

- **Możliwość wystąpienia powikłań ze strony układu pokarmowego: nudności, wymioty, zalegania i odbijania.**

Cel opieki:

- Zapobieganie powikłaniom wodnoelektrolitowym i utracie białka.
- Złagodzenie w/w dolegliwości.
- Przywrócenie funkcji fizjologicznej czynności układu pokarmowego.
- Zapewnienie bezpieczeństwa i higieny.

Plan opieki:

- Obecność przy pacjentce.
- Ułożenie w bezpiecznej pozycji w łóżku, by nie dopuścić do zachłyśnięcia wymiocinami.
- Zapewnienie pomocy podczas wymiotów.
- Podanie miski nerkowatej, płatków ligniny, pomoc przy toalecie jamy ustnej.
- Obserwacja chorej, kontrolowanie i udokumentowanie ilości i treści wymiocin.
- Wietrzenie pomieszczenia i polecenie wykonania głębokich oddechów.
- W razie uporczywych wymiotów zgłoszenie lekarzowi i podanie leków p/w wymiotnych zgodnie ze zleceniem lekarskim.

Wynik działań:

- Chora wymiotowała dwa razy treścią pokarmową w niewielkiej ilości.
- Powiadomiono lekarza i podano dożylnie lek p/w wymiotny – Metaclopramid 1 amp.
- Dolegliwości ustąpiły.
- Zapewniono chorej bezpieczeństwo i higienę.

Problem VIII

- **Możliwość wystąpienia zaburzeń ze strony układu nerwowego: ból rany pooperacyjnej, obniżenie nastroju, zaburzenia termoregulacji, zaburzenia snu.**

Cel opieki.

- Wczesne wykrycie zaburzeń ze strony układu nerwowego.
- Maksymalne zmniejszenie bólu, zlikwidowanie zaburzeń termoregulacji, zaburzeń snu i obniżenia nastroju.

Plan opieki:

- Ułożenie chorego w wygodnej pozycji, okrycie dodatkowym kocem.
- Zapewnienie komfortu psychicznego ciszy i spokoju.
- Obserwowanie symptomów bólu: bladość, napady pocenia się, zaczerwienienie, wzrost lub spadek ciśnienia krwi, tachykardia.
- Prowadzenie monitoringu bólu (podawanie analgetyków według karty zleceń i według godzin i doraźnie).
- Kontrola temperatury i podanie na zlecenie lekarskie leków p/w gorączkowych, a w razie trudności ze snem – leku nasennego.

Wynik działań:

- Nie wystąpiły żadne powikłania ze strony układu nerwowego.
- Pacjentka otrzymywała leki przeciwbólowe według karty zleceń i według rozpisanych godzin.
- Nie gorączkowała.
- W nocy spała, gdyż otrzymywała także leki przeciwbólowe do cewnika dokręgowego.

Problem IX

- **Możliwość wystąpienia zaburzeń ze strony układu moczowo-płciowego, obecność cewnika Foley'a w pęcherzu moczowym.**

Cel opieki:

- Zapewnienie drożności cewnika.
- Ochrona dróg moczowych przed zakażeniem.

Plan opieki:

- Stała kontrola drożności cewnika: obserwacji ilości i jakości moczu.
- Dokumentacja ilości i jakości moczu w karcie intensywnego nadzoru pooperacyjnego i bilansu płynów.
- Umieszczenie worka na mocz poniżej poziomu pęcherza moczowego podczas chodzenia i leżenia.
- Współdziałanie w uzupełnianiu płynów przez wlew kroplowy dożylny zgodnie ze zleceniem lekarza.
- Zapewnienie pacjentowi podaży płynów drogą doustną.
- Opróżnianie worka na mocz zgodnie z zasadami.
- Wnikliwa obserwacja pacjentki pod kątem wystąpienia temperatury, dreszczy, bólu.
- Utrzymanie higieny okolic intymnych.
- Zapewnienie czystości bielizny osobistej i pościelowej pacjenta.
- Podawanie pokarmów z dużą zawartością witaminy C.
- Przestrzeganie zasad higieny osobistej i otoczenia.

Wynik działań:

- Cewnik drożny, mocz czysty (bez domieszki krwi), diureza prawidłowa.
- Cewnik usunięto w 3 dobie po zabiegu.
- Po usunięciu cewnika chora nie miała problemu z oddaniem moczu.

- Nie wystąpiły powikłania ze strony układu moczowego.

Problem X

- **Ryzyko wystąpienia krwawienia z okolicy rany pooperacyjnej.**

Cel opieki:

- Cel wczesne wykrycie objawów krwotoku i przeciwdziałanie zagrożeniu życia.

Plan opieki:

- Pomiar ciśnienia tętniczego krwi, tętna, oddechów.
- Obserwacja opatrunku oraz ilości i rodzaju wydzieliny.
- Obserwacja wilgotności i zabarwienia skóry.
- Obserwacja pacjentki i jej zachowania.

Wynik działań:

- Nie wystąpiło krwawienie z okolicy rany pooperacyjnej.

Problem XI

- **Ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej.**

Cel opieki:

- Ochrona przed zakażeniem.
- Stworzenie dogodnych warunków do gojenia się rany.

Plan opieki:

- Zapewnienie higieny osobistej i otoczenia.
- Wykonywanie codziennej toalety rano i wieczorem.
- Obserwacja rany w kierunku objawów zapalenia.
- Obserwacja ilości wydzieliny z drenów (po nefrektomii- lewy, po cholecystektomii – prawy), udokumentowanie.
- Zmiana opatrunku zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki przynajmniej raz na dobę, a w razie potrzeby częściej.
- Stosowanie procedur postępowania pielęgnarskiego i standardów zapobiegania zakażeniom.
- Zabezpieczenie drenów założonych do ran pooperacyjnych przed ich zaginaniem.
- Zapewnienie zamkniętego systemu drenującego i utrzymanie go poniżej poziomu łóżka.
- Opróżnianie zbiorników z wydzielin drenu z zachowaniem zasad aseptyki raz na dobę, a w razie potrzeby częściej.

Wynik działań:

- Dren prawy po cholecystektomii usunięto w 2 dobie, lewy po nefrektomii w 3 dobie.
- Rany zagoiły się przez rychłozrost, nie wystąpiło zakażenie ran pooperacyjnych.

Problem XII

- **Niebezpieczeństwo zakażenia wynikające z konieczności utrzymania kilkudniowego wkłucia dożylnego i dokręgowego.**

Cel opieki:

- Ochrona miejsca wkłucia dożylnego i dokręgowego przed zakażeniem.

Plan działania:

- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki.
- Utrzymanie wkłucia dożylnego (w żyłę obwodowej) i dokręgowego nie dłużej niż 72 godziny.
- Umocowanie dostępu naczyniowego i dokręgowego jałowym opatrunkiem.
- Opisanie i udokumentowanie w karcie daty założenia, rodzaju dostępu i wyników obserwacji miejsca wkłucia.
- Zapewnienie czystości chorego i otoczenia.
- Unikanie manipulacji przy dostępie naczyniowym i dokręgowym.
- Dokładna obserwacja miejsca wkłucia pod kątem możliwości wystąpienia odczynu zapalnego.
- Zmiana opatrunku 1 raz dziennie lub częściej jeżeli zachodzi taka konieczność.

Wynik działań:

- Nie wystąpiło zakażenie wkłucia obwodowego i dokręgowego.

Problem XIII

- **Niepokój chorego wynikający z niepewności o wyniki leczenia.**

Cel opieki:

- Zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa i miłości.
- Zapewnienie komfortu psychicznego.

Plan opieki:

- Rzeczowa i serdeczna rozmowa z chorym mająca na celu poprawienie jego samopoczucia.
- Pomoc w nawiązaniu kontaktu z innymi chorymi, którzy pozytywnie przeszli zabieg radykalnej nefrektomii.
- Umożliwienie kontaktu osobistego i telefonicznego z rodziną.
- Włączenie rodziny do działań pielęgnacyjnych.
- Zapewnienie kontaktu z lekarzem w celu przeprowadzenia rozmowy na temat przebiegu operacji.
- Stworzenie optymalnych warunków do odpoczynku.
- Informowanie chorego o wszystkich czynnościach i zabiegach wykonywanych przy nim.
- Okazanie choremu życzliwości, zrozumienia i wsparcia.
- Zapewnienie choremu profesjonalnej opieki.

Wynik działań:

- Zaspokojono u pacjentki potrzebę bezpieczeństwa i miłości.
- Zapewniono chorej komfort psychiczny.

Problem XIV

- **Ograniczenie aktywności, która jest spowodowana bólem, unieruchomieniem, obecnością drenów i cewnika.**

Cel opieki:

- Określenie potrzeb i ocena zdolności pacjentki w zakresie samoopieki.

Plan działań:

- Pomoc pacjentce w zaspokajaniu potrzeb biologicznych.
- Wykonywanie działań pielęgnacyjnych zapobiegających odleżynom z godnie z procedurą.
- Współdziałanie w gimnastyce oddechowej oraz stopniowej rehabilitacji ruchowej pacjentki.
- Wyjaśnienie pacjentce znaczenie stopniowego zwiększania samodzielności w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb codziennych i mobilizowanie do działania.
- Zachęcanie do zwiększenia samodzielności, organizowanie czasu wolnego chorej.
- Włączanie rodziny do współpracy.

Wynik działań:

- Rozpoznano i zaspokojono potrzeby pacjentki.
- Utrzymano higienę osobistą i otoczenia chorej.
- Określono zdolność pacjentki do samoopieki.
- Samopoczucie chorej uległo znacznej poprawie.

Problem XV

- **Ograniczenia dietetyczne spowodowane wykonanym zabiegiem operacyjnym.**

Cel opieki:

- Zapobieganie wzdęciom i zaparciom.
- Zapewnienie podaży wszystkich i składników odżywczych.

Plan opieki:

- Przetaczanie płynów w kroplowych wlewach dożylnych według karty zleceń.
- Zapewnienie podaży płynów niegazowanych drogą doustną przy współpracy z rodziną.
- Kontrola powrotu perystaltyki jelit i dokumentowanie wypróżnień w karcie gorączkowej.
- Rozszerzanie diety wg standardu po konsultacji z dietetyczką.
 - doba „0” – zwilżanie ust,
 - doba I – dieta płynna,
 - doba II i kolejne – dieta lekkostrawna.
- Podawanie produktów, które pobudzają perystaltykę jelit: woda przegotowana na czczo, kefir, jogurt.
- Wykonanie hegaru, w przypadku braku wypróżnienia do III doby.
- Poinformowanie pacjentki o konieczności stosowania ograniczeń dietetycznych.

Wynik działań:

- Przetoczono zleczone płyny.
- Dietę rozszerzono według standardu pooperacyjnego.
- W III dobie po zabiegu wykonano hegar ze skutkiem.
- Poinformowano pacjentkę o konieczności przestrzegania diety.

Problem XVI

- **Obawy pacjentki związane z funkcjonowaniem w środowisku życia po zakończonym leczeniu szpitalnym.**

Cel opieki:

- Usunięcie lub zminimalizowanie obaw.
- Edukacja pacjenta dotycząca samopielegnacji w domu po zakończonym leczeniu szpitalnym.

Plan opieki:

- Rzeczowa rozmowa dostarczająca pacjentce zaleceń i wskazówek do samopielegnacji.
- Zapoznanie rodziny z programem edukacyjnym (załącznik 20).
- Okazanie choremu życzliwości, zrozumienia i wsparcia.
- Pomoc w nawiązaniu kontaktu z innymi chorymi, którzy pomyślnie przeszli zabieg radykalnej nefrektomii.
- Umożliwienie kontaktu z lekarzem na prośbę pacjentki.
- Udzielanie fachowych, konkretnych odpowiedzi na wszystkie pytania i wątpliwości pacjentki.

Wynik działań:

- Zminimalizowano obawy chorej.
- Programem edukacyjnym dotyczącym samopielegnacji objęto pacjentkę i jej rodzinę.

3.4. Zalecenia i wskazówki do samopielegnacji po zakończonej hospitalizacji.

Pacjentka po zakończonym leczeniu szpitalnym z jednej strony odczuwała ulgę i radość z pomyślnie zakończonego leczenia operacyjnego, z drugiej jednak strony pozbawiona fachowej opieki i oparcia jakie znajdowała w szpitalu obawiała się funkcjonowania w środowisku domowym. W celu rozwiązania tego problemu pielęgniarka przekazała pacjentce przed wypisem ze szpitala informacje dotyczące samopielegnacji w domu, aby zarówno pacjentka, jak i jej rodzina wiedziała jak należy postępować w razie niepokojących objawów i gdzie należy zwrócić się po pomoc jeśli zajdzie taka potrzeba.

Program edukacji objął następujące zagadnienia:

3.4.1. Wizyty kontrolne poszpitalne w poradni urologicznej.

Pierwsza, rutynowa wizyta kontrolna powinna odbyć się 2 tygodnie po wypisaniu ze szpitala. Pacjentkę poinformowano, że w przypadku pojawienia się niepokojących objawów (np. pojawienia się krwi w moczu) powinna zgłosić się do poradni nie czekając na termin wizyty poszpitalnej. Zarówno pacjentka, jak i jej rodzina powinna mieć świadomość, że wizyty kontrolne w poradni urologicznej są bardzo ważne i konieczne ze względu na możliwość progresji choroby.

3.4.2. Postępowanie dietetyczne.

Dieta po nefrektomii zależy od stanu zdrowia pacjentki. W postępowaniu dietetycznym przy prawidłowej funkcji nerek stosuje się dietę lekkostrawną. Podaje się tylko nieco więcej płynów, ale białka, soli i innych składników mineralnych nie ogranicza się. Jedynie, gdy mocz ma odczyn zasadowy, można podawać większe ilości mięsa (oraz kasz, ryżu i pieczywa), aby go lekko zakwasić. Unika się potraw smażonych na tłuszczu oraz produktów nefrotoksycznych np. konserw. Należy także unikać produktów zawierających używki i nadmiernie obciążających nerki pracą. Nie są wskazane: ostre przyprawy, sól, kawa

i alkohol. Jeżeli funkcja nerek jest upośledzona, należy postępować zgodnie ze wskazówkami lekarskimi. Żywienie powinno być racjonalne i urozmaicone.

3.4.3. Postępowanie z raną pooperacyjną.

Rana wygojona tzw. „sucha” nie wymaga od pacjentki specjalnego traktowania. Pacjentka może się myć pod prysznicem. Należy zastosować szczególną dbałość o zachowanie higieny osobistej i otoczenia. Dla lepszego samopoczucia chorego w początkowym okresie po hospitalizacji można osłaniać ranę jałowym opatrunkiem, ale w zasadzie nie ma takiej potrzeby.

W razie stwierdzenia wycieku z rany, zaczerwienienia, nasilenia bólu pacjentka powinna udać się do poradni.

3.4.4. Usprawnianie.

Pacjentka może i powinna wrócić do zajęć z okresu przedoperacyjnego. Wskazane jest, aby prowadziła aktywny wypoczynek w formie spacerów. Wysiłek fizyczny powinien być ograniczony po wypisie ze szpitala przez okres 3 miesięcy. Natomiast z uwagi na fakt, że pacjentka pozostała o jednej nerce należy przez całe życie prowadzić tryb życia oszczędzający, by nie przeciążać tej nerki pracą.

Wraz ze wskazówkami ustnymi pani „X, Y” otrzymała:

- kartę informacyjną (wypisową),
- pisemne wskazówki pielęgniarские „Postępowanie po zabiegach operacyjnych”; (załącznik 16),„Postępowanie z raną”(załącznik 17); „Wskazówki dla chorych urologicznych”(załącznik 18),
- dieta lekkostrawna (załącznik 19).

4. Wnioski

W oparciu o literaturę tematu oraz na podstawie przeprowadzonego badania naukowego sformułowano następujące wnioski:

- 4.1. Po radykalnej nefrektomii u pacjentki na pierwszy plan wysuwają się problemy wynikające z niebezpieczeństwa wystąpienia powikłań pooperacyjnych. Istotny jest również problem bólu.
- 4.2. U chorej najbardziej uciążliwy był problem skomplikowanej operacji z powodu jednoczesnego usunięcia nerki i pęcherzyka żółciowego oraz z powodu wystąpienia wczesnych powikłań krążeniowych, gdyż chora leczona była z powodu nadciśnienia tętniczego II⁰.
- 4.3. Profesjonalną opiekę nad chorą należy zaplanować na podstawie rzetelnie sformułowanych diagnoz pielęgniarских oraz w oparciu o wnikliwą obserwację aktualnego stanu zdrowia i potrzeb pacjentki.
- 4.4. Pielęgniarka w opiece nad chorą po radykalnej nefrektomii podejmuje działania pielęgnacyjno-opiekuńcze mające na celu zapobieganie wystąpieniu powikłań pooperacyjnych, niwelowanie bólu i edukację pacjentki w zakresie samoopieki. Obserwując wnikliwie pacjentkę w „O” dobie po zabiegu oraz zmiany parametrów życiowych zauważono wystąpienie wczesnych powikłań ze strony układu krążenia, zgłoszono lekarzowi i podano zleczone leki.
- 4.5. Chorą należy przygotować do samoopieki ucząc pożądaných zachowań zdrowotnych mających na celu szybki powrót do zdrowia i aktywności życiowej. Jednocześnie należy zwrócić uwagę na fakt, że od oszczędzającego stylu życia pacjentki zależy jej stan zdrowia i utrzymanie prawidłowej funkcji pozostawionej nerki, a także o konieczności dalszej kontroli stanu zdrowia u specjalisty.

5. Podsumowanie

Rak nerki stanowi ponad 90% wszystkich nowotworów nerki, a jego występowanie zwiększa się szczególnie u osób w wieku 50 do 70 lat. Analiza zachorowalności na nowotwory złośliwe nerki wskazuje na wzrost liczby zachorowań wśród mężczyzn po 45 roku życia i kobiet między 55-74 rokiem życia. Obserwuje się jednak stale obniżający próg wiekowy na zachorowanie na raka nerki.

Jak wykazują dane demograficzne Polak żyje średnio niemal dziesięć lat krócej niż mieszkańcy krajów o ustabilizowanych systemach społeczno-gospodarczych i dobrze zorganizowanej ochronie zdrowia. Średnia dożywalność u mężczyzn w Polsce wynosi 67 lat, u kobiet - 76 lat. Jak dowiedziono na zachorowanie mają wpływ czynniki genetyczne oraz środowiskowe (kancerogeny). Analityczne i opisowe badania epidemiologiczne wykazały, że głównymi czynnikami odpowiedzialnymi za powstanie nowotworów złośliwych w populacji ludzkiej są te czynniki środowiskowe, które wynikają z ludzkich zachowań. Dowiedziono naukowo, że nowotwory złośliwe w tym rak nerki są chorobami tytoniowo- i dieto-zależnymi [23]. Można więc stwierdzić, że jest to choroba społeczna związana ściśle z rozwojem cywilizacji.

Nowotwory złośliwe stanowią wciąż wielkie wyzwanie. Dzieje się tak, pomimo stałego postępu w zakresie wczesnego rozpoznawania nowotworów i leczenia. Nowoczesne metody diagnostyczne i terapeutyczne stwarzają realne nadzieje poprawy wyników, zwiększając jednocześnie ogólne wydatki finansowe. Dostępność nowych metod i wspomniane uwarunkowania ekonomiczne powodują konieczność wytycznych postępowania, które powinny opierać się na dowodach naukowych. Naukowymi dowodami są wyniki badań klinicznych, które leżą u podstaw standaryzacji postępowania diagnostyczno – terapeutycznego [29].

Priorytetową więc sprawą jest zajęcie się problemem edukacji zdrowotnej społeczeństwa (jednostki, grupy, rodziny) w celu zapobiegania nowotworom złośliwym,

w tym raka nerek. Ogromne znaczenie ma edukacja zdrowotna, jako celowy proces podnoszenia kompetencji jednostek i rodzin w zmaganiu się z chorobami i zagrożeniami zdrowia [8].

Obecnie w pielęgniarstwie obserwować można wzrost zainteresowania człowiekiem zdrowym. Pojawiły się zmiany również w zadaniach pielęgniarki. Obok tradycyjnych ról, polegających na opiece nad chorym i wykonywaniu tylko i wyłącznie zaleceń lekarskich, pojawiły się nowe zadania związane m. in. z edukacją zdrowotną, doradztwem zdrowotnym i promocją zdrowia.

Promocja zdrowia na gruncie medycznym oznacza rozszerzenie i wzbogacenie dotychczasowych działań zapobiegawczych. Zostają one powiązane z ogólną strategią i metodologią promocji zdrowia ukierunkowanej na style życia, co ma szczególne znaczenie dla profilaktyki zdrowotnej, dotyczącej ludzi w zasadzie zdrowych. Ale również w tych etapach działań profilaktycznych, w których punkt ciężkości jest przesunięty na oddalenie bezpośredniego zagrożenia chorobą lub niesprawnością, ogólna strategia i metody promocji zdrowia mogą wydatnie przyczynić się do zwiększenia uczestnictwa pacjenta i jego otoczenia w przywracaniu równowagi zdrowotnej [23]. Promocja zdrowia jest bardzo istotnym elementem w walce o przedłużenie życia ludzkiego i poprawę jego jakości.

Przeobrażenia w pojmowaniu zdrowia i choroby oraz akcentowanie znaczenia zachowań zdrowotnych w procesie kształtowania zdrowia, jego umacniania i poprawy niewątpliwie uczyniły jednostkę współodpowiedzialną za jego stan. Zmianie ulega również postawa pacjenta z pasywnego dotychczas biorecy świadczeń z zakresu zdrowia staje się samodzielnym realizatorem działań. [2]. Działaniu człowieka w każdej sferze życia, także w dziedzinie zdrowia i choroby potrzebne jest wsparcie. Płyne ono zarówno z zasobów środowiskowych, jak i z najbliższego otoczenia człowieka. Pielęgniarka jest osobą, która niejako z racji wykonywanego zawodu zobowiązana jest do udzielenia takiego wsparcia. „Unikatową funkcją pielęgniarki jest pomaganie człowiekowi zdrowemu lub choremu w wykonywaniu czynności znaczących dla utrzymania zdrowia lub jego odzyskania, które mógłby wykonać sam, gdyby miał potrzebną mu do tego siłę i wiedzę” [22, s.23].

Dobrze przygotowana pielęgniarka jest profesjonalnym liderem zdrowia, posiadającym wiedzę z zakresu medycyny, psychologii i socjologii. Dziedziny te są jej pomocne w kształtowaniu zachowań zdrowotnych ludzi i sprzyjających zdrowiu środowisk.

Nie ulega też wątpliwości, iż propagując zdrowy styl życia, pielęgniarka sama musi być jego realizatorem, stosując metodę wzoru osobowego [7].

Celem tej pracy było określenie zakresu opieki pielęgniarzkiej nad pacjentką z rakiem nerki po radykalnej nefrektomii.

W pierwszej części przedstawiono klinikę raka nerki (epidemiologię, etiologię, histopatologię, klasyfikację pierwotnych nowotworów nerki), obraz kliniczny choroby, możliwości diagnostyczne, metody leczenia i rokowanie) oraz operacyjne leczenie i pielęgnowanie pacjentki po usunięciu nerki.

W drugiej części przedstawiono problem główny oraz problemy szczegółowe. Scharakteryzowano metodę badania naukowego, techniki i narzędzia badawcze. Opisano organizację, przebieg oraz teren badań.

W trzeciej części scharakteryzowano badaną pacjentkę, dokonano analizy zebranych danych i sformułowano diagnozę pielęgniarzką u chorej z rakiem nerki. Przedstawiono występujące problemy oraz sposoby ich rozwiązania. Opisano także sposób przygotowania pacjentki do samoopieki po hospitalizacji.

Istotę opieki pielęgniarzkiej nad pacjentką po operacyjnym leczeniu raka nerki stanowi świadczenie profesjonalnego pielęgnowania w tym zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym oraz edukacja w zakresie samoopieki.

**„Czasami można wyleczyć, często złagodzić dolegliwości,
pielęgnować trzeba zawsze”**

Edward L. Trudeau

6. Bibliografia

1. Bogusz J.(red.): Encyklopedia dla pielęgniarek. Wyd. PZWL, Warszawa 1989.
2. Buraczewski J., Kołodziejska H. Międzynarodowa Unia Przeciwrakowa: Onkologia kliniczna. Wyd. PZWL, Warszawa 1992.
3. Borkowski A.(red.): Urologia. Wyd. PZWL, Warszawa 2006.
4. Borkowski A, Czaplicki M. Nowotwory i torbiele nerek. Wyd. PZWL, Warszawa 2002.
5. Brzeziński J. Metodologia badań psychologicznych. Warszawa, 1997.
6. Ciborowska H., Rudnicka A.: Dietetyka. Żywnienie zdrowego i chorego człowieka. Wyd. PZWL, Warszawa 2000.
7. Ciechaniewicz W.: Funkcje zawodowe pielęgniarek. Funkcja w promowaniu zdrowia, Pielęgniarstwo 2000, 1998, nr 1 (36).
8. Charońska E., Janus B.: Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Pielęgniarstwo 2000, 1999, nr 3(44), str.23.
9. Dobrowolska B., Putkiewicz Z.: Problematyka pracy pielęgniarki środowiskowej. Wyd. PZWL, Warszawa 1983, s.48-69.
10. Fibak J. (red.): Chirurgia dla studentów medycyny. Wyd. Lekarskie PZWL. Wyd. III, Warszawa 2002.
11. Fijuth Jacek: Rola i miejsce radioterapii w miejscowo zaawansowanym i przerzutowym raku nerki. Współczesna Onkologia (2005) vol. 9; 3 (95–97)
12. Gerd Herold (red.): Medycyna wewnętrzna. Repetytorium dla studentów medycyny i lekarzy. Wyd. Lekarskie PZWL. Wyd. III, Warszawa, 2000,s. 705-707.
13. Górajek –Jóźwik J.: Proces pielęgnowania-model samodzielnego, całościowego i ciągłego pielęgnowania. Wyd. Akademii Medycznej, Lublin 1989.
14. Grzebieniak Z.: Zarys chirurgii. Wyd. Akademia Medyczna, Wrocław 2004.
15. Harmsen G., Przebieg operacji od A do Z. Wyd. PZWL, Warszawa 2006.
16. Herman Z. S., Podstawy farmakologii ogólnej. Zakazenia. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.

17. Huber A., Karasek-Kreutzinger B., Jobin-Howald U., Kompendium pielęgniarstwa. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
18. Jakubowski W., Pacho R., Pruszyński B., Rajszyń R.(red. Buraczewski J.): Nowotwory układu moczowego. Wyd. PZWL. Wyd. II, Warszawa 1997.
19. Jeziorski A.(red.): Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek. Wyd. PZWL, Warszawa 2005.
20. Jurczyk W., Szulc R. (red.): Postępowanie okołoperacyjne. Wyd. PZWL, Warszawa 2002.
21. Kapała W.: Pielęgniarstwo w chirurgii. Wyd. Czelej. Wyd. II., Lublin 2006.
22. Kawczyńska-Butrym Z.: Pielęgniarstwo-zmiany w kierunku promocji zdrowia, Pielęgniarstwo 2000, 1998, nr 5 (40), str.23
23. Karski J.B. (red.): Promocja zdrowia. Wydawnictwo Ignis. Wyd. III, Warszawa 1999.
24. Kopacz A. (red.): Zarys chirurgii onkologicznej. Wyd. Medikal Press, Gdańsk 2004.
25. Kózka M.(red.): Stany zagrożenia życia. Wybrane standardy opieki i procedury postępowania pielęgniarskiego. Wyd. UJ, Kraków 2001.
26. Kokot F. (red.): Choroby wewnętrzne. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
27. Krasuska M. E., Stanisławek A., Turowski K.(red.): Standardy w pielęgniarstwie onkologicznym i opiece paliatywnej. Wyd. Akademia Medyczna, Lublin, 2005.
28. Krzakowski M (red.): Onkologia kliniczna. Wyd. Borgis, Warszawa, 2001. Wyd. I, tom II, s.267-269.
29. Krzakowski M (red.): Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych. Wyd. Polska Unia Onkologii, Warszawa 2003.
30. Kułakowski A. Skowrońska – Gardas A.: Onkologia dla studentów medycyny. Wyd. PZWL, Warszawa 2003.
31. Lawrence P.F.: Chirurgia specjalistyczna. Wyd. Urban & Partner, Wrocław 1999.
32. Maszke A. W. : Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych. Wyd. Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów 2003.
33. Miękoś E.: Chirurgia laparoskopowa w urologii. Wyd. FAST, Łódź 1999.
34. Musierowicz A.: Pielęgniarstwo urologiczne dorosłych. Wyd. PZWL, Warszawa 1992.
35. Newton-Shater K., Sawyer J.R., McCluskey A.M., Lifgren-Peck E., Pfipps W.J.: Pielęgniarstwo w chorobach wewnętrznych i chirurgicznych, tom II. Wyd. PZWL, Warszawa 1979.
36. Orłowski T.(red.): Choroby nerek. Wyd. PZWL, Wyd. IV, Warszawa 1997.
37. Orzechowska-Juzwenko K.(red.): Zarys chemioterapii nowotworów narządowych i układowych. Wyd. Volumed, Wrocław 2000,s.269-270.

38. Pismo Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Przegląd Urologiczny. Nefrektomia laparoskopowa, 2003, tom 3 (1), Styczen-Luty.
39. Poznańska ST., Płaszewska-Żywko L.: Wybrane modele pielęgniarstwa, Wyd. UJ. Kraków 2001.
40. Rontgen L., Ulrich B.: Nowe metody i techniki w chirurgii. Wyd. PZWL, Warszawa 1995.
41. Sobol E. : Słownik wyrazów obcych. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.
42. Szablowski A., Szmidt J. (red.): Zasady diagnostyki i chirurgicznego leczenia nowotworów w Polsce, Warszawa 2003.
43. Szymczak M.(red.): Słownik języka polskiego. Wyd. naukowe PWN, Warszawa 1998.
44. Walewska E. (red.): Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
45. Węglińska M.: Jak pisać pracę magisterską? Poradnik dla studentów. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2005.
46. Wrońska I. Koper A. (red.): Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową. Wyd. Czelej, Lublin 2003.
47. www.chirurg.pl; www.borgis.pl; www.urologiapolska.pl; www.onkologia.pl; www.mp.pl; www.przeglądurologiczny.pl.
48. Youngson R. M.: Operacje chirurgiczne. Wyd. W.D.G., Warszawa 2006.
49. Zaczyński W.: Poradnik autora prac seminaryjnych, dyplomowych i magisterskich, Warszawa 1995.
50. Zahradniczek K.: Pielęgniarstwo. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
51. Zahradniczek K.: Wprowadzenie do pielęgniarstwa. Wyd. PZWL, Warszawa 1999.
52. Zieliński H.: Wczesna onkologia. Wyd. PZWL, Warszawa 2005.
53. Zieliński J. (red.): Onkologia urologiczna. Wyd. PZWL, Warszawa 1986.
54. Zieliński J., Leńko J. (red.): Urologia operacyjna.. Wyd. PZWL. Wyd. I tom III, Warszawa 2006.

7. Spis rycin

Ryc. 1. Rak jasnokomórkowy nerki - obraz mikroskopowy.....	9
Ryc. 2. Rak nerki T4.....	12
Ryc. 3. Rak nerki –diagnostyka i leczenie.....	17
Ryc. 4. Rak nerki – obserwacja i leczenie nawrotów	18
Ryc. 5. Algorytm postępowania u chorych z rakiem nerki z przerzutami (wg. Taneja).....	19
Ryc. 6. Przebieg ciecicia pierwszej polskiej nefrektomii.....	20
Ryc. 7. Sposób podwiązania naczyń szypuły naczyniowej nerki „ <i>en masse</i> ”.....	23
Ryc. 8. Zaciski założone na szypułę naczyniową nerki.....	23
Ryc. 9. Szew kikuta krótkiej żyły nerkowej.....	24
Ryc.10. Schemat podtorebkowego wycięcia nerki.....	25
Ryc.11. Usunięcie czopu nowotworowego z żyły nerkowej i żyły głównej dolnej.....	27
Ryc.12. Klinowa resekcja dolnego bieguna nerki.....	28
Ryc.13. Cięcia powłok przy dostępie przednio-bocznym do nerki.....	30
Ryc.14. Cięcie powłok przy przednim dostępie do nerki.....	31
Ryc.15. Instrumenty laparoskopowe po wprowadzeniu do jamy otrzewnej.....	33
Ryc.16. Triada charakterystyczna dla współczesnego pielęgniarstwa.....	36
Ryc.17. Etapy i fazy procesu pielęgnowania.....	37
Ryc.18. Ciągłość i dynamika procesu pielęgnowania.....	38
Ryc.19. Proces pielęgnowania – logiczność i następstwo czasowe.....	38
Ryc.20. Proces pielęgnowania (szerokie możliwości realizowania).....	39

8. Spis tabel

Tabela 1. Zgony na nowotwory złośliwe wg udziału czynników rakotwórczych.....	8
Tabela 2. Zalecana klasyfikacja zaawansowania klinicznego raka Tumor Noduli Metastases (TNM) z 1997r.	9
Tabela 3. Problemy pielęgnacyjne oraz standardy opieki u pacjenta leczonego chirurgicznie z powodu raka nerki.....	43

9. Aneks

Załącznik 1. Zachorowalność na nowotwory złośliwe ogółem wśród mężczyzn i kobiet....	85
Załącznik 2. Struktura zachorowań na najczęstsze nowotwory złośliwe mężczyzn i kobiet [%] Polska, 1995.....	86
Załącznik 3. Struktura zgonów na najczęstsze nowotwory złośliwe mężczyzn i kobiet [%] Polska, 1995.....	86
Załącznik 4. Arkusz danych o pacjencie.....	87
Załącznik 5. Standard opieki pielęgniarstwa nad pacjentem poddanym operacji w obrębie jamy brzusznej – „0” doba pooperacyjna.....	89
Załącznik 6. Historia pielęgnowania.....	93
Załącznik 7. Karta gorączkowa.....	96
Załącznik 8. Indywidualna karta zleceń lekarskich.....	97
Załącznik 9. Indywidualna karta badań.....	98
Załącznik 10. Karta opieki pielęgniarstwa.....	100
Załącznik 11. Karta obserwacyjna REAL-1 (ocena ryzyka wystąpienia odleżyn).....	110
Załącznik 12. Przedoperacyjna ankieta anestezyjologiczna.....	112
Załącznik 13. Karta przygotowania pacjentki do zabiegu operacyjnego.....	114
Załącznik 14. Karta intensywnego nadzoru pooperacyjnego.....	115
Załącznik 15. Karta obserwacji codziennej chorego (raport).....	116
Załącznik 16. Postępowanie ogólne po zabiegach operacyjnych.....	117
Załącznik 17. Postępowanie z raną.....	118
Załącznik 18. Wskazówki dla chorych urologicznych.....	119
Załącznik 19. Dieta lekkostrawna.....	120
Załącznik 20. Ogólny standard edukacji w chorobie nowotworowej.....	122

Załącznik 1.

Zachorowalność na nowotwory złośliwe (Wybrane Rejestry Nowotworów 1988-1992).

Tabela 1. Ogółem wśród mężczyzn

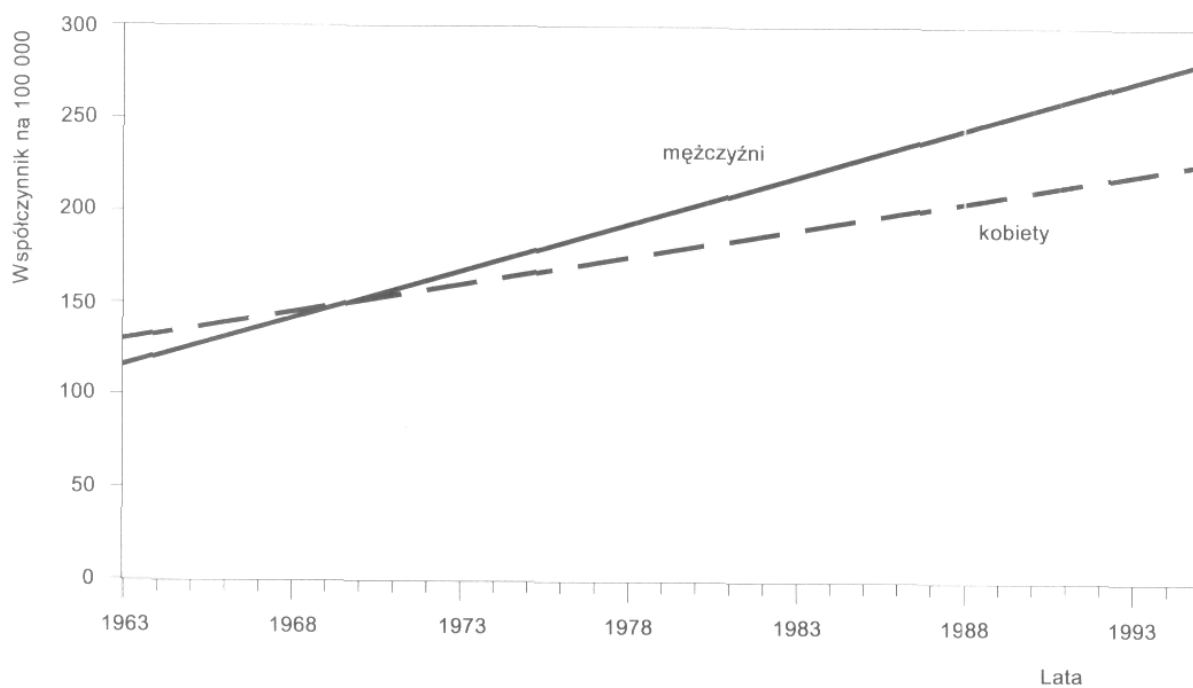
Rejestr	Współczynnik standaryzowany na 1000 000
Szwajcaria, Genewa	442.0
Francja, Bas-Rhin	410.0
Włochy, Varese	399.9
Brazylia, Porto Alegre	380.4
USA, Iowa	349.1
Słowacja	347.9
Kanada	322.1
Australia, N.Pd.Walia	320.4
Hongkong	307.2
Finlandia	305.6
Polska, Dolny Śląsk	305.6
Holandia	303.4
W.Brytania, Anglia&Walia	303.1
Słowenia	290.2
Estonia	289.4
Japonia, Miyagi	278.5
Polska, Kraków	269.2
Polska, Warszawa	267.9
Hiszpania, Saragossa	264.1
Kostaryka	232.5
Chiny, Szanghaj	230.5
Polska, Kielce	230.1
Filipiny, Manila	215.1
USA, Puerto Rico	212.8
Kolumbia, Cali	187.7
Ekwador, Quito	165.8
Peru, Lima	134.1
Indie, Bombaj	133.1
Mali, Bamako	129.5
Algieria, Setif	111.0

Tabela 2. Ogółem wśród kobiet.

Rejestr	Współczynnik standaryzowany na 1000 000
Szwajcaria, Genewa	311.2
USA, Iowa	271.2
Brazylia, Porto Alegre	264.0
W.Brytania, Anglia&Walia	254.1
Kanada	252.8
Finlandia	252.3
Włochy, Varese	251.7
Australia, N.Pd.Walia	240.9
Francja, Bas-Rhin	236.7
Holandia	230.7
Słowacja	217.7
Hongkong	215.5
Polska, Warszawa	206.1
Polska, Dolny Śląsk	204.2
Polska, Kraków	203.6
Kolumbia, Cali	202.5
Kostaryka	201.7
Słowenia	195.9
Filipiny, Manila	195.6
Ekwador, Quito	191.0
Estonia	189.2
Japonia, Miyagi	171.6
Peru, Lima	159.7
Hiszpania, Saragossa	156.0
Chiny, Szanghaj	154.3
USA, Puerto Rico	152.2
Polska, Kielce	143.4
Indie, Bombaj	126.7
Mali, Bamako	92.8
Algieria, Setif	69.2

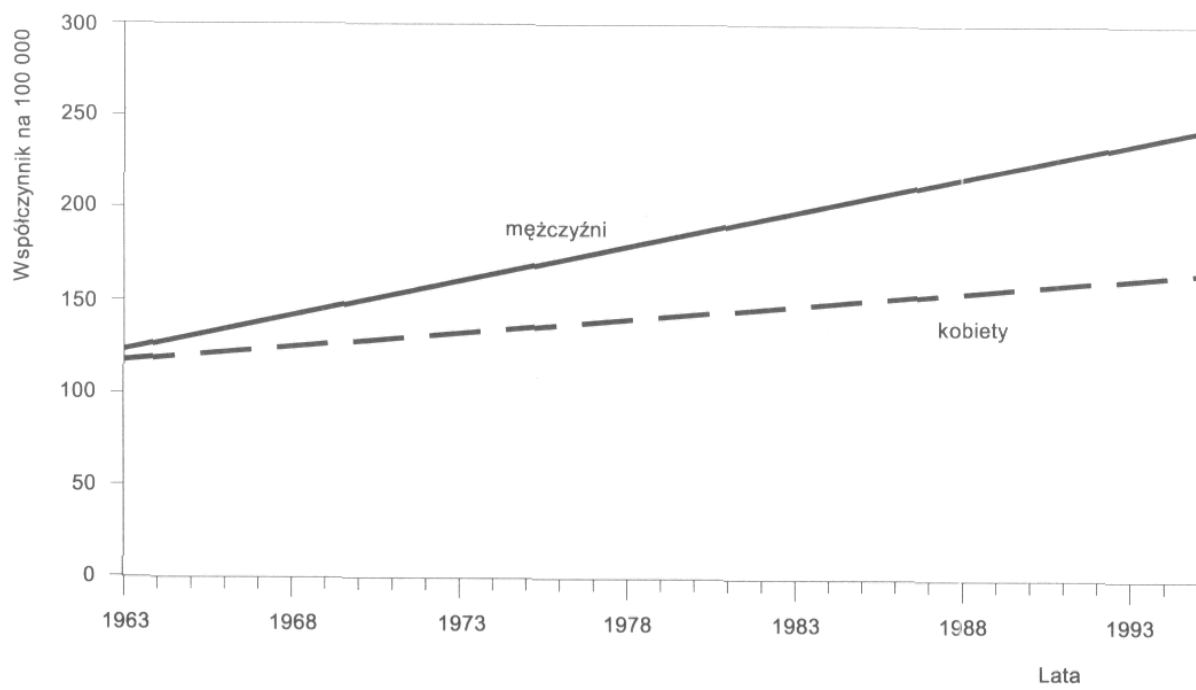
Załącznik 2.

Struktura zachorowań na najczęstsze nowotwory złośliwe mężczyzn i kobiet [%].
Polska, 1963 - 1995.



Załącznik 3.

Struktura zgonów na najczęstsze nowotwory złośliwe mężczyzn i kobiet [%].
Polska, 1963 - 1995.



Załącznik 4.

Załącznik 4.

ARKUSZ DANYCH O PACJENTCE

I. DANE PERSONALNE:

Imię i nazwisko: „X, Y”

Wiek: 64

Miejsce zamieszkania: miasto

Stan cywilny: mężatka

Wykształcenie: wyższe

Źródło utrzymania: emerytura

II. DOTYCHCZASOWA SYTUACJA PACJENTKI:

Przebyte choroby: borelioza

Choroby współistniejące: nadciśnienie tętnicze II⁰, kamica pęcherzyka żółciowego

Przebyte operacje: brak

Uczulenia: brak

Nałogi: palenie tytoniu

III. OBECNY STAN ZDROWIA:

Początek choroby: 2006 rok

Stosunek do:

- **stanu zdrowia:** pacjentka jest bardzo zaniepokojona swoją sytuacją zdrowotną i wyraża chęć do współpracy z zespołem terapeutycznym
- **sytuacji życiowej:** lęk i obawa o przyszłość
- **hospitalizacji:** pozytywny, niemniej jednak pobyt w szpitalu wiąże się ze stresem, który wynika z obawy o przebieg operacji i dalsze rokowanie stanu zdrowia

- **oczekiwania pacjentki:** chora oczekuje zainteresowania swoją osobą i chorobą; oczekuje profesjonalnego potraktowania i pozytywnego wyniku leczenia.

Najistotniejsze dla pacjentki problemy:

- **natury fizycznej:** ból w okolicy krzyżowo-lędźwiowej
- **natury psychicznej:** obawa o efekty leczenia operacyjnego
- **natury społecznej:** obawa o swoją przyszłość

Wydolność pacjentki w zakresie:

- **samoobsługi:** pełna
- **prorowadzenie domu:** samodzielne

IV. STAN PSYCHICZNY

Pacjentka zorientowana co do miejsca i czasu, zaakceptowała chorobę. Rozumie konieczność hospitalizacji i planowanego zabiegu.

V. STAN SPOŁECZNY

Pacjentka ma wykształcenie wyższe. Nie pracuje, od dwóch lat jest na emeryturze. Jest mężatką, ma dorosłe dzieci. Mieszka razem z mężem w bloku. Warunki mieszkaniowe i materialne dobre, prawidłowe relacje i więzi w rodzinie. Osoby znaczące – mąż, dzieci. Utrzymuje kontakty społeczne. Sfera duchowa pacjentki: katoliczka. wierząca, praktykująca.

VI. STAN BIOLOGICZNY

Dane pacjentki dotyczące poszczególnych układów i narządów pod kątem ich prawidłowego funkcjonowania lub występowania zaburzeń oraz wpływu na stan ogólny pacjentki.

➤ **Układ sercowo- naczyniowy**

Chora leczona na nadciśnienie od wielu lat, zażywa leki stale: Bisocard, Amlopin, Captopril. RR 160/90 mmHg. ,Tętno 84 ud/min. Nieznacznie powiększona komora lewa. Bez żyłaków kończyn dolnych. Anemia.

➤ **Układ oddechowy**

Oddech prawidłowy, bez duszności, zalegania wydzieliny i kaszlu.

➤ **Układ pokarmowy**

Waga 68kg.

Wzrost 170cm.

Stan odżywienia prawidłowy, apetyt obniżony ze względu na nudności, wymioty, zgagę, odbijania i zaparcia. Brak pełnego, własnego uzębienia – proteza.

➤ **Układ moczowy-płciowy**

Pacjentka po okresie przekwitania, dolegliwości ginekologicznych nie zgłasza.

Trudności w oddawaniu moczu nie podaje. Mocz bez cech hematurii. Diureza prawidłowa, w dostatecznej ilości.

➤ **Układ nerwowy**

Świadomość i pamięć pełna. Czucie i komunikatywność prawidłowa.

➤ **Układ mięśniowo-szkieletowy**

Postawa ciała prawidłowa, chora porusza się samodzielnie.

➤ **Skóra**

Różowa, elastyczna bez wykwitów patologicznych.

➤ **Narządy zmysłu**

Wzrok: prawidłowy

Słuch: prawidłowy

Węch: prawidłowy

Sen: prawidłowy

Pacjentka miała wykonane w oddziale chirurgicznym następujące badania

➤ EKG.

➤ Grupę krwi czynnik Rh.

- Laboratoryjne: morfologia, elektrolity, mocznik, kreatynina, białko, profil cukru, próby wątrobowe, moczu.
- Obrazowe: RTG płuc, USG jamy brzusznej, TK jamy brzusznej.

Załącznik 5.

STANDARD OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM PODDANYM OPERACJI W OBRĘBIE JAMY BRZUSZNEJ - "O" doba pooperacyjna

Wyznacznikiem pożądanego rezultatu pracy pielęgniarki chirurgicznej jest takie przygotowanie do zabiegu, które gwarantować będzie pacjentowi niepowikłany przebieg okresu pooperacyjnego.

Grupa opieki:

Każdy chory po zabiegu operacyjnym w obrębie jamy brzusznej.

Oświadczenie standardowe:

Pacjent będzie dobrze przygotowany fizycznie i psychicznie do zabiegu operacyjnego, po zabiegu operacyjnym nie wystąpią żadne powikłania pooperacyjne oraz będzie posiadał zasób odpowiedniej wiedzy niezbędnej do samoopieki.

Kryteria struktury:

1. W oddziale:
 - a) jest zatrudniona odpowiednia liczba przeszkolonego personelu medycznego,
 - b) każdy członek zespołu terapeutycznego (lekarz, pielęgniarka, rehabilitant, kinezyterapeuta) posiada wiedzę o obowiązującym postępowaniu z pacjentem w zależności od rodzaju znieczulenia i zabiegu operacyjnego,
 - c) prowadzi się dokumentację pielęgnacji chorego,
 - d) personel medyczny stale dokształca się i bierze udział w szkoleniach wewnątrzoddziałowych.
2. Stanowisko pracy pielęgniarki wyposażone jest w:
 - a) sprzęt do monitorowania stanu chorego (kardiomonitor, pulsoksymetry, aparaty do mierzenia ciśnienia krwi, stetoskopy, pompy infuzyjne, aparat do szybkiego przetoczenia krwi, tlen, ssaki elektryczne i próżniowe),
 - b) wózek do opatrunków (sprzęt do cewnikowania i prowadzenia bilansu płynów),
 - c) jałowe igły, strzykawki, kraniki, łączniki, dreny, cewniki do odsysania, próbówki do pobierania materiału do badań),
 - d) leki analgetyczne i płyny infuzyjne,
 - e) zestaw przeciw wstrząsowy,

- f)zestaw do intubacji,
- g)dokumentacja pielęgnacji chorego.

Kryteria procesu:

2. Pielęgniarka przejmując pacjenta z bloku operacyjnego na oddział;
 - a)ocenia stan ogólny pacjenta tzn. stan przytomności (orientację, odruchy, niepokój psychiczny), zabarwienie skóry,
 - b)przyjmuje zlecenia od anestezjologa i operatora, ewentualnie wyjaśnia zlecenia, które wydają się niezrozumiałe,
 - c)przekłada pacjenta na łóżko, układając w pozycji uzależnionej od jednostki chorobowej i rodzaju znieczulenia:
 - znieczulenie ogólne (ułożenie w pozycji półwysokiej),
 - znieczulenie dokręgowie (ułożenie płaskie minimum 6 godzin po zabiegu tj. do powrotu czucia w kończynach dolnych),
 - znieczulenie podpajęczce (ułożenie płaskie przez 24 godziny),
 - d)prowadzi kartę intensywnego nadzoru - dokonując pomiaru **RR**. krwi, tętna i liczby oddechów oraz obserwując opatrunek:
 - w 1 godzinie co 15 minut,
 - w 2 godzinie co 30 minut,
 - następnie w zależności od stanu chorego co 1 lub 2 godziny,

Ocena układu oddechowego (sprawdzenie drożności dróg oddechowych, liczby oddechów na minuty i ich rytmiczność, odsysanie w razie potrzeby, podłączenie tlenu do oddychania przez maskę z przepływem określonym przez lekarza na około 2 godziny bezpośrednio po zabiegu, zabarwienie skóry).

Ocena układu krążenia (stała kontrola ciśnienia tętniczego krwi, a w razie potrzeby monitorowanie elektrycznej czynności serca (EKG). Obniżenie RR krwi najczęściej spowodowane jest zmniejszeniem objętości krwi krążącej w wyniku utrzymującego się działania środków narkotycznych, zaburzeń oddechowych lub bólu -układa się chorego płasko i ciepło okrywa, podając tlen do oddychania i powiadamia lekarza. Wzrost RR krwi może być spowodowany bólem, niedokrwieniem a czasami zbyt szybkim przetoczeniem płynów.

Częsta kontrola tętna (a w razie potrzeby założenie pulsometru) pozwala na szybką ocenę i rozpoznanie tachykardii powyżej 100 ud/mm., której przyczyną może być krwawienie, ból lub wzrost temperatury ciała oraz bradykardii poniżej 60 ud/mn., która może być następstwem przedawkowania glikozydów naparstnicy lub utrzymującego się działania środków anestetycznych.

Ocena układu moczowego (pacjent powinien oddać mocz w ciągu 8-12 godzin po zabiegu, jeżeli ma trudności z oddaniem moczu należy zastosować znane środki pielęgniarские ułatwiające opróżnienie pęcherza tj. puszczenie wody, ogrzanie basenu, zmianę pozycji), jeżeli chory ma założony cewnik należy obserwować diurezę godzinową (30 -40 ml moczu na godzinę).

Ocena zaburzeń wodno - elektrolitowych (prowadzenie bilansu płynów i obliczanie bilansu co 2-3 godziny).

Stan niedoboru płynów charakteryzuje się:

- suchością skóry i błon śluzowych,
- obniżeniem napięcia gałek ocznych,
- uczuciem pragnienia
- przyśpieszeniem częstości tętna,
- spadkiem ciśnienia tętniczego,
- zmniejszeniem ilości wydalanego moczu (diureza godzinowa poniżej 30-40 ml)
- zwiększeniem gęstości tj. ciężaru właściwego moczu,

Nadmiar płynów ustrojowych objawia się:

- dusznością,
- rozszerzeniem żył szyjnych,
- obrzękiem,
- wzrost ciśnienia krwi,
- obniżeniem gęstości względnej moczu,

Ocena opatrunku oraz drenów wyprowadzonych z rany operacyjnej lub jam ciała:

ocena ilości i charakteru wydzieliny oraz drożności drenów, postępowanie z drenem w zależności od polecenia chirurga: przedłużenie drenu w celu odprowadzenia żółci, moczu, treści pokarmowej lub ropy z otrzewnej do jałowego pojemnika lub też połączenie drenu z urządzeniem ssącym (drenaż czynny rany - polega na opróżnianiu np. strzykawki lub butli Redona z wydzieliny i sprawdzenie próżni i notowanie ilości wydzieliny lub zgłoszenie lekarzowi jej braku i na zlecenie lekarskie przepłukanie drenu jałowym roztworem 0,9% NaCl, co często przywraca drożność drenu.

Opatrunek zmienia się w razie konieczności, aby uniknąć zakażenia, ale zawsze wówczas gdy jest przesiąknięty wydzielinami ustrojowymi (krew, żółć, ropa, mocz).

Do powikłań gojenia się rany operacyjnej należą: zakażenia, rozejścia brzegów rany lub pełna ewenteracja z wydostaniem się zawartości jamy brzusznej na zewnątrz oraz krwotoku, należy natychmiast powiadomić lekarza.

Rehabilitacja ruchowa i zwalczanie bólu:

- podanie leków p/w bólowych zgodnie z zaleceniem lekarza
- zmiana ułożenia chorego,
- nacieranie pleców, oklepywanie (profilaktyka p/w odleżynowa),
- gimnastyka oddechowa (pielęgniarka poleca choremu wykonywanie głębokich oddechów),
- przypominanie choremu o poruszaniu stopami, a później całymimi dolnymi kończynami w celu pobudzenia krążenia i p/w działania powstawaniu zakrzepowego zapalenia żył w kończynach (nogi zabandażowane przed zabiegiem do dołu do góry, aż do chwili pełnego uruchomienia pacjenta),
- zapewnienie ciszy i spokoju,
- wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych (toaleta).

Ocena układu pokarmowego (dieta)

- jeżeli chory wymiotuje nie otrzymuje nic doustnie, aż po upływie pięciu godzin po ustaniu wymiotów obowiązuje dieta ścisła - usta zwilża się gazikami z wodą przegotowaną, jeżeli nie ma p/w wskazań i powróciła perystaltyka jelit, można choremu podać gorzką herbatę do picia - łyżeczkami, łykami, które zwiększa się stopniowo.

Kryteria wyniku:

1. Pielęgniarka wnikliwie obserwowała zmiany wskaźników podstawowych czynności życiowych pacjenta po zabiegu, gwarantując choremu bezpieczeństwo.
2. Przygotowane przez pielęgniarkę zestawy (sprzęt i leki) były kompletne.
3. Czynności wykonywano przy chorym zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki.
4. Podawane wstrzyknięcia wlewy dożylnie i środki wziewne były udokumentowane.
5. Pacjent po zabiegu jest wydolny oddechowo i krążeniowo.
6. Zgłaszane dolegliwości pacjenta zostały uwzględnione.
7. Nie wystąpiły żadne powikłania pooperacyjne.

Opracowała: Kot Wanda
SP ZOZ Sanok

Załącznik 6.

SP ZOZ SANOK

ODDZIAŁ

HISTORIA PIELEGNOWANIA

Imię i nazwisko

Wiek

OCENA SPRAWNOŚCI FIZYCZNEJ

OCENA SPRAWNOŚCI FIZYCZNEJ	PRZYJĘCIE			WYPIS		
	S	O	Z	S	O	Z
Poruszanie się						
Czynności higieniczne						
Spożywanie posiłków						
Czynności fizjologiczne						

S - samodzielny

O - ograniczony

Z - zależny

OCENA STANU PSYCHICZNEGO / SPOŁECZNEGO

Świadomość / kontakt	pełna	ograniczona	brak	STAN SPOŁECZNY / UWAGI
Pamięć	bez zmian	trudności	brak	
Nastroj	wyrównany	podwyższony	obniżony	
Komunikowanie / mowa	bez zmian	zaburzenia	brak	

PROBLEMY PIELEGNACYJNE PRZY PRZYJĘCIU

PLAN OPIEKI

Kategoria
opieki

Alergie / leki

Data przyjęcia

Podpis pielęgniarki

Data wypisu

Podpis pielęgniarki

SP ZOZ SANOK

ODDZIAŁ

OCENA RYZYKA WYSTĄPIENIA ODLEŻYN - wg J. Waterlow

Imię i nazwisko

Wiek

SKALA	pkt	PRZYJĘCIE			WYPIS		
		pkt	data przyjęcia	podpis piel. przyjmującej	pkt	data wypisu	podpis piel. wypisującej
Budowa ciała: - średnia - powyżej średniej - otyłość - wychudzenie	0 1 2 3						
Stan skóry: - zdrowa - bibulkowata - sucha - obrzęknięta - lepka (temperatura) - przebarwiona - pęknięta / plamista	0 1 1 1 1 2 3	UWAGI			UWAGI		
Płeć / wiek: - męczyzna - kobieta - 14-49 - 50-64 - 65-74 - 75-80 - 80 i powyżej	1 2 1 2 3 4 5						
Wypróżnienie: - pełne / cewnikowanie - okresowe nietrzymanie moczu - cewnikowanie / nietrzymanie kału - nietrzymanie moczu i kału	0 1 2 3						
Operacje: - ortopedyczne - poniżej pasa, kręgosłupowe trwające powyżej 2 godz.	5 5						
Zdolność ruchowa: - pełna - niepokój ruchowy - apatia - ograniczona - wyciąg chirurgiczny - wózek inwalidzki	0 1 2 3 4 5						
Apetyt: - przeciętny - słaby - cewnik nosowo-żołądkowy - tylko płyny	0 1 2 2						
Niedożywienie tkanki: - krańcowe wycieńczenie - zawał serca - schorzenie naczyń obwodowych - anemia - palenie tytoniu	8 5 5 2 1						
Choroby neurologiczne i in.: - cukrzyca, SM, uszkodzenie mózgowo-naczyniowe, paraplegia	4-6						
Przyjmowane leki: - cytostatyki, leki sterydowe - duże dawki, leki p/zapalne	4						
SUMA							

SP ZOZ SANOK

ODDZIAŁ

PIELĘGNIARSKA KARTA WYPISU / PRZENIESIENIA* PACJENTA

Imię i nazwisko

Wiek

ZALECENIA PIELĘGNIARSKIE

-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	

Data wypisu

Podpis pielęgniarki oddziałowej

**) niepotrzebno skreślić*

Karta gorączkowa ogólna

Załącznik 7.

L. ks. g./L. ks. oddz. Nazwisko i imię Wiek Oddział

Rozpoznanie

Data	Dzień pobytu						
	R	W	R	W	R	W	R
Tętno							
Ciepl.							
150 41°							
130 40°							
110 39°							
90 38°							
70 37°							
50 36°							
40 35°							
Dieta							
Stolec							
Zlecenia lekarskie							
Ciężar ciała							

Załącznik 9.

SP ZOZ Sanok

KARTA BADAŃ LABORATORYJNYCH

Oddział

Imię i nazwisko wiek sala

Rodzaj badania	DATA	Podpis zlecającego	DATA	Podpis zlecającego	DATA	Podpis zlecającego	DATA	Podpis zlecającego	DATA	Podpis zlecającego	DATA	Podpis zlecającego
		Podpis osoby pobierającej		Podpis osoby pobierającej		Podpis osoby pobierającej		Podpis osoby pobierającej		Podpis osoby pobierającej		Podpis osoby pobierającej
Morfologia												
OB.												
Elektrolity												
Mocz												
Poziom cukru												
Profil cukru												
Bilirubina												
Mocznik												
Kwas moczowy												
Kreatynina												
Poziom białka												
Cholesterol HDL, LDL, TG, B-LIPO												
CKMB												
D-dimery												
Elektroforeza												
Czas krzepnięcia												
Fibrynogen												
Wskaźnik protrombin.												
Mocz - posiew												
HBS												
Próby wątrobowe												

Załącznik 10.

KARTA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

SP ZOZ SANOK

IMIĘ, NAZWISKO		WIEK		ODDZIAŁ													
DATA		PLAN DZIAŁANIA		D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA	CEL OPIEKI	Zapoznanie z topografią oddziału / prawami i obowiązkami pacjenta															
Lęk - niepokój		- rozmowa z pacjentem															
- przed śmiercią	- minimalizowanie lęku	- umożliwienie kontaktu z rodziną															
- spowodowany hospitalizacją	- wyjaśnianie wątpliwości	- umożliwienie kontaktu z lekarzem															
- stanem zdrowia		- umożliwienie kontaktu z duchownym															
- długotrwałym leczeniem																	
- oczekiwaniem na wyniki																	
Dyskomfort psychiczny i fizyczny z powodu bólu		- obserwacja werbalnych i pozawerbalnych															
- głowy	- obniżenie poziomu bólu / niwelowanie bólu	- obserwacja rodzaju, umiejscowienia i czasu trwania bólu															
- kończyn dolnych / stawów		- zapewnienie warunków do odpoczynku															
- okolicy lędźwiowo - krzyżowej		- ograniczenie wysiłku fizycznego															
- pośladków po iniekcjach		- udział w farmakoterapii															
		- całkowita toaleta ciała / pomoc / kąpiel w wannie / łóżku															
		- częściowa toaleta ciała / pomoc															
		- mycie głowy / pomoc															
Brak lub częściowa samodzielność w zakresie czynności higienicznych	- pomoc w zaspokajaniu potrzeby czystości	- toaleta jamy ustnej															
		- toaleta intymnych części ciała															
		- golenie / toaleta oczu															
		- obcinanie paznokci															
		- zmiana bielizny osobistej															
		- zmiana bielizny pościelowej / ścielenie łóżka z chorem															

Imię i nazwisko, wiek, oddział

Diagnoza pielęgniarska	Cel opieki	Plan działania	DATA					
			D	N	Podpis	D	N	Podpis
Zapoznanie z topografią oddziału / prawami i obowiązками pacjenta								
Przygotowanie psychiczne i fizyczne do zabiegu w trybie planowym/nagłym	- obniżenie lęku	- udział w diagnozowaniu (przyg. do badań USG, RTG, konsultacje						
- dalsze	- przygotowanie pacjenta zgodnie ze standardem	- udział farmakoterapii						
		- zapewnienie odpoczynku i snu						
		- rozmowa z pacjentem						
		- przygotowanie do konsultacji anesteziologicznej / udział						
- bliższe		- przygotowanie przewodu pokarmowego						
		- zapewnienie odpoczynku, snu						
		- kąpiel/wykonanie/pomoc/poinformowanie						
		- profilaktyka p/zakrzepowa						
		- przygotowanie pola operacyjnego						
		- rozmowa podtrzymująca						
Pacjent w „0” dobie po zabiegu	- zapobieganie powikłaniom	- obserwacja pośrednia/bezpośrednia						
Możliwość wystąpienia powikłań:	- wczesne wykrycie powikłań	- intensywny nadzór nad pacjentem - kontrola parametrów, diurezy						
- wczesnych ze strony uki. krążenia, oddechowego, pokarmowego, moczowego, ze strony rany, hipotermia przelomu tarczycowego		- obserwacja opatrunku/rany/drenażu						
		- udział w farmakoterapii p/bólowej						
		- ułatwienie odkrztuszania/gimnastyka oddechowa/tenoterapia						
		- zapewnienie odpoczynku/snu						
		- dodatkowe okrycie						

KARTA OPIEKI PIELEŃNIARSKIEJ

SP ZOZ SANOK

IMIĘ, NAZWISKO WIEK ODDZIAŁ

DATA		CEL OPIEKI	PLAN DZIAŁANIA	D		N		D		N		D		N	
DIAGNOZA PIELEŃNIARSKA				PODPIS	PODPIS	PODPIS	PODPIS	PODPIS	PODPIS	PODPIS	PODPIS	PODPIS	PODPIS	PODPIS	PODPIS
Zaburzenia ze strony ukł. dokrewnego	- nauka samokontroli	- przygotowanie do badania - profil cukru, krzywa cukrowa													
- hipoglikemia	- wczesne rozpoznanie powikłań - śpiączki	- nauka obsługi PENA, glukometru													
- hiperglikemia	- pogłębienie wiedzy na temat własnej choroby	- nauka zachowań dietetycznych													
- otyłość		- nauka wykonywania wstrzyknięć insuliny													
- wychudzenie		- nauka rozpoznawania hipo/hiperglikemii i wczesnego p/działania													
- cukromocz		- nauka zdrowego stylu życia - wysiłek fizyczny													
- wzmożone łaknienie		- udział w farmakoterapii													
		- konsultacja z dietetykiem													
Działania profilaktyczne :															
Promocja zdrowia - tematyka															
Aktywność fizyczna															
Odżywianie															
Radzenie sobie ze stresem															
Samokontrola															
Samopielęgnacja															
Rozmowa z rodziną / edukacja rodziny (przygotowanie do opieki nad chorym w domu)															
Przygotowanie psychiczne do :															
Przygotowanie fizyczne do :															
Asystowanie podczas badania															

KARTA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

SP ZOZ SANOK

IMIĘ, NAZWISKO WIEK ODDZIAŁ

DATA		CEL OPIEKI	PLAN DZIAŁANIA	D		N		D		N		D		N		
DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA	DATA			PODPIS	PODPIS	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D
			- założenie / zmiana opatrunku :													
			- założenie / usunięcie kompresu / okładu													
			- pielęgnacja rurki intubacyjnej / tracheotomijnej													
			- kontrola drenażu													
			- płukanie żołądka													
			- przetaczanie krwi													
			- zakrapianie oczu / uszu													
			- zakrapianie oczu / uszu													
			- zdjęcie szwów													
			-													
		<i>Asystowanie przy drobnych zabiegach:</i>														
		<i>Asystowanie w diagnostyce poza szpitalem</i>														

Załącznik 11.

KARTA OBSERWACJI CHOROEGO ZAGROŻONEGO WYSTĄPIENIEM ODLEŻYN I PODJĘTYCH WCZESNYCH DZIAŁAŃ TERAPEUTYCZNYCH

wzór: REAL - 1

Nr ewidencyjny

Szpital Oddział

Data przyjęcia na Oddział z domu, szpitala, inne. Nr historii choroby

Nazwisko imię wiek waga

przyjęty bez odleżyn przyjęty z odleżynami data wystąpienia odleżyny: Kod choroby

Rozpoznanie podstawowe (słownie)

..... podpis lekarza

Data wypisu do domu lub na Oddział

OCENA ZAGROŻENIA				WCZESNE DZIAŁANIA TERAPEUTYCZNE			Podpis pielęgniarki
Data	Ilość pkt.	Poziom ryzyka	Stopień odleżyny	ODCIAŻENIE		Pielęgnacja skóry	
				Typ materaca	Zmiana pozycji		
1	2	3	4	5	6	7	8

OCENA RYZYKA WYSTĄPIENIA ODLEŻYN

wg J. Waterlow

DATA BADANIA														
SKALA	pkt	pkt	pkt	pkt	pkt	pkt	pkt	pkt	pkt	pkt	pkt	pkt	pkt	pkt
BUDOWA CIAŁA														
średnia	0													
powyżej średniej	1													
otyłość	2													
wychudzenie	3													
STAN SKÓRY														
zdrowa	0													
bibułkowata	1													
sucha	1													
obrzęknięta	1													
lepka (temperatura)	1													
przebarwiona	2													
pęknięta / plamista	3													
PŁEĆ / WIEK														
mężczyzna	1													
kobieta	2													
14 - 49	1													
50 - 64	2													
65 - 74	3													
75 - 80	4													
81 i powyżej	5													
WYPRÓZNIANIE														
pełne / cewnikowanie	0													
okresowe nietrzymanie moczu	1													
cewnikowanie / nietrzymanie kału	2													
nietrzymanie moczu i kału	3													
OPERACJE														
ortopedyczne														
poniżej pasa, kręgosłupowe	5													
trwające powyżej 2 godz.	5													
ZDOLNOŚĆ RUCHOWA														
pełna	0													
niepokój ruchowy	1													
apatia	2													
ograniczona	3													
wyciąg chirurgiczny	4													
wózek inwalidzki	5													
APETYT														
przeciętny	0													
słaby	1													
cewnik noso-żołądkowy	2													
tylko płyny	2													
NIEDOŻYWIENIE TKANKI														
krańcowe wycieńczenie	8													
zawał serca	5													
schorzenia naczyń obwodowych	5													
anemia	2													
palenie tytoniu	1													
CHOROBY NEUROLOGICZNE I INNE														
np. cukrzyca, stwardnienie rozsiane, uszkodzenie mózgowo-naczyniowe, paraplegia	4-6													
PRZYJMOWANE LEKI														
cytostatyki, duże dawki sterydów, leki przeciwzapalne	4													
SUMA														

Załącznik 12.

**SP ZOZ Sanok
Oddział Anestezjologii
i Intensywnej Terapii**

PRZEDOPERACYJNA ANKIETA ANESTEZJOLOGICZNA

Zadaniem anestezjologa jest znieczulenie pacjenta umożliwiające bezbolesne i bezpieczne przeprowadzenie zabiegu operacyjnego. W czasie operacji anestezjolog dba o bezpieczeństwo pacjenta oraz o bezbolesność operacji przez zastosowanie znieczulenia ogólnego lub znieczulenia przewodowego powodującego bezbolesność tylko operowanej części ciała.

Pewne operacje można przeprowadzić w znieczuleniu ogólnym, a inne w znieczuleniu miejscowym. Obydwa rodzaje znieczulenia mogą spowodować powikłania, o których poinformuje Państwa anestezjolog w czasie wizyty przedoperacyjnej.

Aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia powikłań, muszą Państwo wypełnić ankietę otrzymaną przed operacją, aby na podstawie zebranych informacji i badań anestezjolog wybrał najbardziej korzystny dla Państwa rodzaj znieczulenia. Podczas rozmowy z lekarzem anestezjologiem prosimy o zgłaszanie wszystkich wątpliwości, zadawanie pytań dotyczących znieczulenia oraz o podpisanie zgody na wybrany rodzaj znieczulenia. W wypełnieniu ankiety może pomóc rodzina.

Nazwisko, imię

Data urodzenia, wzrost, waga

Zawód

Adres

ROZPOZNIANIE / ZABIEG

1. Czy leczył(a) się Pan(i) ostatnio? tak nie nie wiem
2. Jeśli tak, to na jakie schorzenie?
3. Jakie leki obecnie Pan(i) przyjmuje?
4. Czy był(a) Pan(i) już operowany(a)? tak nie nie wiem
 - a) w roku
 - b) w roku
 - c) w roku
 - d) w roku
5. Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie? tak nie nie wiem
6. Czy miał(a) Pan(i) transfuzję krwi? tak nie nie wiem
7. Choroby serca (zawał, zapalenie, niedokrwienie mięśnia sercowego, wada serca) tak nie nie wiem
8. Choroby układu krążenia (ciśnienie krwi wysokie, niskie, omdlenia, zmęczenie, duszności) tak nie nie wiem
9. Choroby naczyń (żylaki, bóle łydek przy chodzeniu, złe ukrwienie kończyn, zapalenie żył) tak nie nie wiem
10. Choroby płuc (gruźlica, zapalenie płuc, rozedma, pylica) tak nie nie wiem
11. Choroby dróg oddechowych (astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) tak nie nie wiem

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| 12. Choroby żołądka (zapalenie, choroba wrzodowa) | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> | nie wiem <input type="checkbox"/> |
| 13. Choroby wątroby (żółtaczką, zastój, stłuczenie wątroby) | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> | nie wiem <input type="checkbox"/> |
| 14. Choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamienie nerkowe, trudności w oddawaniu moczu) | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> | nie wiem <input type="checkbox"/> |
| 15. Choroby przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa) | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> | nie wiem <input type="checkbox"/> |
| 16. Choroby tarczycy (wole obojętne, nadczynność, niedoczynność) | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> | nie wiem <input type="checkbox"/> |
| 17. Choroby oczu (np. jaskra) | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> | nie wiem <input type="checkbox"/> |
| 18. Choroby układu nerwowego (porażenia, drgawki, udar) | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> | nie wiem <input type="checkbox"/> |
| 19. Zmiany nastroju (np. depresja, nerwica) | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> | nie wiem <input type="checkbox"/> |
| 20. Choroby układu szkieletowego (np. bóle korzonkowe, zmiany kręgosłupa, stawów, osłabienie mięśni) | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> | nie wiem <input type="checkbox"/> |
| 21. Choroby krwi i układu krzepnięcia (np. skłonności do krwawień, sińców) | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> | nie wiem <input type="checkbox"/> |
| 22. Uczulenia (katar sienny, wysypka, uczulenie na pokarmy, leki, plaster, jodynę) | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> | nie wiem <input type="checkbox"/> |
| 23. Inne schorzenia, nie wymienione wyżej; jakie? | | | |
| 24. Czy jest Pani w ciąży? | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> | nie wiem <input type="checkbox"/> |
| 25. Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę? | | | nie wiem <input type="checkbox"/> |
| 26. Czy nosi Pan(i) protezy zębowe lub szkła kontaktowe? | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> | nie wiem <input type="checkbox"/> |
| 27. Czy pali Pan(i) | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> | nie wiem <input type="checkbox"/> |
| a) jeśli tak, to ile? | | | |
| b) od kiedy już nie? | | | |
| 28. Czy pije Pan(i) alkohol? nie <input type="checkbox"/> rzadko <input type="checkbox"/> niewiele <input type="checkbox"/> regularnie <input type="checkbox"/> regularnie dużo <input type="checkbox"/> | | | |
| 29. Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające lub nasenne? tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem <input type="checkbox"/> | | | |
| Jakie? | | | |

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Lek. przeprowadził(a) ze mną dzisiaj rozmowę wyjaśniającą problem znieczulenia do operacji. Podczas tej rozmowy mogłem(am) wypytać o wszystkie interesujące mnie problemy dotyczące rodzaju znieczulenia, związanego z nim ryzyka oraz wszelkich okoliczności przed- i pooperacyjnych.

ZGODA NA ZNIECZULENIE

Niniejszym wyrażam zgodę na znieczulenie ogólne / regionalne do zabiegu

....., jak również na towarzyszące temu postępowanie lecznicze (infuzje, transfuzje, leczenie krążeniowe, oddechowe) w czasie i po zabiegu. Zgadzam się na zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego (w tym na zmianę rodzaju znieczulenia) w przypadkach medycznie uzasadnionych.

Data

.....
podpis lekarza

.....
podpis pacjenta(ki)

Uwagi lekarza:

Załącznik 13.

Karta przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego

Imię i nazwisko, termin zabiegu

Planowane działanie	Realizacja (podpis)	Ocena	Uwagi
1. Przygotowanie przewodu pokarmowego: a) sprawdzenie, kiedy pacjent oddał stolec, b) podanie środka przeczyszczającego c) wykonanie lewatywy.			
2. Toaleta chorego: a) sprawdzenie, czy chory wykonał toaletę, zmienił bieliznę osobistą, b) pomoc, wykonanie toalety chorego w: łóżku, wannie, zmiana bielizny osobistej, c) pomoc, umycie głowy, d) pomoc, zmycie makijażu, lakieru do paznokci			
3. Podanie lekkostrawnego posiłku wieczornego (pozostawienie chorego na czczo od północy)			
4. Podanie leku uspokajającego, nasennego wg karty zleceń			
5. Podanie, pomoc w założeniu pończoch przed wstaniem z łóżka.			
6. Toaleta jamy ustnej: a) sprawdzenie, czy pacjent wykonał toaletę, b) pomoc, wykonanie toalety jamy ustnej, c) sprawdzenie, usunięcie protez.			
7. Przygotowanie pola operacyjnego - golenie			
8. Sprawdzenie, czy pacjent oddał mocz			
9. Podanie premedykacji			
10. Przygotowanie łóżka pooperacyjnego, zmiana bielizny pościelowej.			

Załącznik 14.

**KARTA INTENSYWNEGO NADZORU POOPERACYJNEGO
ODDZIAŁ CHIRURGICZNY**

Imię i nazwisko

wiek

Data											<i>Suma</i>
Godzina											
CTK											
Tętno											
Oddech											
Opatrunek (obserwacja, zmiany)											
Dren I											
Dren II											
Diureza											
Sonda											
Wymioty											
Leki doraźne, p/bólowe											

Podpis pielęgniarki

Załącznik 15.

SP ZOZ SANOK

OBSERWACJE CODZIENNE / RAPORT

Imię i nazwisko

Wiek

Nr sali

Data	Dyżur	Treść raportu	Podpis piel.

.....
podpis ordynatora

.....
podpis oddziałowej

Załącznik 16.



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej

w Sanoku

ul. 800-lecia 26

tel. (0 prefix 13) 465 61 00, 463 19 08

fax(0 prefix13)465 62 00

e-mail: szpital@zozsanok.pl

www.zozsanok.pl

PIELĘGNIARSKA KARTA WYPISU PACJENTA

Imię i nazwisko.....

Postępowanie ogólne po zabiegach operacyjnych

- ✓ Przestrzegaj **zaleceń dietetycznych** wg załączonej ulotki, którą dostałeś(aś) od dietetyczki.
- ✓ Przestrzegaj **wskazówek i kontrolnych wizyt lekarskich** wg Karty Informacyjnej.
- ✓ Możesz stosować **preparaty witaminowe** dla rekonwalescentów (do kupienia w każdej aptece bez recepty).
- ✓ Dbaj o regularne **wypróżnianie** (nie rzadziej niż raz na 1-2 dni), poprzez ruch na świeżym powietrzu, wypijanie ok. 2-3 litrów płynów dziennie, odpowiednią dietę (w przypadku zaparć wypij 1/2 szklanki przegotowanej wody na czczo, lub wody z miodem, wywaru z suszonych śliwek, możesz stosować łagodne ziołowe środki przeczyszczające).
- ✓ Unikaj przez okres około 4 tyg. osób przeziębionych, gorączkujących, chorych na grype itp., gdyż Twój organizm może być jeszcze osłabiony i **podatny na infekcje**.
- ✓ Unikaj nadmiernego **wysiłku fizycznego** i prowadź oszczędny, nastawiony na odpoczynek tryb życia przez okres około 2-3 miesięcy.
- ✓ Zwróć uwagę na **sen**: wskazany 8-9 godzin na dobę, przynajmniej 2 godziny po ostatnim posiłku. Pamiętaj, najbardziej „wartościowy” sen przypada przed godz. 24:00.

Załącznik 17.

POSTĘPOWANIE Z RANĄ

- ✓ Usuń opatrunek po **3 dniach** od wyjścia ze szpitala.
- ✓ Najlepiej w pierwszym tyg. myj się pod **prysznicem**, z czasem możesz się kąpać (unikaj gorącej wody). Do mycia usuń opatrunek.
- ✓ Unikaj **drażnienia** mechanicznego i drapania świeżo zagojonej rany.
- ✓ Używanie jakichkolwiek maści **nie jest konieczne**.
- ✓ Dla celów kosmetycznych można stosować maści na blizny, ale **pamiętaj**, że najlepiej skonsultować się z lekarzem, zbyt wczesne rozpoczęcie stosowania tych preparatów może spowodować efekt przeciwny i **przerost blizny**.

Opracowanie: mgr piel. Renata Oklejewicz

Konsultacja: lek. specj. chir. Jadwiga Wrótniak
lek. chir. Paweł Gorczyński

Adres **PORADNI CHIRURGII OGÓLNEJ:** ul. Lipińskiego 10 w Sanoku

TEL:46 313 66

Załącznik 18.



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku

ul. 800-lecia 26

(tel. (0 prefix 13) 4656100, 4631908

fax(0 prefix 13)4656200

e-mail: szpital@zozsanok.pl

www.zozsanok.pl

PIELĘGNIARSKA KARTA WYPISU PACJENTA

Imię i nazwisko.....

WSKAZÓWKI PIELĘGNIARSKIE DLA CHORYCH UROLOGICZNYCH

- Wypijaj około **2-3 litrów** płynów dziennie. W przypadku nadmiernego pocenia się zwiększ ich ilość. Płyny powinny być pite równomiernie. Pamiętaj o wypiciu 1-2 szklanek przed snem. Zalecamy płyny niegazowane.
- Pamiętaj o **codziennej higienie ciała** ze szczególnym uwzględnieniem okolic fałdów skórnych, pachwin i narządów płciowych.
- Codziennie **zmienia** bieliznę osobistą, najlepiej bawełniana, niezbyt obcisła.
- Regularnie spożywaj posiłki z dużą ilością owoców i warzyw, unikaj pokarmów smażonych, tłustych i wzdymających (dokładne zalecenia uzyskasz od dietetyczki).
- Dbaj o odpowiednią ilość i jakość snu: 7-8 godz. na dobę w dobrze przewietrzonym pomieszczeniu, unikaj zbyt obfitych posiłków przed snem, ostatni posiłek spożyj najpóźniej około godz. 20:00.
- Przyjmuj leki zgodnie z zaleceniami lekarzy.

Opracowanie: mgr piel. Monika Łagodziec

Konsultacja: lek. specj. urolog Jacek Kielar

Adres **PORADNI UROLOGICZNEJ:** SP ZOZ w Sanoku ul. 800-lecia 26

TEL: **46 56 171**

Załącznik 19.

DIETA LEKKOSTRAWNA

Dieta lekkostrawna ma zastosowanie w niektórych chorobach przewodu pokarmowego, w chorobach gorączkowych, w wyrównanych chorobach nerek i dróg moczowych oraz w podeszłym wieku.

Dieta zapewnia dowóz energii i składników pokarmowych, podobnie jak dieta podstawowa. Różni się jednak doбором produktów i sposobem przyrządzania potraw. Zasada jest nieobciążanie przewodu pokarmowego w aspekcie ilościowym i jakościowym. Należy unikać pokarmów długo zalegających w żołądku, wzdymających, ostro przyprawionych, używek i marynat. Posiłki należy podawać regularnie 4-5 razy w ciągu dnia. Dobór produktów uzależnia się od indywidualnej tolerancji pacjenta. W wypadku nie dodawania soli kuchennej spełnia rolę diety małosolnej.

Sposoby przygotowywania potraw: gotowanie na wodzie i na parze, pieczenie w folii lub pergaminie, duszenie bez obsmażania, pieczenie bez tłuszczu. Potrawy należy podprawiać zawieszina z mąki i mleka lub śmietany, nie używać zasmażek.

Produkty dozwolone i zabronione

produkt	dozwolone	zabronione
pieczywo	pszenne, jasne czerstwe, razowe	żytnie
mąka	pszenna, razowa, ziemniaczana	żytnia
makarony	drobne	grube
kasze	drobne, jęczmienne, ryż, płatki owsiane, kasza manna	jaglana
mleko	świeże, w proszku, przetwory mleczne	zbyt kwaśne
sery	twarogowe, homogenizowane, salami	pikantne, tłuste
jaja	całe, białka, żółtka	-----
mięso	chude, cielęcina, wołowina, wieprzowina, kura, indyk, królik	gęś, kaczka
ryby	chude: dorsz, szczupak, pstrąg, karaś, karmazyn, lin	tłuste: węgorz, łosoś, śledź, konserwy
wędliny	chude gatunki	tłuste, pikantne
masło	świeże	stare, topione
śmietana	niezbyt kwaśna, śmietanka	zbyt kwaśna, tłusta
inne tłuszcze	masło roślinne, olej sojowy, słonecznikowy	smalec, słonina, boczek
ziemniaki	gotowane, pieczone	smażone
warzywa	marchew, pietruszka, seler, buraki, szpinak, groszek zielony, fasolka szparagowa, pomidory, sałata zielona	kapusta, brukselka, ogórki, brukiew, rzepa
owoce	jabłka, morele, brzoskwinie, owoce jagodowe, cytrusowe, banany	-----
strączkowe suche	-----	wszystkie gatunki
cukier i słodycze	cukier, miód, syropy owocowe, marmolady, dżemy, biszkopty	torty, słodycze z dużą zawartością tłuszczu
przyprawy	wanilia, cynamon, koper, pietruszka, majeranek, kwasek cytrynowy	pieprz, papryka, ocet, musztarda
używki	herbata, kakao, kawa zbożowa	alkohol, kawa

Załącznik 20.

OGÓLNY STANDARD EDUKACJI W CHOROBY NOWOTWOROWEJ

UZASADNIENIE

Edukacja pacjenta, to proces obejmujący oddziaływania wychowawcze i uczenie się skierowane na pacjenta i / lub jego środowisko. Celem tego procesu jest kształtowanie pożądaných postaw. Edukacja polega na zamierzonym wpływu na osobowość, eliminowaniu szkodliwych zachowań oraz pomocy w uczeniu się, opanowaniu wiedzy i niezbędnych umiejętności do racjonalnej współpracy. Powodzeniem działań edukacyjnych jest umiejętne stosowanie werbalnych i pozawerbalnych technik komunikowania się w celu zdobycia zaufania, wzbudzenia zainteresowania oraz pozyskania osoby do współpracy. Postawa autentyczności, zaangażowania, otwartości oraz partnerstwa sprzyja procesowi edukacji.

OŚWIADCZENIE

W wyniku prowadzonej edukacji pacjent nabywa wiedzę, motywację oraz świadomość warunkującą zmianę nawyków i zachowań oraz poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie.

KRYTERIUM STRUKTURY	KRYTERIUM PROCESU	KRYTERIUM WYNIKU
<p>Pielęgniarka posiada wiadomości dotyczące osoby i środowiska objętego edukacją, dotyczące:</p> <ol style="list-style-type: none"> wieku, płci, wykształcenia, zdolności poznawczych, możliwości edukacyjnych. 	<p>Pielęgniarka poprzez celową obserwację, rozmowę z rodziną, pacjentem oraz analizę dokumentów, ustala stan pacjenta (jego możliwości przyjęcia informacji, zdolności, zapotrzebowania na informację)</p>	<p>Pielęgniarka w sposób celowy rozpoznaje - ustala właściwą diagnozę stanu pacjenta i zapotrzebowania na wsparcie informacyjne.</p>
<p>Pielęgniarka zna czynniki wpływające pozytywnie na proces uczenia się:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ fizyczną i psychiczną gotowość uczenia się ze strony pacjenta ◆ odpowiedni wysoki poziom motywacji ◆ aktywny udział pacjenta w procesie uczenia się ◆ wydobywanie pozytywnych emocji w stosunku do osoby nauczającej 	<p>Pielęgniarka wprowadza w proces edukacji wymienione czynniki:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ ocenia poziom wiedzy, motywację, emocje oraz fizyczną i psychiczną gotowość uczenia się ◆ rozpoznaje braki informacji poprzez zebranie wywiadu od chorego, rodziny, środowiska (indywidualna rozmowa, celowy wywiad) 	<p>Znajomość czynników wpływających pozytywnie na proces uczenia, ułatwia pacjentowi uczenie się, stymuluje i zachęca do samodzielnego poszerzania zdobytych informacji, nakłania do dyskusji. Pacjent wyzbywa się oporów przed zadawaniem pytań.</p>
<p>Pielęgniarka ustala plan edukacyjny uwzględniając:</p> <ol style="list-style-type: none"> dobór miejsca edukacji, czas, środki dydaktyczne jakimi dysponuje, zakres edukacji, możliwości podmiotu edukacji 	<p>Pielęgniarka układa plan rozpisując:</p> <ol style="list-style-type: none"> zakres wiadomości, dostępność środków (zamawiając je, dokupując w miarę możliwości, zgłaszając zapotrzebowanie) poznając przedmiot edukacji uwzględnia: <ul style="list-style-type: none"> ◆ możliwości komunikacyjne, ◆ odbiorcze i nadawcze 	<p>Plan edukacji ułożony przez pielęgniarkę zawiera:</p> <ol style="list-style-type: none"> rozpoznany problem (zapotrzebowanie na wsparcie edukacyjne), rzeczywiste możliwości edukacyjne podmiotu, rzeczywisty czas potrzebny na przeprowadzenie edukacji, dostępne środki edukacyjne
<p>Pielęgniarka wie jaki zakres wiadomości posiada pacjent:</p> <ol style="list-style-type: none"> jakie wiadomości posiada w stopniu dobrym, co jest mu znane w niepełnym zakresie, czego nie wie, jakie wiadomości są nieprawidłowe 	<p>Pielęgniarka poprzez wywiad z pacjentem i rozmowę z rodziną zbiera informacje potrzebne do ustalenia zakresu edukacji</p>	<p>Przekazywane wiadomości / umiejętności są istotne dla pacjenta, są rzeczywistym wypełnieniem niedostatku lub też modyfikują informacje niewłaściwe czy też niepotrzebne, które mogły być dla pacjenta szkodliwe (przesady, zabobony).</p>

<p>Pielęgniarka ustala indywidualny plan edukacji dobierając: a) środki dydaktyczne:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ filmy video - edukacyjne, instruktażowe ◆ książki popularnonaukowe ◆ broszury zawierające skondensowane wiadomości na określone tematy ◆ pakiety informacji całościowych o danych jednostkach chorobowych, podzielone ze względu na wiek, płeć <p>b) metody edukacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ zbiorowe: pogadanki, instruktaże, dyskusje, wykłady, praca w grupach ◆ indywidualne: rozmowa, pytania - odpowiedzi, praca z tekstem, pokaz, nauka wybranych czynności. <p>Należy pamiętać o ogólnej dostępności materiałów edukacyjnych dla pacjentów, dobrą metodą jest poszeregowanie ich i umieszczenie w specjalnej do tego celu szafie - regale – półce.</p>	<p>Pielęgniarka wykorzystuje dostępne środki i metody, aby jak najprościej przekazać informacje. Pakiety całościowej informacji pacjent może zabrać do domu, posiada również wykaz bibliografii popularnonaukowej, który ma umożliwić poszerzenie i ewentualne uzupełnienie wiadomości. Należy pamiętać o uzupełnianiu pakietów. Grupy w których prowadzona jest edukacja, nie przekraczają liczebnością 12-15 osób, w jednej grupie znajdują się osoby o podobnych problemach edukacyjnych</p>	<p>Pomoce dydaktyczne są dostępne dla pacjenta w każdej chwili, informacje w nich zawarte są zrozumiałe i łatwo przyswajalne. Poprzez prowadzoną edukację, pacjent lepiej znosi terapię, gdyż zna objawy niepożądane, sposoby ich niwelowania, zalecaną dietę, zalecenia co do higieny, kontaktów z innymi ludźmi.</p> <p>Grupa, osoby indywidualne oraz partnerzy uczestniczący w zbiorowych metodach edukacji mają możliwość wymiany spostrzeżeń, informacji, dzielą się problemami, wspierają się wzajemnie</p>
<p>Pielęgniarka posiada dokumentację prowadzonych działań uwzględniającą:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ to co zastało zrobione (przyswojone przez pacjenta) ◆ co nie zostało zrobione (dlaczego?) ◆ co nie jest możliwe do 	<p>W dokumentacji pielęgniarka zapisuje :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ problemy edukacyjne ◆ sposoby ich rozwiązania i przewycięzania ◆ ewolucję procesu edukacji ◆ niepowodzenia i ich źródła: z czego one wynikały, jakie czynniki miały wpływ na ich powstanie 	<p>Poprzez prowadzoną dokumentację proces edukacji można łatwo kontrolować, istnieje także możliwość jego modyfikacji. Dokumentacja stanowi dowód prowadzonych działań, są one łatwiejsze do oceny oraz mogą być wykorzystane w przyszłości (wzór do szkoleń)</p>
<p>Pielęgniarka potrafi przygotować problemy edukacyjne pacjenta uwzględniając jego poziom wykształcenia, możliwości odbioru, zrozumienia przedstawionych zagadnień</p>	<p>Pielęgniarka prowadzi zaplanowaną edukację, dobór słownictwa jest prosty i zrozumiały dla pacjenta, kładzie nacisk na rzeczy ważne, kontroluje emocje pacjenta.</p>	<p>Pielęgniarka zdobyła zaufanie pacjenta, jest jego powiernikiem, stale czuwa nad budowaniem i umacnianiem motywacji pacjenta do dalszej edukacji</p>

<p>Pielęgniarka dysponuje odpowiednią ilością czasu potrzebną do przeprowadzenia edukacji. Ogólny plan edukacji zawiera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ wstępną rozmowę, rozpoznanie zakresu wiadomości, ustalenie niedoborów przy przyjęciu pacjenta lub przy pierwszym kontakcie z nim ◆ wstępną edukację np. przygotowanie do zabiegów diagnostycznych ◆ określenie godzin spotkań grupowych ◆ spotkania indywidualne ◆ podsumowanie edukacji np. ustalenie zaleceń na przyszłość ◆ zapewnienie ciągłości i dostępności do osoby prowadzącej edukację 	<p>Pielęgniarka ustala czas pracy tak, aby zrealizować zaplanowane działania, współpracuje z zespołem pielęgniarskim (wypełnianie kwestionariuszy przy przyjęciu)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ wstępna rozmowa z pacjentem przebiega w intymnych warunkach, ze spokojem, pielęgniarka nastawiona jest na słuchanie i delikatne stymulowanie do udzielania odpowiedzi ◆ spotkania w grupach odbywają się w wyznaczonych godzinach i wcześniej ustalonych terminach np. 2 x tyg., cyklicznie, mają ciągłość tematyczną, ◆ ustalenie zaleceń na przyszłość, które pacjent dostaje na piśmie, ◆ w określonych godzinach pielęgniarka pełni telefoniczny dyżur 	<p>Czas przeznaczony na edukację pacjenta / środowiska jest dostateczny co pozwala na zrealizowanie zamierzonych działań. Pacjent nabiera zaufania do osoby pracującej z nim, łatwiej otwiera się i jest chętny do współpracy. Zapewnienie ciągłości tematycznej daje poczucie stabilności i pewności. Poczucie bezpieczeństwa wynikające z możliwości indywidualnego kontaktu w nagłych sytuacjach, pacjent ma możliwość uzyskania porady telefonicznie, zna numer telefonu i godziny pełnionego dyżuru</p>
<p>Pielęgniarka systematycznie poszerza swoje wiadomości i umiejętności</p>	<p>Uczestnictwo w kursach, szkoleniach, samokształcenie, śledzenie literatury fachowej, udział w sympozjach</p>	<p>Przekazywane informacje są zrozumiałe i możliwe do odbioru, aktualne. Powodują zmiany w postawach i zachowaniu</p>
<p>Pielęgniarka współpracuje z innymi członkami zespołu terapeutycznego oraz innymi specjalistami</p>	<p>Pielęgniarka uczestniczy w spotkaniach grupowych z zespołem terapeutycznym, istnieje przepływ informacji między poszczególnymi osobami w zespole</p>	<p>Przepływ wiadomości jest pełny, na bieżąco, niezafałszowany, przekazywane wiadomości nie są powielane i sprzeczne</p>
<p>Pielęgniarka posiada do swojej dyspozycji środki dydaktyczne potrzebne do edukacji np. filmy, broszury, fantomy</p>	<p>Pielęgniarka gromadzi sprzęt dydaktyczny (zamówienia dostosowane zarówno do potrzeb jak i możliwości finansowych danej placówki), angażowanie firm produkujących sprzęt medyczny, rehabilitacyjny, czy też firm farmaceutycznych do wyposażania w ramach reklamy ośrodka prowadzącego edukację, ◆ dba o dobrą jakość powierzonego sprzętu</p>	<p>Wykorzystywane środki są dobierane zgodnie z ich przeznaczeniem, dostosowane do wieku, możliwości percepcyjnych stanu pacjenta</p>

