

## Łukasz Lewandowski<sup>1</sup>, Barbara Musiał<sup>2</sup>, Anna Jurczak<sup>3</sup>, Sylwia Wieder-Huszla<sup>3</sup>, Elżbieta Grochans<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Studenckie Koło Naukowe, Zakład Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

<sup>2</sup>Zakład Pediatrii i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

<sup>3</sup>Zakład Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

# Wybrane aspekty opieki pielęgniarzkiej nad dzieckiem z zespołem wad wrodzonych

Selected aspects of the nursing care in a child with birth defects syndromes

### STRESZCZENIE

Nowoczesna i profesjonalna opieka pielęgniarzka powinna opierać się o międzynarodowy standard praktyki pielęgniarzkiej ICNP®. Pozwoli to na zapewnienie każdemu pacjentowi oraz jego rodzinie poczucia bezpieczeństwa, a także gwarancji najwyższej jakości opieki ze strony zespołu pielęgniarzkiego. Celem pracy jest przedstawienie przygotowanego planu opieki nad dzieckiem z zespołem wad wrodzonych z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarzkiej ICNP®.

**Problemy Pielęgniarstwa 2016; 24 (2): 171–175**

**Słowa kluczowe:** diagnoza pielęgniarzka; klasyfikacja; wada wrodzona

### ABSTRACT

Modern and professional nursing care should be based on international standards of nursing practice ICNP®. This made it possible to provide each patient and his family feeling security and guarantee the highest quality of care on the part of the nursing team. The aim of this work was the preparation of a plan of care for a child with the syndrome of congenital defect with the use of the International Classification for Nursing Practice ICNP®.

**Problemy Pielęgniarstwa 2016; 24 (2): 171–175**

**Key words:** nursing diagnosis; classification; congenital defect

### Wstęp

Obecność dziecka chorego w rodzinie zmienia dotychczasowe jej funkcjonowanie. Wrodzone zarośnięcie przełyku to ubytek w ciągłości przewodu pokarmowego spowodowany niewykształceniem się fragmentu odcinka przełyku, w którym jeden lub oba końce zakończone są ślepo. Wada ta powstaje we wczesnym okresie życia płodowego.

Częstotliwość występowania wrodzonego zarośnięcia przełyku wynosi od 1:800 do 1:4500 żywo urodzonych noworodków. Schorzenie jest uwarunkowane genetycznie, gdyż rodzinne występowanie wady wynosi około 3,6% wszystkich zanotowanych przypadków [1, 2]. W etiologii defektu dostrzega się

wpływ nieprawidłowych genów i szlaków sygnałowych odpowiadających za proces rozwoju przewodu pokarmowego u płodu. Wadzie tej często towarzyszą inne defekty, np. układu sercowo-naczyniowego, moczowo-płciowego, układu szkieletowego, nerwowego oraz wady innych części przewodu pokarmowego (np. zarośnięcie dwunastnicy, odbytu) [3, 4].

Z kolei wrodzona wada odbytu i odbytnicy to zespół wad rozwojowych o różnym stopniu uszkodzenia — od minimalnego przesunięcia odbytu do ciężkich zaburzeń rozwojowych. Nieprawidłowości wrodzone związane z odbytem i odbytnicą występują z częstotliwością od około 1:1500 do 1:5000 żywo urodzonych noworodków, częściej u chłopców. Wady te mają podłoże

**Adres do korespondencji:** Łukasz Lewandowski, Zakład Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny, ul. Żołnierska 48, 71–210 Szczecin, tel.: 91 480 09 10, e-mail: lewandowski195@wp.pl

DOI: 10.5603/PP.2016.0028

genetyczne oraz środowiskowe. Najczęściej spotykana w praktyce klinicznej postacią wady u chłopców jest zarośnięcie odbytu z przetoką do cewki moczowej, natomiast u dziewczynek zarośnięcie odbytu z przetoką do przedsionka pochwy [5].

Kolejną wadą, często występującą w obrębie układu moczowo-płciowego u dzieci, jest odpływ pęcherzowo-moczowodowy, zwany też refluksem pęcherzowo-moczowodowym (łac. *refluxus vesico-ureteralis*), polegający na cofaniu się moczu z pęcherza moczowego do moczowodu oraz układu kielichowo-miedniczkowego nerki [6–8]. Szacuje się, że częstość występowania wynosi od 1 do 18,5% dzieci oraz od 30 do 50% populacji dzieci, u których obserwuje się nawracające zakażenie dróg moczowych. Pięciokrotnie częściej występuje u dziewczynek [9].

Mimo szybkiego rozwoju chirurgii dziecięcej oraz łatwości postawienia rozpoznania, wady te stanowią poważne wyzwanie dla personelu medycznego, który sprawuje kompleksową opiekę nad pacjentem.

### Cel pracy

Cel pracy stanowi przedstawienie przygotowanego planu opieki nad dzieckiem z zespołem wad wrodzonych z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®.

### Materiał i metody

W pracy wykorzystano metodę *case study* opartą na analizie dokumentacji medycznej z kolejnych hospitalizacji dziecka z zespołem wad wrodzonych, którą uzupełniono, wykorzystując takie techniki badawcze, jak wywiad, obserwacja oraz pomiar. Plan opieki oparto o aktualną wersję ICNP® 2015, która umożliwia wykorzystanie gotowych diagnoz pielęgniarskich, wyników opieki oraz interwencji. Praca nie wymagała zgody komisji bioetycznej, natomiast przed jej przeprowadzeniem uzyskano pisemną zgodę rodziców.

Do celów niniejszego opracowania wyodrębniono problemy pielęgnacyjne i ich rozwiązanie w oparciu o następujące osie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®: Diagnostyka/Wynik, Interwencja, Klient (K), Przedmiot (P), Lokalizacja (L) oraz Środki (Ś).

### Opis przypadku

Chłopiec urodzony o czasie, drogą cięcia cesarskiego w 2011 roku w stanie ogólnym dobrym z masą urodzeniową 3120 g, z ciąży drugiej, porodu pierwszego. Po urodzeniu u dziecka rozpoznano zespół wad wrodzonych — wrodzone zarośnięcie przełyku z przetoką przełykowo-oskrzelową oraz wysokie zarośnięcie odbytu. Chłopiec operowany w pierwszej dobie życia — zamknięto przetokę przełykowo-oskrzelową, odtworzono ciągłość prze-

łyku, wytworzono przetokę jelitową typu Mikulicza. W pierwszych miesiącach życia wielokrotnie hospitalizowany z powodu nawracających zakażeń układu moczowego. Na przełomie 2011 i 2012 roku, po wykonaniu cystouretrografii mikcyjnej, uwidocznił lewostronny odpływ pęcherzowo-moczowodowy IV stopnia klasyfikacji odpływu pęcherzowo-moczowodowego wg *International Reflux Study Commitee* z 1985 roku, ze znacznym poszerzeniem moczowodu (ok. 2 cm). W cystoskopii nie uwidocznił moczowodów i nie stwierdzono zastawek cewki tylnej. Po kontrolnym USG zaobserwowano lewą nerkę z poszerzoną miedniczką 32x24 mm oraz moczowód poszerzony na całej długości do 20 mm, natomiast w nerce prawej miedniczka wynosiła 16x10 mm. Wykonano urografię, w której zdiagnozowano obustronnie wodonerczowo zmieniony układ kielichowo-miedniczkowy. Moczowód prawy był poszerzony do 10 mm, natomiast moczowód lewy o krętym przebiegu poszerzony był do 30 mm. W pęcherzu moczowym zaobserwowano pseudouchyłki. W marcu 2012 roku, podczas zabiegu operacyjnego, wytworzono przetokę moczowodowo-skórną po stronie lewej sposobem Wiliamsa oraz założono nefrostomię do poszerzonego układu kielichowo-miedniczkowego. W maju tego samego roku wykonano operację zarośniętego odbytu z przetoką przedsionkowo-cewkową metodą Pena, a we wrześniu zamknięto wcześniej wyłoniony sztuczny odbył. W sierpniu 2014 roku wykonano operację antyodpływową lewostronną sposobem Cohena wraz z wycięciem uchyłka pęcherza moczowego oraz usunięciem przetoki moczowodowo-skórnej (szynowano cewnikiem „pig-tajl”). Z kolei w styczniu 2015 roku, z powodu stwierdzenia przeszkodowego pęcherza moczowodowego oraz zarośnięcia przeszczepionego moczowodu lewego, nerkę lewą odbarczono nefrostomią przezskórną, uzyskując diurezę z nieczynnej w badaniu scyntygraficznym nerki. Od 2011 roku z przerwami pacjent był hospitalizowany z powodu nawracającego zakażenia układu moczowego, będąc tym samym pod opieką wielu jednostek ochrony zdrowia, m.in.: Oddziału Pediatrii, Gastroenterologii i Reumatologii SPS ZOZ „Zdroje”, Oddziału Chirurgii Dziecięcej, Oparzeń i Urologii SPS ZOZ „Zdroje”, Oddziału Pediatrii, Nefrologii ze Stacją Dializ i Leczenia Ostrego i Chłodziwa SPS ZOZ „Zdroje” w Szczecinie, Oddziału Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej SPSW w Gorzowie Wielkopolskim oraz Kliniki Chirurgii Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie.

### Diagnoza środowiskowa

Rodzice pacjenta to troskliwi i opiekuńczy ludzie, posiadający jedno dziecko. Dbają o swojego syna

pomimo wielu trudności życiowych związanych z jego chorobami oraz licznymi hospitalizacjami, otaczają go bezwarunkową miłością rodzicielską, dając dziecku poczucie bezpieczeństwa na obecnym etapie rozwoju. Warunki socjalno-bytowe rodziny są dobre. Matka z wykształcenia jest magistrem pedagogiki, a ojciec emerytowanym policjantem. Obecnie oboje rodzice prowadzą własną działalność gospodarczą i mimo obowiązków wynikających z pracy, dziecko otoczone jest całodobową opieką ze strony matki i ojca.

### Charakterystyka dziecka

Mateusz P. w tej chwili uczęszcza do przedszkola. Chłopiec ma 108 cm wzrostu i masę ciała 15,5 kg. Obecnie przebywa w domu z powodu długotrwałej rekonwalescencji po licznych chorobach i zabiegach.

Na podstawie obserwacji zachowań dziecka podczas codziennych czynności, można stwierdzić, że jest maluchem bardzo ruchliwym oraz pełnym energii. Lubi przebywać ze swoimi rówieśnikami w przedszkolu. Nie potrafi skoncentrować się na jednej rzeczy i szybko denerwuje się, jeżeli nie może osiągnąć celu, który sobie obrał. Po krótkim zdenerwowaniu, krzyku, a czasami i płaczu, uspokaja się, a nawet śmieje. Lubi skupiać uwagę otoczenia na sobie. Zainteresowany jest otaczającym go światem oraz wszystkim, co się wokół niego dzieje. Uwielbia zwierzęta.

Środowisko szpitalne, w którym często przebywa chłopiec, powoduje u niego stan napięcia i lęku. Spowodowane jest to licznymi procedurami medycznymi oraz osobami, które je wykonują. Tylko rodzice obecni przy dziecku potrafią przywrócić równowagę emocjonalną oraz uczucie bezpieczeństwa w otaczającej go rzeczywistości.

### Plan opieki w ujęciu Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® na różnych etapach leczenia i opieki nad dzieckiem z zespołem wad wrodzonych

**Diagnoza pielęgniarstwa 1.** Ryzyko zakażenia [1001533], Lokalizacja: element układu moczowego [10020432]

Zakażenie [10010104] z osi P oznacza proces patologiczny: zajęcie ciała przez patogenne mikroorganizmy, które rozmnażają się i zwiększają swoją liczebność, wywołując chorobę wskutek miejscowego urazu komórek, wydzielania toksyn lub reakcji antygen-przeciwciała.

#### Interwencje:

- Zastosowanie technik aseptycznych [10041784] (+ środki pomocnicze [10019157] z osi Ś),— Monitorowanie objawów przedmiotowych i objawów podmiotowych infekcji [10012203] (+ narzędzie do oceny [10002832] z osi Ś),
- Ocenianie podatności na infekcje [10002821],

- Ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185] (+ narzędzie do oceny [10002832] z osi Ś),
  - Pobieranie próbki [10004588] (+ krew [10003319], mocz [10003319] z osi P),
  - Zarządzanie postępowaniem z próbkami [10011656],
  - Monitorowanie wyników laboratoryjnych [10032099],
  - Pielęgnacja cewnika urologicznego [10033277],
  - Asystowanie w higienie [10037881],
  - Administrowanie profilaktyką [10037881].
- Diagnoza/Wynik: Bez infekcji [10028945].

**Diagnoza pielęgniarstwa 2.** Zaburzone połykanie [10001033]

#### Interwencje:

- Pozycjonowanie pacjenta [10014761],
  - Feeding Patient [10046150] ] (+ pokarm [10008089], butelka do karmienia [10007793], technika karmienia [10007819] z osi Ś)
  - Monitorowanie spożycia pokarmu [10036614],
  - Monitorowanie równowagi płynów [10040852],
  - Ocenianie równowagi płynowej [10037881],
  - Ocenianie ryzyka odwodnienia [10040932],
  - Monitorowanie masy ciała [10032121] (+ narzędzie do oceny [10002734] z osi Ś),
  - Zapewnienie rodzinie wytycznych dotyczących przyszłości [10026375],
  - Zapewnienie ciągłości opieki [10030591],
  - Nauczanie opiekuna [10033086].
- Diagnoza/Wynik: Efektywne połykanie [10028295].

**Diagnoza pielęgniarstwa 3.** Ryzyko zaparcia [10015053]

Zaparcie [10004999] (z osi P) oznacza zaburzony proces układu pokarmowego, czyli spadek częstotliwości oddawania stolca, któremu towarzyszy trudność lub niezupełny proces pasażu stolca oraz proces pasażu wyjątkowo twardego i suchego stolca.

#### Interwencje:

- Monitorowanie perystaltyki jelit [10037211],
- Monitorowanie przyjmowania płynów [1003530],
- Monitorowanie odżywiania [10036032],
- Monitorowanie równowagi płynów [10040852],
- Ocenianie statusu wypróżnienia [10036475] (+ narzędzie do oceny [10002734], pielucha [10005914], technika treningu wypróżnień [10003609] z osi Ś),
- Administrowanie lekiem i roztworem [10001804] ] (+ pojemnik na tabletki [10014598], roztwór [10018499], technika podawania leku [10006322] z osi Ś),
- Ocenianie działania ubocznego leku [10039087],
- Badanie fizyczne [100032258] (+ narzędzie do oceny [10002734] z osi Ś),
- Zapewnienie prywatności [10026399],

- Administrowanie profilaktyką [10001827] (+ usługi dietetyka [10013435] z osi Ś),
- Nauczanie rodziny o reżimie diety [10026525] (+ usługi dietetyka [10013435], dietetyk [10040426] z osi Ś),
- Współdziałanie z dietetykiem [10040435].  
Diagnoza/Wynik: Efektywna defekacja [10028403].

**Diagnoza pielęgniarska 4.** Zaburzone odżywianie [10023009]

Odżywienie [10013403]: stan odżywienia to ilość i jakość przyjętych przez ciało środków odżywczych lub pokarmu (termin z osi P).

**Interwencje:**

- Monitorowanie masy ciała [10032121] (+ narzędzie do oceny [10002734] z osi Ś),
- Monitorowanie odżywiania [10036032],
- Monitorowanie spożycia pokarmów [10036614],
- Badanie fizykalne [10032258],
- Ocenianie zdolności do przygotowania pokarmu [10030536] (+ rodzic [10014023] z osi K),
- Współdziałanie z dietetykiem [10040435],
- Administrowanie lekiem [10025444],
- Ocenianie działania ubocznego leku [10039087]
- Nauczanie o odżywianiu [10024618] (+ usługi dietetyka [10013435], usługa edukacji zdrowotnej [10039459], usługa promocji zdrowia [10008776] z osi Ś),
- Nauczanie rodziny o reżimie diety [10026525].  
Diagnoza/Wynik: Pozytywne odżywianie [10037572].

**Diagnoza pielęgniarska 5.** Zaburzona zdolność zarządzania pielęgnacją stomii [10029595]

**Interwencje:**

- Ocenianie wiedzy rodziny o chorobie [10030591],
- Ocenianie postaw wobec choroby [10024192],
- Ocenianie zdolności do sprawowania opieki [10037966],
- Ocenianie potrzeb dotyczących opieki zdrowotnej i opieki społecznej [10030618],
- Ocenianie potrzeb [10033368],
- Ocenianie gotowości do uczenia się [10002781],
- Ocenianie reakcji na nauczanie [10024279],
- Ułatwienie rodzinie wykorzystania zdolności do uczestniczenia w planowaniu opieki [10035927] (+ plan opieki [10003970] z osi Ś),
- Planowanie opieki [10035915],
- Współdziałanie z rodziną [10035887] (+ zespół wielospecjalistyczny [10039400] z osi Ś),
- Nauczanie opiekuna [20033086],
- Nauczanie o pielęgnacji stomii [10033055] (+ pielęgniarka stomijna [10040403], środki pomocnicze [10019157], worek do kolostomii [10004601] z osi Ś),
- Nauczanie o bezpieczeństwie dziecka [10037160],

- Nauczanie o komplikacjach skórnych w okolicy stomii [10040615],
- Nauczanie o komplikacjach stomii [10040604],
- Nauczanie o irygacji kolostomii [10040488],
- Nauczanie rodziny o reżimie diety [10026525],
- Współdziałanie z zespołem wielospecjalistycznym [10039416],
- Ocenianie stopnia samodzielności rodziny [10026600],
- Planowanie terminu wizyty kontrolnej [10038747].  
Diagnoza/Wynik: Efektywna zdolność opiekuna do sprawowania opieki [10035405]

**Diagnoza pielęgniarska 6.** Zaburzony rozwój dziecka [10023294]

Rozwój dziecka [10004324] — z osi P — rozwój człowieka: postępujący fizyczny wzrost i rozwój psychiczny oraz społeczny od narodzin do dzieciństwa.

**Interwencje:**

- Badania przesiewowe rozwoju dziecka [10032695],
- Zarządzanie badaniami przesiewowymi [10037187],
- Pomiar wzrostu [10037000] (+ urządzenie do oceny [10002734] z osi Ś),
- Monitorowanie masy ciała [10032121],
- Promowanie rozwoju dziecka [10032454].  
Diagnoza/Wynik: Efektywny rozwój dziecka [10030222]

**Diagnoza pielęgniarska 7.** Niepokój [10000477], Klient: rodzic [10014023], dziecko [10004266]

Niepokój [10002429]: emocja negatywna, poczucie zagrożenia, niebezpieczeństwo lub dystresu (oś P).

**Interwencje:**

- Ocenianie niepokoju [10041745],
- Ocenianie statusu psychologicznego [10030734],
- Ocenianie nastroju [10027858],
- Zarządzanie niepokojem [10031711],
- Nawiązywanie kontaktu [10016678],
- Zarządzanie negatywnymi emocjami [10031851],
- Monitorowanie czynności życiowych [10032113]: ocena reakcji somatycznych na lęk (+ tachykardia [10019415], ciśnienie krwi [10003335] z osi P),
- Nauczanie techniki relaksacji [10038699] (+ technika relaksacyjna [10016700] z osi Ś),
- Wprowadzanie terapii odwracania uwagi [10030348] (+ technika odwracania uwagi [10006102], terapia zabawą [10014676], aromaterapia [1002515], biblioterapia [1003240], muzykoterapia [10012371] z osi Ś),
- Współdziałanie z zespołem wielospecjalistycznym [10039416],
- Zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051],
- Informowanie o hospitalizacji [10042480].  
Diagnoza/Wynik: Zmniejszony niepokój [10027858]

## Podsumowanie

Wzrost liczby dzieci dotkniętych wieloma wadami wrodzonymi powoduje konieczność aktualizacji i poszerzenia wiedzy członków zespołu terapeutycznego w celu zapewnienia zindywidualizowanej i profesjonalnej opieki nad małym pacjentem i jego rodziną. Liczne hospitalizacje oraz przewlekły proces chorobowy wpływają negatywnie na rozwój, zachowanie oraz funkcjonowanie dziecka w społeczeństwie, a wraz z nim jego opiekunów. Jedynie odpowiednio przygotowany, aktualizowany i wdrażany plan opieki, uwzględniający edukację zdrowotną, może ograniczyć te skutki, a także zapewnić oczekiwany poziom wsparcia. Diagnoza pielęgniarska jest niezbędnym elementem codziennej praktyki zawodowej personelu pielęgniarskiego. Zastosowanie gotowych diagnoz pielęgniarskich, wyników opieki oraz interwencji zawartych w międzynarodowym standardzie ICNP® optymalizuje prowadzenie procesu pielęgnowania małego pacjenta.

## Piśmiennictwo

1. Czerniak J. Wrodzone zarośnięcie przełyku. W: Czerniak J. (red.). Chirurgia dziecięca. Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich, Wrocław 2008; 28.
2. Czauderna P. Wrodzone zarośnięcie przełyku: historia, definicje, etiologia i epidemiologia. W: Śmigiel R., Patkowski D. (red.). Wrodzone zarośnięcie przełyku. Praktyczny przewodnik. Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich, Wrocław 2012; 25.
3. Bednarczyk D. i wsp., Udział czynników genetycznych i środowiskowych w etiologii wrodzonego zarośnięcia przełyku i przetoki tchawiczo-przełykowej. Postępy Hig. Med. Dosw. (online), 2014; 68: 239.
4. Śmigiel R. Wady towarzyszące zarośnięciu przełyku i zespoły genetyczne związane z występowaniem zarośnięcia przełyku. W: Śmigiel R., Patkowski D. (red.). Wrodzone zarośnięcie przełyku Praktyczny przewodnik. Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich, Wrocław 2012; 49.
5. Łodziński K. Chirurgia Noworodka. W: Górnicki B., Dębiec B., Baszczyński J. (red.). PEDIATRIA. Tom I. PZWL, Warszawa 2002; 501–502.
6. Apoznański W. Odpływ pęcherzowo-moczowodowy. W: Czerniak J. (red.). Chirurgia dziecięca. Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich, Wrocław 2008; 311.
7. Apoznański W., Czerniak J. Odpływ pęcherzowo-moczowodowy W: Czerniak J. (red.). Chirurgia dziecięca. PZWL, Wrocław 2005; 699.
8. Baka-Ostrowska M. Odpływ pęcherzowo-moczowodowy — choroba czy objaw?. Urol. Pol. 2008; 61(1).
9. Perek M. Odpływ pęcherzowo-moczowodowy. W: Twarduś K., Perek M. (red.). Opieka nad dzieckiem w wybranych chorobach chirurgicznych. PZWL, Warszawa 2014; 179.
10. <http://www.icn.ch/ICNP-Browser-NEW.html>; data pobrania: 25.05.2016.