

NURTURING A CHILD WITH ABDOMINAL HERNIAS, BASED ON RESEARCH CONDUCTED IN THE DEPARTMENT OF PEDIATRIC SURGERY IN WIELUN

Katarzyna Dymczyk – Ociepka

MD, PhD, Polonia University in Czestochowa, e-mail: dymczyk@op.pl, Poland

Adrianna Kosior- Lara

MA, Polonia University in Czestochowa, e-mail: a.lara@ap.edu.pl, Poland

Krystyna Mizerska

PhD, Polonia University in Czestochowa, e-mail: krisha@o2.pl, Poland

Malgorzata Majzer

graduate, Polonia University in Czestochowa, e-mail: dymczyk@op.pl, Poland

Abstract. The aim of this work is to present a role of a nurse in caring and to showing the main problems among a child with abdominal hernia it also shows how to construct a standard procedure before and after planning surgery of abdominal hernia among children.

Role of the nurse in caring the child with abdominal hernia that it comes down to caring, educational - pedagogic, preventative and therapeutic functions.

The nurse in her professional, has to prepare a patient and his family to cooperate in a cherish process, helps a charge to do his life's doings, facilities an access to information about his health, supports his mental state, influences on patient in shaping his forest health properly, takes out decisions that prevent from occurring a complication and diseases from using a diagnosing method and a treatment.

The work also indicates the most often problems among a child with abdominal hernia. We should count: appearing of a pain in different intensity in a area of stomach, an annoyance and anxiety of the child because of the disease, a measure phobia, rising body temperature, an infection of surgical wound, engorgement and blushing of surgical wound, retching and vomiting, respiratory disorders and recurrent of hernia.

Keywords: child, abdominal hernia, care.

DOI: <http://dx.doi.org/10.23856/1910>

Wstęp

Pielęgniarstwo, jako dyscyplina naukowa, rozwija się w Polsce od lat siedemdziesiątych XX wieku. Nauka o pielęgniarstwie zajmuje się opisywaniem i wyjaśnianiem zjawisk przyczyniających się do rozwoju teorii i praktyki pielęgniarstwa, która to nazywana jest pielęgnowaniem (Chilarski, 2009). Aby proces pielęgnowania mógł zaistnieć w praktyce, muszą być spełnione takie warunki, jak komunikowanie się pielęgniarki z podmiotem opieki, czyli z pacjentem, a także prowadzenie określonej dokumentacji na potrzeby pielęgnowania podmiotu opieki. W procesie pielęgnowania ważnym jest uświadomienie sobie, że pacjent ma prawo do zindywidualizowanego pielęgnowania. Wspomina o tym Karta Praw Pacjenta, która mówi, że podmiot opieki ma prawo między innymi do opieki pielęgniarstwa, czyliopielęgnowania, a charakter tychże działań zawsze podlega zasadzie indywidualizacji (Ciechaniewicz, 2006; Ciechaniewicz, 2008).

Rola pielęgniarki w procesie pielęgnowania jest niezmiernie ważna. Niniejsze

opracowanie skupia się na procesie pielęgnowania dzieci dotkniętych różnymi rodzajami przepuklin brzusznych (Twarduś, Cepuch, Krzeczowska, Perek, 2011).

Do głównych celów zaliczyć można:

- przedstawienie roli pielęgniarki w pielęgnowaniu dziecka z przepukliną brzuszną;
- wyłonienie najczęstszych problemów, występujących u dziecka z przepukliną brzuszną;
- skonstruowanie standardu postępowania przed planowym zabiegiem operacyjnym przepukliny brzusznej u dziecka
- skonstruowanie standardu po zabiegu operacyjnym przepukliny brzusznej u dziecka.

Definicje i rodzaje przepuklin

W jamie brzusznej panuje dodatnie ciśnienie, które nasilać się może przy kaszlu i śmiechu, przy parciu na stolec oraz przy innych czynnościach wymagających pracy mięśni brzucha. Zawartość jamy brzusznej utrzymywana jest powłokami, których mocną warstwę stanowią mięśnie i będące ich przedłużeniem rozciągna. Kilka warstw płaskich mięśni jamy brzusznej krzyżują się w różnych kierunkach. Jeśli w miejscu skrzyżowań tychże mięśni jest słabo pokryty punkt lub szczelina, wówczas w miejscu tym, pod wpływem ciśnienia wewnątrzbrzuszego, uwypukla się otrzewna, a z biegiem czasu uwypuklenie to wydłuża się i powiększa tworząc tym samym przepuklinę. W życiu człowieka wyróżnić można dwa okresy, w których najczęściej rozpoznawane są przepukliny. Pierwszym z tych okresów jest dzieciństwo, kiedy to przepukliny tworzą się w miejscach osłabienia powłok wskutek pewnych wrodzonych niedoskonałości w układzie mięśni i rozworów brzucha. Drugim okresem jest wiek podeszły, kiedy to mięśnie powoli zaczynają słabnąć i zanikać, a przestrzenie pomiędzy nimi ulegają poszerzaniu. Przepukliny nigdy nie powstają nagle pod wpływem wypadku lub nadmiernego wysiłku. Powstają one też niekiedy w miejscach uszkodzenia warstwy mięśniowo - rozciągłowej brzucha w następstwie operacji lub przenikającego urazu (Czernik, 2005; Klimczyk, Niechwiadowicz – Czapka, 2008; Kostewicz, 2002).

Do składników przepukliny zalicza się:

- wrota przepukliny - najczęściej powstają w miejscach zmniejszonej odporności, tj. w naturalnych otworach i kanałach powłok ciała;
- worek przepuklinowy;
- zawartość worka przepuklinowego (Noszczyk, 2005; Wagner, 2003; Magazyn pielęgniarstwa i położnej, 2006; Ciechaniewicz, 2008; Magazyn pielęgniarstwa i położnej, 2012);

Rodzaje przepuklin:

- 1) wewnętrzne - następuje przemieszczenie się sąsiedniej jamy ciała, na przykład z jamy brzusznej do jamy opłucnej w przypadku przepukliny przeponowej;
zewewnętrzne - worek przepuklinowy przemieszcza się wraz z zawartością na zewnątrz jamy ciała, na przykład przepukliny brzuszne przemieszczone na zewnątrz jamy brzusznej;
- 2) wrodzone i nabyte;
- 3) prawdziwe i rzekome (brak worka przepuklinowego, na przykład w przypadku przepukliny pourazowej) (Lenartowicz, Kózka, 2010; Magazyn pielęgniarstwa i położnej, 2009; Zahradniczek, 2004).

Do rodzajów przepuklin brzusznych występujących u dzieci zalicza się:

- przepuklinę pachwinową,
- przepuklinę pępowinową;
- przepuklinę udową,
- przepuklinę pępkową,
- przepuklinę pooperacyjną w bliźnie;
- przepuklinę kresy białej (Chilarski, 2009; Magazyn pielęgniarstwa i położnictwa, 2012; Modrzejewski, Ścierański, Słojewski, Kostewicz, 2002).

Poza przepuklinami brzuszными literatura fachowa wyróżnia także następujące rodzaje przepuklin:

- przepuklinę cewy nerwowej,
- przepuklinę rozworu przełykowego,
- przepuklinę przeponową (Magazyn pielęgniarstwa i położnictwa, 2012; Modrzejewski, Ścierański, Słojewski, Kostewicz, 2002; Magazyn pielęgniarstwa i położnictwa, 2006).

Ze względu na sposób powstawania i umiejscowienie przepukliny można podzielić na:

1. Przepukliny wrodzone:
 - ujawniają się zaraz po narodzeniu dziecka lub nieco później w 1 - 2 roku życia dziecka,
 - przyczyną ich powstawania jest niedokonanie się w życiu płodowym zamknięcia otworów w ścianie jamy brzusznej.
2. Przepukliny nabyte:
 - przyczyną ich powstawania są częste i znaczne zwężki ciśnienia śródbrzusznego związane z działaniem wzmożonej tłoczni brzusznej na skutek wysiłku fizycznego, uporczywego kaszlu lub utrudnionej defekacji;
 - przepuklina najczęściej przemieszcza się w obrębie naturalnych lub nabytych otworów, szczelin i przestrzeni, stanowiących miejsca, w których zwartość tkankowa jest osłabiona.
3. Przepukliny zewnętrzne:
 - powstają, gdy część zawartości jamy brzusznej przemieszcza się wraz z uchyłkiem otrzewnej na zewnątrz jamy brzusznej.
4. Przepukliny wewnętrzne:
 - powstają, gdy narządy przemieszczają się do sąsiednich jam ciała (np. przepuklina przeponowa).
5. Przepukliny ześlizgowe:
 - powstaje na skutek zsuwania się kątnicy lub pęcherza moczowego przez wrota przepukliny na zewnątrz, pociągając za sobą otrzewną ścienną,
 - uwypuklająca się przez wrota otrzewna może pociągać za sobą leżące zaotrzewnowo mało ruchome narządy, takie jak na przykład pęcherz moczowy lub niektóre odcinki jelita grubego - narządy te jak gdyby wślizgują się przez wrota przepuklinowe i stają się częścią worka przepuklinowego,
 - jedną ze ścian worka przepuklinowego może być ściana jelita grubego lub pęcherza moczowego,
 - jest to rzadko występująca postać przepukliny (Magazyn pielęgniarstwa i położnictwa, 2006; Wordliczek, Dobrogowski, 2007; Walewska,

2006).

Wyróżnić można jeszcze przepuklinę odprowadzalną oraz nieodprowadzalną.

Etiopatogeneza przepuklin brzusznych u dzieci

W budowie ścian jamy brzusznej występują miejsca, które mają nieco słabszą budowę. Są to te okolice, gdzie układ elementów konstrukcyjnych nie jest wystarczająco szczelny, bądź też jakość struktury tychże elementów mięśniowych lub powięziowych jest gorsza. Przyczyną może też być pierwotny niedorozwój poszczególnych mięśni lub ich grup, jako skutek przebytych zmian w układzie nerwowym.

S. Dąbrowiecki do ogólnych przyczyn powstawania przepuklin zalicza:

- osłabienie powięzi poprzecznej, jak i zwiększenie na nią naporu;
- zaburzenia metabolizmu kolagenu oraz wady i ubytki struktur anatomicznych;
- stany przewlekłego wzrostu ciśnienia w jamie brzusznej - wywołane na przykład zaparciami, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, astmą;
- czynniki ogólnoustrojowe, które mają negatywny wpływ na wytrzymałość tkanki łącznej - na przykład cukrzyca, steroidoterapia, hipoproteinemie, niedożywienie (Chilarski, 2009; Widomska - Czekajka, Górajek - Józwick, 2010).

Etiopatogeneza przepuklin pachwinowych u dzieci.

Przepukliny pachwinowe u dzieci mogą być wrodzone (przepuklina pachwinowa skośna) lub nabyte (przepuklina pachwinowa skośna lub prosta). U chłopców przepuklina pachwinowa skośna przebiega przez kanał pachwinowy równoległe z powrózkiem nasiennym. U dziewcząt natomiast worek przepuklinowy znajduje się w topograficznej łączności z więzadłem obłym macicy. Przepukliny pachwinowe u chłopców, które wchodzi do moszny nazywa się przepuklinami mosznowymi.

Przepukliny może to być także kwestią dziedziczenia.

Przepuklina pachwinowa skośna stanowi jedną z najczęstszych wad wrodzonych u noworodków i dzieci starszych, która wymaga leczenia chirurgicznego. W okolicach trzeciego miesiąca życia płodowego dochodzi do wypuklenia otrzewnej (tzw. wyrostek pochwoy otrzewnej) przez pierścień powierzchniowy. Wyrostek ten w swoim przebiegu towarzyszy jądrowodowi, aż dochodzi do moszny (u dziewczynek uchylek Nucka dochodzący do warg sromowych większych). Wyrostek, który ma połączenie z jamą brzuszną zarasta pomiędzy 12. a 24. tygodniem życia płodowego. W przypadku jeśli nie dojdzie do zarośnięcia wyrostka pochwowego, wówczas stwarzają się anatomiczne warunki do powstania skośnej przepukliny pachwinowej, wodniaka jądra lub wodniaka powrózka nasiennego (Chilarski, 2009; Pawlaczyk, 2007; Przegląd pediatryczny, 2007).

Etiopatogeneza przepukliny pępkowej u dzieci.

Przepuklina pępkowa to wypuklenie się zawartości jamy brzusznej wraz z otrzewną przez rozszerzony pierścień pępkowy. Idzie z tym w parze poszerzenie kresy białej oraz rozsuniecie mięśni prostych brzucha w okolicy pępka, co dodatkowo osłabia pierścień i rozszerza wrota. Najczęściej przepuklina pępkowa jest wadą wrodzoną. Występuje częściej u wcześniaków niż u dzieci starszych. Wiąże się to z tym, że w życiu płodowym jelita dziecka rozwijają się poza jego jamą brzuszną. Przemieszczają się do brzucha przez pierścień pępkowy, który po pewnym czasie zarasta. W przypadku wcześniaków pierścień ten może nie zdążyć prawidłowo zarosnąć, następstwem czego może być pojawienie się przepukliny pępkowej. Czynniki predysponujące do powstania przepukliny pępkowej wieku dziecięcego to najczęściej podwyższone ciśnienie śródbrzusze (Pawlaczyk, 2007; Przegląd pediatryczny, 2007; Walewska, 2006).

Przepuklina pępkowa może osiągać duże rozmiary, mimo iż jej wrota są niewielkie. W

sytuacji kiedy worek przepuklinowy ma znaczne rozmiary, a wrota są wąskie, powstaje odczyn zapalny. Prowadzi on często do odkładania się włókniaka i tworzenia się masywnych zrostów. Taka sytuacja natomiast prowadzić może do nieodprowadzalności zawartości worka przepuklinowego.

Aleksander A. Wagner podaje, że częstość występowania zależy od grupy wiekowej badanych pacjentów: od 80% u wcześniaków do 21% u noworodków, których masa ciała wynosi powyżej 2500 g. U dzieci powyżej 1. roku życia częstotliwość występowania przepukliny wynosi od 2 do 12%. Przyczyny niezamykania się pierścienia pępkowego nie są znane (Chilarski, 2009; Ciechaniewicz, 2008; Widomska - Czekajska, Górajek - Józwiak, 2010).

Objawy kliniczne i diagnozowanie przepuklin brzusznych u dzieci.

Objawy przepukliny brzusznej u dzieci:

- obecność miękkiego guza w powłokach okolic brzusznych;
- uwypuklenia w miejscach występowania wrót przepukliny;
- wrażliwość na dotyk w miejscu przepukliny (bolesność palpacyjna);
- występować może uczucie pociągania w obrębie jamy brzusznej;
- wystąpić mogą nudności;
- nasilenie objawów w czasie wzmożonej tłoczni brzusznej;
- w większości przypadków jednak przepukliny przebiegają bezobjawowo

(Magazyn pielęgniarki i położnej, 2009; Twarduś, Cepuch, Krzeczowska, Perek, 2011).

Przepuklina pachwinowa przybiera postać charakterystycznego uwypuklenia, które czasami widoczne jest tylko w pozycji stojącej lub podczas wzmożonej tłoczni brzusznej, na przykład podczas kaszlu lub płaczu. Rodzice dzieci chorych na przepuklinę pachwinową podają, że w czasie płaczu dochodzi do uwypuklenia się guza w okolicy pachwinowej, a nawet do powiększenia moszny. Dzieje się tak na skutek wzrostu ciśnienia śródbrzusznego. Guz ten zazwyczaj chowa się z chwilą uspokojenia się dziecka. Zazwyczaj można go też łatwo odprowadzić z powrotem do jamy brzusznej.

Decydującą rolę w diagnostyce przepukliny pachwinowej u dzieci odgrywa badanie przedmiotowe. Jeżeli w czasie tego badania nie stwierdza się uwypuklenia w okolicy pachwiny, wówczas pomocnym objawem okazać się może pogrubienie struktur powrózkanasiennego po stronie występowania przepukliny (tzw. objaw jedwabnej rączki).

Przydatnym badaniem przy diagnozowaniu przepukliny jest badanie ultrasonograficzne. Zapis wideo w trakcie parcia i kaszlu z przedstawieniem powiększania się wrót przepukliny i kierunku schodzenia worka przepuklinowego do kanału pachwinowego pozwala na uściślenie rozpoznania.

Do diagnozowania przepuklin pachwinowych wykorzystuje się też metodę herniografii. Polega ona na wstrzyknięciu do jamy otrzewnej 60 - 100 ml rentgenowskiego środka cieniującego. Na skutek zmiany ułożenia chorego zakontrastowaniu ulega przepuklina. Dzięki temu badaniu łatwo można określić wielkość i ocenić zawartość worka przepuklinowego oraz ocenić wrota przepukliny.

Czasami stosuje się też metodę tomografii komputerowej, pozwalającej ocenić okolicę pachwinową.

Rodzice dziecka z **przepukliną pępkową** zwykle zaniepokojeni są obecnością guza w pępku. Potwierdza to badanie przedmiotowe, podczas którego wyczuwa się miękki guz w pępku. Powiększa się on podczas płaczu, bądź krzyku dziecka. Po odprowadzeniu zawartości worka przepuklinowego do jamy brzusznej opuszkami palców można wyczuć zwykle

pierścień stanowiący wrota przepukliny. Ze względu na niewielkie ryzyko uwięźnięcia przepukliny z leczeniem zazwyczaj czeka się od 2. do 4. roku życia (Magazyn pielęgniarki i położnej, 2006; Zahradniczek, 2004).

Leczenie przepuklin brzusznych u dzieci.

Przepuklina pachwinowa u dzieci najczęściej leczona jest operacyjnie. Powinna być operowana w optymalnym dla dziecka okresie życia. Rozpoznanie przepukliny u noworodka lub niemowlęcia jest równoznaczne ze wskazaniem do operacji. Dziecko powinno być w możliwie najlepszej kondycji. Wcześniejsze z przepukliną powinny opuścić szpital dopiero po operacji, ponieważ w tym okresie życia niebezpieczeństwo uwięźnięcia przepukliny jest szczególnie wysokie. W przypadku uwięźnięcia przepukliny odprowadzanej lub wystąpienia zaburzeń czynności przewodu pokarmowego wykonuje się operacje w trybie przyspieszonym. W przypadku uwięźnięcia jajnika konieczna jest jak najszybsza operacja.

W sytuacji uwięźnięcia przepukliny należy próbować odprowadzić ją metodą nieoperacyjną, jeśli nie występują żadne niepokojące objawy brzuszne, a stan dziecka jest dobry i czas uwięźnięcia nie przekroczył paru godzin (Chilarski, 2009; Czernik, 2005; Fibak, 2010).

W przypadku **przepukliny pępkowej** u niemowląt, leczenie można rozpocząć od próby zalepienia przepukliny plastrem pod warunkiem, że:

- używa się niedrażniących plastrów;
- zbliża się do siebie fałdy skórne nad pępkiem w taki sposób, aby przepuklina cofnęła się do brzucha;
- wymienia się plastry, gdy z jednej strony odkleją się (zwykle po 7 - 10 dniach) kolejny plaster zakłada się po 24 - 48 godzinach od odklejenia poprzedniego i tylko wówczas, gdy skóra pod plastrem jest wygojona (Chilarski, 2009; Czernik, 2005; Fibak, 2010).

Leczenie metodą plastrowania trwa zwykle parę miesięcy. Dziecko myje się i kąpie normalnie, nie odczuwa żadnych dolegliwości bólowych w związku z opatrunkiem plastrowym. Zdarza się jednak, że po założeniu plastrów na pępek może ujawnić się przepuklina pachwinowa. Przepuklina pępkowa u chłopców zamknąć się może w 5. - 7. roku życia w związku z lepszym rozwojem mięśni prostych, u dziewcząt natomiast, jeśli przepuklina nie zamknie się sama, należy zamknąć ją po 3. roku życia operacyjnie. Operacja polega na zbliżeniu i zaszyciu mięśni prostych i rozciągnięciu, a tym samym zamknięciu otworu. Dziecko, jeśli nie występują powikłania, zostaje wypisane ze szpitala następnego dnia po operacji.

Powikłania leczenia operacyjnego przepuklin brzusznych u dzieci.

Do najczęściej wymienianych powikłań leczenia przepuklin brzusznych u dzieci metodą operacyjną zalicza się:

- występowanie krwiaków pooperacyjnych;
- uszkodzenie nasieniowodu;
- zakażenie rany;
- niedokrwienie i zanik jądra;
- przewlekłe bóle - najczęściej spowodowane uchwyceniem wraz ze szwem nerwu biodrowo - pachwinowego;
- nawrót przepukliny (1 - 10% pacjentów) najczęściej spowodowany błędem technicznym lub przeoczeniem przepukliny towarzyszącej (Chilarski, 2009; Czernik, 2005; Fibak, 2010).

Jedną z częstych metod operacyjnego leczenia przepuklin jest technika laparoskopowa.

Jak podają A. Bobrzyński i A. Budzyński, w czasie tegoż zabiegu może dojść do powikłań, które typowe są dla wszystkich operacji wykonywanych metodą laparoskopową przy użyciu igły Veressa, trokarów, wytworzeniem odmy otrzewnowej oraz z samą techniką operacji laparoskopowej. Wśród tych powikłań wymienia się uszkodzenie ścian jelita, pęcherza moczowego oraz dużych naczyń. Typowym powikłaniem jest uszkodzenie naczyń brzusznych dolnych, co wymaga założenia klipsów po obu stronach krwawiącego naczynia (Chilarski, 2009; Ciechaniewicz, 2008).

Proces pielęgnowania pacjenta z przepukliną brzuszną.

Adaptacja dziecka do pobytu w szpitalu.

Trudnym przeżyciem zarówno dla małego pacjenta, jak i rodziców jest konieczność oddania dziecka na leczenie do szpitala. Zachwianie poczucia bezpieczeństwa, bardziej nasilone u dzieci młodszych powoduje rozłąka z bliskimi. U niemowląt poniżej 6 miesiąca życia podczas hospitalizacji występuje reakcja na zmianę odbieranych bodźców zewnętrznych: zapachów, czy dźwięków, gdyż dotychczas znały tylko zapach matki szczególnie niemowlęta karmione piersią. Reagują one zmienionym rytmem snu, łaknienia, wydalania. Okres oddzielenia od rodziców jest przeżyciem bardzo istotnym dla psychiki dziecka, wywołując lęki separacyjne. Przywiązanie dziecka do matki jest najsilniejsze między 6 miesiącem życia, a 3 - 4 rokiem życia, dlatego pobyt w szpitalu w tym okresie jest najtrudniejszy.

Wśród dzieci hospitalizowanych, mając na uwadze zachowanie, należy wyróżnić trzy fazy przystosowania do otaczających go warunków:

1. Faza protestu.

Objawia się niepokojem dziecka, ciągłym płaczem, lękiem, dziecko czynnie broni się przed osobami sprawującymi opiekę, demonstruje różne formy protestu.

2. Faza rozpaczu.

Dziecko jest smutne, płacze monotonna z przerwami, staje się apatyczne, zamyka się w sobie. Jego spokojne zachowanie może fałszywie świadczyć o dobrym przystosowaniu się do miejsca, w którym przebywa.

3. Faza wyparcia.

Dziecko okazuje zainteresowanie otoczeniem. Bawi się, uśmiecha, szuka oparcia w personelu, tuli się do pielęgniarek, jest zgodne na prośby, lecz błędnym przypuszczeniem jest, że dobrze czuje się w szpitalu.

W Oddziałach Chirurgii Dziecięcej rodzic lub prawny opiekun mają możliwość pozostania z dzieckiem w szpitalu, na podstawie Ustawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 roku i Europejskiej Karty Praw Dziecka. Zdarza się jednak, że rodzice nie zawsze chcą lub mogą przebywać z dzieckiem w oddziale szpitalnym.

Podczas pobytu dziecka w szpitalu pielęgniarka spędza z nim najwięcej czasu przez co może dokładnie zdiagnozować jego stan emocjonalny i pomóc przetrwać leczenie. Na określenie problemów dziecka oraz ocenę działań podjętych w celu poprawy stanu zdrowia pozwala wnikliwa obserwacja. Poznanie upodobań i przyzwyczajzeń dziecka ułatwia adaptację do nowych, dotąd nieznanych, warunków szpitalnych.

Rola opiekunczą pielęgniarki polega na zorganizowaniu jak najbardziej domowych warunków pobytu, otoczenie dziecka troskliwą, serdeczną, pełną ciepła opieką. Każdy mały pacjent potrzebuje poczucia bezpieczeństwa oparcia i miłości.

Standard przygotowania pacjenta do planowego zabiegu operacyjnego przepukliny brzusznej w Oddziale Chirurgii Dziecięcej.

Grupa opieki:

Obejmuje pacjentów przyjętych w Oddział Chirurgii Dziecięcej w trybie planowym, zdiagnozowanych i zakwalifikowanych do zabiegu operacyjnego.

Oświadczenie standardowe:

Przedmiotem standardu jest przygotowanie psychiczne i fizyczne dziecka do operacji, objęcie pacjenta optymalną opieką pielęgniarską w procesie leczenia i pielęgnowania zmierzającą do przywrócenia stanu zdrowia, włączenie rodziców do opieki w okresie okołoperacyjnym, ujednoczenie zasad postępowania przy przekazywaniu pacjenta na blok operacyjny.

Kryteria struktury:

- Oddział Chirurgii Dziecięcej zapewnia warunki lokalowe i materialne dla komfortu i bezpieczeństwa pacjentów i personelu;
- personel medyczny oddziału posiada kwalifikacje do leczenia i pielęgnowania pacjentów;
- oddział zapewnia materiały i środki konieczne do przygotowania fizycznego pacjenta do zabiegu;
- istotne informacje o przygotowaniu do zabiegu podaje dokumentacja lekarska i pielęgniarska;
- za uzyskanie świadomej zgody rodziców na zabieg odpowiada lekarz decydujący o jego wykonaniu;
- za uzyskanie świadomej zgody na znieczulenie odpowiada lekarz anestezjolog;
- nadzór nad prawidłowym przygotowaniem pacjenta do zabiegu sprawuje lekarz oddziału;
- za przygotowanie pacjenta do zabiegu odpowiada pielęgniarka;
- zespół terapeutyczny przekazuje między sobą wszystkie informacje.

Kryteria procesu:

- pielęgniarka informuje lekarza o przyjęciu pacjenta w oddział;
- zapoznaje pacjenta i rodziców z regulaminem, kartą praw pacjenta i topografią oddziału;
- umieszcza pacjenta na sali chorych i zapoznaje z innymi pacjentami;
- zapewnia miłą i przyjazną atmosferę;
- zachęca rodziców do współpracy w opiece nad dzieckiem;
- prowadzi dokumentację pielęgniarską;
- zbiera wstępny wywiad od pacjenta i rodziców o przeszłości chorobowej, uczuleniu na leki;
- ocenia ogólny stan zdrowia i wydolność poszczególnych układów;
- wykonuje pomiary parametrów życiowych - ciśnienia tętniczego, tętna, temperatury ciała, wagi ciała, wzrostu;
- podejmuje działania w celu psychicznego i fizycznego przygotowania do zabiegu;
- bierze udział w badaniach diagnostycznych - zakłada kaniulę obwodową, pobiera krew i mocz do badań laboratoryjnych;
- podaje zlecone leki w celu wyrównania niedoborów w organizmie;
- planuje opiekę, ocenia możliwości pacjenta;

- prowadzi edukację zdrowotną w celu zapobiegania powikłaniom pooperacyjnym (gimnastyka oddechowa, nauka siadania, stabilizacja rany pooperacyjnej);

- uczestniczy w badaniu anestezjologicznym.

Przygotowanie psychiczne dalsze:

- pielęgniarka wyjaśnia celowość działań pielęgnacyjnych;

- ocenia nastrój i samopoczucie dziecka;

- zdobywa zaufanie i łagodzi lęki;

- zapewnia obecność rodziców;

- okazuje troskę i zrozumienie.

Przygotowanie fizyczne dalsze:

- pacjent otrzymuje dietę płynną, może pić do godziny 22.00;

- pielęgniarka wieczorem wykonuje lewatywę oczyszczającą lub zakłada czopek glicerynowy;

- pielęgniarka wykonuje kąpiel całego ciała wieczorem, dba o czystość paznokci;

- zapewnia zmianę bielizny osobistej i pościelowej;

- pomaga w usunięciu kolczyków, spinek do włosów;

- wykonuje toaletę pępka 70% spirytusem, zabezpiecza jałowym gazikiem do chwili

zabiegu;

zapewnia dobre warunki do snu.

Przygotowanie psychiczne w dniu zabiegu:

- pielęgniarka otacza dziecko ciągłą opieką;

- udziela wyczerpujących odpowiedzi na zadawane przez dziecko pytania;

- umożliwia pobyt rodzica;

- okazuje wsparcie emocjonalne.

Przygotowanie fizyczne w dniu zabiegu:

- pielęgniarka mierzy parametry poranne;

- wykonuje toaletę całego ciała i jamy ustnej;

- przypomina o oddaniu moczu;

- zakłada czystą bieliznę szpitalną;

- podaje premedykację na pół godziny przed zabiegiem zgodnie ze zleceniem anestezjologa;

- zapewnia bezpieczeństwo dziecka w łóżku po zażyciu leku;

- przygotowuje pełną dokumentację i sprawdza dane osobowe z danymi na opasce identyfikacyjnej na ręce pacjenta;

- pierwszego pacjenta przekazuje na blok operacyjny o godzinie 8:00;

- przekazanie odbywa się w obecności pielęgniarki anestezjologicznej.

Kryteria wyniku:

- pacjent został przyjęty na oddział zgodnie z obowiązującymi zasadami;

- zna wszystkie zabiegi wykonane przed operacją;

- zna pomieszczenia i zespół medyczny;

- na oddziale pracuje doświadczony personel;

- oddział zapewnia pomieszczenia do badań diagnostycznych;

- zebrane informacje o pacjencie pozwoliły postawić diagnozę pielęgniarstwa i określić plan opieki przedoperacyjnej;

- stosowanie procedur zapewniło przygotowanie psychiczne i fizyczne pacjenta do zabiegu operacyjnego;
- ocena ogólnego stanu zdrowia i poszczególnych układów wpłynie na zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym;
- rodzice pacjenta uczestniczą w jego pielęgnowaniu; prowadzona jest dokumentacja medyczna zawierająca informacje o pacjencie.

Standard pielęgnowania pacjenta po zabiegu operacyjnym przepukliny brzusznej w Oddziale Chirurgii Dziecięcej.

Grupa opieki:

Obejmuje pacjentów po zabiegu operacyjnym przepukliny brzusznej w oddziale Chirurgii Dziecięcej.

Oświadczenie standardowe:

Standard ma na celu objęcie profesjonalną opieką pielęgniarską w okresie pooperacyjnym ukierunkowaną na rozpoznawanie i zapobieganie wczesnym powikłaniom, prowadzenie edukacji zdrowotnej, która zapewni przywrócenie stanu równowagi funkcjonowania organizmu, postępowanie zgodne z zasadami aseptyki, ponieważ zachowanie reżimu sanitarnego zapewni ochronę pacjenta przed zakażeniem rany. Pacjent będzie miał zapewnione poczucie bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego.

Kryteria struktury:

- oddział chirurgii dziecięcej zapewnia warunki lokalowe, posiada sale: pooperacyjną opatrunkową i zabiegową;
- w wyposażeniu oddziału jest sprzęt do monitorowania podstawowych parametrów;
- oddział jest wyposażony w materiały opatrunkowe i leki;
- personel medyczny oddziału posiada kwalifikacje do leczenia i pielęgnacji pacjenta w okresie pooperacyjnym;
- personel pielęgniarski posiada wiedzę w zakresie rozpoznawania wczesnych objawów powikłań pooperacyjnych;
- personel obowiązuje przestrzeganie reżimu sanitarnego;
- w oddziale prowadzona jest dokumentacja pacjenta, w której pielęgniarka systematycznie nanosi obserwacje.

Kryteria procesu:

- pielęgniarka odbiera pacjenta z sali wybudzeń;
- sprawdza stan świadomości pacjenta;
- potwierdza w karcie przekazanie pacjenta na oddział po zabiegu;
- uzyskuje informacje o pacjencie w okresie wybudzenia od pielęgniarki anestezjologicznej;
- transportuje pacjenta na przygotowaną salę pooperacyjną, wyposażoną w sprawny sprzęt, łóżko, środki i materiały medyczne;
- układa dziecko w pozycji płaskiej z głową na boku, zapewnia bezpieczeństwo;
- monitoruje pomiar tętna, ciśnienia tętniczego, oddechu, temperatury ciała co godzinę;
- podaje płyny i leki na zlecenie lekarza;
- prowadzi kartę obserwacyjną;
- sprawdza stan opatrunku na ranie, drożność kaniuli żylnych;

- ocenia natężenie bólu;
- kontroluje diurezę i wypróżnienia;
- podaje płyny do picia i posiłek w czasie zleconym przez anestezjologa;
- monitoruje ranę pooperacyjną, zmienia opatrunki zgodnie z procedurą;
- motywuje do ćwiczeń oddechowych, uruchamia dziecko;
- wykonuje toaletę całego ciała pacjenta, zmienia bieliznę osobistą i pościelową;
- ocenia zdolność dziecka do samodzielnego podejmowania wysiłku i samopielęgnacji;
- prowadzi dokumentację pacjenta;
- przekazuje zaobserwowane objawy zespołowi terapeutycznemu.

Kryteria wyniku:

- monitorowanie i obserwacja pacjenta umożliwia postawienie diagnozy pielęgniarskiej i realizację indywidualnego planu opieki;
- personel medyczny zapewnia poczucie bezpieczeństwa dziecka przez troskliwą opiekę;
- stała obserwacja zapobiega wczesnym powikłaniom pooperacyjnym;
- prowadzona jest dokumentacja pacjenta, w której pielęgniarka nanosi swoje obserwacje;
- podane płyny i leki drogą dożylną wchłonęły się do organizmu bez objawów ubocznych;
- pielęgniarka stosuje metody podnoszenia progu bólowego i łagodzenia bólu;
- pacjent uczestniczy w ćwiczeniach oddechowych, wykonuje zalecenia;
- postępowanie z raną pooperacyjną zgodnie z procedurą zapewniło pomyślny proces gojenia rany;
- pacjent akceptuje ranę pooperacyjną i współpracuje odnośnie jej pielęgnacji;
- rodzice wspierają dziecko w okresie pooperacyjnym, przyswoili też wiedzę z zakresu dozowania wysiłku fizycznego, odżywiania i pielęgnacji rany;
- dziecko i rodzice są przygotowani przez personel do samoopieki.

Studium przypadku 1.

Wywiad pielęgniarski.

Niemowlę 9 miesięczne przyjęte do szpitala w trybie nagłym z podejrzeniem uwięźniętej przepukliny pachwinowej prawostronnej. Z wywiadu z matką i z karty informacyjnej wynika, że dziewczynka była hospitalizowana 3 miesiące wcześniej w oddziale dziecięcym z powodu zapalenia oskrzeli. Dziecko wychowuje się w rodzinie pełnej, ma starszego brata, rodzina mieszka w bloku, sytuacja materialna dobra. Dziecko jest karmione piersią, matka wprowadza do pożywienia pokarmy stałe, które dziecko dobrze toleruje. Rozwój w okresie noworodkowym przebiegał prawidłowo, co wynika z Książeczki Zdrowia Dziecka. Obecnie zaniepokoiło matkę ciągły płacz dziecka, brak łaknienia i ulewania nadtrawionym pokarmem, podczas zmiany pampersa zauważyła zgrubienie w okolicy pachwinowej prawej.

Obserwacje pielęgniarskie.

Podczas badania klinicznego w oddziale zaobserwowano rozdrażnienie i niepokój dziecka. Skóra blada, tkanka podskórna dobrze rozwinięta, śluzówka jamy ustnej sucha, widoczne zaczerwienienie i obrzęk w okolicy pachwinowej prawej. Waga ciała 8950 g, ciemiączko przednie o wymiarach 1,5x1,5 cm, temperatura ciała podwyższona 37,5°C.

Dziecko prawidłowo reaguje na bodźce z otoczenia, jest bardziej spokojne w bliskości z mamą. Przed badaniami diagnostycznymi na zlecenie lekarza założono czopek Luminalu 15 mg, dziecko uspokoiło się. Założono wkłucie obwodowe, pobrano krew do badania: morfologia, CRP oraz moczu na badanie ogólne. Wchłonęło się drogą dożylną 250 ml płynu pediatrycznego. Wykonano USG jamy brzusznej i zastosowano leczenie zachowawcze poprzez odprowadzenie zawartości worka przepuklinowego, którą stanowią jelita z powrotem do jamy otrzewnowej. Matka przebywa z dzieckiem na oddziale, troskliwie uczestniczy w pielęgnowaniu, została uspokojona, co ma pozytywny wpływ na dalsze karmienie piersią. Przekazano informacje o chorobie dziecka, stosowanym leczeniu i dalszej pielęgnacji.

Diagnoza pielęgnarska I.

Rozdrażnienie, płacz i niepokój dziecka wynikający z powodu zaostrzenia choroby.

Cel opieki pielęgnarskiej:

Likwidacja stanu rozdrażnienia, uspokojenie dziecka i przywrócenie prawidłowego wypoczynku.

Realizacja opieki pielęgnarskiej:

- udział w leczeniu choroby podstawowej;
- podanie leków uspokajających na zlecenie lekarza;
- umożliwienie matce pobytu z dzieckiem;
- kontynuowanie karmienia piersią;
- podanie leków przeciw bólowych;
- obserwacja dziecka;
- pomiar parametrów, temperatura ciała, tętno;
- monitorowanie działania leków;
- okazywanie czułości dziecku;
- zapewnienie warunków do dobrego snu;
- stworzenie mikroklimatu w pokoju.

Ocena działań pielęgnarskich:

Dziecko uspokoiło się, śpi spokojnie.

Diagnoza pielęgnarska II

Ulewania częściowo nadtrawionym pokarmem, ryzyko wystąpienia zachyłkowego zapalenia płuc.

Cel opieki pielęgnarskiej:

Eliminowanie ulewań, zapobieganie powikłaniom układu oddechowego.

Realizacja opieki pielęgnarskiej:

- ocena częstości i ilości ulewanej treści;
- obserwowanie dziecka podczas karmienia pod kątem krztuszenia się lub ewentualnego zachłyśnięcia;
- obserwowanie po ulaniu pokarmu trudności w oddychaniu;
- układanie w pozycji bocznej pół wysokiej i podtrzymanie główki;
- ułatwienie odbicia połkniętego powietrza, pozycja wysoka;
- wykonywanie czynności pielęgnacyjnych przed karmieniem;
- unikanie uciskania brzucha dziecka po karmieniu;
- zapobieganie nadmiernej aktywności dziecka;
- dokładne usunięcie ulanej treści z buzi i ciała;
- zmiana bielizny osobistej i pościelowej;

- edukacja matki na temat karmienia- karmić częściej, skracać czas ssania.

Ocena działań pielęgniarских:

Ulewania ustąpiły sporadycznie w śladowej ilości.

Diagnoza pielęgniarська III.

Podwyższona temperatura ciała 37,5°C.

Cel opieki pielęgniarської:

Obniżenie temperatury ciała.

Realizacja opieki pielęgniarської:

- pomiar temperatury ciała;
- dokumentowanie w karcie gorączkowej;
- karmienie piersią;
- przepajanie herbatą lub glukozą;
- zapewnienie spokoju;
- utrzymanie mikroklimatu, temperatura na sali około 20°C;
- obserwowanie zachowań dziecka w kierunku objawów wskazujących na wzrost temperatury;
- ochładzanie przez luźną bieliznę i lekkie okrycie;
- podanie zleconego leku obniżającego temperaturę ciała;
- podanie drogą dożylną płynów zgodnie ze zleceniem lekarza;
- pobieranie krwi i moczu do badań.

Ocena działań pielęgniarских:

Temperatura ciała obniżyła się do 36,6°C.

Diagnoza pielęgniarська IV.

Niepokój matki spowodowany brakiem wiedzy na temat choroby dziecka.

Cel opieki pielęgniarської:

Przekazanie wiedzy, zmniejszenie niepokoju.

Realizacja opieki pielęgniarської:

- wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa matki;
- umożliwienie kontaktu z lekarzem;
- nawiązanie i utrzymanie kontaktu z matką;
- stworzenie życzliwej atmosfery;
- edukacja na temat pielęgnacji dziecka;
- uświadomienie matki o konieczności przekazywania pielęgniarce zaobserwowanych objawów u dziecka;
- informowanie o wykonywanych badaniach u dziecka;
- zachęcanie do współdziałania w czasie badań dziecka;

Ocena działań pielęgniarских:

Matka posiada wiedzę o chorobie dziecka, jej niepokój zmniejszył się.

Diagnoza pielęgniarська V.

Ryzyko zakażenia spowodowane założeniem kaniuli obwodowej.

Cel opieki pielęgniarської:

Zapobieganie zakażeniom miejsca wkłucia.

Realizacja opieki pielęgniarської:

- obserwacja miejsca wkłucia;
- monitorowanie objawów;

- zmiana opatrunku mocującego;
- stosowanie procedur podczas przygotowania i podawania leków drogą dożylną;
- przestrzeganie zasad aseptyki;
- utrzymanie drożności wenflonu.

Ocena działań pielęgniarskich:

Brak odczynu zapalnego.

Diagnoza pielęgniarska VI

Możliwość wystąpienia nawrotu przepukliny.

Cel opieki pielęgniarskiej:

Zapobieganie nawrotom choroby, wczesne wykrycie objawów.

Realizacja opieki pielęgniarskiej:

- przestrzeganie zaleceń dotyczących zapobiegania infekcjom górnych dróg oddechowych;
- unikanie kontaktów z osobami z infekcją;
- przekazanie wiedzy na temat wpływu kaszlu, zaparć na nawrót choroby;
- obserwacja wypróżnień;
- przekazanie informacji o wizycie kontrolnej w poradni chirurgii dziecięcej;
- zapewnienie komfortu do prawidłowego rozwoju dziecka, dobór zabaw, unikanie wysiłku fizycznego.

Ocena działań pielęgniarskich: Remisja choroby.

Wnioski

- Rola pielęgniarki pracującej w Oddziale Chirurgii Dziecięcej jest niezmiernie ważna, szczególnie w przypadku młodych pacjentów, którzy być może przeżywają swój pierwszy świadomy kontakt ze środowiskiem szpitalnym, pomijając oczywiście czas narodzin.

- Niniejsza praca wskazuje na bardzo ważny aspekt pracy zawodowej pielęgniarki - jest to osoba, której naczelnym zadaniem jest przede wszystkim pielęgnowanie pacjenta, opieka nad nim podczas pobytu w szpitalu (zarówno fizyczna, jak i psychiczna), pomaganie młodemu pacjentowi w zdobyciu nowych umiejętności, niezbędnych do funkcjonowania w nowej sytuacji życiowej powstałej w wyniku choroby, jaką jest przepuklina brzuszna.

- Ważnym zadaniem pielęgniarki, jest także dbanie o to, aby zapobiegać powikłaniom oraz tworzenie środowiska wolnego od czynników szkodliwych.

- Najczęściej współwystępującymi dolegliwościami u pacjentów z przepukliną brzuszną, oprócz schorzenia samego w sobie, jest przede wszystkim bolesność o różnym stopniu nasileniu w okolicy brzusznej i pachwinowej, rozdrażnienie i niepokój dziecka spowodowane chorobą, podwyższenie temperatury ciała, obawa i niepokój występujące przed zabiegiem operacyjnym, wynikające najczęściej z niewiedzy pacjenta - stąd ważna rola edukacyjna pielęgniarki.

- Po operacji występować mogą także pewne powikłania, jak zakażenia rany operacyjnej, obrzęk i zaczerwienienie rany operacyjnej, nudności i wymioty, zaburzenia oddychania, nawroty przepuklin.

- Standard pielęgnowania pacjenta z przepukliną brzuszną, zarówno przed, jak i po zabiegu operacyjnym, stanowi ważny dokument w pracy zawodowej pielęgniarki, bowiem właśnie na nim powinna się ona wzorować i postępować zgodnie z jego wytycznymi.

References

- Chilarski, A. (2009). *Zarys zagadnień chirurgii wieku dziecięcego*. Łódź: Polskie Towarzystwo Chirurgów Dziecięcych.
- Ciechaniewicz, W. (2006). *Pielęgniarstwo: ćwiczenia*. Warszawa : Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 972.
- Ciechaniewicz, W. (2008). *Pedagogika*. Warszawa : Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 378.
- Czernik, J. (2005). *Chirurgia dziecięca*. Warszawa : Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Fibak, J. (2010). *Chirurgia – repetytorium*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 477.
- Klimczyk, A., Niechwiadowicz – Czapka, T. (2008). *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa chirurgicznego*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo, 195.
- Kostewicz, W. (2002). *Chirurgia laparoskopowa*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL., 350.
- Lenartowicz, H., Kózka, M. (2010). *Metodologia badań w pielęgniarstwie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 144.
- Magazyn pielęgniarki i położnej. (2006). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, no. 3. [Electronic resource]. Retrieved from <http://libra.ibuk.pl/book>.
- Magazyn pielęgniarki i położnej. (2006). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, no. 4. [Electronic resource]. Retrieved from <http://libra.ibuk.pl/book>.
- Magazyn pielęgniarki i położnej. (2006). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, no. 6. [Electronic resource]. Retrieved from <http://libra.ibuk.pl/book>.
- Magazyn pielęgniarki i położnej. (2009). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, no. 10. [Electronic resource]. Retrieved from <http://libra.ibuk.pl/book>.
- Magazyn pielęgniarki i położnej. (2009). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, no. 6. [Electronic resource]. Retrieved from <http://libra.ibuk.pl/book>.
- Magazyn pielęgniarki i położnej. (2012). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, no. 12. [Electronic resource]. Retrieved from <http://libra.ibuk.pl/book>.
- Magazyn pielęgniarki i położnej. (2012). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, no. 6. [Electronic resource]. Retrieved from <http://libra.ibuk.pl/book>.
- Modrzejewski, A., Ścierański, A., Słojewski, M., Kostewicz, W. (2002). *Chirurgia laparoskopowa*. Warszawa : Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 532.
- Noszczyk, W. (2005). *Chirurgia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1160.
- Pawlaczyk, B. (2007). *Pielęgniarstwo pediatryczne*. Warszawa : Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 355.
- Przegląd pediatryczny (2007). *Pismo Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego*, no. 7, vol. 1. [Electronic resource]. Retrieved from <http://cornetis.pl/czasopismo/8.html>.
- Twarduś, K., Cepuch, G., Krzeczowska, B., Perek, M. (2011). *Modele pielęgnowania dziecka przewlekle chorego*. Warszawa : Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 364.
- Wagner, A. (2003). *Chirurgia dziecięca. Poradnik dla lekarzy pierwszego kontaktu*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 304.
- Walewska, E. (2006). *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 385.
- Widomska - Czekańska, T., Górajek - Józwiak, J. (2010). *Encyklopedia dla pielęgniarek i położnych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, tom 2, 1222.
- Wordliczek, J., Dobrogowski, J. (2007). *Leczenie bólu*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 428.
- Zahradniczek, K. (2004). *Pielęgniarstwo*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 656.