

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO AMPUTACJI KOŃCZYNY DOLNEJ NA PODSTAWIE MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PRAKTYKI PIELĘGNIARSKIEJ (ICNP®)

Nursing care of the patient after leg amputation based of the International Classification for Nursing Practice (ICNP®)

Anna Kostka, Sylwia Durlej-Kot, Mariusz Chabowski, Dariusz Janczak

Zakład Specjalności Zabiegowych, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2017; 11 (3): 84–93

Praca wpłynęła: 6.03.2017; przyjęto do druku: 31.07.2017

Adres do korespondencji:

Anna Kostka, Zakład Specjalności Zabiegowych, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, e-mail: annakostka9009@gmail.com

Streszczenie

Choroby naczyniowe występują u osób w różnym wieku. Amputacja kończyny jest zabiegiem ostatecznym, przeprowadzanym w sytuacji, gdy rekonstrukcja naczyniowa jest metodą niewłaściwą lub niemożliwą do wykonania.

W pracy przedstawiono przypadek 70-letniej kobiety, u której doszło do niedokrwienia lewej kończyny dolnej. Pacjentka została przyjęta do szpitala w stanie ciężkim, z silnymi dolegliwościami bólowymi. Wykonano zabieg trombektomii, jednak ostatecznie konieczne było przeprowadzenie amputacji. Po zabiegu u pacjentki doszło do pogłębienia objawów depresji, powikłania procesu gojenia rany pooperacyjnej oraz wystąpienia zaburzeń metabolicznych. Po wdrożeniu właściwego postępowania w procesie leczenia, pielęgnacji rany pooperacyjnej oraz kompleksowej opieki stan chorej stopniowo się poprawiał. Po 20-dniowym pobyciu w szpitalu pacjentka została wypisana do domu w stanie ogólnym stabilnym.

Na podstawie przeprowadzonej analizy dokumentacji medycznej pacjentki oraz obserwacji własnych w publikacji przedstawiono model procesu pielęgnowania chorej oparty na Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®.

Słowa kluczowe: pielęgnacja, ICNP®, amputacja kończyny dolnej.

Wprowadzenie

Amputacje z przyczyn naczyniowych stanowią aż 90% wszystkich amputacji kończyn dolnych, a najczęstszym ich powodem są powikłania cukrzycowe. Miażdżycza tętnic kończyn dolnych jest chorobą powszechną, a liczba chorych stale rośnie. W Polsce rejestruje się corocznie ok. 30 tys. nowych zachorowań na tę choro-

Summary

Amputation surgery is a last resort, carried out when the vascular reconstruction is inappropriate or impossible to perform.

We present a case of a 70-year-old woman who suffered from left lower limb ischemia. The patient was admitted to hospital in a serious condition with strong leg pain. At first the woman underwent thrombectomy. However, the leg amputation was necessary. In the postoperative period the patient manifested the depression symptoms, the complications of the healing of the wound and the metabolic disorders. Thanks to the implementation of good practice in the healing, the proper wound care and the comprehensive care of the patient, the condition of the patient gradually improved. After twenty days of hospitalization the patient was discharged home in good general status. The paper presents a model of the nursing process of patient, based on the International Classification for Nursing Practice ICNP®.

Key words: ICNP®, lower limb amputation, medical care.

bę, a u ok. 10% pacjentów z tej grupy ostatecznie konieczne jest przeprowadzenie amputacji kończyny [1]. Odjęcie kończyny dolnej jest jednym z najstarszych zabiegów chirurgicznych, który wykonywano już w starożytności [2]. Jest to zabieg okaleczający, który w konsekwencji prowadzi do znacznego obniżenia jakości życia pacjentów. W celu osiągnięcia szybkiego efektu gojenia oraz satysfakcjonujących wyników rehabilitacji należy

spełnić wiele warunków. Istotną rolę w zapewnieniu odpowiednio silnego wsparcia i właściwego poziomu opieki odgrywa zespół terapeutyczny składający się z chirurga, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, duchownego, protetyka oraz pracownika socjalnego [3].

Celem pracy było przedstawienie modelu opieki pielęgniarskiej nad chorym na cukrzycę typu 2 po zabiegu amputacji kończyny dolnej z powikłaniem infekcyjnym rany. Model opieki został oparty na analizie wybranych diagnoz pielęgniarskich i podejmowanych interwencji na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (*International Classification for Nursing Practice – ICNP®*).

Materiał i metody

Metodą zastosowaną w pracy był opis przypadku pacjentki z nieleczoną miażdżycą tętnic kończyn dolnych. Na podstawie wywiadu z pacjentką, własnych obserwacji oraz dostępnej dokumentacji określono problemy chorej i postawiono diagnozy pielęgniarskie. Model opieki pielęgniarskiej stworzono na podstawie ICNP®. Proces pielęgnowania chorej, tworzony na podstawie ICNP®, sformułowano, opierając się na skali oceny podstawowych czynności dnia codziennego (*activities of daily living – ADL*), wizualnej skali analogowej (*visual analogue scale – VAS*) do oceny dolegliwości bólowych, skali Norton do oceny ryzyka rozwoju odleżyn, skali Tinetti do oceny ryzyka upadków, skali MNA (*Mini Nutritional Assessment*) oraz wskaźnika masy ciała (*body mass index – BMI*) do oceny stanu odżywienia, koncepcja TIME do oceny ewaluacji procesu gojenia się rany.

Opis przypadku

Kobieta, lat 70, została przyjęta do szpitala na oddział chirurgii naczyniowej w trybie ostrodyżurowym 20 maja 2016 r. z powodu ostrego niedokrwienia lewej kończyny dolnej w przebiegu nieleczzonej miażdżycy tętnic kończyn dolnych. Przy przyjęciu pacjentka była w pełnym kontakcie słowno-logicznym.

W wywiadzie ustalono, że w 2013 r. chora przeżyła lewostronny udar niedokrwienno i z tego powodu utrzymuje się u niej niewielki niedowład kończyny górnej. Pacjentka leczy się z powodu depresji, a kilka lat wcześniej zdiagnozowano u niej również nadciśnienie tętnicze, napaadowe migotanie przedsionków oraz cukrzycę typu 2. Przy przyjęciu na oddział poziom glikemii wynosił 191 mg%. Chora z otyłością (BMI = 39) przyznała, że nie stosuje diety zalecanej w leczeniu cukrzycy. W 2014 r. z powodu raka jajnika u pacjentki wykonano histerektomię oraz obustronną owariektomię.

Na stałe chora przyjmuje leki nasercowe (Bisocard 5 mg, Enarenal 5 mg, Nitrendypina 10 mg, Parogen 20 mg,

Hydrokoryzyna 25 mg), przeciwcukrzycowe (Metformax 850 mg), a także insulinę (dawki insuliny zależne są od poziomu glikemii; Novorapid 6–10 jednostek rano oraz w porze obiadowej, a także Insulatard o godzinie 22.00). Chora 3 razy dziennie przyjmuje także Nootropil 1200 mg.

Pacjentka przy przyjęciu nie zgłaszała problemów z oddychaniem, oddawaniem moczu ani stolca. Ze względu na bardzo silne dolegliwości bólowe kończyny, chora nie poruszała się samodzielnie i wymagała pomocy przy niektórych codziennych czynnościach (kąpiel, zaspokajanie potrzeb fizjologicznych).

Kończyna dolna lewa była zimna, zasiniona ze zmianami martwiczymi. Odnotowano także słabo wyczuwalne tętno na tętnicy udowej oraz brak tętna na tętnicy podkolanowej i zaburzenia czucia w kierunku dystalnym (ryc. 1.).

Pacjentka została w trybie pilnym zakwalifikowana do zabiegu chirurgicznego – trombektomii tętnicy udowej. Po zabiegu chorej włączono wlew ciągły heparyny (5000 j. heparyny/20 ml 0,9% NaCl). Parametry życiowe po przywiezieniu chorej na oddział pozostawały w normie, odnotowano podwyższoną wartość glikemii (165 mg%). Około 2 godzin po zabiegu pacjentka zgłosiła bardzo silne dolegliwości bólowe (8 pkt w skali VAS) kończyny operowanej mimo podaży silnie działających leków przeciwbólowych (Oxynorm). Operowana kończyna dolna była zasiniona, marmurkowa, obrzęknięta, bez czucia. Pacjentkę ponownie przewieziono na blok operacyjny. Mimo próby ponownej rekonstrukcji tętnicy, ze względu na zaawansowany proces chorobowy, konieczne było wykonanie amputacji kończyny celem ratowania życia chorej.

Po lewostronnej amputacji udowej pacjentka została przywieziona na oddział w „0” dobie po ok. 5 godzinach spędzonych na bloku operacyjnym.

Po zabiegu stan ogólny chorej pozostawał stabilny. Pacjentka po przywiezieniu na salę pooperacyjną była podsypiająca, w utrudnionym kontakcie słowno-logicznym. Powłoki skórne były blade, pokryte lepkiem potem. Parametry życiowe wynosiły RR: 147/89 mm Hg, tętno miarowe, 68 uderzeń/min, 18 oddechów/min, SpO₂ = 98%, OCŻ = + 9 cm H₂O) i były regularnie odnotowywane w karcie obserwacyjnej (2 godziny po zabiegu pomiary przeprowadzano co 15 min, przez kolejne 2 godziny co 30 min, a następnie co godzinę).

U chorej oznaczono profil glikemii – zarejestrowano zróżnicowane wartości poziomu cukru we krwi



Ryc. 1. Zmiany niedokrwienne w obrębie kończyny dolnej lewej



Ryc. 2. Zasinienie brzegów rany



Ryc. 3. Rozejście się brzegów (ok. 8. doba pooperacyjna)

(190–250 mg%). Opatrunek na kikutcie był mocno przesiąknięty krwią. O wzmożonym krwawieniu z rany pooperacyjnej poinformowano lekarza dyżurnego, który zalecił zmianę opatrunku i wzmożoną obserwację opatrunku i kikutka. W ranie pozostawiono sączki, zastosowano Octenisept oraz wykonano opatrunek stożkowy za pomocą bandaża elastycznego. Kikut był ciepły, zaróżowiony.

Pacjentka zgłaszała bóle fantomowe amputowanej kończyny (7 pkt w skali VAS). Leki przeciwbólowe (Pyralgin, Tramal) podawano godzinowo zgodnie z kartą zleceń.

Po zabiegu chorej przetoczono płyny infuzyjne, kontrolując ośrodkowe ciśnienie żyłne (1000 ml PWE oraz 1000 ml roztworu 5% glukozy z 8 jednostkami insuliny). Według zlecenia chorej pobrano krew na kontrolne badania. Ze względu na niskie wartości hemoglobiny (7,3 g/dl) chorej przetoczono 2 jednostki koncentratu krwinek czerwonych zgodnie grupowo. Krew wchłonęła się bez objawów ubocznych ze strony organizmu. Po transfuzji krwi powłoki skórne się zaróżowiły.

Po pewnym czasie u pacjentki zaobserwowano nieprawidłowy wygląd moczu. Mocz był mętny, ze złoгами, pobrano próbkę do badania ogólnego (badanie nie wykazało nieprawidłowości).

Stosowano profilaktykę przeciwoleżynową (chora uzyskała 11 pkt w skali Nortona). Zastosowano materac zmiennociśnieniowy, skórę regularnie natłuszczano i masowano specjalistycznym urządzeniem.

W pierwszej dobie po zabiegu parametry kardiologiczne (ciśnienie tętnicze krwi, tętno) pozostały w normie, jednak zaobserwowano znaczne wzrosty glikemii

na czczo i po posiłkach (192 mg% na czczo, 268 mg% po niewielkim posiłku). W wyniku przeprowadzonej konsultacji diabetologicznej zmodyfikowano dawki insuliny. Chora przyznała również, że w domu omijała dawki insuliny i nie stosowała się do wcześniejszych zaleceń diabetologa.

Dodatkowo po operacji u pacjentki zaobserwowano obniżony nastrój, chora nie stosowała się do zaleceń pielęgniarskich, rozdrapywała okolicę rany pooperacyjnej, samodzielnie usuwała opatrunki, tłumacząc „że i tak jej nie zależy”. Pacjentkę regularnie odwiedzał psycholog szpitalny, jednak stan psychiczny chorej poprawił się dopiero pod wpływem przyjazdu córki na stałe mieszkającej za granicą.

W drugiej dobie po zabiegu u chorej zaobserwowano zasinienie brzegów rany pooperacyjnej (ryc. 2.), a w czwartej dobie pojawił się mętny wyciek z rany. Mimo stosowania specjalistycznych opatrunków i naświetlania lampą Bioptron doszło do rozejścia się brzegów rany pooperacyjnej (ryc. 3.). Ze względu na wystąpienie objawów zakażenia (mętna wydzielina w ranie, miejscowy obrzęk i ocieplenie, a także gorączka) pobrano materiał do badań mikrobiologicznych, z którego wyizolowano *Acinetobacter baumannii*. Pacjentkę poddano izolacji oraz wprowadzono antybiotykoterapię celowaną.

Po zastosowaniu antybiotykoterapii, leczenia żywieniowego obejmującego właściwą dietę cukrzycową, dodatkowej suplementacji witaminami i białkiem w postaci zbilansowanych napojów przeznaczonych dla osób chorych na cukrzycę, a także dzięki odpowiedniej pielęgnacji rany pooperacyjnej (zastosowanie opatrunku typu VAC, a następnie opatrunków specjalistycznych, m.in. AquacelAg, przemywanie rany płynem Microdacyn, naświetlanie lampą Bioptron, prawidłowe bandażowanie kikutka) i intensywnej rehabilitacji, ogólny stan pacjentki się poprawił, a rana się wygoiła. Dodatkowo dzięki wsparciu psychicznemu zarówno ze strony rodziny, jak i ze strony całego zespołu terapeutycznego, stan psychiczny chorej stale się polepszał, a pacjentka chętnie uczestniczyła w rehabilitacji i przygotowaniu do samoopieki w warunkach domowych.

Pacjentka po 20 dniach została wypisana ze szpitala w stanie ogólnym dobrym z zapewnioną opieką ze strony rodziny.

Proces pielęgnowania na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Opieki Pielęgniarskiej przedstawiono w tabeli 1 [4].

Omówienie

Cukrzyca jest schorzeniem, które wymaga od pacjenta regularnej samokontroli i przestrzegania zaleceń dietetycznych oraz leczniczych. Brak kontroli poziomu cukru skutkuje powikłaniami mikronaczyniowymi

Tabela 1. Przykładowy proces pielęgnowania pacjentki po amputacji kończyny dolnej na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Opieki Pielęgniarskiej (ICNP®)

<p>1. DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA: RYZYKO ODLEŻYNY [10030710] Klient: pacjent [10014132] Osąd: sucha skóra [100006367], potencjalne ryzyko [10017252] INTERWENCJE: Ocenianie integralności skóry [10033922] Środki/Narzędzia: narzędzie do oceny [1000283], usługi pielęgniarские [10013380] Lokalizacja: ciało [10003388], oddział szpitalny [10009133] Czas: teraźniejszość [10015581] Zapobieganie odleżynom [10032431] Środki/Narzędzia: prewencja odleżyn [10040194], technika pozycjonowania [10014774], środki pomocnicze [10019157], maść [10013670], płyn do nacierania [10011365] usługi pielęgniarские [10013380] Lokalizacja: obszar ciała [10003451], oddział szpitalny [10009133] Czas: teraźniejszość [10015581] Pozycjonowanie [10014757] Środki/Narzędzia: technika pozycjonowania [10014774], technika przemieszczania [10020048], usługi pielęgniarские [10013380] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: teraźniejszość [10015581] Ocenianie statusu odżywiania [10030660] Środki/Narzędzia: narzędzie do oceny [10002832], usługi pielęgniarские [10013380] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: teraźniejszość [10015581] Zastosowanie bezpiecznego urządzenia Środki/Narzędzia: materac przeciwoleżynowy [10041560], usługi pielęgniarские [10013380] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: teraźniejszość [10015581] Poradnictwo dla pacjenta Środki/Narzędzia: usługa edukacji zdrowotnej [10039459], materiał dydaktyczny [10011251], usługi pielęgniarские [10013380] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: przyszłość [10008299] Dogładanie [10002911] Środki/Narzędzia: usługi pielęgniarские [10013380] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: teraźniejszość [10015581] Wynik: stan prawidłowy [10013305], bez odleżyny [10029065]</p>	<p>2. DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA: DEFICYT SAMOOPIEKI [10023410] Klient: pacjent [10014132] Osąd: negatywny wizerunek własny [10022724], dyskomfort [10023066], niepokój ruchowy [10025722] INTERWENCJE: Ewaluacja planu opieki [10031252] Środki/Narzędzia: usługi pielęgniarские [10013380] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: teraźniejszość [10015581] Ubieranie lub rozbieranie [10008425] Środki/Narzędzia: usługi pielęgniarские [10013380], ubranie [10002589] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: rano [10012226] Asystowanie przy czynnościach higienicznych [10023531] Środki/Narzędzia: urządzenie do higieny osobistej [10008537], pielucha [10005914], urządzenie do kąpieli [10003147], urządzenie zabezpieczające [10017425] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: rano [10012226] Koordynowanie planem opieki [10031027] Środki/Narzędzia: usługi pielęgniarские [10013380] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: teraźniejszość [10015581] Wzmacnianie samodzielności [10022537] Środki/Narzędzia: usługi pielęgniarские [10013380], urządzenie zabezpieczające [10017425], środki pomocnicze [10019157] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: teraźniejszość [10015581] Ocenianie samodzielności [10024280] Środki/Narzędzia: narzędzie do oceny [10002832], usługi pielęgniarские [10013380] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: rano [10012226] Ewaluacja stanu domu przed rozpoczęciem opieki domowej [10007084] Środki/Narzędzia: usługa pracownika socjalnego [10018475] Lokalizacja: dom [1000903] Czas: przyszłość [10008299] Wynik: prawidłowe ubieranie się i dbanie o własny wygląd [10028207], postęp [10015789]</p>
<p>3. DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA: ZABURZONA AKCEPTACJA STATUSU ZDROWOTNEGO [10029480], NIEPOKÓJ [10000477] Klient: pacjent [10014132] Osąd: duży [10011116] INTERWENCJE: Nawiązywanie relacji [10016678] Nawiązywanie współpracy [10013118] Środki/Narzędzia: technika uspokajania [10003839], usługi pielęgniarские [10013380] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: teraźniejszość [10015581] Rozmowa [10019436] Środki/Narzędzia: technika uspokajania [10003839], usługi pielęgniarские [10013380] technika odwracania uwagi [10006102] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: teraźniejszość [10015581]</p>	<p>4. DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA: RYZYKO ZAKRZEPICY ŻYŁ GŁĘBOKICH [10027509] Klient: pacjent [10014132] Osąd: potencjalne ryzyko [10017252] INTERWENCJE: Administrowanie lekiem [10025444] Środki/Narzędzia: lek [10006314], usługi pielęgniarские [10013380], lekarz [10014522] Lokalizacja: droga doustna [10013749], droga podskórna [10018963], oddział szpitalny [10009133] Czas: teraźniejszość [10015581] Pozycjonowanie [10014757] Środki/Narzędzia: technika pozycjonowania [10014774], usługi pielęgniarские [10013380] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: teraźniejszość [10015581] Dogładanie [10002911] Środki/Narzędzia: usługi pielęgniarские [10013380]</p>

Tabela 1. Przykładowy proces pielęgnowania pacjentki po amputacji kończyny dolnej na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Opieki Pielęgniarskiej (ICNP®) – cd.

<p>Dodawanie otuchy [10016480] Środki/Narzędzia: technika uspokajania [10003839], zarządzanie stresem [10038675], usługi pielęgniarskie [10013380], technika odwracania uwagi [10006102] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Nauczanie o chorobie [10024116] Wyjaśnianie [10007370] Towarzyszenie [10015575] Środki/Narzędzia: technika uspokajania [10003839], technika odwracania uwagi [10006102], usługi pielęgniarskie [10013380] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Administrowanie lekiem [10025444] Środki/Narzędzia: lek [10006314], usługi pielęgniarskie [10013380], lekarz [10014522] Lokalizacja: droga doustna [10013749], Oddział szpitalny [10009133], Czas: terażniejszość [10015581] Ocenianie akceptacji statusu zdrowia [10026249] Ocenianie depresji [10026055] Ocenianie niepokoju [10041745] Środki/Narzędzia: pielęgniarka [10013333], kwestionariusz [10016433], narzędzie do oceny [10002832] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Wynik: poprawa [10026692], zmniejszony niepokój [10027858]</p>	<p>Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Masowanie [10011768] Środki/Narzędzia: terapia masażem [10041766], usługi pielęgniarskie [10013380], usługi fizjoterapeuty [10014567] Lokalizacja: ciało [10003888] Czas: terażniejszość [10015581] Uruchamianie [10012120] Środki/Narzędzia: technika przemieszczania się [10002222], uruchomienie uruchamiające [10012131], usługi pielęgniarskie [10013380], ustuga fizjoterapeuty [10014567] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Rehabilitowanie [10016645] Środki/Narzędzia: technika ćwiczenia mięśni lub stawów [10012300], ustuga fizjoterapeuty [10014567] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Edukacja [10006564] Środki/Narzędzia: ustuga edukacji zdrowotnej [10039459], materiał dydaktyczny [10011251], usługi pielęgniarskie [10013380] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Wynik: stan prawidłowy [10013305]</p>
<p>5. DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA: RYZYKO ZABURZONEGO PROCESU UKŁADU ODDECHOWEGO [10037346] Klient: pacjent [10014132] Osąd: ryzyko [10015007] INTERWENCJE: Ewaluacja wydolności oddechowej po zabiegu chirurgicznym [10007169] Środki/Narzędzia: usługi pielęgniarskie [10013380], środki pomocnicze [10019157], dokumentowanie [10006173] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Administrowanie lekiem [10025444] Środki/Narzędzia: lek [10006314], maska tlenowa [10013909], usługi pielęgniarskie [10013380], dokumentowanie [10006173] Lokalizacja: droga inhalacji [10031585], oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Edukacja [10006564] Środki/Narzędzia: materiał dydaktyczny [10011251], ustuga edukacji zdrowotnej [10039459], usługi pielęgniarskie [10013380] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Udzielanie wskazówek na przyszłość [10002401] Środki/Narzędzia: materiał dydaktyczny [10011251], ustuga edukacji zdrowotnej [10039459], usługi pielęgniarskie [10013380] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Dogłądanie [10002911] Środki/Narzędzia: usługi pielęgniarskie [10013380] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Wynik: niski [10011438], efektywny proces układu oddechowego [10028160], bez duszności [10029264]</p>	<p>6. DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA: RANA CHIRURGICZNA [10019265] Klient: pacjent [10014132] Osąd: ryzyko infekcji [10015133] INTERWENCJE: Ewaluacja gojenia się rany [10007218] Środki/Narzędzia: usługi pielęgniarskie [10013380], pielęgniarka [10013333], chirurg [10019190], plan opieki klinicznej [10004463], narzędzie do oceny [10002832], dokumentowanie [10006173] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Identyfikowanie ryzyka krwotoku [10009696] Środki/Narzędzia: usługi pielęgniarskie [10013380], środki pomocnicze [10019157], narzędzie do oceny [10002832], dokumentowanie [10006173] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Opatrunek [10006253] Środki/Narzędzia: opatrunek na ranę [10021227], lek [10006314], usługi pielęgniarskie [10013380], dezynfekowanie [10006044], środki pomocnicze [10019157] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Prewencja przed kontaminacją [10005055] Środki/Narzędzia: dezynfekowanie [10006044], opatrunek [10006253], usługi pielęgniarskie [10013380], technika aseptyczna [10002639], opatrunek na ranę [10021227], rękawica [10008487] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Administrowanie lekiem i roztworem [10001804] Środki/Narzędzia: lek [10006314], roztwór [10018499], usługi pielęgniarskie [10013380], dokumentowanie [10006173] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581]</p>

Tabela 1. Przykładowy proces pielęgnowania pacjentki po amputacji kończyny dolnej na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Opieki Pielęgniarskiej (ICNP®) – cd.

<p>7. DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA: ZABURZONY PROCES UKŁADU MOCZOWEGO [10001359], POTENCJALNE RYZYKO [10017252] Klient: pacjent [10014132] Osąd: ryzyko infekcji [10015133] INTERWENCJE: Ewaluacja reakcji na terapię płynami [100007176] Środki/Narzędzia: usługi pielęgniarские [10013380], środki pomocnicze [10019157], dokumentowanie [10006173] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Podawanie płynów [10039330] Środki/Narzędzia: usługi pielęgniarские [10013380], współdziałanie z lekarzem [10023565] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Monitorowanie wyników laboratoryjnych [10032099] Środki/Narzędzia: usługi pielęgniarские [10013380], współdziałanie z lekarzem [10023565] dokumentowanie [10006173], Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Kontrola [10005135] Oddawanie moczu [10020450] Środki/Narzędzia: usługi pielęgniarские [10013380], dokumentowanie [10006173] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Wynik: prawidłowy proces układu moczowego [10028615]</p>	<p>Zastosowanie technik aseptycznych [10041784] Środki/Narzędzia: technika aseptyczna [10002639], usługi pielęgniarские [10013380] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Oczyszczanie [10016181] Środki/Narzędzia: opatrunek na ranę [10021227], lek [10006314], usługi pielęgniarские [10013380] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Ocenianie podatności na infekcje [10002821] Środki/Narzędzia: narzędzie do oceny [10002832], usługi pielęgniarские [10013380], chirurg [10019190], dokumentowanie [10006173] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133], rana chirurgiczna [10019265] Czas: terażniejszość [10015581] Ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185] Środki/Narzędzia: narzędzie do oceny [10002832], usługi pielęgniarские [10013380], usługa promocji zdrowia [10008776] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Monitorowanie temperatury ciała [10012165] Środki/Narzędzia: usługi pielęgniarские [10013380], urządzenie monitorujące [10012177], dokumentowanie [10006173] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Wynik: stan prawidłowy [10013305]</p>
<p>8. DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA: BÓL SPOWODOWANY RANĄ [10021243] Klient: pacjent [10014132] Osąd: dotkliwy [10025877] INTERWENCJE: Ocenianie bólu [10026119] Środki/Narzędzia: narzędzie do oceny [10002832], usługi pielęgniarские [10013380] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Administrowanie lekiem przeciwbólowym [10023084] Środki/Narzędzia: lek [10006314], usługi pielęgniarские [10013380], lekarz [10014522], dokumentowanie [10006173] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Nauczanie radzenia sobie z bólem [10019489] Środki/Narzędzia: usługi pielęgniarские [10013380], materiał instruktażowy [10010395] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: przyszłość [10008299] Sprawowanie opieki [10004002] Środki/Narzędzia: usługi pielęgniarские [10013380] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Identyfikowanie postawy wobec bólu [10009654] Środki/Narzędzia: usługi pielęgniarские [10013380] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Ocenianie bólu [10026119] Środki/Narzędzia: narzędzie do oceny [10002832], usługi pielęgniarские [10013380], dokumentowanie [10006173] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: przyszłość [10008299] Wynik: ból spowodowany raną [10021243] łagodny [10025854]</p>	<p>9. DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA: CUKRYCA [10005876] Klient: pacjent [10014132] Osąd: ryzyko infekcji [10015133] INTERWENCJE: Pomiar stężenia glukozy we krwi [10041212] Środki/Narzędzia: pielęgniarka [10013333], urządzenie do oceny [10002734], narzędzie do oceny [10002832], dokumentowanie [10006173] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Administrowanie insuliną [10030417] Środki/Narzędzia: usługi pielęgniarские [10013380], technika podawania leku [10006322], technika iniekcji podskórnej [10024090], lek [10006314], dokumentowanie [10006173] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Ewaluacja odpowiedzi na lek [10007182] Środki/Narzędzia: pielęgniarka [10013333], urządzenie do oceny [10002734], narzędzie do oceny [10002832], dokumentowanie [10006173] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Promowanie samoopieki [10026347] Środki/Narzędzia: pielęgniarka [10013333], materiał instruktażowy [10010395], materiał do czytania [10016433] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Nauczanie o reżimie terapii [10024625] Doskonalenie reżimu diety [10036447] Środki/Narzędzia: pielęgniarka [10013333], materiał instruktażowy [10010395], materiał do czytania [10016433] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Ocenianie postawy wobec reżimu terapii [10024205] Środki/Narzędzia: pielęgniarka [10013333] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185] Środki/Narzędzia: narzędzie do oceny [10002832], usługi pielęgniarские [10013380], usługa promocji zdrowia [10008776] Lokalizacja: Oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Wynik: efektywny poziom glukozy we krwi [10033685] – Przestrzeganie reżimu diety [10030159] – Przestrzeganie reżimu przyjmowania leku [10030192]</p>

Tabela 1. Przykładowy proces pielęgnowania pacjentki po amputacji kończyny dolnej na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Opieki Pielęgniarskiej (ICNP®) – cd.

<p>10. DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA: ZABURZONA ZDOLNOŚĆ DO PRZEMIESZCZANIA SIĘ [10001005] Klient: pacjent [10014132] Osąd: dotkliwy [10025877] INTERWENCJE: Ocenianie wzorca mobilności [10030641] Środki/Narzędzia: narzędzie do oceny [10002832], usługi pielęgniarские [10013380], dokumentowanie [10006173] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Aranżowanie przemieszczania lub urządzenia [10030493] Środki/Narzędzia: usługi pielęgniarские [10013380] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Asystowanie [10002850] Środki/Narzędzia: usługi pielęgniarские [10013380], technika przemieszczania się [10002222] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Pozycjonowanie [10014757] Środki/Narzędzia: usługi pielęgniarские [10013380], technika pozycjonowania [10014774], technika przemieszczania [10020048] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Uruchamianie [10012120] Środki/Narzędzia: technika przemieszczania się [10002222], urządzenie uruchamiające [10012131], usługi pielęgniarские [10013380], usługa fizjoterapeuty [10014567] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Rehabilitowanie [10016645] Środki/Narzędzia: technika przemieszczania się [10002222], technika ćwiczenia mięśni lub stawów [10012300], usługa fizjoterapeuty [10014567] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Wynik: brak urazu spowodowanego przemieszczaniem [10033659]</p>	<p>11. DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA: RYZYKO UPADKU [10015122] Klient: pacjent [10014132] Osąd: wysoki [10009007] INTERWENCJE: Ocenianie ryzyka upadków [10023520] Środki/Narzędzia: narzędzie do oceny [10002832], usługi pielęgniarские [10013380], dokumentowanie [10006173] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Zapobieganie upadkowi [10040211] Środki/Narzędzia: usługi pielęgniarские [10013380], usługa edukacyjna [10006572] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Aranżowanie przemieszczania lub urządzenia [10030493] Środki/Narzędzia: usługi pielęgniarские [10013380], usługa edukacyjna [10006572] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Nauczanie profilaktyki upadków [10040253] Środki/Narzędzia: usługi pielęgniarские [10013380], usługa edukacyjna [10006572], materiał instruktażowy [10010395], materiał do czytania [10016433], materiał do uczenia się [10011251] Lokalizacja: oddział szpitalny [10009133] Czas: terażniejszość [10015581] Wynik: ryzyko upadku [10015122]</p>
---	---

prowadzącymi do niewydolności nerek, utraty wzroku, rozwinięcia się zespołu stopy cukrzycowej i w konsekwencji do nieurazowej amputacji kończyn. Amputacja kończyny jest zabiegiem podejmowanym w ostateczności, kiedy inne metody leczenia nie dają rezultatu. Mimo że zabieg ten wykonywany jest w celu ratowania życia, wiąże się dla pacjenta z poważnym okaleczeniem, zmienia całe jego życie, w wielu przypadkach całkowicie przekreśla jego życiowe plany i nadzieje. Brak kończyny jest ogromnym problemem zarówno fizycznym, jak i psychologicznym bez względu na przyczynę amputacji. Z tego też powodu pacjenci poddawani amputacji kończyn wymagają wyjątkowo starannej kompleksowej opieki medycznej zarówno przed zabiegiem, jak i po nim. Od sprawnej opieki pielęgniarskiej w znacznym stopniu zależy stan fizyczny chorego i jego samopoczucie [5–7]. Autorzy z Danii ukazują w swojej pracy, jak dużą rolę odgrywa odpowiednie przygotowanie osób po amputacji do funkcjonowania i do życia oraz zwiększanie świadomości ludzi w zakresie psycho-

logicznych i funkcjonalnych konsekwencji utraty kończyny [8]. Dillingham i wsp. wskazują, że opieka i rehabilitacja szpitalna pozytywnie oddziałuje na chorych po odjęciu kończyny. Właściwe postępowanie, czyli leczenie, rehabilitacja i opieka w specjalistycznej placówce przyczyniają się do mniejszej śmiertelności wśród osób po amputacji oraz mniejszej liczby reamputacji, a tym samym pozwala chorym uzyskać większą stabilność i szybszy powrót do samodzielności [9].

Przedstawiony opis przypadku obrazuje mnogość problemów obserwowanych u chorych po amputacji. Silne bóle pooperacyjne i fantomowe, brak możliwości samodzielnego zadbania o higienę, trudności w poruszaniu i zmianie pozycji, ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych, ryzyko rozwoju odleżyn, zakażenie, obniżony nastrój i depresja to problemy, z którymi pacjent nie poradzi sobie sam. Personel medyczny przez podjęcie właściwych interwencji jest w stanie zaspokoić podstawowe potrzeby chorych, a także zapewnić im poczucie bezpieczeństwa.

Prawidłowe przygotowanie do zabiegu oraz ścisła opieka po operacji (ocena stanu ogólnego pacjenta, monitorowanie parametrów życiowych, obserwacja cech krwawienia) przyczyniają się do szybszego powrotu do zdrowia i zapobiega zakażeniom [10, 11]. *Acinetobacter baumannii* należy do drobnoustrojów o dużej zjadliwości. Izoluje się go głównie u pacjentów oddziałów intensywnej terapii i chirurgii. Zastosowanie opracowanego schematu przy użyciu celowanej antybiotykoterapii u chorych w stanie ciężkim jest leczeniem pierwszego rzutu. Patogen ten jest oporny na wysychanie i może przetrwać w postaci biofilmu nawet do 27 dni. Leczenie zakażonych, trudno gojących się ran za pomocą miejscowego podciśnienia (*topical negative pressure* – TNP) stało się w ostatnich latach bardzo popularne. Dzięki mechanizmowi podciśnienia dochodzi do ewakuacji bakterii oraz ich toksyn, zmniejsza się powstały obrzęk, wzrasta przepływ naczyniowy i poprawia się ukrwienie tkanek, pobudzone zostaje także ziarninowanie. Podczas wyboru opatrunku należy wziąć pod uwagę wszystkie jego parametry (zdolność do absorpcji, technikę zakładania, czas, przez który może być używany i poziom bólu towarzyszący zakładaniu). Należy pamiętać, że dobór odpowiedniego opatrunku i szybkie uruchamianie chorych wpływa pozytywnie na poprawę jakości codziennego życia pacjentów po amputacji kończyny dolnej [12, 13].

Dominującym problemem dla chorych po odjęciu kończyny jest ból rany pooperacyjnej, kikuta oraz bóle fantomowe. W literaturze możemy odnaleźć wiele publikacji dotyczących dolegliwości bólowych dotyczących pacjentów po amputacji kończyn. Van der Schans i wsp. porównali jakość życia pacjentów odczuwających bóle fantomowe oraz chorych, którzy takich dolegliwości nie odczuwają. Oczywiście zdecydowanie gorszą jakość życia wykazywali chorzy z bólami fantomowymi [14]. Inni autorzy podają, że istnieje ścisła zależność między bólami fantomowymi a problemami emocjonalnymi i stresem. Bardzo ważnym determinantem są bóle kikuta i rany pooperacyjnej. Niektórzy twierdzą, że bóle kikuta mogą być bardziej istotne w ocenie jakości życia niż bóle fantomowe [15]. Bardzo często z dolegliwościami bólowymi łączy się bezsenność, która również wpływa na samopoczucie chorych [16]. Eliminacja dolegliwości bólowych jest bardzo ważnym, o ile nie najważniejszym elementem leczenia chorych po amputacji, dlatego też leczenie przeciwbólowe rozpoczyna się zazwyczaj jeszcze przed zabiegiem (24–48 godzin), gdy jest ono związane z występowaniem silnych dolegliwości bólowych towarzyszącymi niedokrwienu kończyny. Kontynuacja analgezji może odbywać się przez zastosowanie m.in. paracetamolu, niesteroidowych leków przeciwzapalnych czy opioidów. Stosowane może być także znieczulenie zewnątrzoponowe, polegające na ciągłym wlewie leków przeciwbólowych (np. bupiwakaina w dawce 1 mg/ml i fentanyl w dawce 2 µg/ml) do przestrzeni epidural-

nej. Kluczowym zaleceniem jest analgeza multimodalna, czyli kojarzenie leków i technik znieczulenia o różnych mechanizmach działania w zakresie obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego. Leczenie niefarmakologiczne obejmujące fizykoterapię, masaże czy ćwiczenia bierne wykazuje dużą skuteczność, ponieważ zapobiega powstawaniu przykurczy, zmian troficznych, zastoju naczyniowego w kikucie, zmniejsza obrzęk, poprawia przepływ krwi i zmniejsza napięcie mięśniowe. Bardzo ważne jest, aby do każdego pacjenta podchodzić indywidualnie zarówno w zakresie leków, jak i technik analgetycznych [17, 18].

Bardzo ważne w opiece nad chorym po amputacji jest zapewnienie wsparcia psychicznego i bezpieczeństwa, ponieważ odjęcie kończyny wiąże się z pojawieniem się wielu problemów, w tym lęku i bezsilności. Dodatkowo emocje chorych potęguje dysfunkcja zarówno ruchowa, jak i społeczna, a także ból [19]. Niekiedy, zazwyczaj u kobiet, pojawia się także problem z akceptacją swojego wyglądu, co dodatkowo prowadzi do obniżenia jakości życia [20]. Według autorów z Holandii obecność bólu fantomowego ma zdecydowanie bardziej niekorzystny wpływ na komponent fizyczny niż psychiczny, a obecność chorób współistniejących jest czynnikiem działającym negatywnie na stan fizyczny, jak również psychiczny chorego [21]. Havkins i wsp. pokazują, że duży wpływ na ogólną jakość życia ma więź społeczna. Im silniejsza jest więź ze społeczeństwem, tym wyższa jakość życia chorych [22]. Wsparcie najbliższych ma ogromne znaczenie i tak jak w przypadku opisanej pacjentki przyczynia się do zwiększenia zaangażowania chorych do współpracy z zespołem terapeutycznym, a tym samym do szybszego powrotu do zdrowia.

Dzięki odpowiedniej dokumentacji ciągłości opieki możliwa jest ocena postępu w leczeniu i pielęgnacji oraz diagnozowanie kolejno pojawiających się problemów hamujących powrót do pełnej sprawności fizycznej i psychicznej pacjenta.

Rozwój komunikacji i informatyzacji przyczynił się do powstania nowych metod leczenia i pielęgnacji chorych. Wykonywane usługi medyczne, w tym pielęgniarstwo, wymagają profesjonalnej dokumentacji z kategoryzacją stanu zdrowia, odnotowaniem podejmowanych decyzji i działań w określonym czasie z oceną efektów dla każdego pacjenta [23, 24].

W 2005 r. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (*International Council of Nurses* – ICN) określiła standard procesu pielęgnowania, rekomendując stosowanie 5 jego etapów: ocena, diagnoza, interwencja, implementacja i ewaluacja [A]. Wdrażając proces pielęgnowania do elektronicznej dokumentacji medycznej, można zastosować różnorodne klasyfikacje pielęgniarstwa [25].

W dzisiejszych czasach należy wykazać, że świadczona opieka pielęgniarstwa wiąże się z wysokim poziomem jakości i bezpieczeństwa. Odpowiednio dobrane słownictwo stosowane jest na całym świecie zarówno

w zakresie badań, opieki nad pacjentem, jak i do nauczania akademickiego. Użycie określonej, spójnej terminologii i systemów klasyfikacji przyczynia się do prowadzenia dokumentacji, którą można wykorzystać również do generowania dowodów naukowych, a także do ułatwienia komunikacji międzynarodowej [26, 27]. Zastosowanie standardu, jakim jest ICNP®, pozwala na prowadzenie procesu pielęgnowania z wykorzystaniem tzw. podstawowego zestawu danych o pielęgniarstwie *International Nursing Minimum Data Set* (INMS). Kryteria INMS przyjęto w 1993 r. Amerykańskie Towarzystwo Pielęgniarskie (*American Nurses Association* – ANA). Według ANA należą do niego: diagnozy, interwencje i wyniki. Standard ten rekomenduje również Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) [27].

Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej zawiera terminy i koncepcje diagnoz, a także wyniki diagnoz i interwencji pielęgniarzkich [28], dlatego też jest odpowiednim narzędziem, jednoznacznym, uniwersalnym i wystandaryzowanym, które można zastosować w elektronicznej dokumentacji medycznej. Kształtowanie terminologii pielęgniarzkiej trwa już od ok. 20 lat. Wiele pielęgniarek z całej Europy potwierdza, że używanie ICNP® w codziennej pracy umożliwia poprawę jakości opieki, zapewnia pacjentowi poczucie bezpieczeństwa oraz usprawnia prowadzenie dokumentacji [29].

Opracowany katalog powszechnie używanych określeń stanowi fundament do tworzenia planów opieki pielęgniarzkiej. Tworzenie modeli opieki opartych na ICNP® poprzez opracowanie katalogów zawierających zestaw wybranych diagnoz, pojawiających się najczęściej w przypadku poszczególnych schorzeń czy zabiegów operacyjnych ułatwiłoby pracę, skróciłoby czas prowadzenia dokumentacji i pozwoliłoby na bardziej precyzyjną opiekę nad chorym [30–32]. Dzięki wcześniejszemu opracowaniu modelu można również oprzeć się na medycynie opartej na faktach (*evidence-based medicine* – EBM) i w trakcie podejmowania decyzji w opiece nad pacjentem korzystać z wiarygodnych dowodów naukowych dotyczących bezpiecznego, a także najkorzystniejszego dla chorego postępowania.

Należy jednak pamiętać, że do opieki nad każdym pacjentem należy podchodzić indywidualnie, ponieważ każdy chory jest inny, może przedstawiać odrębny obraz kliniczny i niekiedy może zaistnieć konieczność podjęcia innych interwencji niż te ujęte w założonym modelu.

Podsumowanie

W pracy ukazano, jak ważnym elementem opieki nad pacjentem poddanym zabiegowi amputacji kończyny dolnej jest właściwe przygotowanie chorego do dalszego funkcjonowania w społeczeństwie oraz w środowisku domowym. Odpowiednio zaplanowane i zrealizowane interwencje przyczyniają się do szyb-

szego powrotu do samodzielności, zmniejszenia częstotliwości ponownych hospitalizacji, reamputacji oraz w konsekwencji obniżenia śmiertelności. Cukrzyca jest schorzeniem wymagającym samokontroli, natomiast u pacjentki stwierdzono zaburzoną akceptację statusu zdrowotnego, niepokój, w związku z czym podjęto odpowiednie interwencje związane z edukacją, podniesieniem nastroju, jednak ostateczny sukces w tych działaniach osiągnięto poprzez kontakt z rodziną.

Poważnym problemem u pacjentów poddawanych zabiegowi amputacji kończyny dolnej są również dolegliwości bólowe związane z okresem przedoperacyjnym, pooperacyjnym oraz bóle fantomowe, których doświadczała pacjentka. Właściwa ocena bólu, udział w farmakoterapii oraz działania obniżające próg bólowy oraz odwracające uwagę pacjentki pomogły jej przetrwać najtrudniejszy okres.

Cukrzyca jako choroba współtowarzysząca oraz jednocześnie stanowiąca główną przyczynę powikłań prowadzących ostatecznie do amputacji, stanowi również wysoki czynnik ryzyka zakażenia rany pooperacyjnej. Właściwa profilaktyka i pielęgnacja rany pooperacyjnej w ścisłej współpracy z pacjentem może uchronić chorego przed poważnymi konsekwencjami, jednak już w przypadku wystąpienia zakażenia miejsca operowanego konieczne jest podjęcie kompleksowych interwencji związanych z leczeniem rany.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Gumutka WS, Rawerski W. Encyklopedia Zdrowia; Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
2. Król J. Amputacje kończyn. W: Ortopedia i rehabilitacja. Tom II. Dega W, Marciniak W, Szulc A (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003; 505-520.
3. Popiela T. Chirurgia. Podręcznik dla studentów; Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009.
4. Tabela procesu pielęgnowania na podstawie ICNP® Akredytowane Centrum Badania i Rozwoju ICNP® przy UM w Łodzi, opracowanie Dorota Kilańska 2013.
5. Idzior-Waluś B. Zastosowanie preparatu złożonego sitagliptyny i metforminy w leczeniu cukrzycy typu 2 – praktyczne wskazówki; Świat Medycyny 2015; 7: 106-110.
6. Korzyk B, Korzyk P. Poczucie sensu życia osób po amputacji kończyn dolnych. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2003; 75: 134-143.
7. Kapała W. Pielęgniarstwo w chirurgii. Wyd. II. Czelej, Lublin 2006; 17-23.
8. Norlyk A, Martinsen B, Kjaer-Petersen K. Living with clipped wings-patients' experience of losing a leg. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2013; 8: 21891.
9. Dillingham TR, Pezzin LE. Rehabilitation Setting and Associated Mortality and Medical Stability Among Persons With Amputations. *Arch Phys Med Rehab* 2008; 89: 1038-1045.
10. Szewczyk M, Jawień A. Proces pielęgnowania chorego z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. *Valetudinaria – Post Med Klin Wojsk* 1999; 4: 70-75.
11. Walewska E. Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010; 208-2017.
12. Łukaszuk M, Marciniak R, Drews M. Zapobieganie zakażeniom chirurgicznym i ich leczenie. *Medycyna Praktyczna Chirurgia* 2014; 4: 9-20.

13. Gottrup F, Apelqvist J, Price P. Outcomes in controlled and comparative studies on non-healing wounds: recommendations to improve the quality of evidence in wound management. *J Wound Care* 2010; 19: 239-268.
14. van der Schands CP, Geertzen JHB, Schoppen T i wsp. Phantom pain and health-related quality of life in lower limb amputees. *J Pain Symptom Manag* 2002; 24: 429-436
15. Muraczyńska B, Cieslak T. Aktywność funkcjonalna i społeczna pacjentów po amputacji kończyn dolnych jako mierniki jakości życia. Model zdrowego stylu życia jako zadanie interdyscyplinarne. Tom II. Lublin 2003; 338-343
16. Fiodorenko-Dumas Ż, Paprocka-Borowicz M, Kotcz-Trzęsicka A. Wpływ amputacji na zaburzenia snu. W: Problemy opieki nad chorym przewlekle. Uchmanowicz I, Rosińczuk-Tonderys J (red.). Med-Pharm Polska, Wrocław 2012; 29-37.
17. Kruszyna T. Uśmierzanie bólu pooperacyjnego. Nowe zalecenia American Pain Society (2016). *Medycyna Praktyczna Chirurgia* 2016; 2 (126): 65-68.
18. Garstka J. Ból fantomowy – jak skutecznie leczyć. *Medycyna po Dyplomie* 2011; 12: 46-47.
19. Whyte AS, Niven CA. Psychological distress in amputees with phantom limb pain. *J Pain Symptom Manag* 2001; 22: 938-946.
20. Zidarov D, Swaine B, Gauthier-Gagnon C. Quality of life of persons with lower-limb amputation during rehabilitation and at 3-month follow-up. *Arch Phys Med Rehab* 2009; 90: 634-645.
21. Sinha R, WJA van den Heuvel, Arokiasamy P. Factors affecting quality of life in lower limb amputees. *Prothetics Orthotics International* 2011; 35910: 90-96.
22. Hawkins AT, Pallangyo AJ, Herman AM i wsp. The effect of social integration on outcomes after major lower extremity amputation. *J Vasc Surg* 2016; 63: 154-162.
23. Kilańska D. Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) – aktualny stan na świecie i etap prac przygotowawczych do wdrożenia w Polsce. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009; 17: 235-245.
24. Kilańska D, Gaworska-Krzemińska A, Grabowska H i wsp. A case study of the introduction of the International Classification for Nursing Practice® in Poland. *Int Nursing Rev* 2016; 63: 361-371.
25. ICN Announces the Release of Version 2 of the International Classification for Nursing Practice (ICNP®); http://www.icn.ch/images/stories/documents/news/press_releases/2009_PR_17_ICN_Announces_the_Release_of_ICNP_V2.pdf; data pobrania: 29.07.2017.
26. Strudwick G, Hardiker NR. Understanding the use of standardized nursing terminology and classification systems in published research: A case study using the International Classification for Nursing Practice®. *Int J Med Inf* 2016; 94: 215-221.
27. Werley HH, Lang NM. Identification of the Nursing Minimum Data Set. Springer, New York 1988.
28. Rabelo-Silva ER, Dantas Cavalcanti AC, Ramos Goulart Caldas MC i wsp. Advanced Nursing Process quality: Comparing the International Classification for Nursing Practice (ICNP) with the NANDA-International (NANDA-I) and Nursing Interventions Classification (NIC). *J Clin Nurs* 2017; 26: 379-387.
29. Bezerra Clares JW, Cavalcante Guedes MV, Lúcia de Fátima da Silva, Lima de Nóbrega MM, Célia de Freitas M; Subset of nursing diagnoses for the elderly in Primary Health Care; http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000200272&lng=en&nrm=iso&tlang=en; data dostępu: 14.02.2017.
30. Sansoni J, Giustini M. More than terminology: using ICNP to enhance nursing's visibility in Italy. *International Nursing Review* 2006; 53: 21-27
31. Kozłowska E, Cierzniańska K, Szewczyk MT. Wybrane diagnozy i działania pielęgniarskie u chorych z oparzeniem termicznym. *Pielęg Chir Angiol* 2013; 1: 28-35
32. Habel A, Cierzniańska K, Grabowska H i wsp. Propozycje realizacji diagnoz pielęgniarskich z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej u chorego operowanego z powodu przepukliny pachwinowej. *Pielęg Chir Angiol* 2011; 4: 187-202.
33. Grabowska H, Grabowski W. Problemy pielęgnacyjne chorych w okresie pooperacyjnym w ujęciu Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej; *Problemy Pielęgniarstwa* 2014; 22: 379-384.