

Renata Piotrkowska, Janina Książek, Agnieszka Falba

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Akademii Medycznej w Gdańsku

M odel Dorothy Orem w opiece nad pacjentką z rakiem piersi

Dorothy Orem's model in nursing care of a patient with breast cancer

Adres do korespondencji:

mgr Renata Piotrkowska
Zakład Pielęgniarstwa
Chirurgicznego AMG
ul. Do Studzienki 38,
80-227 Gdańsk
e-mail: rpiotrkowska@amg.gda.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym, spotykanym u kobiet w państwach wysoko rozwiniętych, oraz główną przyczyną zgonów kobiet w wieku 35–55 lat. W sytuacji, kiedy zapotrzebowanie na samoopiekę jest większe niż możliwości, jakimi dysponuje pacjent, pojawia się problem „deficytu samoopieki”, który jest podstawowym uzasadnieniem dla zapewnienia pomocy pielęgniarskiej.

Cel. Celem pracy jest ocena wykorzystania modelu Dorothy Orem w procesie pielęgnowania pacjentki z rakiem piersi.

Material i metody. W badaniu poddano analizie przypadek pacjentki operowanej z powodu raka piersi w Klinice Chirurgii Onkologicznej Szpitala Akademii Medycznej w Gdańsku w 2007 roku. Do celów badania wykorzystano kwestionariusz wywiadu oraz analizę dokumentacji medycznej.

Wnioski. Wyniki wskazują, że wśród rozpoznanych problemów pielęgnacyjnych nie uwzględniono potencjalnych problemów związanych ze sferą psychiczną i socjalną, a zaplanowane działania pielęgniarstwa były zgodne z założeniami teorii pielęgnowania według Dorothy Orem.

Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16 (4): 352–358

Słowa kluczowe: samoopieka, rak piersi

ABSTRACT

Introduction. Breast cancer is the most common malignant tumour, affects women in developed countries and constitutes the main cause of death in women between 35 and 55 years of age. In the situation when the need for self-care is beyond people's abilities, the problem of "self-care deficiency" occurs. This is the basic motivation for providing nursing help depending on the type of deficiency.

Aim. The aim of the study is to evaluate the application of Dorothy Orem's model in the process of nursing care of a patient with breast cancer.

Material and methods. The material is an individual case study of a woman with breast cancer operated on at the Clinic of Surgical Oncology of the Academic Clinical Centre, the Medical University of Gdańsk in 2007. Patient's history form and medical records analysis were used as tools and methods in the study.

Results and conclusion. The results indicate that among the identified care problems nurses did not take into consideration potential problems related to psychosocial aspects. Nursing activities were planned according to the principles of Dorothy Orem's theory of care.

Nursing Topics 2008; 16 (4): 352–358

Key words: self-care, breast cancer

Wstęp

Za ideał opieki zdrowotnej realizowanej w systemie kompensacyjnym, częściowo kompensacyjnym oraz wspierająco-uczającym przyjmuje się teorię samoopieki i deficytu samoopieki Dorothy Orem [1–4].

Autorka teorii definiuje pojęcie „samoopieki” jako podejmowanie w codziennym życiu decyzji oraz działań związanych z własnym zdrowiem. W sytuacji, kiedy zapotrzebowanie na takie działania jest większe niż możliwości, jakimi dysponuje pacjent, pojawia się problem „deficytu samoopieki”, który jest podstawowym uzasadnieniem dla zapewnienia pomocy pielęgniarskiej [1–3].

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym, spotykanym u kobiet w państwach wysoko rozwiniętych, oraz główną przyczyną zgonów kobiet w wieku 35–55 lat. Przyczyny powstawania i rozwoju raka piersi, mimo prowadzonych w ostatnich latach licznych badań naukowych, nadal nie są znane. Istnieją jednak czynniki, które sprzyjają rozwojowi tego nowotworu [5]. W opiece nad pacjentką z rakiem piersi zastosowanie znajduje model opieki pielęgniarskiej według Dorothy Orem, w myśl którego pacjenci niezdolni do dbania o swoje zdrowie we własnym zakresie wymagają opieki innych [2, 4]. Pacjentka po zabiegu mastektomii, przebywająca na oddziale chirurgicznym, powinna otrzymać od pielęgniarki pomoc i wsparcie, aby zminimalizować skutki chirurgicznej interwencji [2, 4, 6].

Cel pracy

Celem pracy jest ocena wykorzystania modelu Dorothy Orem w procesie pielęgnowania pacjentki z rakiem piersi.

Dla realizacji celu pracy wyszczególniono następujące problemy badawcze:

- czy stawiane diagnozy pielęgniarskie w okresie okołoperacyjnym były zgodne z założeniami teorii pielęgnowania według Dorothy Orem;
- czy rozpoznano wszystkie problemy pielęgnacyjne pacjentki;
- czy zaplanowane działania pielęgniarskie były zgodne z założeniami teorii pielęgnowania według Dorothy Orem i czy zostały zrealizowane;
- czy w zaplanowanych działaniach pielęgniarskich znalazła zastosowanie teoria „systemów pielęgniarstwa” (kompensującego, częściowo kompensującego, wspierająco-uczącego);
- czy zgodnie z założeniami teorii Dorothy Orem osiągnięto cel w zakresie wsparcia i pielęgnacji.

Material i metody

W badaniu poddano analizie przypadek kobiety operowanej z powodu raka piersi w Klinice Chirurgii Onkologicznej Szpitala Akademii Medycznej w Gdańsku

w 2007 roku. Do celów badania wykorzystano kwestionariusz wywiadu oraz analizę dokumentacji medycznej.

Wyniki

Pacjentkę w wieku 48 lat przyjęto do Kliniki Chirurgii Onkologicznej Szpitala Akademii Medycznej w Gdańsku w celu usunięcia guzka prawej piersi. Przy przyjęciu dokonano pomiaru masy ciała, wzrostu, ciśnienia tętniczego krwi, tętna, temperatury ciała, liczby oddechów. W ocenie poszczególnych układów w dniu przyjęcia nie stwierdzono odchyłań. Pierwsza miesiączka wystąpiła w 15. roku życia, pacjentka nadal regularnie miesiączkuje, miesiączki są nieobfite i niebolesne. Pacjentka przeżyła dwie cięższe zakończone pomyślnie — pierwsze dziecko urodziła w wieku 23 lat, drugie — 26 lat. Pacjentka, wykonując samobadanie piersi wykryła u siebie guzek w prawej piersi i zgłosiła się do lekarza. Ambulatoryjnie w okresie poprzedzającym hospitalizację wykonano następujące badania:

- USG piersi i dołów pachowych — piersi z przewagą tkanki gruczołowej; w lokalizacji macalnego zgrubienia na godzinie 11. prawej piersi wykryto niejednorodną echogeniczną, nieostro ograniczoną zmianę ogniskową wielkości 28 × 20 mm, za którą zauważono cień akustyczny. Zmiana sonomammograficzna okazała się złośliwa, w jej sąsiedztwie nie wykluczono ognisk satelitarnych. Dwa węzły chłonne widoczne w dole pachowym prawym miały wielkość 19 × 8 mm i 10 × 5 mm. Oba mają zachowane zatoki tłuszczowe. Pierś lewa bez zmian, lewy dół pachowy nie wykazuje obecności powiększonych węzłów.
 - mammografia — dwa skupiska mikrozwapnień, do 10 w skupisku, widoczne na granicy kwadrantów górnych prawej piersi, podejrzenie o złośliwość;
 - rozmaz — w nadesłanym z biopsji apiracyjnej cienkoigłowej stwierdza się *Cellulae carcinomatosae*.
- Po zapoznaniu się z wynikami badań oraz uzyskaniu niezbędnych informacji związanych z proponowanym leczeniem pacjentka wyraziła pisemną zgodę na operacyjne usunięcie guza prawej piersi, a w przypadku śródoperacyjnego badania histopatologicznego stwierdzającego raka — na amputację piersi.

W śródoperacyjnym rozpoznaniu histopatologicznym stwierdzono *II-Carcinoma invasivum mammae, Destructio cellularis*. W węzłach chłonnych obecne były przerzuty raka wykraczające poza torebkę węzłów.

U pacjentki wykonano amputację piersi metodą Pateya, polegającą na usunięciu całego gruczołu piersiowego, pachowych węzłów chłonnych oraz powięzi mięśnia piersiowego większego. W zerowej dobie po zabiegu pacjentka została zakwalifikowana do IV kategorii opieki. Parametry życiowe utrzymywały się w granicach: ciśnie-

Tabela 1. Diagnozy pielęgniarskie w odniesieniu do założeń teorii samoopieki i jej deficytu według Dorothy Orem
Table 1. Nursing diagnosis related to Dorothy Orem's theory about self-care and the lack of self-care

Diagnoza pielęgniarska	Zgodność z teorią	Niezgodność z teorią
Dyskomfort związany z przyjęciem do szpitala	+	
Brak wiedzy na temat przygotowania do zabiegu operacyjnego	+	
Brak wiedzy na temat zmian mających nastąpić po zabiegu operacyjnym	+	
Ból rany pooperacyjnej	+	
Niezdolność pacjentki do samoopieki	+	
Ryzyko wystąpienia obrzęku limfatycznego	+	
Ryzyko wystąpienia krwawienia z rany pooperacyjnej	+	
Razem	7	0
Podsumowanie		
Liczba diagnoz niezgodnych z założeniami teorii Dorothy Orem		Brak
Liczba diagnoz zgodnych z założeniami teorii Dorothy Orem	7	100%

nie tętnicze krwi — 120/70 mm Hg, tętno — 76 u/min, miarowe, dobrze wyczuwalne, liczba oddechów — 18/min, temperatura ciała — 36,7° C. Opatrunek na ranie pooperacyjnej był suchy, po drenażu łoży po amputowanej piersi krwista zawartość drenu wynosiła około 80 ml. W pierwszej dobie po zabiegu pacjentkę zakwalifikowano do III kategorii opieki. Stosowane leki przeciwbólowe znieczuliły okolice rany pooperacyjnej, z której usunięto opatrunek. Po drenażu łoży po amputowanej piersi krwista zawartość drenu wyniosła około 50 ml. Pacjencie udzielono wskazówek na temat profilaktyki obrzęku limfatycznego oraz rehabilitacji oddechowej. W drugiej dobie po zabiegu operacyjnym pacjentkę zakwalifikowano do II kategorii opieki, dolegliwości bólowe rany pooperacyjnej zmniejszyły się, proces gojenia rany odbywał się bez powikłań. Zawartość zestawu drenażowego była minimalna, lekko krwista. W trzeciej dobie po zabiegu pacjentka nie zgłaszała dolegliwości bólowych, proces gojenia rany był prawidłowy, usunięto dren Redona. W czwartej dobie po zabiegu operacyjnym pacjentka została wypisana do domu. Otrzymała wskazówki dotyczące terminu i miejsca kontroli rany pooperacyjnej, kontynuowania leczenia w poradni onkologicznej, dalszej rehabilitacji i profilaktyki powikłań, możliwości protezowania, kontaktu z grupą wsparcia Amazonki oraz dalszego postępowania („Zalecenia dla mężczyzn i kobiet w rodzinie”).

Rozpoznane problemy pielęgnacyjne wykazały zgodność z założeniami teorii pielęgnowania według Dorothy Orem. Diagnozy postawione w procesie pielęgnowania uwzględniały zapotrzebowanie na samoopiekę oraz jej deficyt w okresie okołoperacyjnym (tab. 1).

Rozpoznane problemy pielęgnacyjne w okresie okołoperacyjnym poddano analizie z uwzględnieniem

możliwości zakwalifikowania ich do teorii cząstkowych wyodrębnionych z ogólnego modelu Dorothy Orem — teorii samoopieki i deficytu samoopieki. Kwalifikacja rozpoznanych problemów pielęgnacyjnych miała znaczenie w doborze właściwych aktywności terapeutycznych (tab. 2).

Mając na uwadze trendy nowoczesnego pielęgniarstwa i wymogi społeczeństwa odnośnie poziomu jakości opieki pielęgniarstwa, a także zalecenia zawarte w literaturze fachowej, można uznać, że w myśl holistycznego podejścia do pacjenta zabrakło w dokumentacji pielęgniarstwa niżej wymienionych, potencjalnych diagnoz (tab. 3).

Dorothy Orem w praktycznej działalności pielęgniarstwa wyróżniła trzy podstawowe typy pielęgnowania: wspierająco-uczący, częściowo kompensacyjny oraz kompensacyjny. Podstawę zastosowania każdego z tych systemów stanowi fizjologiczne lub psychologiczne ograniczenie możliwości samodzielnego podejmowania kontrolowanych działań zmierzających do zapewnienia samoopieki. Według Dorothy Orem pielęgniarki powinny dysponować takimi możliwościami, jakie są niezbędne do rozpoznawania oraz przystosowywania właściwego systemu opieki pielęgniarstwa w danym przypadku. W tabeli 4 przeanalizowano szczegółowo zaplanowane i zrealizowane działania pielęgniarstwa w odniesieniu do założeń teorii pielęgnowania według Dorothy Orem oraz zaproponowanych typów systemów pielęgniarstwa: kompensacyjnego, częściowo kompensacyjnego oraz wspierająco-uczącego. Na podstawie obserwacji, analizy dokumentacji pielęgniarstwa i przeprowadzonej rozmowy z pacjentką można stwierdzić, że sposób sprawowania opieki nad chorą opierał się na wspomnianych założeniach systemów pielęgniarstwa

Tabela 2. Diagnozy pielęgniarskie związane z zapotrzebowaniem pacjentki na samoopiekę oraz przewidujące deficyt samoopieki wymagający zaplanowania kompensacyjnych działań pielęgniarskich**Table 2. Nursing diagnosis related to the need of the patient for self-care and the predicted lack of self-care which requires compensatory planned nursing intervention**

Diagnoza pielęgniarska	Zapotrzebowanie na samoopiekę	Deficyt samoopieki
Dyskomfort związany z przyjęciem do szpitala	+	
Brak wiedzy na temat przygotowania do zabiegu operacyjnego	+	
Brak wiedzy na temat zmian mających nastąpić po zabiegu operacyjnym	+	
Ból rany pooperacyjnej		+
Niezdolność pacjentki do samoopieki		+
Ryzyko wystąpienia obrzęku limfatycznego		+
Ryzyko wystąpienia krwawienia z rany pooperacyjnej		+
Razem	3	4
Podsumowanie		
Liczba diagnoz wymagających zastosowania wspierająco-edukacyjnego systemu pielęgnowania	3	42%
Liczba diagnoz wymagających zastosowania kompensacyjnego systemu pielęgnowania	4	58%

oraz że udało się zrealizować wszystkie zaplanowane działania. Z reguły pielęgniarki dla potrzeb optymalnej opieki nad chorą tworzyły specyficzną kombinację systemów: kompensacyjnego, częściowo kompensacyjnego i wspierająco-uczącego. Zastosowanie takiej kombinacji było niezbędne dla uwzględnienia holistycznej koncepcji opieki.

Udokumentowany plan opieki nie uwzględniał wszystkich podejmowanych wobec chorej działań pielęgniarskich (tab. 5).

Podsumowanie

Podstawowe założenie koncepcji Dorothy Orem stanowi twierdzenie, że każdy człowiek powinien podejmować działania związane z polepszaniem własnego zdrowia i funkcjonowaniem zgodnym ze swoją naturą. Wybierając teorię pielęgniarstwa Dorothy Orem, na którą złożyły się trzy cząstkowe teorie: samoopieki, deficytu opieki oraz systemów pielęgniarstwa, autorka niniejszej pracy miała na względzie różniące się w zasadniczy sposób stany kliniczne, możliwości oraz potrzeby pacjentki z rakiem piersi w okresie okołoperacyjnym.

Sytuacja pacjentki wymagała stworzenia optymalnych warunków do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, natomiast w okresie pooperacyjnym zapewnienia bezpieczeństwa, rozpoznania i przeciwdziałania powikłaniom oraz czuwania nad prawidłowym przebiegiem procesu gojenia się rany pooperacyjnej i powrotu

Tabela 3. Nerozpoznane (potencjalne) diagnozy pielęgniarskie**Table 3. Unidentifiable (potentially) nursing diagnosis**

Nerozpoznane (potencjalne) diagnozy pielęgniarskie

Obawa przed ograniczeniem samodzielności po zabiegu operacyjnym
Obawa spowodowana niepewnym rokowaniem
Dyskomfort z powodu założonego drenażu
Zwiększone ryzyko występowania wczesnych powikłań pooperacyjnych
Zwiększone ryzyko występowania późnych powikłań pooperacyjnych
Brak umiejętności wykonywania automasażu kończyny górnej po stronie operowanej
Ryzyko wystąpienia przykurczów i zaników mięśniowych
Niebezpieczeństwo wystąpienia zakażenia rany pooperacyjnej
Uczucie dyskomfortu po straconej piersi
Obawa przed drastyczną zmianą własnego wyglądu
Obawa przed brakiem akceptacji ze strony rodziny
Deficyt wiedzy rodziny w zakresie niepełnosprawności powstałej w wyniku zabiegu operacyjnego
Brak motywacji do kontynuacji leczenia
Brak motywacji do aktywnego uczestnictwa w grupie wsparcia Amazonki

Tabela 4. Zaplanowane i zrealizowane działania pielęgniarstwa w odniesieniu do założeń teorii systemów pielęgniarstwa według Dorothy Orem
Table 4. Planned and realized nursing interventions related to Dorothy Orem's theory of nursing systems

Zaplanowane działania pielęgniarstwa	Niezgodne z założeniami teorii według Dorothy Orem	Zgodne z założeniami teorii według Dorothy Orem	Całkowicie kompensujące deficyt samoopieki	Częściowo kompensujące deficyt samoopieki	Z założeniami systemu wspierająco-uczącego	Zgodnie z ustalonym planem opieki
Zapoznanie pacjentki z lekarzem prowadzącym i pielęgniarką	-	+			+	+
Zapoznanie z topografią oddziału	-	+			+	+
Zapoznanie z harmonogramem dnia panującym na oddziale	-	+			+	+
Poinformowanie o planie i celowości opieki pielęgniarstwa	-	+			+	+
Zapoznanie z kartą praw pacjenta	-	+			+	+
Zapoznanie z pacjentkami na sali	-	+			+	+
Umożliwienie kontaktu z rodziną	-	+			+	+
Poinformowanie o konieczności wykonania toalety ciała przed zabiegiem	-	+			+	+
Poinformowanie o ograniczeniu posiłków po godz. 22.00 w dniu poprzedzającym zabieg oraz o celu i sposobie przygotowania przewodu pokarmowego do zabiegu	-	+			+	+
Poinformowanie i pomoc w przygotowaniu skóry do zabiegu operacyjnego	-	+		+	+	+
Poinformowanie o konieczności zabezpieczenia przedmiotów wartościowych	-	+			+	+
Poinformowanie o celowości i zasadach stosowanej premedykacji	-	+			+	+

Tabela 4. c.d.

Zaplanowane działania pielęgniarские	Nie zgodne z założeniami teorii według Dorothy Orem	Zgodne z założeniami teorii według Dorothy Orem	Całkowicie kompensujące deficyt samoopieki	Częściowo kompensujące deficyt samoopieki	Z założeniami systemu wspierająco-wspierającego	Zgodnie z ustalonym planem opieki
Kontrola parametrów życiowych po zabiegu operacyjnym	-	+	+			+
Kontrola zestawu drenażowego	-	+	+	+		+
Kontrola opatrunku na ranie pooperacyjnej	-	+	+	+		+
Zapewnienie dostępu do żyły obwodowej zgodnie z zasadami aseptyki	-	+	+	+		+
Ocena nasilenia dolegliwości bólowych	-	+	+	+		+
Zapewnienie ciszy i spokoju po zabiegu operacyjnym	-	+	+	+		+
Stosowanie leków przeciwbólowych zgodnie z zaleceniem lekarza i odnotowanie efektu terapeutycznego	-	+	+	+		+
Pomoc w wykonywaniu toalety ciała	-	+	+	+		+
Pomoc w zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych z zapewnieniem warunków intymności	-	+	+	+		+
Pomoc w spożywaniu posiłków	-	+	+	+		+
Zmiana bielizny pościelowej i osobistej	-	+	+			+
Pomoc w ćwiczeniach rehabilitacyjnych	-	+	+	+		+
Edukacja w zakresie technik zapobiegania obrzękowi limfatycznemu	-	+		+		+
Razem	Brak	25 (100%)	13 (25%)	9 (36%)	13 (52%)	25 (100%)

Tabela 5. Wykaz podjętych, ale nieudokumentowanych czynności pielęgniarzkich**Table 5. A list of performed and non-documented nursing interventions**

Przekazanie wiedzy na temat sposobu i zasadności wykonywanych zabiegów
Poinformowanie o sposobach zapewnienia bezpieczeństwa po zabiegu
Obserwacja pacjentki po zabiegu pod kątem powikłań anestetycznych
Przygotowanie do zmiany obrazu pacjenta w chorobie
Dostarczenie informacji na temat celu i zasadności rehabilitacji oddechowej
Poinformowanie o sposobie obchodzenia się z zestawem drenażowym
Utrzymywanie prawidłowej ruchomości w stawach obręczy barkowej
Zapobieganie przykurczom i zanikom mięśniowym
Utrzymanie prawidłowej siły mięśniowej po stronie operowanej
Dostarczenie informacji na temat sposobu zapobiegania wadom postawy
Przygotowanie do wczesnego wykrywania zmian w drugiej piersi
Zachęcanie do aktywnego uczestnictwa w grupie wsparcia Amazonek
Wspieranie i podtrzymywanie pozytywnych zachowań w sprawie samoopieki
Edukacja pacjentki w zakresie zmian mających nastąpić po zabiegu
Edukacja rodziny w zakresie zmian relacji panujących dotychczas w rodzinie
Poinformowanie na temat możliwości wykonania protezy

do zdrowia. W kolejnych dobach po zabiegu operacyjnym, wraz z poprawą stanu zdrowia, wzrostem możliwości, chęci i zaangażowania pacjentki w procesie samoopieki i samopielęgnacji zaistniało zapotrzebowanie na wsparcie psychiczne i wiedzę umożliwiającą osiągnięcie przez pacjentkę niezależności w funkcjonowaniu w codziennym życiu. W końcowym okresie hospitalizacji edukacja chorej w kierunku dalszego, pożądanego zachowania związanego z kontynuacją leczenia, rehabilitacji oraz współpracy z grupą samopomocową dopełnia wszystkie możliwe warianty teorii deficytu samoopieki i przygotowania się do niej. Na podstawie analizy dokumentacji pacjentki można stwierdzić, że podczas pielęgnowania chorej informacje gromadzono w sposób świadomy, planowy i konsekwentny, a postawioną diagnozę

oparto na racjonalnych podstawach. Jednak rozpoznane problemy pielęgnacyjne odnosiły się do zagadnień wymagających od pielęgniarek sprawujących opiekę jedynie wykonywania funkcji instrumentalnych. W dokumentacji pacjentki nie znalazły odzwierciedlenia problemy potencjalne, wynikające z uwzględnienia sfery psychologicznej i socjalnej. W diagnozie pielęgniarzkiej określano aktualne możliwości, istniejące i zachowane sprawności oraz potencjał zdrowia. Analizowano także czynniki ryzyka powikłań i wynikające z tego zagrożenia dla chorej w trakcie hospitalizacji, lecz nie uwzględniono ich wpływu na jej funkcjonowanie w przyszłości.

Na podstawie rozpoznanych problemów pielęgnacyjnych w planowanych działaniach pielęgniarzkich w okresie okołoperacyjnym określono cele, którym te działania mają służyć. W związku z faktem nierozpoznania potencjalnych problemów pielęgnacyjnych w planie i realizacji opieki pominięto udokumentowanie wykonanych działań pielęgniarzkich z zakresu innych funkcji, które, jak wynika z relacji pacjentki, były wypełniane bardzo sumiennie.

Wnioski

1. Rozpoznane problemy w procesie pielęgnowania chorej w okresie okołoperacyjnym były zgodne z założeniami teorii Dorothy Orem — uwzględniały zapotrzebowanie pacjentki na samoopiekę i deficyt samoopieki.
2. W procesie opieki nad chorą rozpoznano obecne problemy pielęgnacyjne, natomiast nie rozpoznano problemów potencjalnych wynikających ze sfery psychicznej i socjalnej.
3. Zaplanowane działania pielęgniarzkie były zgodne z założeniami teorii Dorothy Orem i wszystkie z nich zrealizowano.
4. W procesie pielęgnacji wykorzystano kombinację systemów kompensacyjnego, częściowo kompensacyjnego oraz wspierająco-uczającego.
5. Zgodnie z założeniami Dorothy Orem osiągnięto cel pielęgnowania.

Piśmiennictwo

1. Blak A. Wokół teorii Orem. Pielęgniarstwo 2002; 1996: 4.
2. Poznańska S., Płaszewska-Zywko L. Wybrane modele pielęgniarstwa. Podstawa praktyki pielęgniarzkiej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001. 118–123.
3. Wołowicka L. Postępy pielęgniarstwa i promocji zdrowia. Akademia Medyczna, Poznań 1997.
4. Walewska E. Podstawy z pielęgniarstwa chirurgicznego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006; 365–370.
5. Kordek R. Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Via Medica, Gdańsk 2007; 202–207.
6. Kózka M. Wybrane standardy opieki pielęgniarzkiej. Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa CM UJ, Kraków 1997; 9–11.