

Interdyscyplinarna opieka nad dzieckiem chorym

Tom VII



Praca zbiorowa pod redakcją
dr n. med. Anny Baranowskiej
dr n. med. Beaty Janiny Olejnik
prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułać

**Interdyscyplinarna opieka
nad dzieckiem chorym
Tom VII**

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wydział Nauk o Zdrowiu



Interdyscyplinarna opieka nad dzieckiem chorym Tom VII

Praca zbiorowa pod redakcją
dr n. med. Anny Baranowskiej
dr n. med. Beaty Janiny Olejnik
prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułał

Białystok 2023

Recenzenci monografii

dr hab. n. o zdr. Mariola Głowacka

prof. AMP, prof UMK, Prorektor ds. Collegium Medicum Akademii Mazowieckiej w Płocku

dr hab. n. o zdr. Matylda Sierakowska

adiunkt Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Redaktorzy monografii

dr n. med. Anna Baranowska

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

dr n. med. Beata Janina Olejnik

Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatricznego Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

ISBN komplet 978-83-958200-9-0

ISBN Tom VII - 978-83-67454-23-0

Monografia wydana w wersji elektronicznej, dostępna pod adresem:

https://www.umb.edu.pl/wnoz/o_wydziale/monografie_pracownikow_wnz

Opracowanie graficzne: pliki darmowe <https://pl.freepik.com/>

Skład i łamanie tekstu: Klaudia Krybus @typograficzne

Za zgodność z prawami autorskimi użytych w tekście cytowań, fotografii, rycin i tabel odpowiedzialność ponoszą autorzy poszczególnych rozdziałów

Materiały zawarte w publikacji mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny, do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.

Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Spis treści

Opieka nad dzieckiem z uogólnionym młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów z powikłaniem zespołu aktywacji makrofagów	11
Opieka nad dzieckiem ze świądem w przebiegu atopowego zapalenia skóry	24
Problemy pielęgnacyjne dziecka z białaczką limfoblastyczną	42
Sids - zespół nagłego zgonu niemowląt	57
Nadwaga i otyłość w populacji wieku rozwojowego jako problem cywilizacyjny	69
Rola pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów	77
Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z chłoniakiem hodgkina	92
Rola pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z chłoniakiem hodgkina. Studium przypadku	104
Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z plamicą schönleina-henocha	114
Rola pielęgniarki w opiece nad dzieckiem po przeszczepie szpiku kostnego w anemii diamonda-blackfana	128
Edukacyjna rola pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z zespołem cornelii de lange	145
Rola pielęgniarki w opiece nad wcześniakiem – studium przypadku	157
Zadania pielęgniarki w opiece nad dzieckiem chorującym na stwardnienie rozsiane	168
Stwardnienie rozsiane u dziecka – zakres funkcji i zadań opiekunczo-edukacyjnych pielęgniarki	179
Pielęgnacja pacjenta z mózgowym porażeniem dziecięcym w oparciu o międzynarodową klasyfikację praktyki pielęgniarskiej ICNP®	190
Model opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem po operacji korekcji skoliozy idiopatycznej	202
Pielęgniarka jako edukator populacji dziecięcej	215
Akceptacja choroby przewlekłej przez pacjentów dializowanych	226
Nieprawidłowości w zleceniach lekarskich w praktyce zawodowej pielęgniarek i położnych	235
Monitoring wizyjny w praktyce placówki medycznej	245

Opieka nad dzieckiem chorym	
dr n. o zdr. Monika Kozestańska-Oczkowska, mgr piel. Katarzyna Wiśniewska, lic. piel. Monika Chlupalska	Opieka nad dzieckiem z uogólnionym młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów z powikłaniem zespołu aktywacji makrofagów
dr n. med. Katarzyna Dońka, mgr piel. Anna Sawicka, mgr piel. Violetta Paździor, dr n. med. Alina Trojanowska, dr n. med. Agnieszka Sobolewska-Samorek, dr hab. n. o zdr. Danuta Zarzycka	Opieka nad dzieckiem ze świadem w przebiegu atopowego zapalenia skóry
dr n. med. Ewa Kulbaka, mgr piel. Katarzyna Wiśniewska, dr n. o zdr. Magdalena Brodowicz-Król, mgr piel. Joanna Zacharska	Problemy pielęgnacyjne dziecka z białaczką limfoblastyczną
mgr piel. Justyna Satro, mgr piel. Monika Buzanowska, mgr piel. Aleksandra Góral-Kubasik, dr n. med. Kazimiera Hebel	SIDS - zespół nagłego zgonu niemowląt
mgr Nowak Urszula, dr n. med. Warmuz-Wancisiewicz Aneta, lic. piel. Kruk Kinga	Nadwaga i otyłość w populacji wieku rozwojowego jako problem cywilizacyjny
Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad dzieckiem chorym	
dr n. med. Ewa Kulbaka, mgr piel. Katarzyna Wiśniewska, dr n. o zdr. Urszula Chranowska, lic. piel. Sylwia Grzelka	Rola pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów
mgr piel. Katarzyna Wiśniewska, dr n. med. Ewa Kulbaka, mgr piel. Joanna Zacharska, lic. piel. Teresa Kałdunek, mgr piel. Jolanta Stachyra	Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z chłoniakiem Hodgkina
mgr piel. Aleksandra Góral-Kubasik, mgr piel. Monika Buzanowska, dr n. med. Kazimiera Hebel, mgr piel. Aleksandra Hilla	Rola pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z chłoniakiem Hodgkina. Studium przypadku
dr n. o zdr. Monika Kozestańska-Oczkowska, mgr piel. Katarzyna Wiśniewska, lic. piel. Izabela Koziel	Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z płamicą Schönleina-Henocha
mgr piel. Katarzyna Wiśniewska, dr n. o zdr. Monika Kozestańska-Oczkowska, lic. piel. Sylwia Ozga	Rola pielęgniarki w opiece nad dzieckiem po przeszczepie szpiku kostnego w anemii Diamonda-Blackfana

mgr piel. Eugeniusz Sławomir Daniszewski	Edukacyjna rola pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z Zespołem Cornellii de Lange
lic piel. Kinga Mateja, mgr piel. Monika Buzanowska, dr n. med. Kazimiera Hebel, mgr piel. Aleksandra Góral-Kubasik	Rola pielęgniarki w opiece nad wcześniakiem – studium przypadku
mgr piel. Katarzyna Wiśniewska, dr n. med. Ewa Kulbaka, mgr piel. Beata Strzelecka, mgr piel. Jolanta Stachyra	Zadania pielęgniarki w opiece nad dzieckiem chorującym na stwardnienie rozsiane
dr hab. n. o zdr. Anna Bednarek	Stwardnienie rozsiane u dziecka – zakres funkcji i zadań opiekuńczo-edukacyjnych pielęgniarki
dr n. med., n. o zdr. Katarzyna Młynarska, lic. piel. Magdalena Kisiel	Pielęgnacja pacjenta z mózgowym porażeniem dziecięcym w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®
lic. piel. Barbara Ekonomiuk, dr n. o zdr. Urszula Chrzanowska	Model opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem po operacji korekcji skoliozy idiopatycznej
mgr Agnieszka Michalska, mgr Karolina Cichońska, dr n. o zdr. Małgorzata Cichońska, dr n. o zdr. Katarzyna Kowalska	Pielęgniarka jako edukator populacji dziecięcej
VARIA	
dr n. o zdr. Magdalena Brodowicz-Król, mgr Wiesława Bednarska, dr n. o zdr. Edyta Kruk, mgr Katarzyna Wiśniewska	Akceptacja choroby przewlekłej przez pacjentów dializowanych
dr Anita Gałęska-Śliwka, mgr piel. Wiktoria Ulińska, mgr piel. Maria Budnik-Szymoniuk	Nieprawidłowości w zleceniach lekarskich w praktyce zawodowej pielęgniarek i położnych
mgr Dawid Chwiałkowski, dr Anita Gałęska-Śliwka, mgr piel. Maria Budnik-Szymoniuk	Monitoring wizyjny w praktyce placówki medycznej

*Życie z chorym dzieckiem było jak rollercoaster,
pełne wzlotów i upadków.
Irena Małysa; Więcej niż jedno życie*

Dziecko a szczególnie chore znajduje się w szczególnej grupie odbiorców świadczeń medycz-nych. Jednak należy pamiętać, że dziecko ze względu na odrębności rozwojowe (anatomofizjo-logiczne i psychoemocjonalne) jest niezwykle narażone na zachwianie jego delikatnej we-wnętrznej równowagi. Opieka nad dzieckiem stawia więc przed pielęgniarką, wysokie wymagania zawodowe, etyczne oraz dojrzałość zawodową. Pielęgniarka, oprócz rodziców i opiekunów, jest pierwszym ogniwem pomocy, w sytuacji choroby istotnym ogniwem w procesie terapeutycznym. W związku z tym świadczenia wykonywane przez nią muszą opierać się o aktualną wiedzę medyczną i być systematycznie poszerzane.

Pielęgniarka sprawująca opiekę nad chorymi jest zobowiązana do koordynowania i nadzorowania w sposób profesjonalny świadczeń pielęgniarskich i usług opiekuńczych, co gwarantuje ich wysoką jakość. Podstawowym celem działalności pielęgniarki, jest diagnozowanie obszaru nie-zbędnych świadczeń medycznych wobec pacjenta, monitorowanie ich przebiegu w odniesieniu do osób przewlekle chorych, osób z niepełnosprawnością. Jednym z zadań pielęgniarki jest udzielanie wsparcia choremu dziecku i jego rodzinie. Ze względu na charakter wsparcia wyróżnia się cztery jego kategorie: emocjonalne (uzyskanie przekonania, że jest się kochanym, stano-wi się dla kogoś wartość, ma się w pobliżu bliską osobę, na którą można liczyć w trudnej sytuacji), informacyjne (otrzymanie pomocy w rozwiązywaniu różnych problemów, w poszukiwaniu źródeł i zasobów oraz uzyskanie informacji zwrotnej od rodziny w zakresie radzenie sobie z nowymi wymogami życia), instrumentalne (wsparcie dla rodzin żyjących w niedostatku materialnym, przy braku możliwości zapewnienia choremu dziecku warunków do leczenia i rozwoju, które może mieć charakter jednorazowy, kilkakrotny lub wielokrotny); rehabilitacyjne (pomoc rodzinie w zorganizowaniu właściwego leczenia i usprawniania dziecka, zaopatrzeniu w pomoc-ny sprzęt rehabilitacyjny, zorganizowaniu przestrzeni mieszkania do celów rehabilitacyjnych).

Kolejnym działaniem podejmowanym przez zespół terapeutyczny, w tym pielęgniarki, na rzecz dziecka i jego rodziny w sytuacji choroby jest edukacja. Podstawowym elementem edukacji jest nauczenie chorego dziecka/rodziny aktywnego uczestnictwa w leczeniu i zmiany postawy biernej na czynną. W ten sposób część

satysfakcji i odpowiedzialności za leczenie zostaje przeniesiona na pacjenta/rodzinę, a ich biorcy usług medycznych stają się wykonawcami planu leczenia. W procesie edukacji ważne jest, aby przekazywane informacje pochodziły od osób kompetentnych, a odbiorca musi mieć do tych osób zaufanie i czuć się w ich towarzystwie bez-piecznie. Przekazywana treść, forma i stopień poszczególnych informacji powinny być dostosowane do możliwości percepcyjnych dziecka i rodziny/opiekunów. W trakcie edukacji każdy pacjent/ rodzic, powinien mieć przekazane minimum wiedzy na temat choroby, uzyskać odpowiedzi na wszelkie wątpliwości i niepokojące go pytania, powinien również mieć możliwość wyrażenia swoich leków i obaw. Aby cele edukacji zostały osiągnięte, za Ślusarską i wsp. (2004) musi być przekazana wiedza w zakresie: samej choroby przewlekłej, prowadzenia samokontroli bez pomocy urządzeń pomiarowych, interpretacji wyników, wyciąganie wniosków, rozpoznanie sytuacji i czynników mogących nasilać objawy, rozpoznanie pierwszych objawów, metod leczenia, technik przyjmowania leków, niepożądanych skutków leczenia farmakologicznego, modyfikacji leczenia w zależności od obserwowanych objawów i wyników badań, aktywności ruchowej w chorobie, udział w zajęciach sportowych w zależności od stanu zdrowia oraz uzyskanie pierwszej pomocy w sytuacji zaostrzenia choroby.

Warto podkreślić, iż aby założenia opieki pielęgniarskiej w stosunku do dziecka chorego mogły być realizowane w sposób rzetelny, należy przede wszystkim prowadzić szeroko rozumianą edukację wśród pielęgniarek, sprawujących opiekę nad tą wymagającą grupą pacjentów.

*prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak
dr n. med. Anna Baranowska
dr n. med. Beata Janina Olejnik*

Opieka nad dzieckiem chorym

OPIEKA NAD DZIECKIEM Z UOGÓLNIONYM MŁODZIEŃCZYM IDIOPATYCZNYM ZAPALENIEM STAWÓW Z POWIKŁANIEM ZESPOŁU AKTYWACJI MAKROFAGÓW

dr n. o zdr. Monika Kozestańska-Oczkowska¹, mgr piel. Katarzyna Wiśniewska^{1,2},
lic. piel. Monika Chlipalska³

1. Wydział Nauk o Zdrowiu, Radomska Szkoła Wyższa.
2. Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie.
3. Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Radomska Szkoła Wyższa.

Wstęp

Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS) jest jedną z najczęściej występujących chorób wieku rozwojowego. Jest to autoimmunologiczna zapalna choroba tkanki łącznej [1]. Wyróżnia się różne postacie MIZS. Jedną z nich jest układowa postać choroby, czyli młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów o początku uogólnionym. Wymieniona postać choroby występuje u około 10% ogółu chorych na MIZS [2]. Charakteryzuje się heptycznymi gorączkami, ustępującymi lub przerywanymi, wykazującymi bardzo dużą amplitudę wahań ($> 1,4^{\circ}\text{C}$), charakterystycznymi wysypkami, objawami układowymi, zapaleniem stawów oraz znacząco nasilonymi wskaźnikami, wskazującymi na stan zapalny organizmu [2, 3]. MIZS o początku uogólnionym może przebiegać w stałej aktywności lub mieć przebieg policykliczny z nawrotami bądź monocykliczny bez nawrotów. Do najpoważniejszych powikłań postaci uogólnionej choroby można zaliczyć zespół aktywacji makrofagów, charakteryzujący się wysoką gorączką, hepatosplenomegalią, cytopenią, wykrzepieniem wewnątrznaczyniowym, objawami neurologicznymi oraz wysokim stężeniem ferrytyny i mikroglobuliny w surowicy. Następstwem choroby może być również amyloidoza, a nawet śmierć. Nawet połowa chorych z ciężkimi powikłaniami choroby cierpi na zahamowania wzrostu, niepełnosprawność, zaburzenia metaboliczne oraz złe rokowania. Ryzyko zgonu w tej postaci choroby wynosi 2- 4% chorych [2, 4]. Jest to postać choroby, która prawie w ogóle nie występuje u dorosłych. Dotyczy na ogół dzieci do 5 r.ż. Ta postać choroby ma najcięższy przebieg kliniczny i najpoważniejsze następstwa [5].

Cel pracy

Celem głównym badania było przedstawienie roli oraz zadań personelu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentem z uogólnionym młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów z powikłaniem zespołu aktywacji makrofagów.

Material i metody

W badaniu wykorzystano metodę indywidualnego przypadku. Jest to sposób badań, który polega na analizowaniu jednostkowych losów ludzi, którzy uwikłani są w określone sytuacje, lub też na analizie zjawisk poprzez pryzmat konkretnej jednostki, z nastawieniem na opracowanie diagnozy danego przypadku [6]. Metoda ta opiera się na danych jakościowych. Wykorzystuje się do niej techniki zbierania informacji i danych faktograficznych, które dają obraz rozwoju i życia danego przypadku. W niniejszej pracy wykorzystano następujące techniki badań: wywiad z pacjentką, analizę dokumentacji medycznej, obserwację pacjentki. Narzędziami badawczymi użytymi w badaniu były:

- arkusz zbierania danych o pacjencie, karta obserwacyjna pacjenta, tj. karta pomiaru temperatury, karta wypróżnień,
- kwestionariusz pomiaru natężenia bólu: skala VAS (*Visual Analoge Scale*), kwestionariusz do pomiaru ryzyka odleżyn (*skala Norton*),
- kwestionariusz do pomiaru sprawności ruchowej pacjentki: *skala Barthel*,
- kwestionariusz pomiaru intensywności świądu: *skala słowna VRC – Verbal Rating Scale*,
- kwestionariusz pomiaru reakcji na bodźce: *skala Glasgow*
- kwestionariusz pomiaru depresji: skala depresji Kutchera dla młodzieży (*Kutcher Adolescent Depression Scale*).

Badania zostały przeprowadzone na przełomie października i listopada 2022 r. w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie na Oddziale Pediatrii Chorób Płuc i Reumatologii. Przed rozpoczęciem badań uzyskano stosowne zgody na ich przeprowadzenie od władz szpitala a także od rodziców pacjentki. Wybór przedmiotu badań był celowy i dotyczył przypadku pacjentki chorej na uogólnioną postać MIZS z powikłaniem zespołu aktywacji makrofagów. Badanie zostało przeprowadzone bezpośrednio przez badacza i polegało na prowadzeniu wywiadu oraz obserwacji pacjentki przez większość czasu jej pobytu na oddziale. Podczas zbierania materiału badawczego napotkano na niewielkie problemy we współpracy z pacjentką, z uwagi na jej obniżający się nastrój i pogarszające samopoczucie, co

uniemożliwiało właściwą realizację założonych celów badawczych w tym czasie. Personel szpitala oraz rodzice pacjentki chętnie współpracowali z badaczem w zakresie realizacji założonych celów badawczych.

Wyniki

Studium przypadku pacjenta z uogólnionym młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów z powikłaniem zespołu aktywacji makrofagów – analiza i opis. Przedmiotem badań w niniejszej pracy jest pacjentka w wieku 8 lat, przyjęta na Oddział Pediatrii Chorób Płuc i Reumatologii Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Lublinie w dniu 20.10.2022 roku. Pacjentka została skierowana do wyżej wymienionego szpitala z Oddziału Obserwacyjno- Zakaźnego dla Dzieci w SPZOZ w Puławach, z uwagi na konieczność dalszej diagnostyki i leczenia po 3-dniowym pobycie na tamtejszym oddziale i braku wyraźnej poprawy stanu zdrowia, pomimo zastosowanego leczenia. Pacjentka przytomna, wydolna krążeniowo- oddechowo, w stanie ogólnym dobrym. Temperatura ciała do 38 stopni Celsjusza, z nasileniem w nocy do 39,4 stopni Celsjusza. Na skórze twarzy, prawym uchu, kończynach dolnych i górnych, pośladkach dziewczynki widoczna gruboplamista wysypka, nasilająca się w czasie gorączki (dokumentacja fotograficzna w aneksie pracy). Śluzówki jamy ustnej pacjentki zaczerwienione, powiększone węzły chłonne podżuchwowe oraz nadobojczykowe. Szmer pęcherzykowy nad polami stwierdzony w badaniu osłuchowym. Stwierdzono niewielki białkomocz. Badania laboratoryjne potwierdziły łagodną niedokrwistość mikrocytarną oraz wysokie wartości ferrytyny, D-dimerów, LDH. Kontakt słowny z pacjentką prawidłowy. Ciężar ciała pacjentki 30 kg (78c), wzrost 136 cm (93c), BMI: 16,22 (60c).

Wywiad okołoporodowy: pacjentka urodzona w 40/41 hbd z masą urodzeniową 3350g. Apgar 1 min- 8, 3 min-9, 5 i 10 min-10. Szczepiona zgodnie z kalendarzem szczepień, bez szczepień zalecanych. U dziecka nie stwierdzono alergii. W wywiadzie rodzinnym ustalono u matki chorobę Haschimoto, zaś u dziadka cukrzycę. Rodzeństwo pacjentki zdrowe.

Pierwszym objawem choroby, będącej powodem przyjęcia na oddział, była wysypka rumieniowa na palcach stóp z towarzyszącym świądem, która pojawiła się 16.10.2022 r. 18.10.2022r. wystąpiła gorączka 38 stopni Celsjusza oraz dwukrotnie wodnista biegunka. Konsultowana w SPZOZ w Puławach, w którym pomimo zastosowanego leczenia nie nastąpiła poprawa stanu zdrowia. 18.10.2022r. wystąpiły nudności, brak apetytu, odruchy wymiotne.

Pacjentka w dniu przyjęcia uskarża się na złe samopoczucie wywołane nasilającą się gorączką oraz świądem skóry spowodowanym występującą wysypką. U dziecka obserwowane są bóle kończyn o różnym nasileniu. Badanie USG wykazało powiększenie wątroby około 1 cm pod łukiem. Węzły chłonne skąpo powiększone < 0,5 cm.

Wobec obrazu klinicznego choroby zweryfikowano rozpoznanie na młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, postać systemowa powikłane zespołem aktywacji makrofagów (hepatomegalia, wysoka i narastająca wartość ferrytyny, redukcja liczny komórek 3 linii komórkowych w morfologii, wzrost i narastanie AST, LDH, TG, obniżenie stężenia fibrynogenu).

Diagnozy i interwencje pielęgniarские wobec dziecka z młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów

Na podstawie wywiadu z pacjentką, pomiarów oraz informacji uzyskanych z analizy dokumentacji medycznej sformułowane zostały diagnozy pielęgniarские.

Diagnoza pielęgniarская 1: Osłabienie u pacjentki wywołane podwyższoną temperaturą ciała i nawracającą gorączką

Cel interwencji: Obniżenie temperatury ciała.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Monitorowanie temperatury ciała.
- Dbanie o nawodnienie pacjentki, minimum 2 litry wody dziennie.
- Podawanie leków przeciwgorączkowych na zlecenie lekarza.
- Stosowanie zimnych okładów.
- Utrzymywanie mikroklimatu na poziomie 70% nawilżenia powietrza, poprzez odpowiednie wietrzenie sali chorych.
- Zapewnianie pacjentce komfortu fizycznego poprzez pomoc w regularnej higienie osobistej oraz zmianie bielizny osobistej i bielizny pościelowej.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Obniżenie temperatury ciała.

Diagnoza pielęgniarская 2: Ryzyko wystąpienia zaburzeń wodno- elektrolitowych wywołane biegunką oraz utratą łaknienia.

Cel interwencji: Wzmocnienie organizmu pacjentki, likwidacja ryzyka wystąpienia zaburzeń.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Monitorowanie statusu fizjologicznego pacjentki.

- Obserwacja oddawanych przez pacjentkę stolców pod względem ilości i jakości oraz ich bieżące odnotowywanie na karcie gorączkowej.
- Podawanie leków na zlecenie lekarza.
- Podaż płynów drogą dożylną na zlecenie lekarza.
- Monitorowanie przyjmowania płynów oraz zachęcanie pacjentki do picia 1,5- 2 litrów wody dziennie.
- Prowadzenie bilansu wodno- elektrolitowego pacjentki.
- Pomoc w dokładnej pielęgnacji oraz kąpieli pacjentki z użyciem środków nawilżających okolice odbytu.

Ocena interwencji pielęgniarstwiej: Zmniejszenie objawów osłabienia organizmu, przywrócenie prawidłowej gospodarki wodno- elektrolitowej.

Diagnoza pielęgniarstwiej 3: Ryzyko odwodnienia spowodowane występowaniem uporczywych wymiotów i nudności.

Cel interwencji: Likwidacja ryzyka wystąpienia zaburzeń oraz poprawa komfortu pacjentki.

Plan interwencji pielęgniarstwiej:

- Codzienna ocena stopnia nawodnienia pacjentki- stan skóry i błon śluzowych, pomiar masy ciała.
- Pobranie krwi do badań biochemicznych na zlecenie lekarza.
- Zachęcanie do spożywania minimum 1,5 litra chłodnych płynów na dobę.
- Podawanie dożylnie roztworu 0,9% nacl lub płynu wieloelektrolitowego na zlecenie lekarza.
- Obserwacja częstotliwości oraz rodzaju i koloru wymiocin pacjentki.
- Pomoc w pielęgnacji jamy ustnej pacjentki.

Ocena interwencji pielęgniarstwiej: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia odwodnienia za sprawą powstrzymania wymiotów.

Diagnoza pielęgniarstwiej 4: Dyskomfort u pacjentki wywołany silnym swiędem skóry.

Cel interwencji: Zniwelowanie swiędu.

Plan interwencji pielęgniarstwiej:

- Podanie na zlecenie lekarza środków farmakologicznych zmniejszających swięd skóry.
- Zwrócenie uwagi choremu oraz jego opiekunowi na możliwość doprowadzenia do zakażenia skóry w wyniku drapania.

- Zadbana o higienę rąk pacjenta, poprzez ich mycie i dezynfekowanie.
- Troska o wietrzenie sali w celu utrzymania właściwego mikroklimatu (70% wilgotność powietrza).
- Unikanie przegrzewania ciała pacjenta.
- Pomoc w regularnej zmianie bielizny osobistej i pościelowej.
- Obserwacja skóry pacjenta, w razie konieczności założenie opatrunków.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Zmniejszenie dyskomfortu pacjentki poprzez zminimalizowanie świądu skóry.

Diagnoza pielęgniarska 5: Trudności z poruszaniem wywołane silnym bólem kończyn dolnych i górnych.

Cel interwencji: Zniwelowanie bólu i poprawa jakości poruszania się pacjentki.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Ocena jakościowa i ilościowa bólu z użyciem skal dostosowanych do wieku dziecka.
- Podaż leków zwalczających ból na zlecenie lekarskie.
- Ocena czynników modelujących ból, m. In. Gorączki.
- Ocena hałasu mogącego obniżać próg bólu, niwelowanie hałasu.
- Zapewnienie choremu wygodnej pozycji ciała, nie ograniczającej nadmiernie ruchów pacjentki.
- Zachęcanie chorego do wielokrotnej zmiany pozycji ciała.
- Zapewnienie pacjentce pomocy w poruszaniu się oraz ograniczanie gwałtownych ruchów ciała.
- Zapewnienie współpracy z zespołem terapeutycznym.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Zwiększenie aktywności fizycznej pacjentki poprzez złagodzenie dolegliwości bólowych kończyn.

Diagnoza pielęgniarska 6: Ryzyko upadku i urazu w związku z zaburzeniami poruszania się.

Cel interwencji: Zminimalizowanie ryzyka upadku oraz zapewnienie bezpieczeństwa podczas przemieszczania się pacjentki.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Obserwacja pacjentki i jej sposobu poruszania się oraz pomoc w tym zakresie.
- Współpraca z fizjoterapeutą w zakresie usprawnienia pacjentki.

- Pomoc w wykonywaniu ćwiczeń zaleconych przez lekarza.
- Edukacja opiekuna pacjentki w zakresie asekuracji podczas przemieszczania się chorej.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Nie doszło do urazu

Diagnoza pielęgniarska 7: Ryzyko wystąpienia zaparć spowodowane ograniczoną aktywnością pacjentki.

Cel interwencji: Zmniejszenie ryzyka zaparć, regulacja wypróżnień pacjentki.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Zachęcanie do codziennego porannego spożywania na czczo szklanki ciepłej wody.
- Zapewnienie pacjentce lekkostrawnej diety.
- Kontrolowanie ilości wypróżnień pacjentki.
- Troska o nawodnienie pacjentki w ciągu dnia, zachęcanie do spożywania około 2 litrów wody dziennie, w razie potrzeby podanie roztworów dożylnie na zlecenie lekarza.
- W razie potrzeby podanie leków na zaparcia na zlecenie lekarskie.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Zaparcia nie wystąpiły

Diagnoza pielęgniarska 8: Deficyt samoopieki spowodowany osłabieniem wywołanym chorobą.

Cel interwencji: Zwiększenie samodzielności pacjentki i pomoc w zaspokojeniu potrzeb.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Ocena samodzielności pacjentki.
- Rozmowa z pacjentką i opiekunem na temat największych trudności pacjentki.
- Zapewnienie urządzeń pomocniczych, jak wózek inwalidzki, w celu transportu na badania diagnostyczne.
- Asystowanie pacjentce przy czynnościach samoobsługowych, które sprawiają jej trudność.
- Motywowanie chorej do samodzielnego wykonywania czynności samoobsługowych oraz wnikliwa ocena postępów pacjentki.
- Edukowanie pacjentki i opiekuna w zakresie sprawnego i bezpiecznego wykonywania czynności samoobsługowych.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Zwiększenie sprawności pacjentki.

Diagnoza pielęgniarska 9: Ryzyko wystąpienia stanu zapalnego w miejscu wkłucia dożylnego.

Cel interwencji: Niedopuszczenie do wystąpienia stanu zapalnego w miejscu wkłucia dożylnego.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Odpowiednie przygotowanie miejsca wkłucia, polegające na jego stosownym odkażeniu i zabezpieczeniu.
- Zachowanie pełnej jałowości przy zakładaniu wkłucia: odpowiedni czas, czystość rąk, zabezpieczenie ich jałowymi rękawiczkami.
- Prawidłowe założenie opatrunku w miejscu wkłucia oraz troska o jego jałowość i czystość skóry pacjentki.
- Dokładna obserwacja parametrów pacjentki, mogących świadczyć o rozwijającym się zakażeniu: temperatura ciała, tętno, ciśnienie krwi.
- Edukacja pacjentki w zakresie właściwej higieny miejsca wkłucia.
- Przepłukanie wkłucia dożylnego roztworem soli fizjologicznej każdorazowo po podaniu przez nie leku.
- Regularna zmiana miejsca wkłucia, co 72 godziny.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Brak stanu zapalnego w okolicy wkłucia obwodowego

Diagnoza pielęgniarska 10: Zaburzenia snu wynikające z narastającej w nocy gorączki oraz świądu skóry.

Cel interwencji: Uregulowanie odpoczynku nocnego pacjenta oraz ułatwienie zasypiania.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Zapewnienie mikroklimatu w sali pacjentki: regularne wietrzenie pozwalające zachować wilgotność na poziomie 70%.
- Obserwowanie zachowania pacjentki pod kontem jej snu.
- Rozmowa z chorym oraz opiekunem o znaczeniu snu w regeneracji organizmu.
- Zachęcanie pacjentki do unikania snu w ciągu dnia.
- Motywowanie do regularnego poruszania się w ciągu dnia.
- Zaproponowanie zastosowania technik relaksacyjnych, jak nauka oddychania, pozwalająca odprężyć się pacjentce.

- Podanie środków przeciwbólowych i przeciwświądowych przed snem na zlecenie lekarskie.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Zmniejszenie częstotliwości występowania problemów z zasypianiem i snem.

Diagnoza pielęgniarska 11: Niepokój u pacjentki wywołany długotrwałym pobytem w szpitalu.

Cel interwencji : Zminimalizowanie niepokoju u pacjentki.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Zapoznanie opiekuna dziecka z kartą praw pacjenta oraz regulaminem dzieci i ich rodziców.
- Przekazanie opiekunowi dziecka informacji na temat oddziału, zasad reżimu sanitarnego szpitali.
- Poinformowanie opiekuna o czynnościach, jakie będą wykonywane przy dziecku, z wyszczególnieniem celu działania oraz zamierzonego efektu.
- Ocena ogólna stanu zdrowia pacjentki, bieżące monitorowanie statusu fizjologicznego.
- Fizyczne i psychiczne przygotowanie pacjentki do każdego badania.
- Zachowanie kontaktu słownego z pacjentką.
- Zapewnienie warunków do spożywania posiłków, tj. Wygodne spożycie posiłków przy użyciu stolików przy szafkach przyłóżkowych, pomoc pielęgniarki w podaniu posiłku, jeśli jest taka konieczność, pomoc bliskich w spożywaniu posiłków przez pacjenta.
- Zapewnieni pacjentce komfortu i bezpieczeństwa, poprzez stały kontakt z pacjentem personelu szpitala, umożliwienie obecności bliskich przy pacjentce, dochowanie terminowości wizyt lekarskich zgodnie z ich harmonogramem, trzymanie się harmonogramu wydawania posiłków i inne.
- Okazywanie zrozumienia.
- Zapewnienie pacjentce kontaktu z członkami rodziny.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Poprawa stanu pacjentki, zniwelowanie niepokoju.

Diagnoza pielęgniarska 12: Niepokój pacjentki spowodowany procesem leczenia i powracającymi dolegliwościami.

Cel interwencji: Zniwelowanie niepokoju.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Przeprowadzenie rozmowy z pacjentką i opiekunem na temat choroby, konieczności badań diagnostycznych i podejmowanych metodach leczenia.
- Zapewnienie życzliwej i spokojnej atmosfery.
- Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa pacjentce oraz opiekunowi.
- Umożliwienie opiekunowi kontaktu z lekarzem.
- Angażowanie rodziny w proces terapeutyczny.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: zminimalizowano niepokój

Diagnoza pielęgniarska 13: Obniżenie nastroju spowodowane brakiem kontaktu z rówieśnikami.

Cel interwencji: Poprawa nastroju u pacjentki.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Ocena nastroju pacjentki na podstawie rozmowy z nią i opiekunem.
- Zapewnienie pacjentce kontaktu z pacjentami w podobnym wieku, poprzez właściwe rozmieszczenie chorych w salach.
- Konsultowanie stanu pacjentki z lekarzem.
- Zapewnienie ciągłości opieki nad pacjentką.
- Nawiązanie kontaktu z pacjentką, słuchanie, zdobycie zaufania i zapewnienie wsparcia emocjonalnego.
- Zaproponowanie zastosowania technik relaksacyjnych, na przykład technik oddychania umożliwiających odprężenie się.
- Wzmacnianie uczucia nadziei poprzez umożliwienie kontaktu z osobami w podobnej sytuacji zdrowotnej.
- Zapewnienie wsparcia psychicznego i umożliwienie kontaktu z psychologiem.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Poprawa nastroju pacjentki

Diagnoza pielęgniarska 14: Lęk pacjentki wynikający z narastających zaległości w nauce.

Cel interwencji: Zniwelowanie lęku.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Poinformowanie pacjenta i jego opiekuna o możliwości kontynuowania edukacja zgodnie ze wskazaniami lekarza.
- Umożliwienie pacjentowi udziału w zajęciach.

- Na wskazanie lekarza dostosowanie czasu nauki do stanu zdrowia.
- Edukowanie dziecka i opiekuna na temat korzyści płynących z nauce w szpitalu: niwelowanie zaległości, kontakt z innymi pacjentami, zagospodarowanie czasu wolnego pacjenta.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Zaległości są nadrabiane z nauczycielem w oddziale

Diagnoza pielęgniarska 15: Deficyt wiedzy rodziców na temat choroby.

Cel interwencji: Poprawa poziomu wiedzy rodziców na temat choroby.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Zapewnienie rodzicom kontaktu z lekarzem.
- Rozmowy z rodzicami na temat stanu zdrowia dziecka, przebiegu choroby, możliwych nawrotach oraz powikłaniach.
- Przekazanie rodzicom wiedzy na temat choroby, jej przebiegu i metod leczenia.
- Motywowanie rodziców do edukacji na temat choroby.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Rodzice posiadają wiedzę na temat choroby na poziomie dobrym

Przygotowanie pacjenta i jego najbliższych do samoobsługi i samopielęgnacji chorego

Choroba i pobyt dziecka w szpitalu wiąże się z bólem i lękiem dla pacjenta oraz jego najbliższych. W celu znielowania strachu przed samodzielną opieką nad dzieckiem w warunkach domowych należy przygotować zalecenia, które będą pomocne w samoobsłudze i samopielęgnacji chorego w domu. Zalecenia pielęgniarskie, dotyczące opieki nad dzieckiem z uogólnionym MIZS w warunkach domowych:

- Edukowanie rodziców w zakresie choroby.
- Regularne przyjmowanie leków zaleconych przez lekarza.
- Regularny pomiar ciśnienia krwi (2 razy dziennie) oraz notowanie wyników.
- Systematyczna kontrola stanu zdrowia dziecka w Poradni Reumatologicznej.
- Zapewnienie dziecku lekkostrawnej diety, ograniczającej cukry proste.
- Zapewnienie dziecku właściwej higieny snu, poprzez odpowiednie wietrzenie pokoju, cisze w godzinach odpoczynku dziecka, stosowną przebiewną odzież.

- Konsultacja szczepień z lekarzem prowadzącym.
- Poinformowanie opiekunów o konieczności natychmiastowego zgłoszenia się do kliniki w przypadku wystąpienia, któregośkolwiek z objawów choroby: gorączka, nawrót wysypek skórnych, dolegliwości bólowe.

Wnioski

Analiza danych o pacjencie, na podstawie opisu przypadku, obserwacji uczestniczącej oraz zebranego wywiadu, pozwoliła ustalić najważniejsze problemy pielęgnacyjne pacjenta z uogólnionym MIZS z powikłaniem zespołu aktywacji makrofagów, a także sposoby ich rozwiązania.

Głównym problemem pielęgnacyjnym związanym z chorobą pacjentki było utrudnione poruszanie się spowodowane bólem kończyn, silny świąd, nawracające gorączki, biegunki oraz wymioty a także lęk spowodowany pobytem w szpitalu, utrudniający komunikację z pacjentką oraz powodujący jej problemy ze snem.

Objawy choroby w postaci sztywności i bólu stawów sprawiły, że mobilność pacjentki i zdolność do pełnej samopielęgnacji została w pewien sposób ograniczona. Z uwagi na to chora w wykonywaniu niektórych czynności była uzależniona od rodziny i zespołu pielęgniarstwa, np. przemieszczanie się w celu wykonania dodatkowych badań diagnostycznych.

Postępowanie choroby, a zwłaszcza nawracające gorączki i biegunki spowodowały osłabienie pacjentki oraz zwiększyły ryzyko odwodnienia się chorej, z uwagi na to konieczne było wzmocnienie pacjentki oraz eliminacja ryzyka odwodnienia.

Długotrwały pobyt w szpitalu oraz nawracające objawy choroby i początkowy brak efektów leczenia sprawiły, że stan psychiczny pacjentki był niezadowolający. Utrudniało to znacznie kontakt z pacjentką, przez co trudniej było uzyskać pożądane efekty procesu terapeutycznego. Z uwagi na to konieczna była edukacja pacjentki i jej rodziny w zakresie choroby i terapii.

Pacjentka w trakcie choroby i pobytu na oddziale wspierana była przez rodziców, którzy na zmianę zajmowali się córką.

Personel pielęgniarstwa wobec pacjentki pełnił funkcję diagnostyczno- terapeutyczną oraz edukacyjno- opiekuńczą.

Działania podejmowane przez personel pielęgniarki miały na celu eliminację procesów bólowych i dyskomfortu pacjentki a także poprawę jej stanu zdrowia. Z uwagi na problemy terapeutyczne pacjentki opracowano indywidualny plan interwencji pielęgniarstwa z uwzględnieniem realizacji i oceny podejmowanych

przez personel pielęgniarki działań. Rolą pielęgniarki w opiece nad pacjentką jest czynne uczestnictwo w procesie leczenia oraz edukowanie pacjentki i jej najbliższych.

Piśmiennictwo

1. Kobus A., Kierklo A., Szajda S.: Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów a stan jamy ustnej. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 2016, 70, 410.
2. Żuber Z., Rutkowska-Sak L., Smolewska E., i wsp.: Zalecenia postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w młodzieńczym idiopatycznym zapaleniu stawów o początku uogólnionym., „Stanowisko Zespołu Ekspertów przy Konsultancie Krajowym w dziedzinie reumatologii. *Reumatologia*, 2013, 51/5,328-329.
3. Doniec Z., Jackowska T., Sybilski A., i wsp.: Gorączka u dzieci – rekomendacje postępowania w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – kompas gorączka. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2021, 23(1), 3-6.
4. De Benedetti F., Brunner H., Ruperto N., et al.: Efficacy and safety of tocilizumab (TCZ) in patients with systemic juvenile idiopathic arthritis (SJIA): tender 52-week data. *Pediatric Rheumatology*, 2011, 9(1), 67.
5. Romicka A., Rostropowicz- Danisiewicz K.: *Zarys reumatologii wieku rozwojowego*. Wydawnictwo Elamed, Katowice 2010, 26.
6. Pilch T.: *Zasady badań pedagogicznych: strategie ilościowe i jakościowe*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001, 19.

OPIEKA NAD DZIECKIEM ZE ŚWIĄDEM W PRZEBIEGU ATOPOWEGO ZAPALENIA SKÓRY

dr n. med. Katarzyna Dońska¹, mgr piel. Anna Sawicka², mgr piel. Violetta Paździor¹,
dr n. med. Alina Trojanowska¹, dr n. med. Agnieszka Sobolewska-Samorek¹,
dr hab. n. o zdr. Danuta Zarzycka¹

1. Zakład Pediatrii i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Wstęp

Atopowe zapalenie skóry (AZS, wyprysk atopowy) jest przewlekłą niezakaźną zapalną chorobą skóry przebiegającą z nawrotowymi zaostrzeniami. To dermatoza, która często współwystępuje z innymi chorobami alergicznymi, np. astmą oskrzelową, alergicznym nieżytem nosa oraz alergią pokarmową. Charakteryzuje się początkiem wystąpienia zmian chorobowych w okresie wczesnego dzieciństwa oraz specyficznym rozmieszczeniem zmian skórnych o znamiennej morfologii. Zmiany skórne występujące w AZS są zmianami pęcherzykowo – grudkowymi na podłożu rumieniowatym, mają zdolność do strupienia lub/i zliszajowacenia. Cechą wyróżniającą tę dermatozę wśród innych chorób skóry jest uporczywy świąd, który zwłaszcza u dzieci, stanowi poważny problem, bezpośrednio wpływający na funkcjonowanie pacjenta i jego rodziny. Jest to choroba oddziałująca w znaczącym stopniu na dotychczasowe życie dziecka, dlatego tak ważne jest prawidłowe radzenie sobie z nią i towarzyszącymi jej objawami, a także skuteczne ich leczenie. Występowanie AZS znacznie obniża jakość życia samych pacjentów, jak i najbliższej rodziny, i niejednokrotnie prowadzić może do powstania poważnych konsekwencji socjalnoekonomicznych [1, 2].

Świąd w atopowym zapaleniu skóry jest nieprzyjemnym doznaniem, które prowadzi do pobudzenia odruchu drapania. Jednym z wielu mediatorów świądu jest histamina, uważana za najbardziej klasyczny i charakterystyczny dla chorób o podłożu zapalnym [3, 4].

Świąd przewlekły, to utrzymujący się przez co najmniej 6 tygodni, bardzo często doprowadzający do zaburzeń snu, depresji oraz zaburzeń lękowych. Dochodzi do zapoczątkowania kaskady zdarzeń: upośledzenie snu, które wywołuje uczucie

przewlekłego zmęczenia, co powoduje obniżenie nastroju oraz prowadzi do zaburzenia funkcjonowania. W przebiegu choroby, częściej niż w przypadku zdrowych dzieci, może dojść do rozwoju różnego rodzaju zaburzeń zachowania, takich jak: nadpobudliwość, nadwrażliwość i płaczliwość. Zaburzona koncentracja, szczególnie u dzieci w wieku szkolnym może wynikać z zaburzeń snu, a pojawiające się trudności w nauce mogą być skutkiem częstych nieobecności w szkole. Badania wykazały, że im cięższy przebieg choroby, tym większe upośledzenie jakości życia [3, 5].

Świąd, w zależności od natężenia i czasu trwania, może powodować powstawanie wtórnych objawów chorobowych występujących na skórze, wywołanych drapaniem, np. przerwosy, zliszajowacenia, przebarwienia i niekiedy zmiany guzkowe [5].

Zadania pielęgniarki w opiece nad dzieckiem ze świądem

Odczucie świądu może być różne u różnych osób. Pośrednio możemy wpływać na jego łagodzenie lub nasilenie, np. chłodzenie skóry może zmniejszyć odczucie świądu, a ogrzanie – zwiększyć [3].

Świąd jest złożonym doznaniem, nieprzyjemnym dla chorującego dziecka. Niewłaściwe leczenie oraz nieprawidłowa pielęgnacja skóry mogą doprowadzić do pogorszenia stanu klinicznego pacjenta, nasilenia objawów i znaczącego pogorszenia jakości życia [6, 22].

Przy opiece nad dzieckiem ze świądem bardzo ważna jest wielodyscyplinarna współpraca pomiędzy lekarzem prowadzącym, lekarzem dermatologiem, pielęgniarką, rodziną oraz psychologiem. Kluczem właściwego leczenia i zapobiegania świądowi jest dokładne zrozumienie mechanizmów jego powstawania oraz właściwa pielęgnacja suchej i wrażliwej skóry atopowej [4, 5].

Pielęgniarka, ze względu na bardzo bliski kontakt z pacjentem oraz jego rodziną, ma możliwość dokładnego poznania i obserwacji dziecka oraz członków jego rodziny. Do jej zadań należą: ocena natężenia świądu, ocena nasilenia procesu chorobowego, ocena poziomu jakości życia, stosowanie zabiegów łagodzących świąd oraz edukacja pacjenta i jego rodziców. Pielęgniarka powinna gromadzić dane, takie jak: reakcja dziecka na świąd, stopień natężenia świądu, lokalizacja zmian skórnych oraz wpływ świądu na funkcjonowanie dziecka.

Dostępne skale i kwestionariusze dotyczące AZS:

- wizualna skala analogowa (VAS, ang. Visual Analogue Scale),
- 12 punktowy kwestionariusz oceny nasilenia świądu (12-PSS Pruritus Severity Scale),

- CDLQI (ang. Children Dermatitis Quality of Life),
- IDQoL (ang. Infant's Dermatitis Quality of life Index),
- DFI (ang. The Dermatitis Family Impact score) [4, 5].

Skala VAS ma postać graficznej skali, przyjmującej formę prostej poziomej linii o długości 10 cm. Początek skali oznacza brak świądu, a jej koniec świąd nie do wytrzymania. Dziecko zaznacza na skali stopień nasilenia świądu, a pielęgniarka dokonuje odczytu za pomocą linijki. Skala NRS jest graficzną skalą numeryczną, która przyjmuje wartości od 0 (brak świądu) do 10 (świąd nie do wytrzymania). Pacjent ocenia swój stan, wskazując odpowiednią liczbę. 12-PSS ma formę wielowymiarowego kwestionariusza, określającego różne aspekty życia pacjentów ze świądem, zawierającego pytania dotyczące m.in. częstotliwości odczuwania świądu, zaburzeń snu wywołanych świądem, natarczywości świądu czy występowania zmian powstałych w wyniku drapania.

CLDQI składa się z 10 pytań, jest on przeznaczony dla dzieci i młodzieży w wieku 4-16 lat, odnosi się do ostatniego tygodnia i obejmuje takie obszary życia, jak objawy, emocje, życie towarzyskie, czas wolny, szkoła, sen, utrudnienia związane z leczeniem.

IDQoL jest kwestionariuszem złożonym z 10 pytań, przeznaczonym dla rodziców lub opiekunów dzieci do 4 roku życia chorujących na AZS. Pytania odnoszą się do ostatniego tygodnia i obejmują: zaburzenia nastroju, problemy ze snem, zabawę, aktywność rodzinną, posiłki, leczenie, kąpiele, ubieranie, a dodatkowe pytanie dotyczy oceny ciężkości objawów choroby ocenianych w odczuciu rodziców.

DFI ocenia wpływ choroby dermatologicznej na jakość życia rodzinnego. Złożony jest z 10 pytań, które odnoszą się do ostatniego tygodnia [4, 5].

Czynnikami i działaniami pielęgnacyjnymi łagodzącymi świąd u dzieci są: terapeutyczne wykonywanie kąpieli, dbanie o nawilżenie i natłuszczenie skóry, stosowanie emolientów do 5 minut po kąpieli, odpowiednie dobranie emolientu do zapotrzebowania skóry pacjenta, regularne i częste nakładanie emolientów, najlepiej schłodzonych, stosowanie mokrych opatrunków na skórę, stosowanie preparatów zawierających środki o działaniu przeciwświądowym (kamfora, mentol) lub znieczulającym (np. 3% roztwór polidokanolu), zapewnienie spokojnej atmosfery, wyeliminowanie czynników i sytuacji stresujących, w przypadku współistniejącej alergii pokarmowej - zwrócenie uwagi na stosowność wprowadzenia diety eliminacyjnej [6, 7].

Cel pracy

Głównym celem było opracowanie opieki nad dzieckiem ze świądem w przebiegu atopowego zapalenia skóry.

Material i metody

Badaniem objęto dwunastoletnią dziewczynkę chorującą na AZS, mieszkającą z bratem i rodzicami w dwupokojowym mieszkaniu w bloku, w centrum Białej Podlaskiej. Badania przeprowadzono w kwietniu 2021r.

W pracy wykorzystano metodę studium indywidualnego przypadku w oparciu o analizę dokumentacji medycznej, obserwację oraz wywiad z pacjentką i jej rodziną. Zastosowano następujące narzędzia badawcze: Kartka opieki pielęgniarskiej, Siatki centylowe – wzrostu, masy ciała, BMI, Skala SCORAD, Skala VAS, Skala 12-PSS, Skala CDLQI, Skala DFI.

Wyniki

Opis sytuacji zdrowotnej pacjentki

Skóra

Świąd		
Objawy	Objektywne:	Subiektywne:
	drapanie, zaczerwienienie, łuszczenie się naskórka, rozdrapane krostki/grudki, błyszczące paznokcie.	zastosowanie skali VAS do oceny nasilenia świądu (5), obniżony nastrój.
Charakterystyka wg OLD CART		
O (początek)	Od urodzenia (2009 r.)	
L (lokalizacja)	Skóra głowy, ramion, przedramion, podudzi	
D (czas trwania)	Ciągły	
C (charakter)	Przewlekły	
A (czynniki pogarszające)	Wieczór, wysiłek fizyczny, emocje, zła dieta, źle dobrane ubranie, kontakt z alergenami powietrzno pochodnymi	
R (czynniki łagodzące)	Kąpiele, stosowanie emolientów, niska temperatura	
T (leczenie)	Unikanie alergenów pokarmowych i powietrzno pochodnych, przewiewne ubrania z włókien naturalnych (nie wełnianych), stosowanie emolientów	

U dziecka występuje świąd. Skóra jest bladoróżowa, obecne wyraźne zaczerwienienie twarzy w okolicy policzków, nasilające się pod wpływem wysiłku i emocji. Skóra głowy sucha, swędząca, z oznakami łupieżu. Zmiany zapalne na skórze o morfologii wyprysku na zewnętrznej stronie ramion i przedramion, skóra wyraźnie

sucha i szorstka w dotyku, zaczerwieniona. Dłonie, tułów, plecy oraz uda suche, bez niepokojących zmian. Skóra podudzi po stronie zewnętrznej wyraźnie sucha i pokryta krostkami, delikatnie zaczerwieniona. Wskaźnik SCORAD = 37,3 pkt., wskazując na umiarkowane nasilenie AZS. W 12 punktowej skali nasilenia świądu (12-items PSS) pacjentka otrzymała 12 punktów, co wskazuje na umiarkowany świąd. Ogólny stan higieniczny skóry zadowolający.

Układ oddechowy

Oddech prawidłowy, miarowy. Nie występują duszność, katar, zaleganie wydzieliny oraz kaszel. Pacjentka choruje na astmę oskrzelową; w okresie zaostrzenia (alergeny powietrzno pochodne) obecna jest duszność i katar. Astma leczona jest inhalacjami z budesonidu. W okresie pylenia (wiosna, lato) dochodzi do zaostrzenia AZS i astmy oskrzelowej.

Duszność, katar (okres wiosna/lato)		
Objawy	Obiektywne:	Subiektywne:
	obniżona aktywność fizyczna, praca dodatkowych mięśni oddechowych, szybsze męczenie się dziecka, kaszel, nabrzmienie żył szyjnych, zaczerwienienie skóry w okolicy wejścia do jamy nosowej.	Trudności w oddychaniem, Pocenie się, Ból i uczucie uciskania klatki piersiowej, Lęk, Nieżyt nosa.
Charakterystyka wg OLD CART		
O (początek)	2017 r., okres wiosna/lato	
L (lokalizacja)	Klatka piersiowa, nos	
D (czas trwania)	Okresowy	
C (charakter)	Ostry	
A (czynniki pogarszające)	Kontakt z alergenami, wysiłek fizyczny	
R (czynniki łagodzące)	Farmakoterapia, odpoczynek, przerwanie narażenia na alergeny	
T (leczenie)	Farmakoterapia	

Układ sercowo-naczyniowy

Prawidłowy. Brak obrzęków, sinicy, omdleń.

Układ pokarmowy

Uzębienie prawidłowe, pacjentka nosi aparat ortodontyczny zakładany na noc. Prawidłowe łaknienie i pragnienie. Dieta ogólna z wykluczeniem produktów uczulających takich jak: pietruszka, seler, kapusta, brukselka. Pacjentka niechętnie spożywa warzywa i owoce. U pacjentki zdarzają się wymioty z przejedzenia,

z częstotnością około 2-3 razy w miesiącu. Nudności i zgagi pacjentka nie zgłasza. Wydalanie prawidłowe, wypróżnienie raz dziennie. Ruchy perystaltyczne w badaniu fizykalnym obecne.

Układ moczowo-płciowy

Diureza prawidłowa, do 6-8 mikcji w ciągu dnia. Cykl miesięczkowy nieobecny.

Układ mięśniowo-szkieletowy

Prawidłowa sprawność fizyczna i mobilność. Nie występują dysfunkcje narządu ruchu. Pacjentka mierzy 140 cm wzrostu (3 centyl), waży 48 kg (75 centyl). BMI =24,5.

Układ nerwowy

Prawidłowy stan świadomości. Drgawki, zawroty głowy, zaburzenia czucia, zaburzenia równowagi, zaburzenia mowy nie występują. Pacjentka nie zgłasza doznań bólowych.

Stan psychiczny

Komunikacja werbalna, logiczna. Nastroj wyrównany. Pacjentka przystosowana do życia z chorobą przewlekłą. Sen prawidłowy, choć dziewczynka zazwyczaj późno kładzie się spać z powodu uporczywego świądu skóry i problemów z zaśnięciem. W ciągu nocy przesypia około 7 godzin, zasypia około godziny 24⁰⁰. Pacjentka nie śpi w ciągu dnia.

Problemy z zaśnięciem		
	Obiektywne:	Subiektywne:
Objawy	Drapanie, Niepokój, Problemy z wyciszeniem się przed snem,	Świąd, Rozdrażnienie,
Charakterystyka wg OLD CART		
O (początek)	od 2017 r.	
L (lokalizacja)	-	
D (czas trwania)	Ciągły	
C (charakter)	Przewlekły	
A (czynniki pogarszające)	Kontakt z alergenami, wysiłek fizyczny, zbyt późne spożywanie kolacji, nieodpowiedni mikroklimat pokoju (niska wilgotność powietrza i wysoka temperatura otoczenia)	
R (czynniki łagodzące)	Farmakoterapia, odpowiedni mikroklimat pokoju (niska temperatura otoczenia ok.18-20°C, wilgotność na poziomi 60-70%)	
T (leczenie)	Wietrzenie pokoju przed zaśnięciem, farmakoterapia	

Narządy zmysłów

Pacjentka nosi okulary korekcyjne, słuch prawidłowy.

Sytuacja rodzinno-społeczna

Rodzina pacjentki jest pełna: oboje rodziców i młodszy brat. Dziewczynka uczęszcza do 6 klasy szkoły podstawowej (aktualnie zdalne nauczanie). Wskaźnik jakości życia dziecka z chorobą dermatologiczną (CDLQI) wskazał na umiarkowany (12 punktów na 30 możliwych) wpływ choroby dermatologicznej na życie dziecka. Dziewczynka nie sprawia większych problemów wychowawczych – matka uskarża się na rozdrażnienie córki w wyniku nauczania online i wynikającej z tego niechęci dziecka do nauki. Rodzina wykazuje pełną wydolność opiekuńczą. Warunki materialne i bytowe dobre. Problemy oraz nałogi nie występują w rodzinie. Kwestionariusz oceny wpływu AZS na życie rodzinne (DFI) wskazał na mały (3 punkty na 30) wpływ AZS u dziecka na życie rodziny.

Formy stosowanej farmakoterapii

- Budesonide Easyhaler ® - 2 razy dziennie po 1 dawce, w zaostrzeniach 2 razy dziennie po 2 dawki,
- Clatra ® - 1 raz dziennie, w zaostrzeniach maksymalnie do 4 razy dziennie,
- Metamin ® - 1 dawka w razie zaostrzeń

Pierwsza doba obserwacji

Pacjentka skarży się na świąd skóry głowy (w skali VAS – 6). Na skórze głowy obecne są zaczerwienione zmiany, powstałe w wyniku nadmiernego drapania oraz złuszczone naskórek w dużej ilości. Pacjentka zgłasza, że myje skórę głowy płynem do higieny intymnej, ponieważ po szeroko dostępnych produktach do mycia włosów problem narastał (w skali VAS – 8). Matka pacjentki zgłasza brak wiedzy na temat delikatnie myjących i nawilżających preparatów do mycia skóry głowy. Pacjentka ma suchą skórę; na ramionach, przedramionach i podudziach występują krostki. Pacjentka wykazuje niechęć do regularnego stosowania emolientów ze względu na występujące pieczenie po zaaplikowaniu preparatu. Na twarzy pacjentki, w okolicach policzków, obecne jest wyraźnie zaznaczone zaczerwienienie skóry. Matka pacjentki przyznaje, że skóra twarzy dziecka nie jest smarowana ze względu na pieczenie po zaaplikowaniu dostępnych w domu preparatów.

Zmierzono parametry życiowe: tętno 77 uderzeń na minutę, temperatura 36,7°C, 19 oddechów na minutę, ciśnienie tętnicze 122/78 mmHg.

Druga doba obserwacji

Pacjentka w wyrównanym nastroju. Świąd skóry głowy utrzymuje się. Matka zgłasza obawy o nastrój dziecka związany z nauczaniem zdalnym; pacjentka nie wykazuje ochoty wyjścia z domu, spotkania się ze znajomymi. Parametry życiowe w normie.

Trzecia doba obserwacji

Pacjentka w dobrym nastroju. Aktywnie bierze udział w zabawach z młodszym bratem. Dolegliwości świądowe nasilają się w wyniku wysiłku fizycznego i spoecenia – stopniowo narasta świąd (w skali VAS – 6), ale nie przeszkadza to dziecku w zabawie. Zaczerwienienie na policzkach pogłębia się. Po ustaniu zabawy dziewczynka skarży się na dokuczliwy świąd (w skali VAS – 6), zwłaszcza skóry głowy i przedramion. Parametry w normie.

Diagnozy pielęgniarskie według klasyfikacji NANDA u dziecka z atopowym zapaleniem skóry.

Diagnoza 1

Świąd i suchość skóry spowodowane zaburzeniem funkcji naskórka w przebiegu atopowego zapalenia skóry.

Definicja:

Świąd - nieprzyjemne doznanie, które prowadzi do pobudzenia odruchu drapania. W ciężkich przypadkach może doprowadzić do depresji, a także prób samobójczych [3].

Suchość skóry – wynika z nieprawidłowego przylegania korneocytów, co predysponuje do zwiększonej utraty wody [3].

	Subiektywne	Obiektywne
Objawy	sucha skóra, kawałki złuszczonego naskórka, zaczerwienienie w miejscu nadmiernego drapania,	Natarczywe drapanie skóry, Niepokój, rozdrażnienie, Trudności w koncentracji uwagi, Nasilenie świądu w sytuacjach stresowych lub po wysiłku fizycznym.
Cel: Złagodzenie świądu, poprawa nawilżenia skóry głowy.		
Działania pielęgniarskie	Uzasadnienie empiryczne	
Ocena zmian skórnych w skali SCORAD oraz stopnia natężenia świądu w skali VAS.	Ocena pozwala na wdrożenie i dobór odpowiedniego preparatu myjącego oraz nawilżającego [8].	

<p>Nadzorowanie poprawności wykonania kąpeli oraz ewentualne skorygowanie błędów.</p>	<p>Poprawne wykonywanie kąpeli w przypadku dzieci z AZS jest niezwykle istotne, ponieważ umożliwia poprawę nawodnienia skóry oraz usunięcie niepatogennych drobnoustrojów z powierzchni skóry. Podczas wykonywania toalety ciała należy pamiętać o tym: by kąpiele trwały około 2- 5 minut, a temperatura wody mieściła się w granicach 27-30°C, że mydła, szampony oraz inne detergenty mają charakter najczęściej zasadowy i mogą wywoływać podrażnienia skóry, a także zmianę pH skóry – warto je zastąpić preparatami o właściwościach nawilżająco-zmiękczejących o pH 5,5 (oleje mineralne i naturalne, emulsje, płyny), że ważne jest delikatne osuszanie skóry, poprzez przykładanie ręcznika. Zaleca się zrezygnować z pocierania, ponieważ może powodować podrażnienia, kąpiele w samej wodzie mogą przyczyniać się do nasilenia objawów w przebiegu AZS, ponieważ woda zawiera różnego rodzaju substancje o działaniu drażniących i może wywoływać podrażnienia [6, 9].</p>
<p>Pomoc przy nakładaniu preparatu nawilżającego, wizualna ocena skuteczności emolientu i ewentualne doradzenie zmiany preparatu na inny.</p>	<p>U osób z AZS bardzo ważne jest odpowiednie nawilżanie i natłuszczenie skóry. Warto kierować się następującymi wskazówkami: preparat emolientowy najlepiej stosować bezpośrednio (do 5 min) od ciepłej kąpeli – umożliwia to lepszą penetrację kosmetyku i lepsze nawodnienie naskórka, preparat delikatnie nanieść na skórę, unikać energicznego wmasowywania, zaleca się stosowanie preparatów nawilżających w regularnych odstępach czasu (ok. 6h), a w przypadku ekspozowanych części ciała (takich jak twarz czy ręce) nawet do kilku razy dziennie, w przypadku umiarkowanego świądu zaleca się stosowanie m.in. tłustych emulsji bogatych w ceramidy, NNKT, masło karite, oleje mineralne [6, 10].</p>
<p>Doradzenie spożywania większej ilości płynów (około 2 litry/dzień) – wody mineralnej, soków z owoców nieuczulających pacjentki.</p>	<p>Odpowiednie nawodnienie całego organizmu będzie przekładało się na lepsze uwodnienie naskórka [6].</p>
<p>Wdrożenie działań mających na celu likwidację lub minimalizację odczuwania świądu.</p>	<p>Świąd skóry w znacznej części jest wynikiem nadmiernej suchości skóry, przestrzeganie odpowiedniej pielęgnacji skóry, będzie przekładało się na zmniejszenie odczuwanego świądu. Dodatkowo zaleca się: aplikowanie na skórę schłodzonych emolientów – chłodny preparat zmniejsza świąd skóry, stosowanie preparatów emolientowych zawierających substancje miejscowo znieczulające, takie jak np.: 3% roztwór polidokanolu, mentol, kamfora, przeprowadzenie kąpeli w ½ szklanki podchlorynu sodu, który ma dodatkowo działanie antyseptyczne i przeciwzapalne, uciskanie swędzącej skóry, zamiast jej drapania (zwłaszcza w przypadku uporczywego świądu) – należy zwrócić uwagę na higienę dłoni i paznokci, które powinny być krótko obcięte, unikanie sytuacji stresowych, negatywnych emocji, takich jak lęk, strach, smutek, frustracja – mogą one powodować nasilenie objawów [6, 10, 11, 12].</p>

Pomoc w utrzymaniu odpowiedniego mikroklimatu pomieszczeń, w których przebywa pacjentka.	Zaleca się utrzymanie temperatury w pomieszczeniach w granicach 18-21°C i wilgotności powietrza w granicach 37-80%. Równie istotne jest, aby pomieszczenia, w których przebywa pacjentka były wolne od dymu tytoniowego oraz czyste – skóra atopowa jest podatna na wnikanie alergenów z otoczenia [13].
Poinformowanie pacjentki o konieczności noszenia odpowiednio dobranej odzieży, luźnej i przewiewnej, pozbawionej syntetycznych komponentów oraz o konieczności unikania wełnianych tkanin.	Odzież wykonana z naturalnych materiałów, takich jak len czy bawełna charakteryzuje się przewodnością, miękkością i lekkością, z tego względu zalecane są zwłaszcza dla osób chorujących na AZS. Wełniana odzież, ze względu na swoją dość szorstką fakturę i obecność lanoliny (tłuszcz zwierzęcy, który może wywołać reakcję alergiczną) nie jest zalecana przy chorobach atopowych [13].
Wynik opieki: Skóra lepiej nawilżona, odczucie świądu zmniejszyło się.	

Diagnoza 2

Narastanie suchości skóry spowodowane nieregularnym stosowaniem preparatów emolientowych, wynikające z niechęci dziecka do przestrzegania zaleceń pielęgnacyjnych.

Definicja:

Sucha skóra – nieprzyjemny w dotyku, złuszczonego naskórka, charakteryzujący się niewielką wilgotnością i podatnością na spękanie [14].

	Subiektywne	Obiektywne
Objawy	sucha skóra, kawałki złuszczonego naskórka, szorstka w dotyku skóra, obecne krostki.	Niepokój, Drapanie, Pogorszenie stanu skóry po wysiłku fizycznym, silnych emocjach.

Cel: Poprawa nawilżenia skóry, systematyczność w stosowaniu preparatów nawilżająco-natłuszczających.

Działania pielęgniarstwa	Uzasadnienie empiryczne
Ocena zmian skórnych w skali SCORAD oraz stopnia natężenia świądu w skali VAS.	Ocena pozwala na wdrożenie i dobór odpowiedniego preparatu myjącego oraz nawilżającego [8].
Wyjaśnienie pacjentce mechanizmu powstawania suchości skóry w przebiegu AZS.	Suchość skóry, w przebiegu AZS, związana jest przede wszystkim z zaburzeniem metabolizmu lipidów naskórka. Efektem tego zaburzenia jest zwiększona przetranskorkowa utrata wody, a także utrata fizjologicznej bariery naskórkowej. Powłoki skórnej ulegają odwodnieniu, stają się podatne na podrażnienia [13].

Wskazanie pacjentce zależności między suchością skóry a występowaniem uporczywego świądu.	Przesuszonej skórze towarzyszy zwykle nadmierny świąd, który stymuluje odruch drapania. Uszkodzony w taki sposób naskórek staje się bardziej przepuszczalny dla alergenów, co zwiększa stan zapalny w skórze. Powstaje tzw. błędne koło, które potęguje objawy choroby [13]. Odpowiednie nawilżenie oraz natłuszczenie skóry zmniejszą suchość skóry, a co za tym idzie – zmniejszą odczucie świądu [10].
Poradnictwo z zakresu prawidłowej pielęgnacji skóry, dostosowane do wieku pacjentki.	Codzienna pielęgnacja umożliwi utrzymanie powłok skórnych w czystości, w dobrej kondycji, ochrania przed nadmiernym wysuszeniem oraz pomaga zapobiegać podrażnieniom. Dodatkowo przynosi orzeźwienie, uczucie świeżości, a co za tym idzie – poprawę samopoczucia chorego [15].
Zebranie danych dotyczących niechęci dziecka do stosowania preparatów nawilżających.	Dokładne zebranie danych podczas przeprowadzonego wywiadu ułatwi zaplanowanie działań mających na celu identyfikację oraz eliminację zaistniałego problemu [8].
Zaproponowanie odmiennych preparatów emolientowych, spełniających oczekiwania pacjentki.	Głównym kryterium doboru dobrego emolientu jest przede wszystkim satysfakcja pacjenta z jego używania. Im chętniej pacjent będzie skłonny sięgnąć po preparat nawilżający, tym lepsze efekty pielęgnacyjne osiągnie [8, 16].
Wspólne ułożenie planu pielęgnacji skóry – dzienniczka pielęgnacji skóry. W dzienniczku gromadzone będą informacje na temat częstości stosowanych preparatów nawilżająco-natłuszczających, szacowanej ilości zużytych preparatów, a także zaznaczone będą miejsca aplikowania emolientów.	Zebrane w taki sposób informacje umożliwią ocenę systematyczności w prowadzeniu terapii emolientowej i zmotywują pacjentkę do regularnego stosowania emolientów [8].
Wynik opieki: poprawione nawilżenie skóry, pacjentka systematycznie aplikuje emolienty	

Diagnoza 3

Bezsennność oraz utrudnione zasypianie wywołane odczuciem świądu w przebiegu atopowego zapalenia skóry.

Definicja:

Bezsennność – są to problemy z utrzymaniem ciągłości snu, z zaśnięciem oraz ze złą jakością snu, które utrzymują się przez co najmniej trzy dni w tygodniu w przeciągu miesiąca [8].

Objawy	Subiektywne	Obiektywne
	zmęczenie, obawa przed nadejściem nocy (nieefektywny sen), niechęć przed spoczynkiem wieczornym, bezradność.	problemy z zaśnięciem, zaburzenia koncentracji uwagi, podkrążone oczy, spadek aktywności, wokalizacja problemu z zaśnięciem,

Cel: Przywrócenie prawidłowego snu.

Działania pielęgniarskie	Uzasadnienie empiryczne
Ocena warunków miejsca snu, pod kątem możliwości występowania czynników uniemożliwiających nieprzerwany sen.	Znajomość czynników etiologicznych pozwala na wdrożenie interwencji mających na celu stworzenie środowiska przyjaznego prawidłowemu snu [8].
Wyjaśnienie pacjentce przyczyn zaburzeń snu oraz uzmysłowienie potrzeby przestrzegania zaleceń pielęgnacyjnych w celu złagodzenia objawów AZS.	Przestrzeganie zaleceń pielęgnacyjnych będzie przekładało się na poprawę stanu skóry. Dojdzie do zmniejszenia suchości skóry oraz zminimalizowania odczucia świądu, który jest ważną przyczyną bezsenności [8].
Zapewnienie pacjentce odpowiednich warunków potrzebnych do prawidłowego snu.	W celu realizacji tego działania zaleca się: drzemki w ciągu dnia, z uwzględnieniem godzin, w których większość pacjentów najefektywniej wypoczywa, np. 900-1200, 1600-1900, utrzymanie odpowiedniego mikroklimatu sypialni – zakres temperatury w granicach 18-20°C, wietrzenie pokoju poprzez otwarcie okien (z wyłączeniem okresów pylenia), niwelacja nadmiaru oświetlenia, stosowania technik relaksacyjnych przed zaśnięciem, takich jak np. ćwiczenia oddechowe, joga, masaż, przygotowanie wygodnego pościelenia (miękką białą pościelową, wygodny materac) z materiałów hipoalergicznymi, przewiewnymi, unikanie spożywania posiłków na godzinę przed zaśnięciem, zwłaszcza słodkich, ostrych i pikantnych potraw, unikanie czynności stymulujących psychicznie na około półtorej godziny przed zaśnięciem (np. oglądanie filmów, pobudzająca muzyka) [6].
Ziołoterapia – fitoterapia (jeżeli pacjentka nie jest uczulona).	Podanie naparu z melisy lekarskiej, rumianku pospolitego, kwiatów lipy wspomaga relaksację, wyciszenie i ułatwia zasypianie [6].
Aromaterapia – fluidoterapia - kąpiele z dodatkiem olejków (jeżeli pacjentka nie jest uczulona – najlepiej przeprowadzi próbę uczuleniową).	Do kąpieli zaleca się dodawanie olejków np. z rumianku, lawendy, majeranku, dzikiej róży oraz kwiatu pomarańczy, które wspomagają wyciszenie i ułatwiają zasypianie dodatkowo wspierają nawilżenie i natłuszczenie skóry, niwelując odczucie świądu [8].
Ocena skuteczności i bezpieczeństwa fitoterapii oraz fluidoterapii.	Umożliwia wczesne wykrycie niepokojących objawów (reakcji nadwrażliwości) i szybką modyfikację terapii [8].
Pomoc w zorganizowaniu czasu wolnego, z wyłączeniem zajęć wymagających dużej aktywności fizycznej, intensywnego skupienia, koncentracji oraz energii.	Zmęczenie, znużenie i brak energii są wynikiem bezsenności. Mogą wpływać na zaburzenie życia codziennego pacjentki. Podejmowanie czynności dnia codziennego, dostosowane do wydolności pacjentki, spowodują poprawę samopoczucia i zmniejszenie uczucia wykluczenia [6].
Wynik opieki: Eliminacja bezsenności, poprawa jakości snu i polepszenie samopoczucia pacjentki.	

Diagnoza 4

Obniżenie samooceny, spadek nastroju oraz trudności w podejmowaniu kontaktów społecznych spowodowane chorobą przewlekłą.

Definicja:

Nastrój – to występujące przez dłuższy czas zabarwienie emocjonalne przeżyć, które może być doświadczane subiektywnie, ale i widoczne dla otoczenia. Obniżony nastrój wiąże się z poczuciem smutku.

Objawy	Subiektywne	Obiektywne
	zmęczenie, znużenie, problemy w nauce, obniżenie aktywności fizycznej.	Rozdrażnienie, Obniżenie aktywności, Niechęć do uczestniczenia w zajęciach szkolnych.
Cel: Poprawa nastroju i niwelacja samokrytyki.		
Działania pielęgniarskie	Uzasadnienie empiryczne	
Zbudowanie kontaktu terapeutycznego z pacjentką.	Utworzenie odpowiedniego kontaktu terapeutycznego umożliwi pielęgniarce „wejście” w świat chorego, jego przeżyć i uczuć. Ważne jest, aby pielęgniarka: mówiła w pierwszej osobie, wykazywała otwartość i szczerowość w stosunku do pacjenta, była empatyczna i okazywała akceptację, ważnie słuchała oraz umiejętnie wykorzystywała milczenie terapeutyczne, mówiła w sposób spokojny, ale jednocześnie stanowczy, potrafiła wyjaśniać uczucia i emocje [8].	
Stworzenie warunków sprzyjających mówieniu o problemach, zachęcających pacjentkę do klaryfikacji uczuć, myśli, obaw i problemów.	Umiejętność werbalizacji przeżyć, uczuć i myśli ułatwia aklimatyzację do dynamicznego przebiegu choroby, zmian relacji rodzinnych i społecznych [8].	
Podjęcie próby umocnienia samooceny pacjentki.	Fakt posiadania choroby świadczy o odczuwaniu bezsilności i przeświadczeniu o niższości. Pomocne, przy wzmacnianiu samooceny są: zarzucenie oceniania zachowania pacjentki, wdrażanie wzmocnień pozytywnych, identyfikacja źródła czynników obniżających samoocenę, utwierdzenie w przekonaniu, że pacjentka jest osobą wartościową, otwartość i nastawienie na słuchanie [8].	
Zachęcenie pacjentki do obcowania z rówieśnikami. Umożliwienie kontaktu z innymi dziećmi (np. poprzez komunikatory online) chorymi na AZS, zwłaszcza dziećmi, które akceptują chorobę i zachowały pogodę ducha.	Bliski kontakt z rówieśnikami pozytywnie wpływa na psychikę i prawidłowy rozwój dziecka. Wymiana spostrzeżeń, wiadomości i sposobów radzenia sobie z chorobą, wraz z innymi dziećmi chorymi na AZS zbuduje w pacjentce poczucie przynależności do pewnej grupy społecznej, dostarczy nadziei na przyszłe życie i umożliwi wymianę zdań i własnych poglądów [8].	

Wspieranie aktywności pacjentki, zachęcenie do podejmowania dostosowanej do stanu jej zdrowia aktywności fizycznej, organizacja czasu wolnego z uwzględnieniem zainteresowań i hobby pacjentki.	Aktywność fizyczna powoduje lepsze ukrwienie i natlenowane mózgu oraz tkanek, co wpływa na odczuwanie zadowolenia. Rozwijanie hobby i zainteresowań wpływa korzystnie na zdrowie psychiczne dziewczynki. pacjentki w sferze psychicznej, fizycznej i społecznej poprawi samodzielność, wzmocni poczucie autonomii i ułatwi zaakceptowanie swojego stanu [8, 17].
Omówienie z rodzicami ryzyka wystąpienia ewentualnych zagrożeń związanych z niską samooceną i brakiem zdrowych relacji z rówieśnikami.	Osoby przewlekle chore wykazują tendencję do unikania kontaktów interpersonalnych, zamykania się na nowe doświadczenia i ograniczania swojej aktywności do najbliższego otoczenia [8].
W przypadku braku poprawy lub pogorszenia stanu psychicznego, pomoc w skonstatowaniu się z psychologiem i rozważenie ewentualnego objęcia pacjentki opieką psychologiczną.	Wczesne objęcie opieką lekarza psychologa minimalizuje ryzyko pogorszenia się stanu psychicznego pacjentki i rozwoju ciężkich powikłań wynikających z obniżonej samooceny. Dodatkowo współpracując z pielęgniarką podnosi poziom profesjonalizmu w opiece nad przewlekle chorym dzieckiem, a w konsekwencji znacząco zwiększa jakość opieki, jaką sprawuje pielęgniarka [8].
Wynik opieki: Nastrój wyrównany, samoocena pozytywna.	

Diagnoza 5

Deficyt wiedzy u matki z zakresu doboru kosmetyku przeznaczonego do stosowania przy atopowym zapaleniu skóry.

Cel: Dostarczenie wiedzy.

Działania pielęgniarskie	Uzasadnienie empiryczne
Ocena stosowanych dotychczas preparatów w kierunku zawartości substancji potencjalnie podrażniających.	Przy doborze kosmetyków stosowanych do pielęgnacji skóry z AZS ważny jest wybór takich preparatów, które właściwie oczyszczą, ochronią, nawilżą i odżywią skórę. Należy wybierać takie kosmetyki, które mają jak najprostszy skład i najlepiej, gdyby pochodziły z jednej serii. W składzie kosmetyków należy unikać: substancji zapachowych pochodzenia naturalnego, jak i syntetycznego, takich jak np. olejek sosnowy, olejek mięty pieprzowej, alkohol benzylowy, aldehyd cynamonowy, geraniol, limonen itd., konserwantów (np. formaldehyd, bronopol, DMDM hydation, germall 115, metanamin), niektórych ekstraktów roślinnych (np. ekstrakt z dziurawca, cytryny, liści pokrzywy, mniszka lekarskiego), substancje koloryzujące, wazelina, lanolina, witamina C, retinol i hydroksykwasy (czasami mogą wywoływać podrażnienie) [10, 12].
Zaproponowanie preparatów o odpowiednim składzie i skutecznym działaniu.	Dobrze dobrany kosmetyk nie będzie powodował kontaktowych odczynów alergicznych, w postaci np.: zaczerwienienie, pieczenia, krostek i pokrzywki. Dodatkowo, kosmetyk musi wykazywać odpowiednie właściwości użytkowe, tak aby pacjent, który musi regularnie nakładać, często znaczne ilości emolientu na duże powierzchnie ciała, odczuwał zadowolenie i ulgę [10].

<p>Zachęcenie matki do przyłączenia się do internetowych grup/ społeczności rodziców z dziećmi chorującymi na AZS.</p>	<p>Poprzez różnego rodzaju komunikatory internetowe rodzice dzieci chorych na AZS, a także chorzy na AZS mają możliwość zrzeczenia się. Na forach internetowych, na których poruszane są wątki atopowego zapalenia skóry, znaleźć można m.in. historię osób chorujących na atopię, wdrożone u nich leczenie, sposoby na radzenie sobie ze świądem, a także polecane preparaty nawilżająco-natłuszczające oraz delikatnie myjące [18].</p>
<p>W przypadku trudności w nawilżeniu i doborze kosmetyków, zaproponowanie skorzystania z poradni dermatologicznej.</p>	<p>Lekarz dermatolog może zaproponować wykonanie testów płatkowych, które opierają się na substancjach najczęściej wywołujących uczulenia, podrażnienia i nietolerancje skóry [10].</p>
<p>Ocena stosowanych dotychczas kosmetyków w kierunku działania nawilżającego i łagodzącego świąd skóry.</p>	<p>Zaleca się stosowanie preparatów hipoalergicznym, które pozbawione są substancji zapachowych, a także konserwantów. Efekty łagodzący świąd, zmniejszenie łuszczenia oraz pęknięcia skóry, zawdzięcza się obecności składników, takich jak: eter stearylowy, estry alkoholi C15-C17 i kwasu 2 – etyloheksanowego, alkohol cetylowy, lanolina. Poprawę jakości naskórka uzyskuje się poprzez stosowanie:</p> <p>olejów roślinnych – np. z nasion ogórecznika lekarskiego, zarodków lnu złocistego i zarodków pszenicy, czarnej porzeczki, wiesiołka dziurawca oraz innych NNKT (nienasycone kwasy tłuszczowe) takich jak: mirystynian propylu, stearynian oktylu, izostearynian izopropylu – ułatwiają odbudowę okluzyjnego płaszczu lipidowego a także wzmacniają barierę lipidową cementu międzykomórkowego. ceramidy – poprawiają uwodnienie skóry, a także pomagają odbudować barierę skórą.</p> <p>humektantów – takich jak: mleczażny (w stężeniu do 10%; wyższe stężenie może wywoływać podrażnienia), mocznik (w stężeniu 3-10% poprawia uwodnienie części rogowej skóry; wyższe stężenie będzie wykazywało efekt złuszczenia), aminokwasy, glicerol oraz glikole.</p> <p>ekstrakty z roślin bogate w polifenole – np. Bambusae caulis (łyko bambusowe), Scutellaria radix (Tarczycza [rośl.]), Aloe vera (Aloes zwyczajny), Cinnamomum caccia (Cynamonowiec wonny) – powyższe ekstrakty wykazują działanie antyutleniające, przeciwzapalne, antyseptyczne oraz antyalergiczne.</p> <p>wazelina, oleje mineralne, woski (przede wszystkim lanolina) oraz parafina – wykazują działanie okluzyjne.</p> <p>alantoina, D-pantenol, kwas glicyryzynowy – wykazują działanie przeciwzapalne.</p> <p>kamfora i mentol – wykazują działanie przeciwświądowe,</p> <p>kolagen, retinol, witaminy, kwas hialuronowy oraz filtry przeciwsłoneczne wykazują działanie przeciwstarzeniowe [10, 13].</p>
<p>Wynik opieki: Matka uzupełniła swoją wiedzę z zakresu doboru odpowiednich kosmetyków do pielęgnacji skóry atopowej.</p>	

Podsumowanie

Atopowe zapalenie skóry jest poważnym obciążeniem dla rodziny i dziecka, zarówno fizycznym, finansowym, ekonomicznym, ale także psychicznym. Pielęgniarka, planując pielęgnację pacjenta z chorobą przewlekłą, powinna obejmować kompleksową opieką równocześnie osobę chorującą, jak i jej najbliższą rodzinę. Udział rodziny w procesie pielęgnowania jest istotnym elementem zdrowienia, ponieważ po zakończeniu interwencji medycznych, to właśnie rodzina będzie dalej zajmowała się chorym. Odpowiednie przygotowanie środowiska do sprawowania opieki nad osobą przewlekle chorą, zapewnienie odpowiedniej ilości wiedzy oraz informacji na temat poszukiwania pomocy, znacząco wpłynie na poprawę jakości życia dziecka przewlekle chorego.

Wnioski

Głównymi problemami pielęgnacyjnymi występującymi u dziecka z atopowym zapaleniem skóry jest przewlekły świąd i uporczywa suchość skóry, bezsenność i problemy z zasypianiem, niska samoocena, obniżony nastrój i trudności w nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami, niechęć do stosowania preparatów nawilżająco-natłuszczających, a także deficyt wiedzy z zakresu doboru kosmetyków do pielęgnacji skóry atopowej.

Regularne i poprawne stosowanie preparatów emolientowych wpływa na poprawę jakości skóry, a także na zmniejszenie ilości stosowanych miejscowo glikokortykosteroidów.

Alergia pokarmowa wraz z alergią kontaktową nasilają objawy atopowego zapalenia skóry u dziecka. W sytuacji, w której alergia pokarmowa oraz nadwrażliwość na alergen wziewny zostaje potwierdzona wskazane jest wprowadzenie diety eliminacyjnej, a także unikanie narażenia na alergeny wziewne.

Niepoprawna pielęgnacja skóry atopowej wpływa na zwiększenie częstotliwości występowania nadkażeń wywołanych patogenami chorobotwórczymi. Patologiczna kolonizacja skóry dodatkowo obniża skuteczności terapii sterydowej w przebiegu atopowego zapalenia skóry.

Przewlekły świąd wpływa negatywnie na zdrowie psychiczne dziecka oraz jego rodziny. U dziecka powoduje bezsenność, problemy z koncentracją uwagi oraz niechęć do kontaktów towarzyskich, co pośrednio oddziałuje na samopoczucie rodziny, która pragnie ulżyć dziecku w chorobie.

Piśmiennictwo

1. Nowicki R.J., Trzeciak M., Kaczmarski M. i wsp.: Atopowe zapalenie skóry. Interdyscyplinarne rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. Część 1. Profilaktyka, leczenie miejscowe i fototerapia. *Alergologia Polska*, 2019, 6, 69-80.
2. Karczewska J., Ukleja-Sokołowska N., Bartuzi Z.: Alergia pokarmowa a atopowe zapalenie skóry. Aktualne poglądy i opinie. *Astma, Alergologia, Immunologia*, 2019, 24(4), 156-163.
3. Błaszczyk-Kostanecka M., Wolska H.: *Dermatologia w praktyce*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2017.
4. Bożek A., Reich A.: Analiza wiarygodności 10-punktowego Kwestionariusza Oceny Nasilenia Świądu. *Forum Dermatologicum* 2018, 4(3), 91-95.
5. Kułdowska J., Nowicki R.: Wpływ atopowego zapalenia skóry na jakość życia pacjentów i ich rodzin. *Alergia, Astma, Immunologia* 2013, 18(1).
6. Cepuch G., Krzeczowska B., Perek M. i wsp.: *Modele pielęgnowania dziecka przewlekle chorego. Podręcznik dla studiów medycznych*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
7. Zarzycka D., Emeryk A.: *Pediatriczna pielęgniarstwo pediatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020.
8. Kózka M., Płaszewska-Żywko L.: *Diagnozy i interwencje pielęgniarские*. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
9. Correa M.C.M., Nebus J.: Leczenie chorych na atopowe zapalenie skóry: rola emolientów. *Dermatologia po dyplomie*, 2013, 4(4), 49-68.
10. Kamińska E.: Rola emolientów w atopowym zapaleniu skóry u dzieci. *Developmental Period Medicine*, 2018, 22(4), 396-403.
11. Nowicki R.J., Trzeciak M., Wilkowska A. i wsp.: Atopowe zapalenie skóry – aktualne wytyczne terapeutyczne. Stanowisko ekspertów Sekcji Dermatologicznej Polskiego Towarzystwa Alergologicznego i Sekcji Alergologicznej Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. *Postępy dermatologii i alergologii*, 2015, 32(4), 239-249.
12. Rudyk A., Jurzak M.: Składniki aktywne kosmetyków i dermokosmetyków stosowane w pielęgnacji skóry z atopowym zapaleniem skóry. *Stan skóry*

- wykładnikiem stanu zdrowia. (red.) A. Goździalska, J. Jaśkiewicz. Oficyna Wydawnicza, Kraków 2012, 107-119.
13. Nowicki R.J.: Atopowe zapalenie skóry. Poradnik lekarza praktyka. Medical Education sp. z o.o. Spk., 2017.
 14. Kilańska D.: Międzynarodowa klasyfikacja praktyki pielęgniarskiej. ICNP® w praktyce pielęgniarskiej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.
 15. Klimaszewska K., Baranowska A., Krajewska-Kułak E.: Podstawowe czynności medyczne i pielęgnacyjne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.
 16. Welz-Kubiak K., Reich A.: Znaczenie emolientów w codziennej pielęgnacji skóry. Forum Dermatologiczne 2016, 2(1), 20-23.
 17. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.: Podstawy Pielęgniarstwa. Tom I. Założenia teoretyczne. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2013.
 18. Chromińska A., Raciborski F.: Fora internetowe poświęcone atopowemu zapaleniu skóry – wyniki analizy treści. Alergia Astma Immunologia, 2019, 24(2), 68-75.

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE DZIECKA Z BIAŁACZKĄ LIMFOBLASTYCZNĄ

dr n. med. Ewa Kulbaka^{1,2}, mgr piel. Katarzyna Wiśniewska^{1,2},
dr n. o zdr. Magdalena Brodowicz-Król³, mgr piel. Joanna Zacharska⁴

1. Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie.
2. Radomska Szkoła Wyższa, Wydziału Nauk o Zdrowiu
3. Akademia Zamoyska, Instytut Humanistyczno-Medyczny
4. Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 w Rzeszowie, Klinika Onkohematologii Dziecięcej

Wstęp

Białaczka limfoblastyczna (z ang. acute lymphoblastic leukemia, ALL) należy do grupy chorób onkohematologicznych należących do ostrych białaczek szpikowych (z ang. acute myeloid leukemia – AML), będących chorobami układu krwiotwórczego. Specyfiką tej choroby, która występuje szczególnie często u młodej populacji jest niekontrolowany rozrost i transformacja komórek należących do prekursorów limfocytów, czyli białych krwinek krwi. Jak podaje literatura przedmiotu, ostre białaczki limfoblastyczne występują najczęściej wśród populacji do 18 roku życia, stanowiąc w Polsce wskaźnik zachorowań na poziomie 30-35% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe w uwzględnionej populacji, co daje rok rocznie około 330 przypadków nowych zachorowań [1]. Z punktu analizy epidemiologicznej, białaczka limfoblastyczna występuje najczęściej wśród populacji dzieci między 2 a 4 rokiem życia, stanowiąc 75% zachorowań na choroby układu krwiotwórczego [2]. Jeszcze 40 lat temu choroba ta w populacji dziecięcej była całkowicie nieuleczalna, dzięki zastosowaniu skojarzonych metod terapii na przestrzeni ostatnich 30 lat liczba przeżyć z 10% (1983 rok) wzrosła aż do 65% w roku 2015 [3]. W dostępnych raportach pochodzenia europejskiego oraz amerykańskiego wskazuje się na 80% przeżywalność w ciągu 5 lat od zainicjowania choroby [4].

W szeroko rozumianej opiece zdrowotnej, w tym lekarskiej oraz pielęgniarskiej, należy uwzględnić wieloaspektowość objawów choroby pierwotnej oraz licznych powikłań związanych z zastosowanym, często wieloetapowym leczeniem. Opieka zdrowotna nad dzieckiem w znaczącym stopniu różni się od opieki nad adolescentem, należy w szczególnie sposób uwzględnić wiek pacjenta, rozwój

psychomotoryczny oraz sytuację rodzinną wraz ze stopniem zaawansowania choroby. Opieka pielęgniarska nad chorym dzieckiem to również opieka nad chorą rodziną. Opracowanie modeli opieki pielęgniarskiej wobec dziecka w chorobie nowotworowej niesie wyzwanie dla całego personelu medycznego, gdyż wymaga bieżącej oceny stanu zdrowia dziecka oraz jego opiekunów warunkując, na bieżąco model opieki, który wpływa jednocześnie na jakość życia w chorobie. Pielęgniarki onkologiczne są najbliższe pacjenta oraz jego opiekunów, to od nich wymaga się systematycznej, planowej oraz przede wszystkim transparentnej pracy, czyli czynników, które wpływają na zdrowie pacjenta i jego bliskich w chorobie, a tym samym do osiągnięcia wysokiej jakości opieki zdrowotnej [5].

Personel pielęgniarski wraz z lekarzami onkologami i hematologami tworzą interdyscyplinarny zespół, który sprawuje opiekę zdrowotną nad hospitalizowanym pacjentem, w przebiegu choroby nowotworowej, w tym białaczki limfoblastycznej. Odpowiedzialność za zdrowie i jakość życia małego pacjenta wymaga od zespołu pielęgniarskiego szerokiej wiedzy z zakresu współczesnej diagnostyki oraz leczenia nowotworów, użycia nowoczesnych technologii medycznych jak również wiedzy z zakresu psychologii. Ważnym aspektem jest fakt, że zespół pielęgniarski nawiązuje bliski kontakt z chorym dzieckiem oraz jego opiekunami budując jednocześnie relację pacjent – pielęgniarka, która musi opierać się na podmiotowości, szacunku oraz empatii. Z tego też tytułu zespół pielęgniarski ma odpowiednie predyspozycje do sprawowania nie tylko opieki pielęgnacyjnej wobec hospitalizowanego pacjenta ale również analizowania jego aktualnego stanu zdrowia, efektów ubocznych stosowanego leczenia systemowego czy powikłań infekcyjnych [6].

Zapewnienie holistycznej opieki pielęgniarskiej przez personel jest wypadkową wiedzy medycznej nabytej w toku studiów oraz specjalizacji czy kursów specjalistycznych. Pielęgniarki onkologiczne posiadają niezbędne doświadczenie oraz wiedzę we wczesnym rozpoznawaniu ryzyka nawrotu objawów choroby nowotworowej i przede wszystkim objawów ubocznych leczenia hematologicznego oraz związanego z nim zagrożenia zdrowia i życia hospitalizowanego pacjenta [2, 7]. Podstawą do sprawowania całościowej opieki nad pacjentem z białaczką jest zaplanowany model opieki pielęgniarskiej, który oparty jest na wnikliwej obserwacji pacjenta, analizie pomiarów i dokumentacji medycznej. Zwrócenie szczególnej uwagi na zaburzenia układów, w tym głównie na zaburzenia ze strony układu krwiotwórczego pacjenta, stanowi podstawę do opracowania diagnoz

pielęgniarskich z wyznaczeniem celów opieki, interwencji i co najważniejsze oceny opieki pielęgniarskiej [2, 7].

Cel pracy

Celem prezentowanej pracy jest próba całościowego ujęcia problemów w opiece nad dzieckiem ze zdiagnozowaną białaczką limfoblastyczną.

Materiał i metody

W celu przeprowadzenia badania użyto metody studium indywidualnego przypadku, będącą analizą stanu biopsychospołecznego jednostki poddanej wnikliwej obserwacji. Jako techniki badawcze użyto obserwację pielęgniarską, wywiad pielęgniarki, analizę dokumentacji medycznej oraz pomiary. Do zastosowanych pomiarów podczas realizacji badania wykonano: pomiar temperatury ciała, ciśnienia tętniczego, liczby oddechów, tętna. W celu odpowiedzi na zadane pytania badawcze użyto ogólnie dostępnych narzędzi badawczych wykorzystywanych w praktyce pielęgniarskiej: Przewodnik do gromadzenia danych o pacjencie stanowiący zespół informacji o pacjencie oraz jego ogólnym stanie zdrowia z uwzględnieniem układów, Skala nasilenia duszności Mmrc, Skala WHO oceny stopnia zaawansowania zapalenia błony śluzowej jamy ustnej, określająca stopień zmian w odrębie błon śluzowych jamy ustnej, Bristolska Skala Uformowania Stolca –skala BSF, Bristol Stool Form Scale, służąca do oceny stolca, kwalifikująca stolec w siedmiostopniowej skali, Nasilenie nudności i wymiotów według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) – klasyfikacja oceniająca natężenie wymiotów i nudności w IV stopniowej skali, Klasyfikacja nadwagi oraz otyłości na podstawie Body Mass Indeks, Skala Glasgow, Skala Laitinena, Polska Skala Oceny Zmęczenia FAS, Skala depresji Becka–Beck Depression Inventory, BDI, Skala akceptacji choroby AIS,

Wyniki

Opis studium indywidualnego przypadku

Opisem przypadku objęto chłopca lat 12, hospitalizowanego w celu kontynuacji leczenia w wyniku rozpoznanej ostrej białaczki limfoblastycznej z limfocytu B. Badany został zakwalifikowany do grupy wysokiego ryzyka HR (high risk). U badanego potwierdzono trisomii 9 w badaniu GTG oraz tetrasomii chromosomu 21. Badany wykazuje objawy osłabienia, zmęczenia, apatii. Skarży się na ból brzucha oraz kończyn dolnych. Obserwuje się widoczne zmiany w odrębie jamy ustnej powodujące niechęć do jedzenia oraz tkliwość bólową. Przed przyjęciem na oddział matka informowała lekarzy o objawach neurologicznych prowadzących do utraty przytomności. Stwierdzono wstępnie zajęcie układu nerwowego, CNS-3. Badany

ma zaimplementowany port naczyniowy. Otrzymuje leki należne dla leczenia indukcyjnego zgodnie z protokołem Blinatumomabu i Bortezomibu w ramach protokołu AIEOP-BFM ALL 2017 trial in Poland.

Leczenie jest powikłane masywnym zapaleniem śluzówek, pancytopenią, co związane jest z obniżoną ilością erytrocytów, leukocytów oraz trombocytów. Chłopiec wymaga transfuzji uzupełniających UNKKCz, KKP, ATIII. Ponadto u chorego występuje infekcja górnych dróg oddechowych (modyfikowano antybiotykoterapię), poprzedzona gorączką. Badany przejawia trudności w oddychaniu oraz zwroty głowy wynikające z niedokrwistością.

W wyniku przeprowadzonego badania opartego o metodę indywidualnego przypadku oraz użytych technik i narzędzi badawczych zweryfikowano stan badanego w zakresie bio-psycho-społecznym w wyszczególnieniem poszczególnych układów. Przedmiotowe badanie wykonano w 40 dobie hospitalizacji na Oddziale Onkologii i Hematologii Dziecięcej.

Proces pielęgnowania pacjenta z białaczką limfoblastyczną

W oparciu o zgromadzone dane uzyskane z wywiadu, obserwacji, pomiarów, analizy dokumentów oraz zastosowanych narzędzi badawczych sformułowano diagnozy pielęgniarskie ze wskazaniem konkretnego celu i interwencji pielęgniarskich personelu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentem z ostrą białaczką limfoblastyczną w warunkach hospitalizacji.

Diagnoza pielęgniarska 1: Dotkliwe dolegliwości bólowe spowodowane przez stan zapalny błony śluzowej nosa, gardła i jamy ustnej w przebiegu powikłań leczenia chemioterapią.

Cel opieki pielęgniarskiej: Maksymalne zminimalizowanie objawów bólowych.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Regularna ocena natężenia i subiektywnego odczuwania bólu przez pacjenta z zastosowaniem skali Laitinera.
- Dokładna obserwacja zmian patologicznych w jamie ustnej oraz codzienna kontrola z zastosowaniem skali WHO do oceny stopnia nasilenia zapalenia błony śluzowej jamy ustnej.
- Stosowanie farmakoterapii według karty zleceń lekarskich.
- Płukanie jamy ustnej preparatami o działaniu przeciwbólowym w przebiegu ostrych zmian błony śluzowej w jamie ustnej.
- Zastosowanie płynnej lub półpłynnej diety w celu niwelowania podrażnienia jamy ustnej oraz niwelowania problemów wynikających z dysfagii.

- Poinstruowanie pacjenta i jego opiekunów co do zasad higieny jamy ustnej, wskazanie m.in. na używanie szczoteczek do mycia zębów z miękkim włosiem, a przy dużych zmianach patologicznych w jamie ustnej poinformować o możliwości stosowania kwaczyków do pielęgnacji.

Wynik opieki: Zastosowano ocenę bólu za pomocą skali Laitinera, wynik 6 punktów oznaczający ból umiarkowany. Oceniono stopień nasilenia zapalenia błony śluzowej za pomocą skali WHO, wynik wskazał cyfrę 2 co oznacza stan błony śluzowej jako zaczerwienione owrzodzenia. Na zlecenie lekarza zastosowano terapie przeciwbólową. Ponadto w celu łagodzenia zmian zapalnych zastosowano płukanie jamy ustnej oraz zastosowana dieta białkowa półpłynną. Problem pielęgniarstwa do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarstwa 2: Zawroty głowy, utrudnione oddychanie oraz duszność w wyniku obniżonych wartości hemoglobiny w przebiegu choroby.

Cel opieki pielęgniarstwa: Ułatwienie wymiany gazowej oraz minimalizowanie ryzyka niewydolności krążeniowo-oddechowej.

Plan opieki pielęgniarstwa

- Regularna ocena podstawowych parametrów życiowych w tym oddechu, tętna, ciśnienia tętniczego oraz saturacji.
- Ocena nasilenia duszności według skali mMRC.
- Odpowiednie ułożenie dziecka w pozycji Fowler lub semi – Fowler.
- Podaż tlenu zgodnie z karta zleceń lekarskich.
- Systematyczna ocena charakteru duszności oraz obserwacja chorego pod kątem nasilania się objawów niewydolności oddechowej.
- Poinformowanie dziecka oraz jego opiekunów o konieczności pozostania w łóżku w celu niwelowania ryzyka upadku w wyniku zawrotów głowy.
- Regularna obserwacja pod kątem wystąpienia obrzęków dystalnych części ciała.
- Prowadzenie bilansu płynów oraz diurezy dobowej w celu niwelowania objawów niewydolności krążeniowej.
- Odpowiednie przygotowanie psychologiczne dziecka do badań diagnostycznych w tym m.in. gazometrii, saturacji oraz badań morfologicznych.
- W wyniku wystąpienia duszności będącej efektem obniżonej liczby erytrocytów i hemoglobiny – udział w leczeniu preparatami krwi (krwiolecznictwo).

- Na zlecenie lekarza podaż leków (np. diuretyki), zgodnie z karta zleceń lekarskich.
- Odnotowanie wszystkich czynności pielęgniarских i pomiarów w indywidualnej karcie pacjenta.

Wyniki opieki: Dokonano regularnych pomiarów parametrów życiowych (3 razy na dobę). Dokonano oceny natężenia duszności według mMRC – II stopień. Zastosowano tlenoterapię poprzez węży tlenowe (przepływ tlenu w ilości 2 l/min), Prowadzono bilans płynów oraz diurezę dobową. Zastosowano leczenie farmakologiczne według zlecenia lekarskiego. W efekcie podjętych działań i interwencji pielęgniarских wymiana gazowa małoletniego pacjenta została poprawiona.

Diagnoza pielęgniarська 3: Uczucie silnego zmęczenia oraz problemy ze snem jako wynik postępującego procesu chorobowego oraz efektów ubocznych podjętego leczenia.

Cel opieki: Efektywna poprawa jakości snu chorego w nocy oraz niwelowanie uczucia znużenia oraz zmęczenia.

Plan opieki pielęgniarської:

- Zastosowanie Polskiej Skali Zmęczenia FAS do oceny poziomu zmęczenia u badanego pacjenta.
- Podjęcie rozmów z dzieckiem oraz rodzicem zgodnych z sześćoetapowym modelem informowania dziecka o chorobie, w którym istotne znaczenie odgrywa zespół pielęgniarський, co może przyczynić się do lepszej jakości życia i adaptacji choroby oraz niwelowania negatywnych emocji w tym strachu, lęku, obaw zarówno dziecka jak i opiekuna.
- Zapewnienie obecności osób bliskich podczas hospitalizacji.
- Minimalizowanie negatywnych emocji w ciągu dnia w tym lęku, niepokojem, strachu.
- Zapewnienie odpowiednich warunków do snu w porze nocnej, w tym odpowiednie przygotowanie sali chorego (temperatura, wilgotność) czy ograniczenie czynności pielęgniarских podczas godzin nocnych.
- W miarę możliwości wyeliminowanie dolegliwości bólowych dziecka oraz podjęcie działań mających na celu poprawy utlenienia organizmu.

Wynik opieki: Zastosowane skalę FAS, w wyniku której oceniono poziom zmęczenia badanego, którego wynik wskazuje na zmęczenie łagodnie umiarkowane.

W wyniku pogłębiającego się problemu z nocnym zasypianiem lekarz prowadzący włączył w leczenie kooanalegtyk (lek ułatwiający zasypianie). Problem pielęgnacyjny do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarstwa 4: Gorączka jako wynik obniżonej odporności dziecka oraz możliwości rozwoju infekcji.

Cel opieki pielęgniarstwowej: Obniżenie temperatury ciała do poziomu normalnej.

Plan opieki pielęgniarstwowej:

- Zastosowanie metod niefarmakologicznych obniżania temperatury ciała u dziecka, poprzez zimne kompresy, kładzione na czoło, odpowiedni mikroklimat sali.
- Regularna kontrola temperatury ciała pacjenta.
- Dbanie o higienę osobistą oraz zapewnienie poczucia komfortu i bezpieczeństwa.
- Zastosowanie leczenia farmakologicznego zgodnie ze zleceniem lekarskim oraz ocena skuteczności podjętych działań farmakologicznych.
- Dbanie o odpowiednie nawodnienie w celu niedopuszczenia do zaburzeń wodno - elektrolitowych.
- Udokumentowanie wszystkich podjętych interwencji pielęgniarstwowych w karcie pacjenta.

Wynik opieki: W wyniku wdrożenia leczenia farmaceutycznego obniżono temperaturę ciała dziecka do prawidłowych wartości. Problem pielęgniarstwowy do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarstwa 5: Odczuwanie bólu kończyn oraz brzucha w wyniku zastosowanego leczenia cytostatycznego (chemioterapia celowana) oraz powstania nacieczenia.

Cel opieki: Minimalizacja odczuć bólowych.

Plan opieki pielęgniarstwowej:

- Ocena charakteru, natężenia bólu oraz lokalizacji z zastosowaniem standaryzowanych skal do subiektywnej oceny bólu przez pacjenta.
- Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa choremu poprzez zapewnienie ciszy, obecności najbliższych.
- Na zlecenie lekarza podawanie leków przeciwbólowych oraz ocena ich skuteczności i ewentualna modyfikacja w wyniku ich nieskuteczności.

- Zapewnienie odpowiednich warunków do ciszy raz snu w tym kumulowanie interwencji pielęgniarskich oraz diagnostyczno -lecniczych.
- Ustalenie odpowiedniej diety oraz restrykcyjne jej przestrzeganie.
- Utrzymanie odpowiedniego przekazywania informacji między personelem medycznym, w tym pielęgniarskim, a opiekunem dziecka i dzieckiem w celu niwelowania negatywnych emocji oraz zapewnienia odpowiedniej jakości komunikacji, która świadczy o jakości opieki zdrowotnej.

Wynik opieki: Dokonano oceny bólu. Zastosowano leczenie farmakologiczne. Czynności pielęgniarskie odnotowano w karcie pacjenta. Ból do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 6: Postępujące uczucie mdłości oraz wymioty jako efekt uboczny leczenia chemioterapią.

Cel opieki: Zmniejszenie lub eliminacja nudności i wymiotów.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Zabezpieczenie dziecka przed zachłyśnięciem w pozycji wysokiej lub półwysokiej.
- Ocena intensywności i treści wymiotnej z zastosowaniem skali do oceny nasilenia nudności i wymiotów według WHO.
- Wdrożenie i analiza bilansu płynów oraz diurezy dobowej.
- Obserwacja małego pacjenta w kierunku odwodnienia.
- Kontrola podstawowych parametrów życiowych, w tym tętna, ciśnienia oraz masy ciała.
- Wdrożenie diety półpłynnej lekkostrawnej.
- Na zlecenie lekarskie podaż leków przeciwwymiotnych.

Wynik opieki: U dziecka zastosowano skalę do oceny nudności i wymiotów według WHO, stwierdzono II stopień zarówno nudności jak i wymiotów. Włączono podawanie elektrolitów poprzez cewnik centralny. Problem pielęgniarski do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 7: Zwiększone ryzyko infekcji związane z założonym dostępem centralnym (wkłucie centralne).

Cel opieki: Niwelowanie ryzyka rozwoju infekcji oraz wczesne wykrywanie objawów postępującego zakażenia.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Obserwacja miejsca założenia wkłucia centralnego w kierunku ewentualnego rozwoju zakażenia, w tym tkliwości bólowej, zaczerwienienia, podwyższonej temperatury w miejscu wkłucia.
- Zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki przy wszystkich czynnościach podczas wykonywania czynności pielęgniarskich z zastosowaniem centralnego dostępu naczyniowego.
- Zgłaszanie wszelkich niepokojących objawów lekarzowi prowadzącemu.

Wynik opieki: Zakażenie ani objawy wczesnego zakażenia wkłucia centralnego nie wystąpiły. Problem pielęgniarski do ciągłej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 8: Zwiększone ryzyko wystąpienia powikłań po podaniu ubogoleukocytarnych, napromieniowanych koncentratów krwinek czerwonych (UNKKCz), koncentratu krwinek płytkowych (KKP), Antytrombiny (ATIII).

Cel opieki pielęgniarskiej: Wczesne wykrywanie działań niepożądanych stosowanego leczenia oraz im zapobieganie.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Wnikliwa obserwacja małego pacjenta przed wystąpieniem wczesnych powikłań poprzetoczeniowych, w tym wstrząsu anafilaktycznego lub septycznego, odczynów alergicznych, dreszczy czy poprzetoczeniowej ostrej niewydolności oddechowej.
- Edukacja opiekuna małego pacjenta w kierunku natychmiastowego informowania o niepokojących objawach, mogących świadczyć o powikłaniach poprzetoczeniowych, w tym dreszcze, wysypka, świąd skóry, duszność.
- Regularny pomiar parametrów życiowych w okresie 12 godzin po przetoczeniu.
- Ciągły nadzór małego pacjenta przez okres 12 godzin.

Wynik opieki: Powikłania poprzetoczeniowe nie wystąpiły. Rozmowa edukacyjna z opiekunem została przeprowadzona. Problem pielęgnacyjny do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 9: Wystąpienie biegunki jako działania niepożądanego wdrożonego leczenia.

Cel opieki: Zminimalizowanie biegunek oraz zapobieganie odwodnieniu dziecka.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Obserwacja ilości wypróżnień oraz ich liczby z zastosowaniem Bristolskiej Skali Uformowania Stolca.
- Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa dziecku.
- Zachowania higieny osobistej poprzez pielęgnację okolic odbytu w celu niedopuszczenia do zakażenia czy dotkliwych odparzeń pośladków oraz szpary pośladkowej.
- Doustne uzupełnianie płynów oraz włączenie płynów i farmakoterapii na zlecenie lekarza.
- Kontrola masy ciała oraz podstawowych parametrów życiowych.
- Prowadzenie bilansu płynów oraz diurezy dobowej

Wynik opieki: Zastosowano Bristolską Skalę Uformowania Stolca. Wdrożono podawanie płynów oraz farmakoterapii na zlecenie lekarza. Problem pielęgnacyjny do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 10: Problemy z połykaniem (dysfagia) oraz obniżone pragnienie oraz łaknienie dziecka.

Cel opieki: Dostarczenie odpowiedniej ilości substancji odżywczych, niedopuszczenie do zaburzenia gospodarki wodno - elektrolitowej spadku masy ciała.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Zastosowanie odpowiedniej diety wysokoenergetycznej, półpłynnej lub płynnej, pozwalającej na niwelowanie problemów z dysfagią.
- Regularna kontrola masy ciała dziecka.
- Kontrola diurezy dobowej i godzinowej.
- Prowadzenie bilansu płynów w celu niwelowanie wystąpienia objawów odwodnienia organizmu.
- Pobieranie krwi do badań biochemicznych.

Wynik opieki: Problemy z połykaniem nadal występują i są spotęgowane zakażeniem błony śluzowej jamy ustnej. Wdrożono uzupełnienie płynów drogą dożylną zgodnie ze zleceniem lekarskim.

Diagnoza pielęgniarska 11: Ryzyko rozwoju zakażeń bakteryjnych, wirusowych oraz grzybiczych w wyniku wadliwości układu immunologicznego dziecka, na skutek zaburzeń układu białokrwionkowego.

Cel opieki: Minimalizowanie ryzyka infekcji wirusowych i bakteryjnych wraz z wczesnym wykrywaniem objawów infekcji.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki we wszystkich czynnościach pielęgniarskich.
- Przestrzeganie zasad reżimu sanitarnego, w tym procedury mycia i dezynfekowania rąk, zarówno przez personel medyczny jak również opiekunów czy osób odwiedzających.
- Przestrzeganie procedur pielęgniarskich przy działaniach diagnostyczno-leczniczych związanych z naruszeniem ciągłości skóry bądź błon śluzowych oraz regularna kontrola dostępu centralnego czy kaniul naczyniowych (częstotliwości co najmniej 2 razy/24h).
- Odpowiednia higiena zarówno otoczenia dziecka (sali szpitalnej) jak również higieny osobistej oraz pościelowej.
- Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu sali hospitalizowanego dziecka.
- Rozmowy edukacyjne z dzieckiem oraz jego opiekunami na temat zasad zachowania higieny osobistej, częstego mycia rąk oraz stosowania zasad reżimu sanitarnego w kontaktach z osobami trzecimi w tym informowania o wszelkich niepokojących objawach mogących świadczyć o początkach infekcji.
- Pomoc dziecku w czynnościach samoobsługowych i pielęgnacyjnych w zakresie tego wymagającym.

Wynik opieki: Odbyto rozmowę edukacyjną zarówno z dzieckiem jak i opiekunem. Nie zaobserwowano objawów mogących świadczyć o infekcji.

Diagnoza pielęgniarska 12: Ryzyko zagrożenia życia małego pacjenta związane ze zmniejszoną ilością płytek krwi.

Cel opieki: Niedopuszczenie do wystąpienia powikłań jak również wczesne wykrywanie objawów wystąpienia krwawienia oraz zapewnienie poczucia bezpieczeństwa zarówno dziecku jak i jego opiekunom.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Regularny pomiar podstawowych parametrów życiowych małego pacjenta w tym ciśnienie tętnicze, tętno, temperatura ciała, częstość oddechów.
- Edukacja pacjenta oraz opiekunów mająca na celu niwelowanie urazów mechanicznych mogących przyczynić się do wystąpienia krwawień.
- Obserwacja w kierunku wystąpienia krwi w moczu bądź wystąpienia stolców z domieszką krwi oraz fusowatych wymiotów.

- Poinformowanie dziecka i opiekunów o zgłaszaniu wszelkich niepokojących objawów (np. ból głowy) oraz instruktaż działania w przypadku wystąpienia krwotoku z nosa.
- Regularna kontrola naskórka chorego pod kątem pojawienia się wybroczyn, siniaków oraz podbiegnięć krwawych.
- W razie potrzeby przetaczanie koncentratów krwinek płytkowych (na zlecenie lekarza).
- Dokumentowanie wykonywanych działań.

Wynik opieki: Przeprowadzono edukację pacjenta oraz opiekunów z zakresu ryzyka i objawów mogących świadczyć o trombocytopenii. U hospitalizowanego dziecka nie zaobserwowano cech krwawienia.

Diagnoza pielęgniarska 13: Wyraźnie obniżony nastrój dziecka, spowodowany długotrwałą hospitalizacją i rozłąką z najbliższymi.

Cel opieki: Poprawa samopoczucia pacjenta oraz akceptacja hospitalizacji i choroby.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Zastosowanie skali depresji Becka w celu przesiewowej oceny zagrożenia depresją u badanego.
- Ocena akceptacji choroby z zastosowaniem Kwestionariusza Akceptacji Choroby Jurczyńskiego AIS.
- Rozmowy mające na celu wyjaśnienie przyczyn izolacji wraz z okazywaniem zrozumienia oraz empatii.
- Okazywanie wsparcia emocjonalnego oraz poinformowanie o możliwości kontaktu z psychologiem.
- Obserwacja dziecka pod kątem obniżenia nastroju i pogorszenia stanu emocjonalnego.

Wynik opieki: W wyniku zastosowanych skal u dziecka występują objawy depresji o łagodnym nasileniu oraz średni poziom akceptacji choroby. Dziecko jest pod stałą opieką psychologa szpitalnego.

Diagnoza pielęgniarska 14: Deficyt wiedzy opiekunów na temat radzenia sobie z objawami będącymi skutkiem patomechanizmu choroby oraz stosowanego protokołu leczenia.

Cel opieki: Zminimalizowanie niewiedzy opiekunów oraz podanie wskazówek do dalszej pielęgnacji w celu efektywnej opieki nad chorym dzieckiem w warunkach, szpitalnych i poza szpitalnych.

Interwencje pielęgniarские:

- Rozmowa z opiekunami na temat objawów w kierunku pogarszającego się stanu dziecka w związku z upośledzeniem układu immunologicznego.
- Instruktaż z zakresu odpowiedniej higieny ze wskazaniem uwag dotyczących codziennej pielęgnacji w tym głównie higieny jamy ustnej w związku z postępującym zapaleniem błon śluzowych.
- Wskazanie najważniejszych aspektów zdrowotnych, na które należy zwrócić uwagę w warunkach domowych, w opiece nad chorym dzieckiem, w tym zasad planowania i organizacji dnia codziennego, prozdrowotnego, oszczędnego, uregulowanego trybu życia, niezbędnej aktywności fizycznej (codzienna gimnastyka, ruch fizyczny, spacer, rekreacja), umiejętności radzenia sobie ze stresem, stosowania się do zaleceń lekarskich, wykształcenia mechanizmów kompensacyjnych.
- Omówienie najważniejszych objawów pojawiających się w trakcie przebiegu choroby oraz udzielenie dokładnych wskazówek jak należy postępować w przypadku ich wystąpienia.
- Przygotowanie materiałów edukacyjnych z zakresu stosowania odpowiedniej diety z zachowaniem wszelkich składników odżywczych niezbędnych, do prawidłowego wzrostu dziecka.

Wynik opieki: Przeprowadzono rozmowy z opiekunami oraz dzieckiem. Przygotowano materiały i broszurki informacyjne. Zminimalizowano zakres niewiedzy u opiekunów.

Podsumowanie i wnioski

W wyniku przeprowadzonych badań, wysunięto następujące wnioski, które jednocześnie stanowiły swoistą odpowiedź na postawione problemy badawcze:

Objawy, które manifestuje badane dziecko ze zdiagnozowaną białaczką limfoblastyczną wpisują się w złożony mechanizm zaburzeń homeostazy i układu krwiotwórczego oraz zastosowanego leczenia. Do głównych objawów o podłożu somatycznym należą: zapalenia grzybiczne jamy ustnej i gardła, dysfagia, objawy dyspeptyczne, mdłości, zaburzenia układu immunologicznego, bóle stawów, kości oraz brzucha, problemy ze snem, duszność spoczynkowa, zaparcia, biegunki, obniżone łaknienie. W aspekcie psychicznym i społecznym u dziecka z białaczką

mogą wystąpić takie objawy jak trudności z koncentracją uwagi, uczucie zmęczenia i wyczerpania, przygnębienie. W dziecka hospitalizowanego, chorego na ALL zauważa się znaczne obniżenie nastroju oraz często brak akceptacji choroby głównie poprzez zmianę wyglądu oraz obawę o akceptację ze strony otoczenia. Problemy z zakresu holistycznej opieki nad pacjentem pediatrycznym, ze zdiagnozowaną białaczką limfoblastyczną, wynikają zarówno z wielopłaszczyznowych objawów jakie manifestuje choroba w procesie diagnostyki jak i leczenia jak również z wieku małoletniego pacjenta, stadium choroby nowotworowej czy rokowań. Działania, które można przewidzieć i zaplanować w sposób ciągły stanowią esencję planu opieki pielęgniarstwiej. Z uwagi na nasilenie się objawów, problematykę opieki nad dzieckiem z ALL, należy w sposób szybki i zdecydowany wdrażać zaplanowane postępowanie pielęgnacyjne. Ciągłe obserwowanie hospitalizowanych pacjentów oraz umiejętność różnicowania objawów ułatwiają prowadzenie sumiennego, rzetelnego i dokładnego procesu pielęgnowania opartego o problemy i interwencje pielęgniarstwiej wraz z analizą skuteczności podjętych działań, wynikających z oceny wdrożonej opieki.

Pacjenci hospitalizowani w wyniku diagnostyki i leczenia nowotworów krwi w tym białaczki limfoblastycznej są w zależności od ich stanu bio-psycho-społecznego zdolni do samoopieki i samopielęgnacji. U badanego 12-letniego chłopca była zachowana możliwość z zakresu samodzielnego przemieszczania się, ubierania się, higieny osobistej, wydalania czy spożywania posiłków. Ponadto pacjenci pediatryczni są zazwyczaj otoczeni opieką najbliższych, którzy przebywając z dzieckiem podczas hospitalizacji przejmują część zadań i obowiązków z zakresu pielęgnacji i opieki w chorobie nad dzieckiem. Zespół pielęgniarstwiej w tym zakresie nadzoruje, monitoruje, wdraża opiekunów w zakres opieki i pielęgnacji dziecka, w warunkach szpitalnych, pełniąc rolę instruktora i edukatora.

Stan psychospołeczny u badanego chłopca był wyraźnie obniżony, a poziom akceptacji był na średnim poziomie. Wdrożenie psychoonkologia w proces leczenia małoletniego hospitalizowanego jest nieodzownym elementem zespołu interdyscyplinarnego. Wsparcie pacjentów i ich opiekunów, a często całych rodzin w procesie leczenia na wszystkich etapach – od diagnozy poprzez leczenie, aż po jego zakończenie jest niezwykle istotnym elementem całego procesu opieki w warunkach szpitalnych jak i domowych.

Piśmiennictwo

1. Bandowska W.: Analiza nowotworów u dzieci z ostrą białaczką limfoblastyczną. *Współczesna Onkologia*, 2008, 12(9), 410-414.
2. Cepuch G., Dębska G., Foryś Z.: Dziecko z białaczką - wybrane elementy modelu opieki. [w:] *Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową*, Pasek M., Dębska G. (red.). Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne: Oficyna Wydawnicza, Kraków 2010, 99-108.
3. Balwierz W., Czogała M., Pawińska - Wąsikowska K, i wsp.: Standardy postępowania diagnostycznego w ostrych białaczkach szpikowych i przewlekłej białaczce szpikowej u dzieci. *Przegląd Pediatryczny*, 2019, 48(3), 23-32.
4. Radwańska U.: Ostra białaczka limfoblastyczna [w:] *Białaczki u dzieci*, Radwańska U. (red.). Volumed, Wrocław 1998, 57-96.
5. Kilańska D., Niemiec L., Brosowska B.: Studium przypadku dziecka z ostrą białaczką limfoblastyczną w czasie chemioterapii. Część II – zastosowanie ICNP. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2015, 25(1), 87-93.
6. Wachowiak J.: Onkologia dziecięca i transplantacja komórek krwiotwórczych u dzieci [w:] *Pielęgniarstwo Pediatryczne* Wachowiak J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, 185-202.
7. Syska A.: Specyfika opieki pielęgniarzkiej nad pacjentem [w:] *Pielęgniarstwo hematologiczne*, Malinowska-Lipień I., Fornagiel S. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, 98-100.

SIDS - ZESPÓŁ NAGŁEGO ZGONU NIEMOWLĄT

mgr piel. Justyna Satro¹, mgr piel. Monika Buzanowska², mgr piel. Aleksandra Góral-Kubasik²,
dr n. med. Kazimiera Hebel²

1. Absolwentka Instytutu Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Pomorski w Słupsku
2. Zakład Pielęgniarstwa i Położnictwa, Katedra Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego, Instytut Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Pomorski w Słupsku

Wprowadzenie

Jednym z poważniejszych problemów dotyczących niemowląt, a poruszanych przez środowisko medyczne, ogólnodostępne media a także przez rodziców, jest zespół nagłego zgonu niemowląt - SIDS (ang. Sudden Infant Death Syndrome). Opisany jest on jako nagły, niedający się przewidzieć zgon, do którego dochodzi podczas snu u niemowlęcia pomiędzy 28 dniem życia a ukończeniem 1. roku życia. Poszukiwanie jego przyczyny stanowi duży problem, ponieważ zarówno wywiad chorobowy i środowiskowy, szeroko zakrojone badania pośmiertne oraz poszukiwanie okoliczności śmierci nie dają wyjaśnienia. Rozpoznanie ustala się na podstawie wykluczania potencjalnych czynników, które mogły warunkować zgon. Celem pracy jest przedstawienie zespołu nagłego zgonu niemowlęcia na podstawie przeglądu literatury.

Definicja SIDS

Zespół nagłego zgonu niemowląt określany jest terminem SIDS (ang. Sudden Infant Death Syndrome), często zamiennie z takim określeniem jak „śmierć łóżeczkowa”, z uwagi na moment wystąpienia zgonu – w łóżeczku, podczas snu [1]. Zespół nagłego zgonu niemowlęcia SIDS definiuje się jako „...niespodziewany zgon niemowlęcia, którego przyczyn nie można wyjaśnić na podstawie autopsji, ani okoliczności śmierci, ani klinicznego przebiegu” [2]. W obowiązującej wersji definicji SIDS wprowadzono dodatkowe kryteria, mówiące o tym, iż przeprowadzony wywiad środowiskowy, dokładna analiza dokumentacji medycznej ani oględziny miejsca zgonu nie wykazują związku przyczynowo skutkowego [2]. SIDS występuje u dzieci pomiędzy ukończonym 28 dniem życia a 1 rokiem życia, z największą liczbą odnotowanych przypadków między 4 tygodniem życia a 6 miesiącem życia [1]. Do śmierci dziecka najczęściej dochodzi podczas snu, gdy przebywa z rodzicami w jednym łóżku, a także w wózku dziecięcym i foteliku

służącym do transportu dziecka w samochodzie. Klasyfikacja zespołu nagłego zgonu niemowląt obejmuje następujące subkategorie: SIDS IA, SIDS IB, SIDS II [4]. Kategoria SIDS IA obejmuje klasyczne przypadki, posiadające pełną dokumentację, popartą pełnym badaniem pośmiertnym: sekcja zwłok, panel badań mikro- i makroskopowych, toksykologicznych, biochemicznych, bakteriologicznych, przesiewowych metabolicznych i obrazowych. Obowiązkowo musi być przeprowadzony dokładny wywiad środowiskowy dotyczący okoliczności zgonu. Dotyczy głównie dzieci starszych niż 21 dni i poniżej 9 miesięcy, o prawidłowym wzroście i rozwoju, z ciąży donoszonej oraz gdy zostały spełnione następujące kryteria: 1) nie wystąpiły podobne zgony wśród rodzeństwa oraz bliskich krewnych genetycznych (wujkowie, ciotki i kuzyni pierwszego stopnia); 2) nie odnotowano również innych przypadków zgonów, gdy niemowlęta były pod opieką tego samego opiekuna; 3) badanie okoliczności zgonu nie daje wyjaśnienia obrazu klinicznego [4].

Kategoria SIDS IB stanowi klasyczne cechy zespołu nagłego zgonu niemowląt ale nie poparte pełną dokumentacją. Kryteria SIDS są spełnione. Śmierć niemowlęcia spełnia wymagania definicji ogólnej. Braki występują w badaniu środowiska i/ lub nie wykonano innych analiz, np. toksykologicznej, mikrobiologicznej, radiologicznej, biochemicznej. Nie uwzględniono również badania ciała szklistej czy też przesiewowych badań metabolicznych [4].

Kategoria SIDS II dotyczy zgonu niemowlęcia, który spełnia kryteria kategorii SIDS I z wyjątkiem jednego lub więcej z następujących:

- przedział wiekowy: poza kategorią IA lub IB, mianowicie od 0 do 21 dni lub od 270 dni do 365 dni;
- podobne zgony rodzeństwa, bliskich krewnych lub innych niemowląt pod opieką tego samego opiekuna, które nie są podejrzane o śmierć w wyniku dzieciobójstwa lub w wyniku rozpoznanych zaburzeń genetycznych;
- stany noworodkowe i okołoporodowe (np. w rezultacie przedwczesnego porodu), które ustąpiły przed śmiercią;
- okoliczności śmierci: obturacja dróg oddechowych lub uduszenie przez przygnięcie dziecka, nie ustalone z pewnością;
- nieprawidłowy wzrost i rozwój, które nie przyczyniły się do śmierci;
- wyraźne zmiany zapalne lub anomalie niewystarczające by jednoznacznie stwierdzić, że stanowiły one przyczynę zgonu.

Epidemiologia i patogeneza

Zgony dzieci w 90% przypadków dotyczą niemowląt do pierwszego roku życia a 70

% z nich to te, których przyczyny nie udało się ustalić. Wyniki badań potwierdzają, że do zgonów związanych z SIDS najczęściej dochodzi w pierwszym półroczu (między 2 a 6 miesiącem życia), o wiele rzadziej w drugim. [4, 5]

Zgony w wyniku SIDS mają miejsce głównie w porze nocnej lub wczesnym raniem, podczas snu, sporadycznie w ciągu dnia. Więcej przypadków śmierci łóżeczkowej odnotowuje się w sezonie zimowym i jest 3-5 krotnie wyższe ryzyko wśród niemowlaków, których rodzeństwo zmarło w wyniku SIDS [5].

Dane epidemiologiczne wskazują na większą liczbę zgonów wśród chłopców (60%) [4]. Istnieje zależność pomiędzy rasą/etnicznością a zwiększonym prawdopodobieństwem SIDS. Możliwość wystąpienia nagłego zgonu niemowlęcia rośnie u dzieci pochodzenia afroamerykańskiego i rdzennych Amerykanów (2,9-5,9/1000 żywych urodzeń), znacząco maleje wśród rasy żółtej (0,25-0,5/1000 żywych urodzeń). Wykazano, że populacje aborygeńskie w Australii również mają znacząco wyższe wskaźniki SIDS niż nie-Aborygeni (0,61 vs 0,17 zgonów na 1000 żywych urodzeń). Rasa biała zajmuje w tej statystyce miejsce pośrednie (średnio około 2/1000 żywych urodzeń) i jest uzależnione od regionu i wdrożonych programów profilaktycznych [4].

W Polsce problem SIDS również występuje, choć obserwuje się brak tendencji wzrostowej na przestrzeni ostatniej dekady. Dane Głównego Urzędu Statystycznego pokazują, że w 2010 roku zgony z powodu SIDS stanowiły 0,09/1000 żywych urodzeń, w 2012 roku liczba zgonów niemowląt z tej samej przyczyny wynosiła 0,13/1000 żywych urodzeń, w 2017 roku 0,015/1000 żywych urodzeń, natomiast w 2020 roku 0,04/1000 żywych urodzeń [6].

Czynnikiem związanym z wystąpieniem SIDS jest wiek ciążowy matki. Im niższy wiek ciążowy, a tym samym niska masa urodzeniowa dziecka, tym większe ryzyko śmierci łóżeczkowej [4].

Patogeneza SIDS nie została jak dotąd w pełni wyjaśniona, jednak badania kliniczne oraz obserwacje mówią o wielu potencjalnych przyczynach oraz wskazują hipotezy dotyczące rozwoju tego zaburzenia. Za podstawową determinantę uważa się nieprawidłową pozycję do spania, czyli układanie na brzuchu. Takie ułożenie predysponuje do wystąpienia zaburzeń oddychania w następstwie upośledzonego przepływu powietrza – elementy pościeli, poduszki, zabawki, miękkie materacy i brak możliwości samodzielnego obrócenia główki przez niemowlę doprowadzają do wtórnego wdychania dwutlenku węgla. Ponadto w takiej pozycji znacznie

ograniczone jest oddychanie, ze względu na utrudnienia związane z pracą przepony. W konsekwencji następuje zmniejszenie objętości powietrza docierającego do płuc [7].

Układanie do snu w pozycji na brzuchu może być przyczyną zamknięcia przepływu w tętnicach kręgowych. Wynika to z wymuszonego ustawienia główki niemowlęcia na bok, u którego więzadła kręgosłupa szyjnego są wiotkie i szybko ulegające odkształceniu. Doprowadza to do rozciągania oraz skręcania tętnic kręgowych, co w konsekwencji prowadzi do zmniejszonego przepływu i niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego [7].

Spanie niemowlęcia na brzuchu połączone z zaburzeniami termoregulacji – np. podwyższona temperatura ciała podczas infekcji - ściśle korelują ze zwiększonym ryzykiem śmierci [7].

Kolejnym aspektem rozważanym w patofizjologii SIDS jest zaburzenie rytmu snu i czuwania dziecka. Podwyższenie progu snu ma związek z zaburzeniami w ośrodkowym układzie nerwowym, spowodowanymi m.in. podawaniem niemowlętom przez rodziców leków uspokajających i nasennych, palenie tytoniu i przyjmowanie narkotyków przez matkę w trakcie ciąży. Narażenie płodu oraz niemowlęcia na dym tytoniowy (zawierający m.in. tlenek węgla, który łączy się z hemoglobiną płodu) prowadzi do hipoksji oraz hiperkapnii, co skutkuje opóźnioną reakcją w procesie wybudzania się ze snu, kwasicą metaboliczną i zatrzymaniem oddechu [7]. Opioidowe działanie substancji, które przyjmuje kobieta podczas ciąży jest obarczone 5-10 krotnie wyższym ryzykiem SIDS u ich dzieci w porównaniu z matkami prowadzący zdrowy tryb życia [8].

Wiele uwagi poświęca się badaniu roli układu nerwowego w patofizjologii SIDS. Dotyczy to przede wszystkim zaburzeń o charakterze morfologicznym i czynnościowym w jądrach pnia mózgu, które regulują oddychanie. Badania immunohistochemiczne i molekularne [8] w postępowaniu sekcyjnym wykazały:

- hipoplazję jądra łukowatego (obniżenie liczby i gęstości neuronów - dotyczy ponad 50% przypadków),
- hipoplazję jąder szwu (57% przypadków SIDS),
- niedojrzałość kory mózdzku (pełniąca rolę regulacyjną czynności ruchowych procesu oddychania – niedojrzałość stwierdzona w 26% przypadków SIDS),
- zaburzenia w obrębie jądra pasma samotnego (martwica wraz ze zwiększeniem proliferacji komórek glejowych),

- zaburzenia neuroprzekazników i neuromodulatorów (dotyczy następujących układów: adrenergicznego, cholinergicznego, serotonergicznego i grupy neuroprzekazników peptydowych),
- wzrost stężenia testosteronu oraz obniżenie gęstości receptorów 5-HT1A (receptor serotoniny wpływający m.in. na czynność układu sercowo-naczyniowego, termoregulację oraz utrzymanie rytmu sen-czuwanie) wśród niemowląt płci męskiej.

Do wystąpienia zespołu nagłego zgonu niemowlęcia może doprowadzić zakażenie bakteriami – chlamydiami – w omawianym przypadku gatunkiem *Chlamydia trachomatis* o biotypie płciowym. W analizie pośmiertnej materiału sekcyjnego wykazano w pobranych wymazach z tchawicy oraz badanych wycinkach płuc występowanie *Chlamydia trachomatis*. Prowadzone są również badania wirusologiczne w celu ustaleniu związku przyczynowo-skutkowego w powstawaniu SIDS [3].

Ciekawym i wartym bliższego poznania jest twierdzenie o działaniu opioidowym pochodnych kazeiny, która jest podstawowym składnikiem mleka krowiego. Zawarte w mleku i jego przetworach β -kazomorfiny to peptydy o działaniu opioidowym w obrębie ośrodka oddechowego znajdującego się w pniu mózgu. Działanie opioidowe na ośrodkowy układ nerwowy może wpływać bezpośrednio na zahamowanie funkcji oddechowej. Wyniki badań pośmiertnych tkanki mózgowej niemowląt z rozpoznaniem SIDS wykazały dodatnią reakcję immunohistochemiczną na obecność kazomorfyn w pniu mózgu w badanym materiale [8].

Jedna z hipotez przyczyn SIDS głosi, że pojedynczy recesywny gen sprzężony z chromosomem X może być powiązany z genami niemowlęcia i zwiększać prawdopodobieństwo wystąpienia śmiertelnych, ostrych epizodów niedotlenienia. O zwiększonym ryzyku SIDS wśród niemowląt płci męskiej mówi hipoteza o wrodzonych różnicach płciowych w strukturze i funkcji mózgu, które wpływają na pobudzenie w trakcie snu [5].

Czynniki ryzyka

Zespół nagłego zgonu niemowląt jest związany z różnymi czynnikami predysponującymi i wyzwalającymi: od prenatalnych po te pochodzące ze środowiska zewnętrznego, na które bezpośrednio narażony jest noworodek bądź niemowlę. W tym przedziale rozwojowym istotnie wzrasta ryzyko wystąpienia zespołu nagłego zgonu niemowląt. Jest to bowiem czas gwałtownych przemian zachodzących

w różnych strefach: biologicznej, psychologicznej, społecznej, wymagający wzmożonej obserwacji, czujności a przede wszystkim postępowania profilaktycznego ze strony rodziców i opiekunów.

Wymienione powyżej aspekty podkreślają ujęcie holistyczne w zakresie możliwości prawidłowego lub zaburzonego rozwoju w okresie zarówno prenatalnym, poprzez pierwsze 28 dni życia poza łonem matki, aż do ukończenia 12 miesiąca życia. Wystąpienie zespołu nagłego zgonu niemowląt jest związane z czynnikami ryzyka, które dzieli się na następujące grupy:

- czynniki matczyne,
- czynniki związane z niemowlęciem,
- czynniki środowiskowe.

Determinanty pochodzące ze strony matki obejmują: krótki odstęp czasu pomiędzy kolejnymi ciążami (\leq rok), poronienia, ciążę powikłaną, choroby w trakcie trwania ciąży, brak lub niedostateczna opieka w ciąży, powikłania okołoporodowe, wiek matki poniżej 20 lat, niski poziom wykształcenia, niski status socjalno-bytowy, stan cywilny: wolna (samotna matka), nikotynizm matki w ciąży oraz palenie papierosów po urodzeniu dziecka, spożywanie wyrobów alkoholowych i przyjmowanie środków odurzających w trakcie trwania ciąży. Do czynników związanych z dzieckiem zalicza się: wcześniactwo (poród przed 37 tygodniem ciąży) lub poród powyżej 41 tygodnia ciąży, płeć męska, niska masa urodzeniowa – poniżej 2500g, ocena w skali Apgar: w 5 minucie poniżej 6 punktów, poród zabiegowy ze wskazań płodowych, infekcja okołoporodowa, niedojrzałość ośrodkowego układu nerwowego, dziecko z ciąży wielopłodowej, potwierdzony SIDS u rodzeństwa, niedawno przebyte zakażenie górnych dróg oddechowych, podanie niemowlęciu środków uspokajających/nasennych, karmienie mlekiem modyfikowanym lub karmienie mieszane (z przewagą karmienia sztucznego nad karmieniem piersią), stres termiczny (nadmierne wychłodzenie lub przegrzanie niemowlęcia), pozycja spania dziecka – ułożenie na brzuchu. Czynniki środowiskowe są połączone z wyżej opisanymi dotyczącymi matki i dziecka, a mianowicie: zła sytuacja społeczno-ekonomiczna rodziny, samotne rodzicielstwo, spanie niemowlęcia w jednym łóżku z rodzicami/osobami dorosłymi, antyzdrowotne zachowania i nieprawidłowy styl życia (palenie papierosów w miejscu, gdzie przebywa niemowlę, używanie alkoholu/narkotyków), rodzina wielodzietna, układanie niemowlęcia do spania na brzuch, zbyt miękkie materacyk i luźne elementy pościeli, dodatkowe elementy

mogące ograniczyć swobodne oddychanie: poduszki, zabawki, koce, ochraniacze, pozycjonery, zwisające przedmioty nad łóżeczkiem [8-12].

Prewencja SIDS

Rekomendacje dotyczące zapobiegania SIDS bazują na wytycznych American Academy of Pediatrics (AAP), pochodzących z 2016 roku oraz ich aktualizacji dokonanej w 2022 roku wraz z dodatkowymi zaleceniami [13]. Opisują one działania, które należy podjąć oraz siłę konkretnego zalecenia (literowa ocena dla poszczególnych rekomendacji: A, B, C). Poziom A wskazuje na spójne, wysokiej jakości dowody, które są zorientowane na pacjenta. Poziom B zawiera informacje o tym, iż dowody są inkoherentne, z ich ograniczoną jakością. Poziom C to rekomendacje budowane na konsensusie, podstawowych działaniach praktycznych, opiniach oraz dowodach bazujących na chorobie lub seriach przypadków, odnoszących się do badań diagnostycznych, leczniczych, profilaktycznych lub przesiewowych. Większość zaleceń dotyczących prewencji SIDS zawiera te z siłą rekomendacji na poziomie A [13, 14]:

1. Układanie dziecka do snu w pozycji na plecach, jako podstawa profilaktyki SIDS. Inne pozycje, np. na brzuchu (naraża na ponowne wdychanie dwutlenku węgla i zatkanie dróg oddechowych przez brak możliwości obrócenia główki) oraz na boku (gdy w wyniku niestabilności ułożeniowej istnieje ryzyko przewrócenia się na brzusek) stanowią ryzyko wystąpienia SIDS.
2. Układanie dziecka do snu na twardej, płaskiej powierzchni, która nie jest pochylona, w celu zabezpieczenia niemowlęcia przed przypadkowym uduszeniem lub zaklinowaniem. Powierzchnia do spania nie powinna przekraczać nachylenia 10 stopni. W przypadku większego kąta, powyżej 10 stopni znacznie wzrasta ryzyko zsunienia się niemowlęcia i podduszenia. Nie należy stosować fotelików samochodowych, gondoli, wózków spacerowych, nosidełek oraz chust do rutynowego układania niemowlęcia do snu ze względu na możliwość przygięcia głowy i spowodowanie niedrożności dróg oddechowych.
3. Karmienie piersią. Wyłączne karmienie piersią minimum do 6 miesięcy życia niemowlęcia lub karmienie pokarmem kobiecym bez dodatku suplementów i z eliminacją mieszanek sztucznych. Szczególną uwagę w zakresie karmienia piersią powinny zostać objęte wcześniaki oraz noworodki z niską masą urodzeniową. Ponadto zaleca się kontynuację karmienia piersią do ukończenia przez dziecko 1 roku życia.

4. Niemowlę powinno przez pierwsze 6 miesięcy spać w pokoju rodziców, blisko ich łóżka, ale na osobnym łóżku/wydzielonej powierzchni. Łóżeczko dziecięce, dostawka, gondola (wszystkie z twardymi, nienachylnymi powierzchniami) mogą zapewnić jednocześnie bezpieczeństwo, bliskość oraz szybką reakcję na potrzeby niemowlęcia. Współdzielenie łóżka z: osobą dorosłą (szczególnie gdy jest zmęczona a próg wrażliwości na bodźce zewnętrzne w wyniku zmęczenia czy używania środków nasennych/uspokajających jest obniżony); z osobą palącą (nawet gdy nie pali w pomieszczeniu, gdzie przebywa dziecko) lub kobietą, która paliła w ciąży; z osobą dorosłą, gdy powierzchnia spania jest miękka (łóżko wodne, sofa, fotel) ponad 10-krotnie podnosi ryzyko wystąpienia zespołu nagłego zgonu niemowląt. O ponad 5-10 razy wrasta ryzyko SIDS u: dzieci zdrowych, donoszonych, które są karmione piersią w łóżku oraz u dzieci, które śpią z innymi osobami dorosłymi lub dziećmi. O 2-5 razy wzrasta ryzyko w przypadku gdy: wcześniaki i niemowlęta z niską masą urodzeniową współdzieliły łóżko z rodzicami, nawet gdy wcześniej nie palili papierosów oraz gdy we współdzielonym łóżku znajdują się miękkie poduszki lub koce. Po nakarmieniu niemowlęcia, gdy odbywało się ono w łóżku rodziców, należy odłożyć je niezwłocznie do osobnego łóżeczka w momencie gotowości rodzica do zaśnięcia.
5. W strefie snu niemowlęcia unikać pozostawiania miękkich poduszek, kocy, kołder, nakładek na materacyk, zabawek, luźnych, niedopasowanych prześcieradeł.
6. Stosowanie smoczka w czasie drzemki i przed snem. Podanie smoczka powinno zostać odroczone do momentu ustabilizowania się laktacji. Ponadto wykazano, że oferowanie smoczka podczas drzemki i snu działa ochronnie a ryzyko SIDS zmniejsza się o 50-90%.
7. Unikanie narażenia na dym tytoniowy oraz na środki zawierające nikotynę podczas trwania ciąży i po porodzie.
8. Wystrzeżenie się używania alkoholu i narkotyków w okresie prenatalnym i po porodzie.
9. Chronienie niemowląt przed przegrzaniem oraz zakrywaniem ich głowy. Wyjątek stanowią pierwsze godziny po porodzie oraz przebywanie w oddziale intensywnej terapii.
10. Regularne korzystanie przez kobiety w ciąży z opieki prenatalnej.
11. Zaleca się szczepienia ochronne według obowiązujących wytycznych.

12. Rezygnacja ze stosowania domowych monitorów krążeniowo-oddechowych używanych jako strategia zapobiegania SIDS. Nie ma przeciwwskazań do używania monitorów, jednak brak jest danych popartych badaniami, które potwierdzają skuteczność w zapobieganiu nagłym niespodziewanym zgonom niemowląt. Poza tym w dostępnych wytycznych wskazuje się na ryzyko uspienia czujności rodziców/opiekunów i związaną z powyższym rezygnację ze stosowania się do rekomendacji w zakresie profilaktyki SIDS.
13. Uważna obserwacja niemowlęcia podczas stosowania pozycji ułożeniowej na brzuchu.
14. Strategicznym punktem jest stosowanie rekomendacji dotyczących bezpiecznego snu w praktyce i ich rozpowszechnianie przez lekarzy, personel szpitalny, kobiety ciężarne, opiekunów niemowląt, od samego początku ciąży.
15. Zaleca się zaangażowanie mediów oraz producentów do rozpowszechniania i stosowania powyższych wytycznych w swoich reklamach, w celu propagowania akcji bezpiecznego snu niemowląt.
16. Pracownicy ochrony zdrowia jako główni promotorzy akcji dotyczącej bezpiecznego snu niemowlęcia.

Zachowania zdrowotne kobiet a profilaktyka SIDS

Prozdrowotny styl życia kobiety w okresie ciąży, wsparcie rodziny i zdobywanie wiedzy na temat czynników warunkujących zdrowie jej oraz potomstwa stanowi ważny aspekt profilaktyki i promocji zdrowia.

Palenie tytoniu w okresie ciąży stanowi poważne ryzyko związane z rozwojem SIDS. Badania przeprowadzone przez Główny Inspektorat Sanitarny [15] potwierdzają, iż nie jest to rzadkie zjawisko i zgodnie z przekazanymi danymi z 2009 roku dotyczyło 36% kobiet. Natomiast w badaniach Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie [15] z 2012 roku problem nikotynizmu wśród ciężarnych tyczył się 39,8% respondentek. Inne dane prezentowane w Rocznikach Państwowego Zakładu Higieny [16] wskazują również na duże zagrożenie SIDS, bowiem 22% badanych potwierdziło palenie papierosów podczas trwania ciąży, 13% piło alkohol, a obie używki jednocześnie stosowało 7% badanych. Duże ryzyko wystąpienia SIDS niesie ze sobą zjawisko biernego palenia przez rodziców i opiekunów dziecka, co według niektórych badań [16] dotyczy nawet 25% badanej populacji. Wyniki prowadzonych badań nad SIDS wskazują na 16-krotnie większe ryzyko zgonu wśród wcześniaków spowodowanym paleniem papierosów przez ich matki oraz ponad dwukrotnie większe ryzyko SIDS gdy kobiety paliły w okresie ciąży [15, 16].

Kolejnym ryzykownym zachowaniem wśród kobiet ciężarnych jest spożywanie alkoholu. Badania przeprowadzone przez TNS OBOP w 2011 roku [15] w ramach programu „Lepszy start dla Twojego dziecka”, ujawniły, że alkohol w trakcie ciąży był spożywany przez 13% badanych. Taki sam wynik uzyskano w badaniach opublikowanych w 2018 roku, przeprowadzonych w województwie mazowieckim [16]. Szczególnie niebezpieczna sytuacja występuje przy jednoczesnym wystąpieniu dwóch czynników: spożywania alkoholu i spania z niemowlęciem w jednym łóżku – istnieje bowiem ryzyko nieświadomego przyduszenia dziecka [15, 16].

Wspomniane współdzielenie łóżka z dzieckiem jest powszechnie stosowaną praktyką, która w przekonaniu kobiet umożliwia łatwiejszy, szybszy dostęp do niemowlęcia, wygodę podczas karmienia piersią, budowanie bliskiej relacji, łagodzenie lęków dziecka oraz zapewnienie (pozorne) bezpieczeństwa. Najczęściej taki system opieki podejmują matki samotne, z większą liczbą dzieci, karmiące naturalnie, których dzieci mają niespokojny sen. Związane jest to zarówno z troską, potrzebą bliskości i tworzenia relacji. Z drugiej strony współspanie z niemowlęciem preferują matki z epizodem depresji, które chcą uniknąć współżycia oraz w celu uniknięcia konfrontacji z małżonkiem ze względu na istniejący między nimi konflikt. Zgodnie z najnowszymi wytycznymi Amerykańskiej Akademii Pediatrii niemowlęta powinny spać we własnym łóżeczku, w pokoju rodziców minimum do ukończenia szóstego miesiąca życia. Wprowadzenie tej zasady w Stanach Zjednoczonych w latach 90. XX wieku, na przełomie dziesięciu lat, obniżyło umieralność dzieci w wyniku zespołu nagłego zgonu niemowlęcia aż o 50% [13].

Nadal spotykanym zachowaniem antyzdrowotnym kobiet ciężarnych jest stosowanie substancji psychoaktywnych, w tym narkotyków (kokaina, heroina), leków uspokajających lub nasennych, środków pobudzających, tzw. „dopalaczy”. Substancje zawarte w narkotykach przenikają przez barierę łożyskową. Niestety ze względu na jeszcze niedojrzałą wątrobę płodu, toksyczne związki nie mogą zostać zmetabolizowane, co prowadzi do uszkodzenia układu żółciowego, rozwoju wad wrodzonych serca, rozszczepu podniebienia, wewnątrzmacicznego obumarcia płodu i znacznie zwiększają zagrożenie wystąpienia SIDS (w przypadku zażywania kokainy ryzyko wzrasta 2,3 krotnie; heroina zwiększa ryzyko 3,7 krotnie). Środki psychoaktywne częściej przyjmują kobiety deklarujące trudną sytuację materialną, rozwiedzione, w separacji lub tworzące związek nieformalny. Zalecenia dotyczące profilaktyki SIDS stanowczo zakazują przyjmowania marihuany, opioidów i nielegalnych narkotyków podczas ciąży i po porodzie [4, 13, 15].

Kobiety mogą wpływać na zmniejszenie wystąpienia śmierci łóżeczkowej także poprzez szereg innych czynności. Należą do nich: regularne wizyty kontrolne u lekarza pediatry i stosowanie szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem immunizacji, dbanie o bezpieczne warunki snu dziecka zgodnie z wytycznym Amerykańskiej Akademii Pediatrycznej, korzystanie z opieki prenatalnej, poszerzanie wiedzy na temat czynników ryzyka SIDS i dzielenie się wiadomościami z innymi osobami przebywającymi w środowisku niemowlęcia oraz dążenie do poprawy warunków socjalno-bytowych.

Piśmiennictwo

1. Salamończyk M.: Śmierć łóżeczkowa - zapobieganie nagłemu i niespodziewanemu zgonowi w okresie niemowlęcym. *Położa Nauka i Praktyka*, 2019, 4; 55-8.
2. Bogusławski S., Feleszko W.: SIDS w świetle wytycznych American Academy of Pediatrics z 2016 roku. *Pediatra Po Dyplomie*, 2017, 21(3), 19-22.
3. Pisaniak P, Piękoś D, Bąk K, Stokłosa P, Ozga D. The battle with uneven opponent – Sudden Infant Death Syndrome. *Pielęgniarstwo XXI Wieku*, 2019, 18(2), 132-5
4. Duncan J.R., Byard R.W. (red) SIDS: Sudden infant and early childhood death: The past, the present and the future. Adelaide: University of Adelaide Press; 2018.
5. Lewandowska A., Stokłosa A., Lewandowski T., and Laskowska B.: The analysis of Sudden Infant Death Syndrome in Poland, *Journal of Education, Health and Sport*, 2017, 7(5), 15-128
6. GUS – Bank Danych Lokalnych [Internet] [cytowane 9 sierpień 2023]. Dostępne na: <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/podgrup/tablica>
7. Blackburn J., Chapur V.F., Stephens J.A., Zhao J., Shepler A., Pierson CR., i in.: Revisiting the Neuropathology of Sudden Infant Death Syndrome (SIDS). *Front Neurol* [Internet]. 17 grudzień 2020 [cytowane 9 sierpień 2023];11:594550. Dostępne na: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2020.594550/full>
8. Sumińska-Ziemann B., Gos T., and Jankowski Z.: The role of respiratory failure caused by congenital central nervous system abnormalities and the effect of β -casomorphins in sudden infant death syndrome pathogenesis. *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii*, 2015, 65(2), 99-111.
9. Sontag J.M., Singh B., Ostfeld B.M., Hegyi T., Steinberg M.B., Delnevo C.D.: Obstetricians' and Gynecologists' Communication Practices around Smoking

Cessation in Pregnancy, Secondhand Smoke and Sudden Infant Death Syndrome (SIDS): A Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020, 17(8), 2908

10. Perrone S., Lembo C., Moretti S., Prezioso G., Buonocore G., Toscani G. i in.: Sudden Infant Death Syndrome: Beyond Risk Factors. *Life* 2021, 11(3), 184.
11. Shabnam S., Naiem J., Islam M.S., Banu S.: Forensic Autopsy Findings in Determination of the Risk Factors of Sudden Infant Death Syndrome. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences* 2022, 10(4), 458-62.
12. Jullien S.: Sudden infant death syndrome prevention. *BMC Pediatrics*. 2021, 21(1), 320.
13. Moon R.Y., Carlin R.F., Hand I.: the task force on sudden infant death syndrome and the committee on fetus and newborn. *Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2022 Recommendations for Reducing Infant Deaths in the Sleep Environment*. *Pediatrics* 2022, 150(1), e2022057990.
14. Task force on sudden infant death syndrome. *SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment*. *Pediatrics* 2016, 138(5), e20162938.
15. Kicel B.A., Hołody-Zaręba J., Kinalski P.M.: Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży. Health Behaviors during pregnancy. *Ginekologia i Położnictwo* 2014, 9(1), 47-53.
16. Hamułka J., Zielińska M.A., Chądzyńska K.: The combined effects of alcohol and tobacco use during pregnancy on birth outcomes. *Rocznik Państwowego Zakładu Higieny* 2018, 69(1), 45-54.

NADWAGA I OTYŁOŚĆ W POPULACJI WIEKU ROZWOJOWEGO JAKO PROBLEM CYWILIZACYJNY

mgr Nowak Urszula, dr n. med. Warmuz-Wancisiewicz Aneta, lic. piel. Kruk Kinga

Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego Katedry Pediatrii, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wprowadzenie

Otyłość według definicji medycznej, to „ogólnoustrojowa, przewlekła choroba metaboliczna będąca skutkiem zaburzenia równowagi pomiędzy pozyskiwaniem i utratą energii”. [1] Problem nadwagi i otyłości staje się jednym z najbardziej niepokojących zjawisk zdrowotnych świata, w tym również w Polsce. [2]

Nadwaga i otyłość uznawane są za najbardziej znaczące choroby uwarunkowane odżywianiem. Jeśli chodzi o nadwagę i otyłość u dzieci, winą obarczyć można, w dużej mierze, styl życia jaki prowadzą dzieci. Coraz częściej obserwuje się u dzieci brak ruchu i zbyt kaloryczne, obfite odżywianie. Każdy rodzic powinien dokonywać kontroli masy ciała swojego dziecka i dbać o jego prawidłowy jadłospis oraz aktywność fizyczną. Dzieci dotknięte problemem nadwagi oczekują wsparcia ze strony rodziców, ale także pedagogów czy pielęgniarek szkolnych. Wiele dzieci i nastolatków z nadwagą akceptuje swój wygląd i nie przeszkadza im to, że mają problemy z wykonywaniem prostych ćwiczeń ruchowych na zajęciach sportowych, a znaczna ich liczba, ma także problemy z wykonywaniem prostych czynności życia codziennego np. z wchodzeniem po schodach, samodzielnym ubieraniem się, czy wiązaniem sznurówek. Obecnie na świecie wśród nastolatków funkcjonuje obraz bardzo szczupłej osoby z niedowagą, albo osoby o znacznej otyłości. Wśród populacji wieku rozwojowego są również dzieci, mające tendencję do otyłości, która we wczesnym etapie życia, ujawnia się nadwagą. Warto temu zjawisku zapobiegać, dlatego zaangażowani w obserwację i profilaktykę muszą być nie tylko rodzice, ale również placówki szkolne, do których uczęszczają dzieci. Rola szkoły jest bardzo ważna. Rodzice często nie dostrzegają problemów swojego dziecka lub dostrzegają, ale nie wiedzą jak sobie z nimi poradzić. Szkoła powinna wspierać rodziców, troszczyć się o dobro każdego ucznia oraz podchodzić w sposób indywidualny do każdego problemu podopiecznych.

Cel pracy

Celem pracy była analiza występowania zagrożenia cywilizacyjnego, jakim są nadwaga i otyłość wśród dzieci i młodzieży.

Uzyskane wyniki będą źródłem informacji niezbędnych do oceny tego zjawiska, aby móc skutecznie zapobiegać temu problemowi już od etapu wczesnego rozwoju dziecka, aż do etapu dojrzałości na wszystkich szczeblach, począwszy od rodziny, a kończąc na pedagogach, wychowawcach i całym środowisku szkolnym.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety obejmującego 20 pytań zamkniętych. Wszystkie udzielone przez ankietowanych odpowiedzi miały charakter anonimowy.

Badaną grupę stanowiło 60 uczniów (w tym 28 dziewcząt – 47%) i (32 chłopców – 53%), uczniów 4-8 klasy szkoły podstawowej. Wszystkie dzieci były mieszkańcami dużych miast, których liczba ludności przekracza 100 tys.

Najliczniejszą grupę stanowiły dzieci w wieku 12 lat – 35% oraz 11 lat – 32%, w wieku 10 lat było 10%, 13-latków było 10%, 14-latków – 13%.

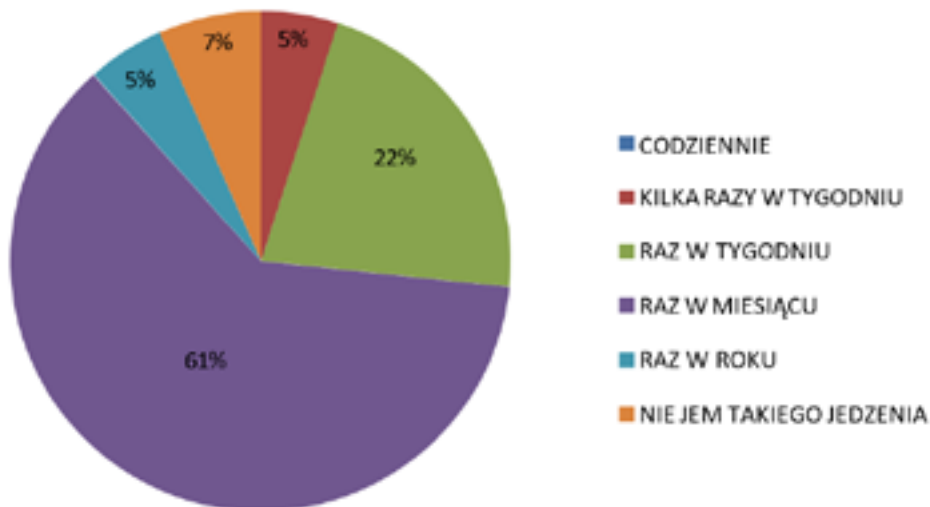
Wyniki

Spośród 60 badanych uczniów – 25 (41%) ma nadwagę lub otyłość.

54% ankietowanych podaje, że żadne z rodziców nie ma nadwagi ani otyłości; kolejne 23% wskazało na matkę, a 23% na ojca. W samoocenie badanych 82% uważa, że nie ma nadwagi bądź otyłości, 18% uznało, że z tym problemem się zмага.

Analizując częstotliwość spożywanych posiłków, 42% ankietowanych deklaruje, że spożywa 3 posiłki dziennie, 38% – 4 posiłki, 20% – 5 i więcej posiłków dziennie. Zaledwie 6% uczniów stosuje specjalną dietę, której celem wg nich jest utrata masy ciała (53%), przybranie na wadze (35%), poprawa stanu zdrowia (12%).

Respondentów zapytano również o podjadanie słodczy, słonych i słodkich przekąsek oraz napoi. Odpowiedzi odnośnie spożywania słodczy, chipsów i napoi gazowanych były następujące: 55% badanych spożywa dane produkty kilka razy w tygodniu, 27% badanych spożywa wymienione produkty raz w tygodniu, 13% respondentów spożywa słodczy, chipsy i napoje gazowane codziennie, natomiast 5% respondentów nie spożywa tego typu posiłków. Podobnie wygląda spożywanie posiłków typu „Fast Food” - aż 61% dzieci i młodzieży przyznaje, że korzysta z takich posiłków raz w miesiącu, 22% raz w tygodniu, 5% kilka razy w tygodniu, tylko 7% badanych odpowiedziało, że nie je takiego typu produktów. (ryc.1)



Ryc. 1 Spożywanie produktów „Fast Food” w badanej grupie.

Zupełnie inaczej wygląda spożywanie warzyw i owoców. Tylko 17% je 5 i więcej porcji warzyw i owoców w tygodniu, 20% 3-4 porcje, najwięcej, bo aż 50% tylko 1-2 porcje i aż 12% podaje, że nie spożywa w ogóle owoców i warzyw.

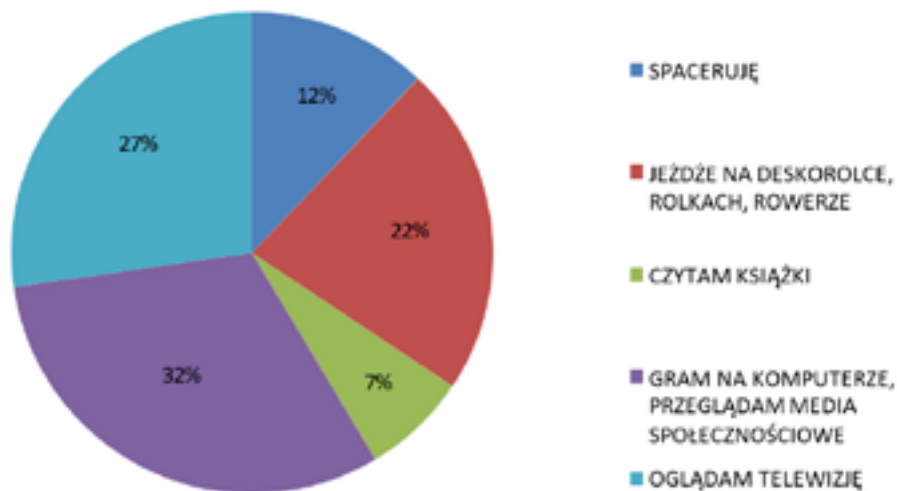
Na pytanie o jedzenie śniadania w domu, 65% odpowiedziało twierdząco, 35% nie je śniadania w domu. Również drugiego śniadania nie je 14% respondentów, pierwszym posiłkiem dla nich jest dopiero obiad. Z osób jedzących drugie śniadanie 49% wybiera kanapki, 19% owoce i warzywa, 10% chipsy i słodczyce, 8% drożdżówki.

Analizie poddano również pory ostatniego posiłku - 40% badanych je kolację o różnych porach, 27% robi to 3 godziny przed snem, 25% 1 godz. przed snem, a 8% bezpośrednio przed pójściem spać. Jeżeli chodzi o wspólne przygotowywanie posiłków, to tylko w 16% domów jest taka tradycja, aż 84% dzieci przyznaje, że każdy domownik przygotowuje posiłki samodzielnie.

Respondenci czas wolny najchętniej spędzają w następujący sposób: 32% - gra na komputerze, 27% ogląda telewizję, 22% jeździ na rolkach, rowerze, 12% spaceruje, tylko 7% respondentów czyta książki. (Ryc.2)

Biorąc pod uwagę korzystanie z Internetu 93% badanych zagląda na portale społecznościowe oraz gra w gry online, tylko 7% podaje, że nie korzysta z Internetu. Z grupy osób korzystających z Internetu, największa część, aż 43% korzysta 3-4 h dziennie, 32% 1-2 h dziennie, aż 11% 5-6 h dziennie, 9% 7 h dziennie i zaledwie 5% korzysta poniżej 1 h dziennie.

Poza zajęciami szkolnymi sport uprawia 77% dzieci, 23% nie uprawia żadnego sportu. Wśród wskazanych dyscyplin na pierwszym miejscu jest piłka nożna 53%, kolejno pływanie 16%, gimnastyka, sztuki walki, akrobatyka, jazda konna, rolki. 53% badanej grupy twierdzi, że rodzice nie zachęcają do uprawiania sportu, 47% odpowiedziało twierdząco.



Ryc. 2 Spędzanie czasu wolnego w badanej grupie.

Biorąc pod uwagę aktywność respondentów podczas zajęć wychowania fizycznego w szkole, to 72% badanych deklaruje, że „WF” sprawia im ogromną radość i satysfakcję, natomiast 28% twierdzi, iż biorą czynny udział w zajęciach, ale niektóre ćwiczenia fizyczne sprawiają im trudność. Pozostałe odpowiedzi nie zostały wybrane.

Dyskusja

Szacuje się, że co piąta osoba (20%) spośród populacji rozwojowej Europy cierpi z powodu nadmiaru masy ciała. [3] Potwierdzają to badania przeprowadzone w Polsce przez HBSC (z ang. Health Behavior in School-aged Children) w latach 2013-2014, które podawały o występowaniu tego problemu u co 7 nastolatka, w 2017-2018 potwierdzono występowanie nadmiaru masy ciała, już u co piątej badanej osoby.[4,5] Problem potwierdzono również w badaniach własnych, gdzie ok 40% badanych ma nieprawidłową masę ciała.

W badaniach Wittbordt i wsp. wykazano, że duży wpływ na występowanie nadwagi i otyłości dzieci mają ich rodzice.[6] Potwierdzają to wyniki badań własnych, gdzie blisko połowa respondentów, potwierdza fakt występowania nadwagi lub otyłości u jednego z rodziców. Liczni autorzy dowodzą również, że czynniki wpływające na nawyki żywieniowe skupiają się wokół środowiska rodzinnego. Spożywanie posiłków w otoczeniu rodziny, wpływa na kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych.[7, 8]

Spożywanie śniadań w domu, wspólne przygotowywanie i spożywanie posiłków to element, który występuje w nielicznych już rodzinach badanych uczniów, co wpływa na obniżenie jakości diety, korzystanie z posiłków typu "fast food". Obserwacje te znajdują potwierdzenie w badaniach własnych oraz badaniach prowadzonych przez Jarosz M. i wsp. [8, 9]

Słodycze oraz przekąski słone, napoje gazowane, goszczą często w diecie ankietowanych, na niekorzyść owoców i warzyw, które to powinny występować kilka razy dziennie w jadłospisie dzieci i młodzieży. Zdecydowana większość spożywa warzywa i owoce sporadycznie w przeciągu tygodnia, niepokojący jest fakt, że część ankietowanych nie je ich wcale.

Pośpiech i wygoda są czynnikami mającymi negatywny wpływ na jakość diety dzieci, potwierdzają to również badania własne: posiłki rzadko przygotowuje się wspólnie, posiłki spożywa się o różnych porach, pomijane jest śniadanie, najważniejszy posiłek w ciągu dnia.

Aktywność fizyczna dziecka często nie jest dla rodziców ważna, dzieci często powielają bierny tryb spędzania wolnego czasu. Niestety, coraz więcej dzieci zamiast aktywnie spędzać czas, spędza go przed telewizją lub komputerem. [10] Wyniki badań własnych i inne opracowania potwierdzają, że na zwiększenie aktywności fizycznej dzieci znaczący wpływ mają rodzice.[11, 12]

Jednak większość rodziców nie mobilizuje dzieci do aktywności fizycznej, uprawiania sportu, duża grupa ankietowanych nie uprawia żadnej aktywności fizycznej, poza lekcjami wychowania fizycznego. Chociaż większość dzieci twierdzi, że zajęcia wychowania fizycznego sprawiają im ogromną radość i satysfakcję, to poza zajęciami obowiązkowymi, rzadko decydują się na dodatkową aktywność fizyczną. Biernie spędzanie wolnego czasu jest zmartwieniem dzisiejszych czasów, komputer i telewizja to główne zajęcia w czasie wolnym, znacząca grupa respondentów, korzysta z Internetu zazwyczaj parę godzin dziennie.

Wnioski

W oparciu o uzyskane wyniki badań można wysunąć następujące wnioski :

1. Znaczący odsetek badanych dzieci ma nadwagę lub otyłość.
2. Duża grupa ankietowanych ma nieprawidłowe nawyki żywieniowe.
3. Respondenci zazwyczaj biernie spędzają czas wolny (komputer, telewizja).
4. Większość rodziców nie zachęca dzieci do aktywności fizycznej.

Piśmiennictwo

1. Kupczak-Wiśniowska B., Borgosz J., Podsiadło B., Serzysko B., Jędrkiewicz E.: Otyłość u dzieci- problem współczesnego społeczeństwa. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2017, 16, 1(58)
2. Kędzior A., Jakubek-Kipa K., Brzuszek M., Mazur A.: Trendy w występowaniu nadwagi i otyłości u dzieci na świecie, Europie i w Polsce. *Endokrynologia Pediatria* 2017,16. 1 58.41-48
3. Otyłość i nadwaga w populacji rozwojowej. *Hygeia Public Health* 2012, 47(1), 28-35
4. Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015, 106-111
5. Fijałkowska A., Oblacińska A., Korzycka M. (red.): *Zdrowie i styl życia polskich uczniów*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2019
6. Wittbrodt M., Napierała M., Gotowski R., Problem otyłości uczniów z Gimnazjum nr 32 w Bydgoszczy. *Journal of Education, Health and Sport* 2017, (2), 76-97
7. Broniecka A., Wyka J.: Wybrane elementy stylu życia wpływające na stan zdrowia młodzieży. *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna XLV*, 2012, 2, 196-205
8. Jarosz M., Wolnicka K., Kłosowska J.: Czynniki środowiskowe związane z występowaniem nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży. *Postępy Nauk Medycznych XXIV*, 9, 2011
9. Głowacka-Rębała A.: *Zachowania zdrowotne w rodzinie a problem otyłości u dzieci*. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Wydział Nauk o Zdrowiu. Rozprawa doktorska 2013
10. Zarzycka D., Szara M., Sroka A.: Otyłość wieku szkolnego- epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, metody prewencji. *Endokrynol. Ped.*, 2015, 14.2.51, 79-88

11. Peszko M., Gaca M., Małgorzewicz S.: Edukacja żywieniowa rodziny w przypadku występowania otyłości. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*. 2013, 9, 4, 399-403
12. Weker H., Barańska M., Dyląg H.: Otyłość u dzieci i młodzieży- aktualne spojrzenie. *Pediatrics po Dyplomie* 2017, 2, 8-13

Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad dzieckiem chorym

ROLA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD DZIECKIEM Z MŁODZIEŃCZYM IDIOPATYCZNYM ZAPALENIEM STAWÓW

dr n med. Ewa Kulbaka^{1,2}, mgr piel. Katarzyna Wiśniewska^{1,2},
dr n. o zdr. Urszula Chrzanowska³, lic. piel. Sylwia Grzelka⁴

1. Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie.
2. Radomska Szkoła Wyższa, Wydziału Nauk o Zdrowiu
3. Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia, Alergologii i Pulmonologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
4. Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Wstęp

Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów jest sporadycznie występującą chorobą. Częstość występowania szacuje się 80 – 100 przypadków na 100 tysięcy dzieci. Charakteryzuje się utrzymującym się zapaleniem stawów, którego objawami są obrzęk, ograniczenie ruchomości, a przede wszystkim ból towarzyszący dziecku. Choroba pojawia się przed osiągnięciem 16 roku życia. Postać z zajęciem kilku stawów występuje najczęściej. Proces zapalny dotyczy na ogół dużych stawów np. kolanowych, łokciowych. Zazwyczaj występuje przed 6 rokiem życia, przy właściwym leczeniu rokowanie jest pomyślne. Istotą choroby jest przewlekły proces zapalny, uszkadzający chrząstkę stawową, nasady kostne. Bardzo szeroka symptomatologia stwarza problemy diagnostyczne, zwłaszcza w początkowym stadium choroby. Poprawa jakości życia osoby dotkniętej młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów to najważniejszy cel do osiągnięcia dla pacjenta jak i dla personelu medycznego. Pielęgniarka jako osoba pozostająca w stałym kontakcie z pacjentem ma za zadanie brać czynny udział w leczeniu oraz rehabilitacji, edukować, zapewnić wsparcie i poczucie bezpieczeństwa [1, 2].

Pielęgniarka to pierwsza osoba z jaką mały pacjent ma kontakt zaraz po przyjęciu na oddział szpitalny. Dlatego odgrywa bardzo ważną rolę podczas wprowadzania go w specyfikę oddziału, oraz w trakcie zapoznawania się z panującymi zasadami i wpływa na wizerunek placówki. Obecność pielęgniarki przy chorym dziecku w chwili przyjęcia zapewnia mu poczucie bezpieczeństwa i ułatwia zaadaptowanie

w warunkach szpitalnych. Głównym celem działań pielęgniarskich przy dziecku dotkniętym chorobą reumatologiczną jest potrzeba przekazania wiedzy i nauczania dziecka lub jego opiekunów pewnych umiejętności, tak aby aktywnie uczestniczyło w procesie leczenia, rehabilitacji w szpitalu i w środowisku zamieszkania. Zakres edukacji powinien być dobierany indywidualnie do chorego dziecka, gdyż każdy inaczej reaguje na chorobę i trudności z nią związane [1, 3].

Pielęgniarka opiekując się pacjentem z chorobą reumatoidalną, działa wielokierunkowo i kompleksowo, wykorzystując swoją wiedzę medyczną. Do zadań pielęgniarki w opiece nad dzieckiem należy [4, 5, 6]:

- Czynne uczestniczenie w procesie leczenia młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawu.
- Leczenie chorych pacjentów na młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów obliguje pielęgniarkę do znajomości i rozpoznawania możliwych występujących działań niepożądanych, oraz zachowania odpowiednich procedur jakimi są: podaż leków na zlecenie lekarza, droga podania leków, interakcje w jakie może wejść lek z innymi podanymi lekami. Podczas terapii Glikokortykosteroidami podczas choroby pielęgniarka ma obowiązek poinformować chorego pacjenta, o możliwym powstaniu działań niepożądanych. Takimi działaniami są: nudności, wymioty, obniżenie parametrów układu krwiotwórczego, uszkodzenie wątroby, oraz edukację rodziny pacjenta na temat prewencji powstania chorób układu krwiotwórczego.
- Obecność podczas terapii farmakologicznej z wykorzystaniem sterydów, leków immunosupresyjnych, a także biologicznych. W tym momencie ważną rolę pielęgniarki jest przekazanie ważnych informacji o skrupulatnym przestrzeganiu przyjmowanej dawki leku, a także pory dnia przyjmowania leku. Wsparcie chorego pacjenta jest bardzo ważnym elementem mającym na celu eliminację błędnych postaw wobec choroby.
- Uczenie chorego możliwości leczenia, podejmowania rehabilitacji, a przede wszystkim o pozytywnych aspektach życia i możliwościach podejmowania normalnego życia zawodowego i życia w społeczeństwie.
- Dbanie o odpowiednie przygotowanie chorego do ćwiczeń takich jak: podanie przed podjęciem ćwiczeń leków przeciwbólowych, edukowanie pacjenta o konieczności świadomego rozluźniania mięśni, oraz edukacja w zakresie czasu trwania samodzielnie podejmowanego wysiłku fizycznego, intensywnej częstotliwości, metodach relaksu po ćwiczeniach. Ważną rolę

pielęgniarki jest stymulowanie chorego do aktywności fizycznej, także udoskonalania chwytów zmniejszające obciążenie stawów międzypaliczkowych i śródrečno-paliczkowych chorego, które są najbardziej narażone na przeciążenia i odkształcenia. W czasie pobytu w szpitalu i wystąpieniu bolesności stawów pielęgniarka może wykonać masaż okolicy stawowej z użyciem techniki głaskania oraz wykonać zabiegi fizykalne z użyciem ciepła, zimna.

- Stałe obserwowanie i monitorowanie podstawowych parametrów życiowych. Monitorując stan pacjenta w szczególności powinna zwrócić uwagę na układ oddechowy, układ krążenia, układ pokarmowy, układ moczowy, układ nerwowy, oraz układ kostny i układ mięśniowy. Ponadto obserwacji podlega również funkcjonowanie zmysłów ocena stanu i wyglądu skóry zakres termoregulacji u chorego. W zakresie opieki chorego na oddziale pielęgniarka codziennie wykonuje pomiary takie jak oddech, ciśnienie tętnicze krwi, temperatura ciała, saturacja. Ważnym elementem jest również wzrok, słuch, wzrost i masa ciała, a także stan jamy ustnej. Po wykonaniu wyżej wymienionych czynności pielęgniarka ma obowiązek udokumentować wyniki pomiarów.
- Uczestniczenie w diagnostyce poprzez pobieranie materiału do badań od pacjenta. Procedura pobierania materiału do badań obejmuje przygotowanie chorego do tej czynności, zapoznanie pacjenta z celem zabiegu, zapewnienie odpowiedniego sprzętu i elementów niezbędnych do pobrania materiału do badań. Podczas wykonywania tej czynności należy postępować ściśle z procedurą i zasadami aseptyki i antyseptyki, w celu wyeliminowania niepożądanych zakażeń.
- Obserwowanie zachowania chorego, jego samopoczucia a także zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i niwelowanie niekomfortowych odczuć.
- Objęcie pacjenta opieką podczas stanu zagrożenia życia. Pielęgniarka stale obserwując chorego ocenia jego aktualny stan i podejmuje działania polegające na udrażnianiu dróg oddechowych, układaniu w pozycji bezpiecznej, a także w razie konieczności podejmuje reanimację. Obowiązkiem pielęgniarki jest niezwłoczne powiadomienie lekarza, o wszelkich nieprawidłowościach występujących u pacjenta.
- Wykonywanie procedur profilaktycznych. Jednym z głównych zadań pielęgniarki jest poprawa jakości układu oddechowego u chorego. Do

czynności tych należą: gimnastyka oddechowa, oklepywanie pleców, klatki piersiowej, masaż, a także pozbywanie się wydzieliny z drzewa oskrzelowego oraz inhalacje.

- Profilaktyka zakażeń mająca na celu uniemożliwienie powstawaniu i rozprzestrzenianiu się chorób. Najczęstszymi miejscami gdzie dochodzi do zakażeń są miejsca operowane, układ moczowy, układ oddechowy, a także miejsca związane z cewnikowaniem, ingerencją w skórę i naczynia pacjenta. Pielęgniarka wykonując wszelkie czynności związane z opieką, pielęgnacją i wykonywaniem zabiegów jest zobowiązana do rygorystycznego przestrzegania zasad aseptyki i antyseptyki.
- Utrzymanie higieny ciała chorego w celu zapewnienia prawidłowej kondycji skóry, włosów, paznokci, jamy ustnej, oraz części intymnych. Do działań higienicznych należy zapewnienie czystej bielizny, zmiana pościeli, a także ślanie łóżka. Priorytetem przy zapewnieniu higieny u pacjenta jest poszanowanie jego prywatności i zapewnienie intymności chorego. Przed podjęciem działań higienicznych przez pielęgniarkę należy powiadomić pacjenta, o planowanej czynności, uzyskać zgodę na działanie i zachęcić do współpracy.

Opieka nad dzieckiem z młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów wymaga od pielęgniarki, lekarza, fizjoterapeuty i innych osób uczestniczących w procesie leczenia podejścia holistycznego. Tylko efektywna współpraca osób współpracujących w procesie leczenia daje skuteczne wsparcie i pomoc w zmaganiu się z chorobą [7].

Głównym zadaniem pielęgniarki jest przygotowanie planu opieki nad pacjentem, który składa się z czterech etapów takich jak [3]:

- ukazanie problemu pielęgnacyjnego, oraz ukazanie potrzeb pacjenta,
- zaplanowanie działań w celu zaplanowania opieki i niwelowania problemów pielęgnacyjnych,
- realizacja zamierzonego planu opieki nad pacjentem,
- ocena wykonywanych działań i czynności.

Indywidualny plan opieki pozwala na zapewnienie jak najlepszej pielęgnacji pacjenta. Pielęgniarka prawidłowo określając i ściśle trzymając się obranego planu jest w stanie zapobiegać powikłaniom, zapewnia poczucie bezpieczeństwa, a zarazem poprawia jakość życia pacjenta [3, 7].

Cel pracy

Celem głównym badania było określenie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem z młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów.

Materiał i metoda

Metodą badawczą obraną w badaniu jest metoda indywidualnego przypadku, która skupia się na badaniu konkretnego problemu, zdarzenia lub osoby. Informacje zostały zebrane na podstawie wywiadu przeprowadzonego z matką pacjenta w pierwszej dobie hospitalizacji, a także obserwacji chorego na oddziale jak również analizie dokumentacji medycznej. Techniki badawcze wykorzystane podczas badania: wywiad pielęgniarski, obserwacja pacjenta, analiza dokumentacji pacjenta, podstawowe pomiary. W niniejszej pracy wykorzystane zostały następujące narzędzia badawcze: Arkusz do gromadzenia danych, Skala VAS, Skala nasilenia nudności opracowana przez WHO, Skala nasilenia wymiotów opracowana przez WHO, Kalkulator BMI dziecka (Body Mass Index).

Wyniki

Studium przypadku – analiza i opis

Przedmiotem badań był pacjent K.G., 2,5 roczny chłopiec przyjęty do Oddziału Pediatricznego w Starachowicach dnia 20 listopada 2022 roku celem diagnostyki i leczenia. Z wywiadu wiadomo, że w sierpniu 2022 roku u pacjenta wystąpił ból i obrzęk stawu kolanowego prawego, bez związku z infekcją czy urazem. Z tego powodu był dwukrotnie hospitalizowany w Szpitalu w Kielcach, gdzie wykryto czynne zakażenie boreliozą i zastosowano leczenie niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi oraz celowaną antybiotykoterapię. Wykonano również dwukrotnie punkcję zajętego stawu kolanowego. Ze względu na utrzymujący się obrzęk zdecydowano o konieczności rozszerzenia diagnostyki.

Przy przyjęciu do oddziału chłopiec był w stanie ogólnym dobrym, zgłaszał dolegliwości bólowe, utykał na nogę, w której zajęty był staw kolanowy. W badaniu fizykalnym stwierdzono duży obrzęk i wzmożone ocieplenie zajętego stawu kolanowego. Z wywiadu wiadomo, że choruje na astmę oskrzelową, w 2021 roku leczony na Oddziale Pediatricznym w Szpitalu w Starachowicach z powodu obturacyjnego zapalenia oskrzeli. Chłopcem zajmuje się mama. Ojciec dziecka nie mieszka z rodziną. Warunki mieszkaniowe dobre, chłopiec ma własny pokój. Do tej pory był bardzo aktywnym i żywiołowym dzieckiem przez chorobę i ból z nią związany zmniejszyła się aktywność dziecka. Sprawność fizyczna została

ograniczona. U chorego nie występują żadne alergię na leki. Występuje alergię wziewna na roztocza mączne, roztocza kurzu, oraz sierść zwierząt.

Badania laboratoryjne wykazały niskie wskaźniki stanu zapalnego. Wykluczono szereg przyczyn infekcyjnych zgłaszanych dolegliwości. Nie wykryto czynnika reumatoidalnego, przeciwciał ANA, oraz anty CCP. Badanie ultrasonograficzne wykazało zwiększoną ilość płynu w jamie zajętego stawu – w znieczuleniu ogólnym wykonano punkcję ewakuując 30 ml. płynu o charakterze zapalnym.

Na podstawie obrazu klinicznego oraz wyników badań diagnostycznych rozpoznano młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów.

Proces pielęgnowania pacjenta z młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów

Diagnoza pielęgniarska 1: Poranna sztywność stawów, oraz obniżone napięcie mięśniowe.

Cel opieki: Zminimalizowanie sztywności porannej oraz poprawa napięcia mięśniowego.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Przygotowanie oraz pomoc pacjentowi w wykonywaniu toalety ciała.
- Edukacja pacjenta w zakresie wykonywania ćwiczeń biernych i czynnych z obciążeniem tj. zginanie i prostowanie stawów w podwieszeniu kończyn, rehabilitacja kończyn i kręgosłupa w wodzie.
- Czynne uczestnictwo pielęgniarki w rehabilitacji i edukacji pacjenta.
- Rozmowa z pacjentem o konieczności pozostania w łóżku i ograniczenia ruchomości w stawach zmienionych chorobowo podczas trwania stanu zapalnego.
- Instruktaż rehabilitanta technik masażu mających na celu zminimalizowanie napięcia mięśniowego - głaskanie, rozcieranie, ugniatanie.
- Zadbanie przez personel medyczny pielęgniarkę i rehabilitanta o właściwe wyposażenie łóżka. Zastąpienie miękkiej poduszki wałkiem, zapewnienie twardego materaca.
- Edukacja pacjenta o konieczności przyjmowania leków przeciwzapalnych oraz przeciwbólowych, a także podawanie leków zgodnie z indywidualną kartą zleceń.

Ocena podjętych działań: Uzyskano zmniejszenie sztywności porannej oraz poprawę napięcia mięśniowego.

Diagnoza pielęgniarska 2: Niezdolność do poruszania się z powodu nasilenia bólu w okolicy stawu kolanowego.

Cel opieki: Łagodzenie bólu stawu , poprawa zdolności poruszania się przez pacjenta.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Obserwacja miejsca zmienionego przez chorobę w kierunku stanu zapalnego, ból, zaczerwienienie, obrzęk, ocieplenie chorego stawu.
- Ocena zakresu możliwości samoobsługowych pacjenta poprzez uważną obserwację chorego w radzeniu sobie z toaletą ciała, spożywaniem posiłków, przemieszczaniem się.
- Ocena bólu według skali wizualnej VAS.
- Podaż leków zgodnie ze zleceniem lekarza z uwzględnieniem godzin rehabilitacji i usprawniania pacjenta.
- Udzielenie wsparcia psychicznego i fizycznego pacjentowi i jego mamie w poczynanych działaniach oraz wręczenie broszur dotyczących korzyści stosowania zabiegów fizykoterapeutycznych, krioterapia miejscowa, ultradźwięki.
- W razie potrzeby pomoc pacjentowi we wstaniu z łóżka i przejściu do łazienki.

Ocena podjętych działań: Zmniejszono odczucie bólu co poprawiło zdolność poruszaniu się dziecka.

Diagnoza pielęgniarska 3: Dyskomfort i ból pacjenta z powodu nasilonego obrzęku okolicy stawu kolanowego.

Cel opieki: Zmniejszenie dyskomfortu oraz bólu wynikającego ze stanu zapalnego i obrzęku okolicy stawu kolanowego.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Prowadzenie farmakoterapii według zleceń lekarza prowadzącego oraz propozycja wykonania zabiegów przeciwzapalnych (okłady zimne bądź ciepłe, a także wysychające).
- Obserwacja objawów chorobowych: obrzęk, ocieplenie oraz zaczerwienienie, wynikające z trwającego stanu zapalnego.
- Rozmowa mająca na celu edukację pacjenta i jego mamy w zakresie prawidłowej oceny obrzęku i dokonywania pomiaru centymetrem oraz prowadzenia kontroli w zakresie rehabilitacji stawów w czasie trwającego ostrego stanu zapalnego.

- Monitorowanie werbalnych i pozawerbalnych oznak bólu oraz czynników wywołujących i wzmacniających dolegliwości bólowe.
- Stosowanie ćwiczeń biernych, ćwiczenia rozciągające kończyny: odwodzenia, przywodzenia, rotacje, zginanie, prostowanie.
- Ułożenie pacjenta w dogodnej pozycji z zapewnieniem dostępu do podeszek, wałków, klinów o różnym kształcie.
- Zapewnienie wygody oraz bezpieczeństwa otoczenia.

Ocena podjętych działań: Stwierdzono zmniejszony obrzęk oraz bolesność stawu kolanowego.

Diagnoza pielęgnarska 4: Zwiększona możliwość powstania zniekształceń w stawach zmienionych chorobowo oraz przykurczów mięśniowych.

Cel opieki: Zapobieganie powstaniu przykurczów mięśniowych i zniekształceń w stawach.

Plan opieki pielęgnarskiej:

- Zastosowanie oraz demonstracja pacjentowi i jego mamie metod mających na celu zapobieganie skurczom i powstawaniu zniekształceń.
- Demonstrowanie sposobu ułożenia kończyn dolnych w pozycji wyprostowanej z kolanami uniesionymi o 10 stopni, sposobu unieruchomienia kończyn dolnych po bokach łóżka mającym na celu zapobiegania rotacji kostek.
- Zaprezentowanie pozycji rotacyjnej kończyn górnych na zewnątrz i pozycji na brzuchu ze stopami ułożonymi poza materacem.
- Zapewnienie twardego i równego materaca.

Ocena podjętych działań: Możliwość powstania przykurczów mięśniowych i zniekształceń w stawach została zminimalizowana poprzez edukację chorego oraz jego mamy.

Diagnoza pielęgnarska 5: Zwiększone ryzyko upadku i kontuzji pacjenta w wyniku zaostrzenia choroby.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka upadku oraz edukacja pacjenta, o różnych możliwościach zapobiegania upadkom w domu i środowisku życia.

Plan opieki pielęgnarskiej:

- Zapoznanie chorego z topografią oddziału z uwzględnieniem miejsc stwarzających zagrożenie wystąpienia upadku np. wysokie progi, znaki o śliskiej podłodze.

- Edukacja w zakresie korzystania z udogodnień zapewnianych przez szpital, wózek inwalidzki, barierki w toalecie i na korytarzu.
- Przygotowanie broszur i wyedukowanie mamy pacjenta o możliwościach unikania zagrożeń w warunkach domowych, leżące na podłodze kable, zabawki, dywany wysokie progi, słabe oświetlenie.
- Edukowanie pacjenta oraz jego mamy o konieczności noszenia obuwia o odpowiednim dla pacjenta rozmiarze, zakrywającego całą stopę.

Ocena podjętych działań: Chory i rodzic został wyedukowany o możliwościach unikania potencjalnych przyczyn upadków.

Diagnoza pielęgniarska 6: Podwyższona temperatura ciała do 38,9 stopni C, oraz obfite poty.

Cel opieki: Obniżenie temperatury ciała.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Stosowanie okładów chłodzących na ciało dziecka oraz w zgięciach ciała gdzie przybiegają duże naczynia.
- Wykonanie kąpeli ochładzającej (temperatura wody powinna być niższa niż temperatura dziecka).
- Podawanie zwiększonej ilości płynów do picia (częste pojenie w małych ilościach).
- Zmiana bielizny osobistej i pościelowej według potrzeby.
- Kontrola temperatury ciała oraz adnotacja wyników w karcie obserwacji.
- Podaż leków przeciw gorączkowych zgodnie ze zaleceniem lekarza.
- Natłuszczanie okolicy ust pacjenta.
- Używanie luźnej, bawełnianej bielizny.

Ocena podjętych działań: Temperatura ciała chorego pacjenta została obniżona do 36,7 stopni C.

Diagnoza pielęgniarska 7: Nudności oraz wymioty wywołane przyjmowaniem leków.

Cel opieki: Zmniejszenie występowania nudności i wymiotów oraz zapewnienie bezpieczeństwa i higieny.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Ułożenie chorego w pozycji półwysokiej z odchyleniem głowy na bok.
- Uspokojenie pacjenta oraz zalecenie wykonywania głębokich wdechów.
- Pozostanie przy chorym w razie wystąpienia wymiotów.

- Obserwacja treści i ilości wymiotów oraz udokumentowanie obserwacji.
- Zapewnienie miski nerkowatej, ligniny i wody.
- Usuwanie wymiotów i zapewnienie świeżego powietrza.
- Dbanie o czystość bielizny osobistej i pościelowej pacjenta.
- Zastosowanie leków przeciwwymiotnych na zlecenie lekarza.
- Pobranie krwi obwodowej na zawartość elektrolitów.
- Zapewnienie sprzętu do higieny jamy ustnej – wody do płukania ust, szczoteczki do zębów, płynu do płukania jamy ustnej, w razie konieczności pomoc pacjentowi przy zabiegu higienicznym.

Ocena podjętych działań: Zminimalizowano odczucie nudności oraz nie dopuszczono do wystąpienia wymiotów.

Diagnoza pielęgniarska 8: Brak odczucia łaknienia spowodowany przyjmowaniem leków.

Cel opieki: Poprawa łaknienia.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Zadbanie o cykliczny pomiar masy ciała pacjenta, doraźne podawanie leków przeciwwymiotnych.
- Zapewnienie pacjentowi dostępu do miski nerkowatej i szklanki z wodą.
- Cykliczne ocenianie napięcia powłok skórnych, nawilżenia śluzówek.
- Prowadzenie bilansu płynów przyjętych.
- Edukacja dietetyczna z zakresu zastosowania diety lekkostrawnej.

Ocena przyjętych działań: Przywrócono prawidłowe łaknienie.

Diagnoza pielęgniarska 9: Ryzyko wystąpienia niedokrwistości w wyniku stosowania leków.

Cel opieki: Zapobieganie ryzyku wystąpieniu niedokrwistości.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Pobranie krwi na morfologię oraz podanie leku na zlecenie lekarza.
- Rekomendowanie zdrowego stylu odżywiania zapobiegającego wystąpieniu anemii: spożywanie produktów bogatych w żelazo.
- Rozmowa podczas której szczegółowo informujemy pacjenta o każdej wykonywanej czynności oraz o planowanych badaniach czy zabiegach.
- Zapewnienie jak najbardziej komfortowych warunków do odpoczynku.

- Nawiązanie kontaktu społecznego z chorym poprzez życzliwość, uprzejmość oraz aktywne słuchanie potrzeb pacjenta.

Ocena podjętych działań: Poprzez kontrolę parametrów krwi i edukacji pacjenta i jego mamy ryzyko wystąpienia niedokrwistości spadło do minimum.

Diagnoza pielęgniarska 10: Możliwość wystąpienia skutków ubocznych przez stosowanie glikokortykosteroidów wziewnych.

Cel opieki: Zapobieganie skutkom ubocznym farmakoterapii oraz wczesne wykrycie objawów niepożądanych.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Edukacja pacjenta i jego mamy w zakresie rozpoznawania skutków ubocznych stosowania glikokortykosteroidów - pleśniawki, grzybica jamy ustnej.
- Likwidacja powstałych zmian w jamie ustnej.
- Utrzymanie czystości jamy ustnej.
- Przeciwdziałanie zmianom patologicznym i zakażeniom szerzącym się w jamie ustnej.
- Zlikwidowanie przykrego zapachu i smaku w jamie ustnej, poprzez mycie zębów, płukanie jamy ustnej naparem z szalwii oraz rumianku.
- Edukacja dziecka i mamy na temat toalety jamy ustnej po przyjęciu leku wziewnego.

Ocena podjętych działań: Poprzez edukację pacjenta i jego mamy odnośnie stosowania leków wziewnych oraz higienę jamy ustnej zminimalizowano możliwość wystąpienia pleśniawek i grzybicy jamy ustnej.

Diagnoza pielęgniarska 11: Zniechęcenie oraz brak motywacji i chęci pacjenta do uczestniczenia w rehabilitacji i zabiegach fizykoterapeutycznych.

Cel opieki: Zmotywowanie oraz zachęcenie chorego do uczestniczenia w zabiegach fizjoterapeutycznych.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Rozmowa pacjenta z fizjoterapeutą odnośnie celów i metod rehabilitacji.
- Pouczenie chorego pacjenta o konieczności wykonywania ćwiczeń po wcześniejszym zastosowaniu leków przeciwbólowych w dawce zapisanej przez lekarza prowadzącego.

- Udostępnienie мамie pacjenta literatury opisującej zalety stosowania krioterapii, laseroterapii, ultradźwięków, zabiegów z użyciem elektrostimulacji nerwów oraz stosowania ćwiczeń izometrycznych.
- Przekazanie мамie chorego informacji o możliwościach terapeutycznych z wykorzystaniem zabiegów fizykalnych z zastosowaniem zimna i ciepła w warunkach domowych, zależnie od fazy choroby: w fazie remisji stosowanie ciepłych okładów, w ostrej fazie choroby stosowanie zimna suchego.

Ocena podjętych działań: Zmotywowano pacjenta do podejmowania regularnej rehabilitacji stawów.

Diagnoza pielęgnarska 12: Możliwość wprowadzenia zakażenia przy kaniulizacji żył obwodowych.

Cel opieki: Minimalizacja ryzyka wprowadzenia zakażenia.

Plan opieki pielęgnarskiej:

- Obserwowanie miejsca wkłucia, pod kątem wystąpienia stanu zapalnego
- Stosownie zasad aseptyki i antyseptyki.
- Prawidłowe założenie opatrunku w miejscu wkłucia, dbanie o jego jałowość, przejrzystość i czystość skóry pacjenta.
- Codzienna obserwacja miejsca wkłucia i kontrola jego drożności minimum 2x na dobę.
- Miejsce wkłucia oczyścić za pomocą jałowego gazika i sterylnego roztworu 0,9%NaCl lub środka do dezynfekcji skóry.
- Przed zmianą opatrunku należy umyć ręce i zdezynfekować, a następnie założyć jednorazowe rękawiczki.

Ocena podjętych działań: Brak zakażenia w miejscu wprowadzenia kaniuli obwodowej

Diagnoza pielęgnarska 13: Lipodystrofia oraz lipohipertrofia skóry po podskórnym podaniu leku.

Cel opieki: Redukcja zgrubień i zrostów skórnych.

Plan opieki pielęgnarskiej:

- Edukacja pacjenta i jego mamy w zakresie obsługi masażera do redukcji zrostów i zgrubień oraz stosowania wazeliny do masażu.
- Unikanie stresu oraz zdenerwowania.
- Odpowiednia dieta bogata w owoce, warzywa, a także artykuły pełnoziarniste.

- Ograniczenie niezdrowych tłuszczów.
- Unikanie przez chorego opinających ubrań.
- Edukacja pacjenta odnośnie konieczności częstych zmian miejsc wkłucia.

Ocena podjętych działań: Pacjent i jego mama zostali wyedukowani w zakresie zapobiegania powstawania zrostów i zgrubień skórnych.

Diagnoza pielęgniarska 14: Dyskomfort pacjenta spowodowany zaparciami.

Cel opieki: Regulacja wypróżnień.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Poinformowanie pacjenta i jego mamy o konieczności spożycia 1,5 l wody na dobę.
- Zachęcenie pacjenta do wypicia szklanki wody na czczo.
- Zachęcenie pacjenta do spożywania suszonych śliwek i jabłek.
- Zastosowanie masażu u pacjenta w okolicy pępka.
- Podanie leków ułatwiających wypróżnienie.

Ocena podjętych działań: Uzyskano regularnie wypróżnienia.

Diagnoza pielęgniarska 15: Trudności w zasypianiu, ograniczona ilość snu u pacjenta.

Cel opieki: Zapewnić odpowiednie warunki do snu pacjentowi.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Zapewnienie ciszy i spokoju.
- Wietrzenie sali chorego.
- Zaproponowanie ciepłej kąpieli przed snem.
- W razie potrzeby podanie leków według wskazań lekarza.
- Rozmowa z pacjentem dotycząca miejsca, w którym przebywa.
- Unikanie drzemek w ciągu dnia.
- Ograniczenie spożywania cukru, słodkich przekąsek.

Ocena podjętych działań: Poprawiono jakość snu pacjenta poprzez podjęte działania.

Wnioski

Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów to niewątpliwie jedna z chorób, która najczęściej dotyka małe dzieci do 6 roku życia. Przychodzi nagle, dając takie objawy jak: opuchlizna stawu bądź stawów, wysięki, gorączka, wysypka reumatoidalna, ocieplenie chorego stawu, ból, zaczerwienienie, zmniejszenie ruchomości

w stawach, powiększenie węzłów chłonnych, zajęcie układu oddechowego i pokarmowego. Od momentu zachorowania do końca życia człowiek dotknięty tą chorobą musi nauczyć się z nią żyć. Dojście do pełnej sprawności wymaga pracy samego chorego, jak również ludzi z jego otoczeniu: bliskich, lekarzy, pielęgniarek, a także zespołu rehabilitacyjnego.

Na podstawie przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

1. Głównymi przeszkodami z jakimi borykał się pacjent były: ból, ograniczenie ruchomości, problemy w poruszaniu się. Pacjent potrzebował pomocy w wielu czynnościach ze względu na istotę choroby jak również ze względu na jego wiek. Inne problemy dotyczyły objawów ubocznych, wynikających ze stosowania leków w tej jednostce chorobowej, Należą do nich zaparcia, nudności, wymioty, brak apetytu, zrosty po iniekcjach. Ze względu na wiek pacjenta niedogodnością było także założenie wkłucie obwodowe. Problemem dla dziecka było również, towarzyszące mu w szpitalu uczucie lęku, rozłąka z domem oraz izolacja od rówieśników.
2. Opieka nad pacjentem unieruchomionym w łóżku polegała przede wszystkim na czynnościach takich jak: dobór odpowiedniego materaca do łóżka, wałki, poduszki pod chore stawy aby ich nie przeciążać i zapobiec rotacji kostek. Niedopuszczenie do powikłań klinicznych polegało na zapobieganiu zakażeniom poprzez obserwację i pielęgnację miejsc narażonych na odparzenia. Ważną rolę odgrywało również utrzymanie w czystości miejsca wkłucia kaniuli obwodowej.
3. Znajomość choroby pod względem teoretycznym, a także praktyka w pracy z chorym dzieckiem, pozwoliły pielęgniarkom na wychwycenie istotnych problemów oraz przewidywanie zagrożeń związanych z chorobą i leczeniem. Wieloletnie doświadczenie zachowanie procedur oraz kontakt z pacjentem, dostosowany do jego rozwoju fizycznego, znacznie ułatwiły edukację co może wpływać pozytywnie na chęć dostosowania się do zaleceń. Dobra komunikacja z rodzicami również zapobiega popełnieniu błędów w opiece nad chorym dzieckiem, co ma szczególnie wpływ na poprawę jego sprawności.

Piśmiennictwo

1. Pawlaczyk B.: Pielęgniarstwo pediatryczne. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2015, 190-267.
2. Zahradniczek K.: Pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2018, 145-150.

3. Jaracz K., Łagoda K.: Pielęgniarstwo Internistyczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019, 223-267.
4. Grygiel-Górniak B.: Reumatologia Kompendium. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2022, 1-57.
5. Kominiarczyk D., Adamczak K., Niedziela M.: Czynniki prozapalne u dzieci z młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów. Reumatologia, 2010, 48(1), 62-65.
6. Kontny E., Kwiatkowska M., Kołodziejczyk B. i wsp.: Cytokiny prozapalne u dzieci z bólem stawów niewyjaśnionego pochodzenia oraz chorych na MIZS. Reumatologia, 2010, 4(5), 301-306.
7. Maj A., Gniewek D.: Wybrane czynności pielęgniarские. Wydawnictwo Med-Pharm, Warszawa 2021, 21-95.

ROLA I ZADANIA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD DZIECKIEM Z CHŁONIAKIEM HODGKINA

mgr piel. Katarzyna Wiśniewska^{1,2}, dr n med. Ewa Kulbaka^{1,2},
mgr piel. Joanna Zacharska³, lic. piel. Teresa Kałdunek⁴, mgr piel. Jolanta Stachyra¹

1. Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie.
2. Wydziału Nauk o Zdrowiu, Radomska Szkoła Wyższa,
3. Klinika Onkohematologii Dziecięcej, Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 w Rzeszowie,
4. Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Radomska Szkoła Wyższa

Wstęp

Choroby nowotworowe są zakwalifikowane do chorób cywilizacyjnych, co stanowi duży problem współczesnej medycyny. Są one przyczyną 90 000 zgonów rocznie na całym świecie. W ostatnich 40 latach dwukrotnie wzrosła umieralność kobiet, a mężczyźni wzrosła aż trzykrotnie. Aktualne dane epidemiologiczne, które dotyczą właśnie chorób nowotworowych są bardzo niepokojące. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że w 2025 r. liczba nowych zachorowań na nowotwory złośliwe wzrośnie o 5 mln i osiągnie granicę 19 mln w ogólnej populacji i będzie to tendencja wzrostowa [1]. Nowotwory, które występują u dzieci są w dalszym ciągu groźną chorobą dlatego, że są pierwszą przyczyną zgonów jeśli o chodzi choroby dziecięce. Nowotwór i jego leczenie może być również powodem uszkodzeń różnych narządów. W Polsce rocznie zapada na te choroby 1200 dzieci a wyleczyć uda się już ponad 80% z nich. Wyleczalność nowotworów dziecięcych w Polsce swoim wynikiem nie odbiega od tych uzyskiwanych na świecie. Poprawa wyników leczenia będzie możliwa, kiedy wykorzystane zostaną najnowsze osiągnięcia medycyny, a w szczególności terapia genowa (np. CAR-T cells), którą stosuje się od niedawna w Przylądku Nadziei we Wrocławiu, u dzieci z kolejną wznową ostrej białaczki limfoblastycznej, jak też przeciwnowotworowe leczenie celowane z użyciem m.in. przeciwciał monoklonalnych lub inhibitorów kinaz (np. imatynib) [2]. Każde rozpoznanie nowotworu u dziecka jest ciosem dla niego samego i dla jego rodziny ponieważ leczenie jest trudne i długotrwałe. Dziecko opuszcza środowisko rówieśnicze na długi okres czasu, dlatego tak ważne jest aby leczone ono było w kolorowych i nowoczesnych a co ważniejsze, przygotowanych w sposób odpowiedni,

centrach onkologicznych [2]. Dla personelu medycznego najważniejsze powinno być dobro chorego dziecka – *salus aegroti suprema lex esto*. Bardzo ważne jest aby prawa małego pacjenta były szanowane. W przypadku niepomyślnych rokowań do dziecka i jego rodziców trzeba odnosić się z wielkim taktem i ostrożnością. Kiedy choroba okaże się nieuleczalna, należy objąć małego pacjenta opieką paliatywną, która złagodzi i zminimalizuje objawy w procesie umierania. Jest to ogromne wyzwanie dla wszystkich osób towarzyszących umierającemu dziecku [2]. Pacjenci otrzymujący diagnozę, rozpoczynający leczenie lub je kontynuujący są częścią praktyki pielęgniarek onkologicznych. Pielęgniarka ta musi mieć świadomość że osoba chora i jej najbliżsi stoją w obliczu wielkiego, życiowego kryzysu. Rolą pielęgniarki jest przekazywanie informacji oraz nadziei. Towarzyszące pacjentom i rodzinom negatywne emocje, niepokój, obawa o przyszłość powinno być łagodzone przez pielęgniarkę. Powinna ona radzić sobie z emocjami, które są częścią doświadczeń osoby chorej. Udzielanie wsparcia pacjentom i ich rodzinom, prowadzenie edukacji na temat choroby oraz jej leczenia to również zadania pielęgniarki. Edukacja prowadzona przez personel pielęgniarski ma niezmiernie ważne znaczenie w podejmowaniu przez pacjenta i jego rodzinę właściwych decyzji. Poprzez edukację wzmacniane są emocje oraz wsparcie oparte na zaufaniu między personelem a pacjentem. Pacjent może świadomie radzić sobie ze skutkami ubocznymi [1, 2, 3].

Rola pielęgniarki ulega przemianom rozwojowym, a związane jest to z coraz to nowymi problemami, jakie pojawiają się w opiece nad zdrowiem człowieka. Oczekuje się od pielęgniarek, żeby potrafiły sprostać coraz to nowym i bardziej odpowiedzialnym zadaniom. Kierowane są pod ich adresem nowe, większe oczekiwania z zakresu kompetencji oraz postępowania zgodnego z normami etycznymi [1]. Zapobieganie chorobom, promocja zdrowia oraz edukacja zdrowotna to obszar, którym pielęgniarka może odegrać szczególną rolę. Zdiagnozowanie choroby nowotworowej u dziecka wiąże się przeorganizowaniem życia całej rodziny [4]. Mimo, że choruje tylko jeden człowiek to skutki tej choroby odczuwają wszyscy jego bliscy. Chore dziecko jest hospitalizowane i poddane długotrwałemu leczeniu. W tym czasie zostaje ono odizolowane od środowiska szkolnego oraz rówieśniczego. Jest to dla niego bardzo nieprzyjemne przeżycie [5, 6]. Chore na nowotwory dzieci kontynuują naukę szkolną w szpitalu, niejednokrotnie przewyciężając ból, uczucie zwątpienia, smutek. W takich sytuacjach nieoceniona jest rola pielęgniarki, która powinna wspierać, zachęcać wzmacniać motywację chorych dzieci

do nauki oraz do kontaktu z rówieśnikami poprzez media. Uciążliwość związana jest również z występowaniem objawów somatycznych oraz psychicznych, które zazwyczaj narastają w trakcie zaawansowania choroby. W tym właśnie czasie przed pielęgniarką onkologiczną stoją wyzwania, od których wzorowego wypełnienia zależy dobrostan pacjenta i jego rodziny [7]. Celem działań powinna być adaptacja do zmian, jakie są wynikiem choroby oraz proces leczenia. Reakcje psychiczne związane z diagnozą są indywidualne dla pacjenta oraz jego bliskich. Zależne też są od cech osobowości. Sytuacja w której znalazło się dziecko wywołuje duży stres, nieprzyjemne przeżycia w aspekcie duchowym, psychologicznym i społecznym. Zmieniająca się sytuacja zdrowotna, somatyczna pacjenta, zmienia również jego sytuację psychiczną. Rolą pielęgniarki jest łagodzenie dominujących w tym czasie emocji m.in. lęku, gniewu i przygnębienia oraz okazywanie wsparcia w każdej możliwej sytuacji. Innym zadaniem jest przekazywanie informacji, jak można radzić sobie ze stresem, przekazywanie nadziei na lepsze jutro [8, 9]. Edukacja prowadzona przez pielęgniarkę z zakresu choroby i radzenia sobie z jej skutkami ubocznymi jest bardzo potrzebna w procesie leczenia. Zapewnienie edukacji wspiera i sprzyja rozwojowi emocji pacjenta opartych na zaufaniu.

Cel pracy

Celem głównym pracy było określenie roli i zadań pielęgniarki, jakie ma do spełnienia w opiece nad dzieckiem z chłoniakiem Hodgkina.

Materiał i metody

W niniejszej pracy zastosowana została metoda indywidualnego przypadku, która została oparta na poznaniu potrzeb jednostki, jak również na określeniu skutecznej pomocy. Wyżej wymienioną metodę badawczą wykorzystano, jako najbardziej pomocną w podejmowaniu działań mających na celu poprawę funkcjonowania psychicznego oraz fizycznego pacjenta.

Wykorzystano następujące techniki badawcze w celu uzyskania potrzebnych informacji:

- wywiad
- obserwacja
- pomiar
- Wykonano następujące pomiary:
 - pomiar ciśnienia tętniczego,
 - pomiar tętna,
 - pomiar masy ciała.

Wyniki

Opis studium indywidualnego przypadku dziecka z chłoniakiem Hodkina – analiza i opis

Uczennica ówczesnego gimnazjum, mieszka z rodzicami i młodszym o 5 lat bratem w mieście, w zabudowie wielorodzinnej. 15,5-letnia badana została przyjęta do Kliniki Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej USzD w Lublinie celem kontynuacji diagnostyki powiększonych węzłów chłonnych i poszerzonego cienia śródpiersia.

W wywiadzie: od czerwca 2017 roku dziewczynka zauważyła powiększenie węzłów chłonnych szyjnych. W dniach 21-26.06.2017 roku była hospitalizowana w Oddziale Dziecięcym puławskiego szpitala gdzie rozpoznano zapalenie i zastosowano w leczeniu antybiotyk z miernym skutkiem. Oglądana w Poradni Hematologicznej, w leczeniu otrzymała Klacid z dobrym efektem. Od początku września 2017 roku ponowne powiększenie się węzłów chłonnych wzdłuż mięśni MOS co było powodem ponownego zgłoszenia się do Poradni Hematologicznej. Wykonano Rtg klatki piersiowej, w którym stwierdzono poszerzony cień śródpiersia. W chwili przyjęcia do Kliniki stan ogólny pacjentki był dobry, bez gorączki, bez dolegliwości, wydolna oddechowo i krążeniowo. W badaniu fizykalnym stwierdzono powiększone obustronnie węzły chłonne szyjne górne, środkowe, dolne i nadobojczykowe. Diagnozy i plan opieki pielęgniarskiej dziecka z chłoniakiem Hodkina

Problem pielęgnacyjny 1: Lęk przed chemioterapią.

Cel opieki: Niwelowanie lęku.

Plan opieki:

- Przeprowadzenie rozmowy z chorą na temat stosowania chemioterapii.
- Zaproponowanie chorej rozmowę z osobą po skutecznej chemioterapii.
- Udzielenie informacji chorej na temat:
 - braku konieczności, a jedynie możliwości wystąpienia objawów niepożądanych np. wymiotów, nudności,
 - dużym prawdopodobieństwie całkowitego wyleczenia,
 - możliwości powrotu do normalnego życia.

Ocena działania: Pacjentka wykazuje spokój i nie okazuje lęku przed chemioterapią.

Problem pielęgnacyjny 2: Możliwość wystąpienia nudności i wymiotów po podaniu chemioterapii.

Cel opieki: Minimalizacja wystąpienia nudności i wymiotów. Utrzymanie higieny.

Plan opieki:

- Podanie leków przeciwwymiotnych na zlecenie lekarza.
- Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali chorej.
- Zapewnienie chorej wody do płukania jamy ustnej.
- Zalecenie picie wody oraz spożywanie posiłków w małych ilościach ale częściej.
- Edukacja chorej na temat postępowania, kiedy pojawią się nudności.
- Zapewnienie chorej miski nerkowatej oraz ligniny.
- Ułożenie chorej w pozycji siedzącej lub półsiedzącej.
- Zgłoszenie lekarzowi o wystąpieniu nudności i/lub wymiotów.
- Obserwacja chorej.
- W sytuacji często powtarzających się wymiotów założenie karty i monitorowanie bilansu płynów.

Ocena działań: Zminimalizowane zostało występowanie nudności i wymiotów.

Problem pielęgnacyjny 3: Możliwość wystąpienia zaparć spowodowanych chemioterapią.

Cel opieki: Ułatwienie wydalania stolca.

Plan opieki:

- Edukacja chorej na temat potrzeby stosowania diety wysokobiałkowej.
- Zalecanie picie szklanki ciepłej wody przed śniadaniem.
- Zachęcanie chorej do zwiększonej aktywności fizycznej.
- Udostępnienie broszur, gazetek informacyjnych, ulotek na temat zaparć i sposobach na zwalczanie ich.
- Adnotacja w dokumentacji medycznej chorej ilości wypróżnień.

Ocena działań: U pacjentki osiągnięto prawidłowe wydalanie stolca.

Problem pielęgnacyjny 4: Obniżony nastrój dziecka wywołany utratą włosów po chemioterapii.

Cel opieki: Poprawa samopoczucia pacjentki. Zaakceptowanie własnego wyglądu.

Plan opieki:

- Przeprowadzenie rozmowy z pacjentką na temat utraty włosów po zastosowaniu leczenia chemioterapią.
- Zapropionowanie znacznego skrócenia włosów.

- Zaproponowanie kupno refundowanej peruki.
- Zachęcanie do noszenia ozdobnej chustki na głowie.
- Umożliwienie pacjentce rozmowę z osobą po chemioterapii, której włosy już odrosły.
- Zalecenie odpowiedniej pielęgnacji skóry głowy- mycie przy użyciu łagodnych szamponów, ograniczenie stosowania suszarek, delikatne czesanie włosów.
- Poinformowanie o tym, że po 2-3 miesiącach od czasu zakończenia podawania chemii, włosy zaczynają odrastać, mogą być o innej strukturze i kolorze.

Ocena działań: Pacjentka zaakceptowała własny wygląd, samopoczucie jej uległo poprawie.

Problem pielęgnacyjny 5: Możliwość wystąpienia świądu skóry.

Cel opieki: Zapobieganie wystąpieniu świądu skóry. Niwelowanie skutków jego wystąpienia.

Plan opieki:

- Przeprowadzenie rozmowy z chorą o możliwości wystąpienia świądu skóry z powodu podania chemioterapii.
- Wskazanie chorej możliwości łagodzenia odczuć świądu.
- Na zlecenie lekarza podanie środków farmakologicznych.
- Zalecanie, aby pacjentka nie drapała miejsc zajętych świądem.

Ocena działań: Zminimalizowane zostały skutki wystąpienia świądu skóry.

Problem pielęgnacyjny 6: Możliwość wystąpienia zapalenie jamy ustnej, spowodowana chemioterapią.

Cel opieki: Niwelowanie dolegliwości spowodowanych zapaleniem jamy ustnej. Zmniejszenie zmian zapalnych.

Plan opieki:

- Systematyczna ocena stanu śluzówki jamy ustnej i gardła.
- Edukowanie chorej o konieczności starannej higieny jamy ustnej po każdym posiłku.
- Zalecenie mycia zębów miękką szczoteczką i używanie łagodnych past.
- Odradzenie używania nici dentystycznych.

- Zapewnienie chorej płynu do płukania jamy ustnej o działaniu łagodzącym.
- Podawanie potraw o temperaturze pokojowej i o miękkiej konsystencji.
- Podawanie chorej dużej ilości płynów do picia.
- Zalecenie smarowania ust maścią witaminową.
- Zapewnienie preparatów do pędzlowania jamy ustnej (Nystatyna).
- Zapewnienie diety wysokobiałkowej i wysokowitaminowej.

Ocena działań: Zminimalizowane zostały skutki dolegliwości spowodowanych zapaleniem jamy ustnej.

Problem pielęgnacyjny 7: Możliwość wystąpienia obniżenia odporności spowodowane zastosowaniem chemioterapii.

Cel opieki: Zapobieganie infekcjom organizmu.

Plan opieki:

- Izolowanie chorej od potencjalnych źródeł infekcji.
- Edukowanie chorej na temat konieczności dbania o higienę całego ciała, szczególnie częste mycie rąk.
- Pomiar temperatury ciała chorej dwa razy dziennie.
- Zalecenie unikania dużych skupisk ludzkich.
- Zapewnienie chorej diety bogatej w żelazo.

Ocena działań: U pacjentki nie wystąpiły infekcje organizmu.

Problem pielęgnacyjny 8: Zmniejszenie siły mięśniowej z powodu obniżonej aktywności fizycznej.

Cel opieki: Zapobieganie zmniejszeniu siły mięśniowej. Zachowanie odpowiedniej aktywności fizycznej.

Plan opieki:

- Edukacja chorej na temat potrzeby zachowania aktywności fizycznej.
- Zaproponowanie i umożliwienie spotkania z fizjoterapeutą.
- Przedstawienie możliwości aktywnego spędzania wolnego czasu.
- Zaproponowanie spotkań w grupie rówieśniczej.
- Udostępnienie materiałów informacyjnych, broszur, gazetek, na temat aktywności fizycznej osób chorujących na nowotwory.

Ocena działań: Aktywność fizyczna i siła mięśniowa pacjentki zostały zachowane.

Problem pielęgnacyjny 9: Zaburzenie smaku oraz brak apetytu spowodowane chemioterapią.

Cel: Zminimalizowanie odczucia zmian smaku. Poprawa apetytu.

Plan opieki:

- Zapewnienie diety bogatej w aromatyczne potrawy, które pobudzają wrażenia smakowe.
- Proponowanie oglądania gazetek kulinarnych z potrawami o atrakcyjnym wyglądem.
- Zapewnienie chorej potraw dostosowanych upodobaniami i estetycznie podanych.
- Rozmowa z chorą na temat możliwości poprawy smaku przez Nią samą.
- Umożliwienie spotkania z dietetykiem lub/i psychodietetykiem.

Ocena działań: Zminimalizowane zostało odczucie zmian smaku, apetyt pacjentki poprawił się.

Problem pielęgnacyjny 10: Możliwość wystąpienia stanu rozdrażnienia i senności.

Cel: Poprawa samopoczucia chorej. Regulacja snu.

Plan opieki:

- Rozmowa z chorą o sposobach poprawy nastroju.
- Zaproponowanie i umożliwienie rozmowy z psychologiem.
- Zaproponowanie rozmowy z sympatyzującymi z Nią osobami.
- Zapewnienie o pozytywnym nastawieniu do Niej całego zespołu terapeutycznego.
- Zapewnienie chorej ciszy i spokoju do odpoczynku.
- Zapewnienie sprzyjającego odpoczynkowi mikroklimatu.
- Wykonywanie czynności medycznych i pielęgnacyjnych w czasie aktywności chorej.

Ocena działań: Samopoczucie chorej poprawiło się, fazy snu zostały wyregulowane.

Problem pielęgnacyjny 11: Możliwość zainfekowanie miejsca wkłucia.

Cel opieki: Niedopuszczenie do zainfekowania miejsca wkłucia.

Plan opieki:

- Obserwacja miejsca wkłucia.
- Zabezpieczenie miejsca wkłucia przed wysunięciem.

- Poinformowanie chorej o konieczności zgłoszenia pielęgniarce jeśli wystąpi pieczenie, zaczerwienienie lub obrzęk w miejscu wkłucia.
- Przed rozpoczęciem infuzji oraz po jej zakończeniu należy przepłukać wkłucie 0,9 – procentowym roztworem NaCl.

Ocena działań: Miejsce wkłucia nie zostało zainfekowane.

Problem pielęgnacyjny 12: Możliwość wystąpienia biegunek.

Cel opieki: Zapobieganie występowaniu biegunek. Niwelowanie skutków biegunek.

Plan opieki:

- Podawanie dużej ilości płynów.
- Zapewnienie chorej diety niskobłonnikowej (białe pieczywo, biały ryż, banany, twaróg, ziemniaki, kurczak, indyk).
- Podawanie leków przeciwbiegunkowych na zlecenie lekarza.
- Przeprowadzenie diagnostyki w kierunku *Clostridium difficile*.
- Wykonywanie starannej higieny okolic krocza oraz odbytu.

Ocena działań: U pacjentki biegunki nie wystąpiły.

Problem pielęgnacyjny 13: Możliwość wynaczynienia cytostatyków.

Cel opieki: Zapobieganie wynaczynieniu cytostatyków. Łagodzenie skutków wynaczynienia leku.

Plan opieki:

- Obserwacja miejsca wkłucia.
- Poinformowanie lekarza o zaistniałej sytuacji.
- Wstrzymanie podawania leku, bez usuwania wkłucia.
- Wdrożenie procedury postępowania.
- Odnotowanie zdarzenia w dokumentacji medycznej.

Ocena działań: Nie doszło do wynaczynienia cytostatyków.

Problem pielęgnacyjny 14: Możliwość występowania gorączki.

Cel opieki: Obniżenie temperatury ciała.

Plan opieki:

- Obserwacja chorej i systematyczny pomiar temperatury ciała.
- Zgłoszenie faktu lekarzowi.
- Podanie środka przeciwgorączkowego na zlecenie lekarza.

- Zapewnienie odpowiedniej ilości płynów.
- W przypadku bardzo wysokiej gorączki zastosowanie okładów chłodzących.
- Zmiana bielizny osobistej i pościelowej.

Ocena działań: Skutecznie obniżono zbyt wysoką temperaturę ciała.

Problem pielęgnacyjny 15: Możliwość wystąpienia małopłytkowości.

Cel opieki: Zapobieganie skutkom małopłytkowości.

Plan opieki:

- Powiadomienie lekarza o wystąpieniu objawów małopłytkowości.
- Obserwacja podstawowych parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze krwi, oddech).
- W przypadku krwawień z nosa zastosowanie zimnego okładu na kark.
- Niwelowanie niepokoju chorej związanego z zaistniałą sytuacją.
- Rozmowa z chorą na temat możliwości zatrzymania krwotoku.

Ocena działań: U pacjentki zniwelowano skutki małopłytkowości.

Problem pielęgnacyjny 16: Ryzyko wystąpienia niedrożności lub zakażenia centralnego dostępu dożylnego.

Cel opieki: Zapobieganie niedrożności centralnego dostępu dożylnego. Zapobieganie powstawaniu infekcji.

Plan opieki:

- Mycie i dezynfekcja rąk przed każdą czynnością wykonywaną przy użyciu centralnego dostępu dożylnego.
- Obsługa centralnego dostępu dożylnego zgodnie z obowiązującą procedurą dotyczącą pielęgnacji centralnych dostępów dożylnych.
- Regularna zmiana opatrunku lub w razie potrzeby.
- Obserwacja drożności cewnika.
- Płukanie cewnika roztworem soli fizjologicznej z dodatkiem heparyny po każdorazowym użyciu.
- Przestrzeganie zasad aseptyki.
- Obserwacja okolic skóry w miejscu cewnika.
- Prowadzenie karty obserwacji wkłuć.
- Jeśli wystąpi ucieplenie, zaczerwienienie skóry zgłoszenie faktu lekarzowi.

- Odpowiednia pielęgnacja skóry w miejscu cewnika: stosowanie łagodnych kosmetyków natłuszczających.
- Edukowanie pacjenta o unikaniu ekspozycji na promienie słoneczne, unikaniu gwałtownego dźwigania ciężarów, stosowanie odpowiedniego ubioru niedrażniącego cewnika.

Ocena działań: Nie doszło do niedrożności oraz infekcji centralnego dostępu żylnego.

Posumowanie

Pielęgnowanie pacjentów z chłoniakiem Hodgkina stanowi duży problem w pielęgniarstwie. Wymaga ogromnego wysiłku, cierpliwości i pracy ze strony personelu, po to aby została zapewniona odpowiednia opieka i jakość życia w czasie leczenia. Personel, który bezpośrednio pracuje z osobami chorymi na chłoniaka Hodgkina musi mieć bogatą wiedzę, praktyczne umiejętności oraz mnóstwo empatii. Powikłania mogące występować po leczeniu stanowią zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta. Pielęgniarka jest pierwszą osobą, która rozpoznaje niepokojące symptomy i podejmuje działania w celu ratowania zdrowia i życia pacjenta. W opiece nad chorym z powodu chłoniaka Hodgkina bardzo ważne jest działanie zgodnie z obowiązującymi procedurami, jak również aktualizowanie wiedzy, aby była zgodna z istniejącymi standardami. Zawód pielęgniarki wymaga nieustannego rozwoju, zdobywania nowych doświadczeń oraz nauki.

Każdy pacjent jest innym człowiekiem i wymaga indywidualnego podejścia. Tym bardziej jak ma się do czynienia z chorym na nowotwór dzieckiem oraz niejednokrotnie, przytłoczonymi sytuacją rodzicami. Sytuacja każdej dotkniętej chorobą nowotworową osoby jest inna, reakcja na leczenie również. Niezwykle ważna jest rola pielęgniarki towarzyszącej choremu dziecku i jego bliskim przez cały okres leczenia. Zapewnia im poczucie bezpieczeństwa, udziela informacji o chorobie, wsparcia, pokazuje możliwości radzenia sobie z zaistniałą sytuacją lub inne drogi pomocy. Bycie blisko chorego dziecka pozwala pielęgniarce wychwycić niepokojące objawy i zachowania, co pozwala na szybką reakcję i udzielenie pomocy. Zaangażowanie personelu pielęgniarskiego wzmacnia w pacjencie poczucie sensu leczenia, co przyczynia się do pełnego sukcesu terapeutycznego.

W czasie przeprowadzonych badań pozyskano potrzebne informacje, dzięki którym możliwe było określenie problemów pielęgnacyjnych. Opisywana pacjentka wymagała wsparcia ze strony rodziny i pielęgniarki sprawującej nad opiekę. Samodzielna,

jednak w czasie leczenia chemioterapią wymagająca pomocy w czynnościach pielęgnacyjnych. To dziewczynka reagująca stresem, ale z biegiem czasu akceptująca zaistniałą sytuację.

Wnioski

1. Edukacja w zakresie choroby jest niezmiernie ważnym zadaniem personelu pielęgniarstwa.
2. Wsparcie oraz zapewnienie poczucia bezpieczeństwa pacjentowi i jego rodzinie jest ważnym zadaniem pielęgniarki onkologicznej.
3. Planowanie opieki nad dzieckiem chorym na chłoniaka Hodgkina musi być poprzedzone oceną jego stanu fizycznego oraz psychicznego.
4. Zadania pielęgniarki polegają na podejmowaniu działań mających na celu poprawę jakości życia dzieci chorujących na chłoniaka Hodgkina.

Piśmiennictwo

1. Lewandowska A.: Wyzwania współczesnego pielęgniarstwa w onkologii. Akademicka Oficyna Wydawnicza EXIT, Warszawa 2021.
2. Chybicka A., Sawicz-Birkowska K., Kaznowska B.: Onkologia i Hematologia dziecięca tom I, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2021.
3. Kurek M., Tataro T.: Opieka pielęgniarstwa nad pacjentami poddanymi chemioterapii z powodu chłoniaka Hodgkina. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2018, 26(4), 260-266.
4. Krzakowski M., Antoniak D., Pankowska M.: Pielęgnacja pacjent w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo PRIMOPRO, Warszawa 2017.
5. Cepuch G., Krzeczowska B., Perek M. i wsp.: Modele pielęgnowania dziecka przewlekle chorego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
6. Koper A.: Pielęgniarstwo onkologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
7. Deręgowska J.: Edukacja dzieci i młodzieży z chorobą nowotworową jako czynnik wsparcia. Wyższa Szkoła Nauk Humanistycznych w Poznaniu. Poznań 2012.
8. Pasek M., Dębska G.: Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową. Wydawnictwo Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2011.
9. Płaszewska-Żywko L., Kózka M.: Diagnostyka i interwencje w praktyce pielęgniarstwa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2021.

ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD DZIECKIEM Z CHŁONIAKIEM HODGKINA. STUDIUM PRZYPADKU

mgr piel. Aleksandra Góral-Kubasik¹, mgr piel. Monika Buzanowska¹,
dr n. med. Kazimiera Hebel¹, mgr pie. Aleksandra Hilla²

1. Zakład Pielęgniarstwa i Położnictwa, Katedra Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego, Instytut Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Pomorski w Słupsku
2. Absolwentka Instytutu Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Pomorski w Słupsku

Wstęp

Chłoniaki stanowią różnorodną grupę nowotworów układu chłonnego i mogą występować one w różnym stopniu złośliwości. Zasadniczo, chłoniaki dzieli się na dwie bazowe grupy: chłoniak Hodgkina (HL – Hodgkin lymphoma) oraz chłoniaki złośliwe nieziarnicze (NKL – non-Hodgkin lymphoma) [1].

Chłoniak Hodgkina, dawniej nazywany ziarnicą złośliwą jest chorobą nowotworową dotyczącą tkanki limfatycznej oraz tkanki śród błonkowo-siateczkowej [2]. Jej rozwój może mieć miejsce wszędzie tam, gdzie mieści się tkanka chłonna oraz w narządach pozalimfatycznych, takich jak: płuca, opłucna, wątroba, szpik, przewód pokarmowy czy OUN.

Chłoniak Hodgkina stanowi około 11% wszystkich chłoniaków. Stwierdza się dwa szczyty zachorowalności: pierwszy dotyczący w głównej mierze ludzi młodych, pomiędzy 15 a 35 rokiem życia, a także drugi dotyczący osób po 50 roku życia. Statystycznie częściej chorują mężczyźni niż kobiety. W przypadku dzieci poniżej 10 roku życia choroba Hodgkina występuje rzadko. Statystycznie zapadalność w Polsce wynosi 2-3 osoby na 100 tys. Mieszkańców [3].

Dotychczas nie udało się wyjaśnić przyczyn choroby. W badaniach morfologicznych stwierdza się występowanie olbrzymich komórek Reed-Sternberga, czyli komórek poddanych transformacji, zmutowanych limfocytów B, a także jednojądrzastych komórek Hodgkina. Pod uwagę bierze się także zakażenie z wirusem EBV, czynniki genetyczne, środowiskowe oraz infekcyjne, zwłaszcza w dzieciństwie. Osoby zakażone wirusem HIV również obciążone są ryzykiem zachorowania na HL [4].

Głównym objawem tej onkohematologicznej choroby jest limfadenopatia, czyli niebolesne powiększenie węzłów chłonnych. Przeważnie obejmuje ona węzły chłonne szyjne oraz nadobojczykowe [3]. Cechą charakterystyczną w HL jest powolny rozrost zmian w węzłach, szczególnie tych, których średnica przekracza 2 mm, i w których objawy utrzymują się przez wiele tygodni. Poza powiększeniem węzłów nadobojczykowych i szyjnych często rozrostowi ulegają węzły umiejscowione w jamach ciała. Należą do nich węzły chłonne śródpiersia, płuc oraz zaotrzewnowe. Kolejnym objawem choroby Hodgkina jest przewlekły, uporczywy kaszel lub duszność [6]. Do objawów ogólnych przypisuje się utratę masy ciała (>10% w czasie ostatnich 6 miesięcy), stany gorączkowe bez towarzyszącej infekcji, nocne poty i świąd powłok skórnych [4, 5]. Dodatkowo do występujących objawów można zaliczyć te, które uwarunkowane są lokalizacją zmian. Przykładowo, w przypadku dużego guza znajdującego się w śródpiersiu, który powoduje ucisk na żyłę główną górną, może wystąpić duszność, suchy kaszel, chrypka a w najgorszym wypadku zespół żyły głównej górnej. Zespół ten nasila się najczęściej w pozycji leżącej i może objawiać się wzmożonym kaszlem, dusznością, obrzękiem twarzy, poszerzeniem żył szyjnych, bólem głowy, zaburzeniami widzenia czy też drgawkami i omdleniami. W sytuacji powiększenia węzłów podprzeponowych objawem może być ból w jamie brzusznej. Kolejnym symptomem może być tkliwa, powiększona śledziona. Charakterystycznym zjawiskiem w przypadku osób dorosłych jest ból powiększonych węzłów po konsumpcji alkoholu- jednak jest to objaw stosunkowo rzadki. W zaawansowanym stadium może dojść do zajęcia szpiku kostnego co powoduje ciężką niedokrwistość [2, 4].

Do postawienia rozpoznania chłoniaka Hodgkina konieczne jest przeprowadzenie badań podmiotowych i przedmiotowych oraz badania histopatologicznego w postaci biopsji wycięciowej największego węzła - badanie decydujące. Dodatkowo wykonuje się badania laboratoryjne, czynnościowe oraz obrazowe.

Leczenie w przypadku chłoniaka Hodgkina obejmuje chemioterapię i radioterapię. W przypadku oporności na te formy leczenia przeprowadzany jest przeszczep szpiku kostnego [6,7,8]. Jego celem jest odbudowa układu krwiotwórczego, który uległ destrukcji w wyniku stosowanej chemio i radioterapii. Materiał do przeszczepu uzyskuje się w dwojaki sposób. Uzyskując komórki krwiotwórcze od samego pacjenta – przeszczep autologiczny (AHSCT) lub od dawcy, z którym wystąpiła zgodność tkankowa – przeszczep allogeniczny (AlloHSCT) [9].

Leczenie stosowane w HL może skutkować powikłaniami. Dzieli się one na wczesne oraz późne. Do pierwszych zalicza się: neuropatię, małopłytkowość, niedokrwistość, a także nudności oraz wymioty. Siła tych objawów zależna jest od schematu jaki został zastosowany w leczeniu. Do powikłań późnych zalicza się: wtórne nowotwory, takie jak rak piersi, płuc, tarczycy czy przewodu pokarmowego, choroby sercowo-naczyniowe, choroby płuc (np. śródmiąższowe zapalenie oraz zwłóknienie płuc) a nawet ostrą niewydolność oddechową i bezpłodność. W tej grupie większość powikłań jest skutkiem radioterapii choć nie można wykluczyć toksycznych działań chemioterapii [1].

Rokowanie w przypadku tego chłoniaka uznaje się za stosunkowo dobre, szczególnie w przypadku dzieci [2].

Rola pielęgniarki w opiece nad dzieckiem w czasie hospitalizacji i leczenia onkologicznego jest znacząca. Dziecko obarczone długotrwałą terapią wymaga wnikliwej obserwacji, cierpliwości, a przede wszystkim takiej opieki, która zaspokoi nie tylko potrzeby fizyczne, ale także psychiczne. Realizacja opieki rozpoczyna się już przy przyjęciu pacjenta pediatrycznego do oddziału. Jest to trudny, pełen emocji, lęku okres dla dziecka i jego bliskich. Na tym etapie zadaniem personelu pielęgniarskiego jest przeprowadzenie szczegółowego i ukierunkowanego wywiadu z rodzicami i dzieckiem. Następnie pielęgniarka planuje opiekę uwzględniającą zebrane informacje oraz potrzeby dziecka i rodziny. Wdraża plan opieki, a także dokonuje oceny wyniku swoich działań i interwencji. Rodzicom zapewnia warunki, które umożliwią im branie czynnego udziału w opiece nad dzieckiem.

Ważnym aspektem jest właściwa i skuteczna komunikacja z dzieckiem oraz rodzicami. Jest to jedna z podstawowych umiejętności jaką powinna posiadać pielęgniarka pracująca na oddziale o profilu pediatrycznym. Głównym celem w tym zakresie jest przede wszystkim zdobycie zaufania. Wyznacznikami poziomu komunikacji z dzieckiem są m.in.: wiek, rodzaj choroby, jej przebieg i stadium, kontakt z rodziną oraz indywidualne cechy charakteru i osobowościowe. Efektywna komunikacja interpersonalna pokonać zniwelować lęk i stres związany z hospitalizacją, a także przezwyciężyć inne problemy, przed którymi stają chore dziecko i jego opiekunowie. Należy zwracać uwagę na odpowiednią komunikację niewerbalną. Pozwala ona na nawiązanie kontaktu za pośrednictwem postaw oraz zachowań pielęgniarki w stosunku do dziecka. Znaczenie w komunikacji ma także głos, ton wypowiedzianych słów, gestykulacja oraz mimika. Cenną umiejętnością w kontakcie z dzieckiem jest aktywne słuchanie [6, 7].

Cel pracy

Głównym celem w pracy, która została zbudowana na kanwie indywidualnego studium przypadku było przedstawienie roli pielęgniarki jaką pełni ona w opiece nad dzieckiem leczonym z powodu chłoniaka Hodgkina. Do celów szczegółowych zaliczono:

1. Analizę indywidualnego przypadku pacjenta i odpowiedź na pytania:
2. Jakie potrzeby pielęgnacyjne występują u dziecka poddanemu leczeniu onkologicznemu?
3. Jakie działania pielęgniarские powinny zostać podjęte w celu poprawy samopoczucia dziecka podczas pobytu w szpitalu?
4. Przedstawienie propozycji procesu pielęgnowania nad dzieckiem z omawianą jednostką chorobową.

Materiał i metody

Przedmiotem badań był przypadek dziecka leczonego z powodu chłoniaka Hodgkina. Leczenie dziecka odbywało się w oddziałach pediatrycznych: onkologicznych i hematologicznych szpitali z regionu województwa pomorskiego. Analizowany był przypadek 10-letniej dziewczynki. Z wywiadu uzyskano informacje, że pacjentka chodzi do szkoły podstawowej. Mieszka w mieście, w domu jednorodzinnym z rodzicami i starszą siostrą. Ma własny pokój. Osiąga wysokie wyniki w nauce, interesuje się tańcem. Z powodu choroby musiała zrezygnować z zajęć tanecznych co spowodowało znaczny spadek nastroju dziewczynki. Choroba rozwijała się u pacjentki bez charakterystycznych objawów. Nie występowała nadmierna potliwość w godzinach nocnych, nie zaobserwowano nagłej utraty masy ciała i pogorszenia stanu odżywienia, pacjentka nie odczuwała nadmiernego zmęczenia. Jedynym objawem był utrzymujący się kaszel, W okresie poprzedzającym hospitalizację pojawił się nagły, ostry ból prawej okolicy podobojczykowej. Na tym etapie wykonano oraz RTG klatki piersiowej oraz wdrożono diagnostykę laboratoryjną krwi. Następnie chora została skierowana na obserwację do oddziału pediatrycznego. Stamtąd pacjentkę przetransportowano do Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Dziecięcej na oddział onkologiczny. W ciągu dwóch dni od przyjęcia wykonano badanie histopatologiczne węzła chłonnego. W dalszym etapie postawiono rozpoznanie choroby Hodgkina, typ NS. Stadium zaawansowania określono jako IV – w badaniach obrazowych (TK) stwierdzono zajęcie węzłów chłonnych nadobojczykowych, śródpiersia, jamy brzusznej oraz mięższu płuc. Zaplanowanych

zostało osiem cykli chemioterapii. Z powodu obszernego rozsiania, szczególnie do miąższu płuc, dziecko zostało zdyskwalifikowane z radioterapii.

Na początkowym etapie badań dokonano analizy tematycznego piśmiennictwa i doniesień naukowych z zakresu hematologii i onkologii dziecięcej. Kolejnym etapem było zebranie i opracowanie materiału badawczego. Etapem kończącym proces badawczy było stworzenie propozycji procesu pielęgnowania opartej na studium indywidualnego przypadku. Koncepcją wybranej metody kazuistycznej było przedstawienie kompleksowości opieki nad dzieckiem z chorobą Hodgkina, począwszy od przyjęcia do szpitala, przez okres diagnostyki i leczenia, aż do momentu powrotu pacjentki do domu i w pełni normalnego funkcjonowania w życiu codziennym. Wszelkie informacje zostały zebrane za zgodą opiekunów dziecka. Metodami użytymi do gromadzenia materiału empirycznego były:

- sondaż diagnostyczny w oparciu o wywiad jawny z zastosowaniem kwestionariusza wywiadu i arkuszy skal,
- obserwacja z wykorzystaniem arkusza obserwacyjnego,
- analiza dokumentacji medycznej (dokumentoskopia)

W czasie przeprowadzania wywiadu kontakt z pacjentką był zachowany i prawidłowy. Dziewczynka potrafiła samodzielnie udzielać odpowiedzi na temat swojego stanu zdrowia. Szczegółowe informacje dotyczące przebiegu diagnostyki, szczegółów choroby, leczenia uzyskano od rodziców pacjentki. Wizyta pilotażowa i kolejne sesje odbyły się w miejscu zamieszkania dziecka - w przerwie pomiędzy cyklami leczenia cytostatycznego. W trakcie wizyty zostały wykonane pomiary podstawowych parametrów życiowych – tętno, temperatura, ciśnienie tętnicze krwi, saturacja oraz oddech oraz pomiary antropometryczne. Dziecko zostało zważone i zmierzone, a wyniki naniesione i ocenione za pomocą siatki centylowej. Stan przytomności dziecka oceniono za pomocą skali GCS. Wykonano test oceny równowagi i chodu, a także oceniono stan odżywienia dziecka za pomocą wskaźnika Cole. Zapytano o subiektywne odczucia dziecka związane z procesem chorobowym, występującymi dolegliwościami. Oceniono natężenie bólu u dziecka według skali VAS

Wyniki

Diagnoza pielęgnarska opisowa

Pacjentka, 10-cio letnia dziewczynka leczona w oddziale onkologicznym z powodu chłoniaka Hodgkina. Dziewczynka przebywa w domu pod opieką rodziców, w przerwie pomiędzy kolejnymi cyklami chemioterapii Kontakt logiczno-słowny

zachowany. Stan ogólny dobry. Powłoki skórne blade. Mikcja prawidłowa. Problemy z wypróżnianiem: zaparcia. Często występują wymioty powodujące osłabienie i zniechęcenie do działania. Dodatkowo dziewczynka skarży się na świąd skóry. Dziecko jest samodzielne w czynnościach pielęgnacyjnych. Występują problemy z zasypianiem.

Pacjentka jest osobą rozmowną, chętnie nawiązuje kontakt. Wolny czas spędza słuchając muzyki lub rysując. Lubi zajęcia plastyczne odbywające się w świetlicy oddziałowej. Chciałaby już wrócić do nauczania szkolnego. Na pytania dotyczące choroby często odpowiada za pośrednictwem mamy. Dziewczynka boi się wszelkich zabiegów instrumentalnych z użyciem igieł iniekcyjnych. Mimo towarzyszących dyskomfortów jest pozytywnie nastawiona do hospitalizacji oraz do personelu. W okresach międzyszpitalnych chora wstydy utraty włosów, powoduje to u niej niepokój i duży dyskomfort.

Główne problemy opiekuńczo-pielęgnacyjne:

1. Dyskomfort pacjentki spowodowany wymiotami stanowiącymi skutek uboczny chemioterapii.
2. Zagrożenie wystąpieniem zaburzeń wodno-elektrolitowych spowodowanych wymiotami.
3. Zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego z powodu skutków ubocznych chemioterapii (zaparcia).
4. Dyskomfort pacjentki spowodowany świądem skóry wynikającym z przyjmowanych leków.
5. Ryzyko wystąpienia zakażenia spowodowane obniżoną odpornością
6. Bolesność jamy ustnej wywołana stanem zapalnym występującym wskutek działania leków cytostatycznych.
7. Lęk, niepokój związany z hospitalizacją, stanem zdrowia oraz długotrwałym leczeniem.
8. Dyskomfort psychiczny i poczucie wstydu spowodowane zmianami w wyglądzie (utrata włosów).
9. Deficyt wiedzy rodziców w zakresie żywienia dziecka w czasie leczenia
10. Lęk rodziców związany ze zdrowiem i życiem swojego dziecka, zaburzone funkcjonowanie rodziny.

Dyskusja

Opieka nad dzieckiem z tak specyficzną jednostką chorobową, jaką jest chłoniak Hodgkina to wyzwanie dla zespołu interdyscyplinarnego, a w szczególności

personelu pielęgniarskiego. To pielęgniarki i pielęgniarze są najbliżej pacjenta i mają z nim największy i najczęstszy kontakt. Ich praca, zaangażowanie i empatyczna postawa to fundament najwyższej jakości opieki. Grupa ta wspomagana procesem pielęgnowania jest w stanie zarządzać opieką, porządkować problemy w sposób hierarchiczny, a także przeprowadzać ciągłą ewaluację wyników i w razie potrzeby wprowadzać modyfikacje w planie opieki nad pacjentem. Wiedza, kompetencje, terminologia - stosowane w pielęgniarstwie pozwalają na jednolite interpretowanie wykonanych czynności i planowanie interwencji, a także zapewniają przejrzystość i dostępność opieki w każdym miejscu tak, by pomoc małym pacjentom była na najwyższym, możliwym poziomie. Właściwe dobranie metod pielęgnowania, w dużym stopniu poprawia komfort życia, oraz wpływa na polepszenie się stanu ogólnego.

W czasie terapii należy zwracać szczególną uwagę na powikłania związane z dużą toksycznością stosowanego leczenia. Dziecku należy zapewnić odpowiedni reżim sanitarny - praktycznie we wszystkich sferach życia, m.in.: wypoczynku, żywienia, nauki, kontaktów społecznych. Prawidłowe żywienie jest kolejnym z istotnych aspektów opieki nad dzieckiem z omawianą jednostką chorobową. Prawidłowo dobrana i zbilansowana dieta ma ogromny wpływ na poprawę stanu zdrowia. Już na samym początku lekarz decyduje o wprowadzeniu lub nie, leczenia żywieniowego. Jego celem jest poprawa lub utrzymanie stanu odżywienia, profilaktyka niedoborów witaminowych, makro i mikroelementowych. Szczególnie ważne jest to w przypadku ciągle rozwijającego się - organizmu dziecka. Przyczynia się do poprawy dobrostanu ogólnego, a także wpływa na przebieg, rokowanie, rekonwalescencję i wynik leczenia. Pozwala utrzymać prawidłową masę ciała lub ją zwiększyć, wzmocnić organizm, zwiększyć odporność oraz polepszyć samopoczucie. Bardzo korzystne może okazać się wprowadzenie immunożywienia - czyli leczenia żywieniowego lub dietetycznego, stymulującego układ odpornościowy. Doskonale w takich sytuacjach sprawdzają się doustne suplementy pokarmowe - ONS.

Wsparcie psychologiczne jest kluczowym i niezbędnym elementem terapii dziecka z chorobą nowotworową, której zdiagnozowanie często wywołuje szok, niedowierzanie i kryzysowe reakcje obronne. Jest źródłem wielu negatywnych emocji u małego pacjenta i bliskich osób z jego najbliższego otoczenia. Opieka pielęgniarska aktywizuje i włącza do współpracy wszystkie osoby zaangażowane w proces powrotu do zdrowia pacjenta. Interakcja z chorym dzieckiem i jego najbliższymi pozwala na przygotowanie odpowiedniego, indywidualnego planu postępowania.

Komunikacja terapeutyczna wytwarza pozytywną atmosferę, dając wsparcie, zaufanie, zrozumienie, optymizm oraz życzliwość. Łagodzi napięcie i lęk, uspokaja, rozwiewa wątpliwości dręczące chorego i bliskich. Obecność oraz psychologiczne podejście personelu pielęgniarskiego pomaga choremu dziecku i rodzinie złagodzić doświadczenie przykrych i bolesnych odczuć. Wywiera duży wpływ na ich zachowanie, korzystnie zmienia nastawienie, daje fundamenty do świadczenia troskliwej, zindywidualizowanej opieki. Przygotowuje bliskich do samopielęgnowania i samoopieki. Buduje pozytywne nastawienie i myślenie opiekunów dziecka. Choroba onkohematologiczna u dzieci, przyczyniająca się do długotrwałej hospitalizacji, jest przykrą sytuacją nie tylko dla dziecka ale również dla odciska ona swoje piętno na jego najbliższych. Często bywa tak, że choroba w rodzinie wprowadza wiele zmian w jej codziennej organizacji. Niejednokrotnie zmusza do rezygnacji z obowiązków zawodowych co może prowadzić do pogorszenia się statusu ekonomicznego rodziny i wyczerpania osób sprawujących opiekę na dzieckiem. Wobec powyższego pielęgniarka jest bardzo ważną jednostką w zespole terapeutycznym. Podstawowym celem w pełnieniu profesjonalnej opieki pielęgniarskiej w pediatrii jest odzyskanie zdrowia przez dziecko, a także w jak największym stopniu zaspokojenie wszelkich jego potrzeb, fizycznych, emocjonalnych oraz rozwojowych. Oprócz tego pielęgniarka stanowi wsparcie, służąc pomocą w rozstrzyganiu problemów z jakimi zmagają się dziecko i jego opiekunowie. Sprawowanie kompleksowej opieki wiąże się z realizacją większości funkcji zawodowych pielęgniarki.

Wybrany problem pielęgnacyjny związany ze sferą fizyczną.

Diagnoza pielęgniarska: bolesność jamy ustnej wywołanej stanem zapalnym występującym wskutek działania leków cytostatycznych.

Cel: wyleczenie stanu zapalnego w jamie ustnej, zmniejszenie dolegliwości bólowych i poprawa samopoczucia.

Plan opieki i realizacja:

- obserwacja oraz zapobieganie stanom zapalnym w jamie ustnej,
- ocena stanu błon śluzowych,
- jakościowa i ilościowa ocena bólu,
- toaleta jamy ustnej, najlepiej po każdym posiłku,
- płukanie jamy ustnej roztworem szalwii lekarskiej lub dedykowanymi płynami o działaniu przeciwzapalnym i przeciwwgrzybicznym,

- podawanie potraw niedrażniących błonę śluzową jamy ustnej,
- zapobieganie wysychaniu śluzówki w jamie ustnej – nawadnianie,
- w przypadku dużych zmian zapalnych podanie leków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarza.

Ewaluacja działań pielęgnarskich: zmniejszenie odczuwanego bólu, poprawa stanu śluzówki w jamie ustnej, poprawa samopoczucia pacjentki

Wybrany problem pielęgnacyjny związany ze sferą psychiczną.

Diagnoza pielęgnarska: dyskomfort spowodowany zmianami w wyglądzie (utrata włosów)

Cel: Zmniejszenie dyskomfortu oraz zniwelowanie negatywnych odczuć i emocji związanych ze zmianami w wyglądzie dziecka

Plan opieki i realizacja:

- nawiązanie kontaktu terapeutycznego z dziewczynką, poznanie potrzeb oraz problemów pacjentki,
- zapewnienie intymności (kolorowe chustki, nakrycia głowy, peruka),
- umożliwienie kontaktu z psychologiem dziecięcym, rodziną,
- zapoznanie z innymi dziećmi, które również utraciły włosy,
- zajęcie myśli poprzez zajęcie czasu wolnego poprzez organizowanie zabaw, realizację zainteresowań,
- zwiększenie poczucia własnej wartości przez chwalenie, komplementowanie dziewczynki w najprostszych czynnościach,
- umożliwienie kontaktu z wolontariuszami pracującymi z dziećmi.

Ewaluacja działań pielęgnarskich: poprawa samopoczucia dziewczynki, stopniowa akceptacja sytuacji przez pacjentkę, mama pacjentki aby okazać wsparcie córce obcięła swoje długie włosy przedstawiając córce zalety krótkiej fryzury, umożliwiono kontakt z innymi dziećmi oraz zorganizowano spotkanie z wolontariuszami, dobry skutek przyniosło zapoznanie pacjentki z życiorysami sławnych osób walczących z chłoniakiem Hodgkina.

Wnioski

1. Dziecko poddane leczeniu onkologicznemu ma wiele potrzeb. Dotyczą one nie tylko sfery fizycznej, ale również dotyczą psychiki.
2. Szczególnie duży wpływ na samopoczucie ma wygląd i zmiany w nim zachodzące w wyniku leczenia.

3. Obecność rodziców podczas pobytu w szpitalu oraz to w jaki sposób zajmują się oni dzieckiem w czasie przebywania w domu ma bardzo duży wpływ na samopoczucie dziecka. Skutkuje to lepszym przebiegiem procesu leczenia.
4. W trakcie pobytu dziecka w szpitalu, pielęgniarka powinna nawiązać dobry kontakt z dzieckiem, reagować na zgłaszane dolegliwości i poddawać pacjentkę ciągłej obserwacji.
5. Pielęgniarka w celu poprawy samopoczucia pacjentki przede wszystkim powinna zapewnić jej poczucie bezpieczeństwa, przyjazną atmosferę. W możliwie jak najlepszy sposób starać się, przy współpracy z rodzicami zapewniać odpowiednie warunki do nauki, zabawy i odpoczynku.

Piśmiennictwo

1. Pruszyński B., Taciakowska M.: Chłoniaki płuc i śródpiersia. Radiologia. Diagnostyka obrazowa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014
2. Basek G.W., Boguradzki P.: Chłoniak Hodgkina. [w:] Hematologia kompendium. Basek G.W., Dwilewicz-Trojaczek J., Jędrzejczak W. (red). H. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, 139-144
3. Balwierz W., Moryl-Bujakowska A.: Chłoniak Hodgkina [w]: Onkologia i Hematologia dziecięca. Chybicka A., Sawicz-Birkowska K. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2021, 371-415
4. Jeziorski A.: Onkologia, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
5. Kawalec W.: Pediatria. Tom I. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013
6. Owsianowska J.: Opieka pielęgniarska nad osobami z chorobami układu krwiotwórczego. [w]: Pielęgniarstwo internistyczne. Talarska D., Zozulińska-Ziółkiewicz D. (red). Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2017, 213-216
7. Cepuch G., Perek M.: Modele opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem z chorobą ostrą i zagrażającą życiu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020.
8. Wołowiec D., Hus I., Korycka-Wołowiec A.: Hematologia w gabinecie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.
9. Duława J.: (red.) Vademecum medycyny wewnętrznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, 344-349.

ROLA I ZADANIA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD DZIECKIEM Z PLAMICĄ SCHÖNLEINA-HENOCHA

dr n. o zdr. Monika Kozestańska-Oczkowska¹, mgr piel. Katarzyna Wiśniewska^{1,2},
lic. piel. Izabela Koziel³

1. Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu
2. Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie.
3. Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Wstęp

Plamica Schönleina- Henocha (HSP) jest chorobą w której dochodzi do odkładania się immunoglobuliny A w ścianach naczyń krwionośnych co prowadzi do rozwijania się w nich stanu zapalnego. Objawami choroby jest głównie wysypka przyjmująca kształt krwistych wybroczyn oraz bóle brzucha, zapalenie stawów i zajęcie nerek. Przyczyny choroby nie są do końca poznane, choć uważa się, że głównymi czynnikami powodującymi chorobę są czynniki wirusowe i bakteryjne [1]. Nie brakuje również doniesień niesugerujących wpływ przyjmowanych leków oraz szczepień ochronnych na wywołanie plamicy Schönleina- Henocha [2].

Rola i zadania personelu pielęgniarskiego w stosunku do pacjenta z HSP zależy od jego stanu zdrowia, a także chęci współpracy i prowadzenia leczenia. Inaczej będzie wyglądała opieka nad pacjentem dorosłym, a inaczej nad dzieckiem. Podobnie inne zadania będą realizowane przy łagodniejszych objawach a inne przy nagłym zaostrzeniu choroby, czy pojawieniu się powikłań [3].

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z plamicą Schönleina- Henocha polega przede wszystkim na eliminowaniu pojawiających się objawów chorobowych, jak ból brzucha czy ogólny dyskomfort. Podstawą opieki jest to, by zapobiegać powikłaniom choroby, które mogą dotyczyć szeregu narządów i/lub układów. Poza tym, ważne jest by przekazać pacjentowi stosowną wiedzę na temat konieczności leczenia oraz możliwych działań niepożądanych, wiążących się z przyjmowaniem określonych leków. Poza tym opieka pielęgniarska polega na przeprowadzaniu obserwacji stanu pacjenta oraz występowania ewentualnych działań ubocznych podawanych leków [4].

Podstawowym zadaniem personelu pielęgniarskiego jest przeprowadzenie procesu diagnostycznego. Niezbędne interwencje konieczne do sprawowania opieki nad chorym ustalane są w toku prowadzonych czynności personelu, do których należą [5]:

1. wywiad z pacjentem.
2. obserwacja chorego,
3. przeprowadzenie podstawowych badań.

Zadaniami personelu pielęgniarskiego w stosunku do chorego na HSP jest w szczególności ogólna ocena stanu jego zdrowia, pomiar parametrów życiowych, czyli temperatury ciała, oddechu, tętna, ciśnienia tętniczego krwi a także występowania i lokalizacji ewentualnie występujących obrzęków. Dodatkowo do zadań personelu pielęgniarskiego należy analiza sposobu odżywiania się pacjenta oraz jego przygotowanie do koniecznych badań. Przygotowanie do badań polega nie tylko na fizycznym przygotowaniu pacjenta ale ma także kontekst psychiczny. Odpowiednie nastawienie pacjenta do badania i przekazanie mu koniecznej wiedzy na jego temat to kolejne zadanie personelu pielęgniarskiego w stosunku do chorego [3]. Opieka pielęgniarska jest ważna i istotna w procesie zdrowienia pacjenta. Za sprawą wiedzy i doświadczenia personelu pacjent może skuteczniej i szybciej przezwyciężyć chorobę i poradzić sobie z dolegliwościami towarzyszącymi jej przebiegowi. Zadaniem personelu pielęgniarskiego jest także umożliwienie choremu kontaktu z najbliższymi, a w razie potrzeby i chęci pacjenta także osoby duchownej. Obecność przy pacjencie, zapewnienie mu specjalistycznej opieki oraz spokoju a także udzielenie stosownego wsparcia należą do podstawowych zadań w opiece nad pacjentem z plamicą Schönleina-Henocha [6].

Cel pracy

Głównym celem niniejszej pracy jest przedstawienie roli i zadań pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z plamicą Schönleina-Henocha.

Materiał i metody

W prezentowanej pracy zastosowano metodą indywidualnych przypadków, nazywanej również studium przypadku. Techniki badań zastosowane w pracy to: obserwacja, wywiad z pacjentem, analiza dokumentacji medycznej pacjenta oraz pomiar parametrów życiowych pacjenta. Narzędziami badawczymi w niniejszej pracy są: kwestionariusz wywiadu indywidualnego z pacjentką oraz z jej rodziną, karta obserwacji pacjentki, kwestionariusze skal użytych do badania stanu pacjentki:

skala VAS, skala Norton, skala Barthel, skala słowna VRC- Verbal Rating Scale oraz skala Glasgow.

Badania do niniejszej pracy zostały przeprowadzone w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Koźienicach, za zgodą władz szpitala. Do badania w sposób celowy wybrano pacjentkę, u której rozpoznano plamicę Schönleina- Henocha. Rodzice pacjentki wyrazili stosowane zgody na przeprowadzenie wywiadu oraz obserwację pacjentki. Badania zostały przeprowadzone bezpośrednio przez badacza w trakcie pobytu pacjentki na Oddziale Pediatrycznym szpitala w listopadzie 2022 roku. W trakcie badania pacjentka, rodzice oraz personel medyczny odnosili się z życzliwością i pomocą w kwestii zbierania materiału badawczego. Kolejnym etapem badania była analiza zebranego materiału oraz jego opracowanie w celu odpowiedzi na postawione problemy badawcze.

Wyniki

Studium indywidualnego przypadku pacjenta z plamicą Schönleina- Henocha – analiza i opis

Podmiotem badań w niniejszej pracy jest pacjentka w wieku 9 lat, przyjęta na Oddział Pediatryczny Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Koźienicach w dniu 23.11.2022 r. w trybie nagłym. Pacjentka przyjęta w stanie ogólnym dość dobrym, wydolna krążeniowo- oddechowo, oddech miarowy, przytomna. Temperatura ciała podwyższona, w dniu przyjęcia 38,5 stopnia Celsjusza, nasilająca się w nocy do 39,6 stopnia Celsjusza. Pacjentka z objawami po stronie układu pokarmowego takimi jak: bóle brzucha w okolicy okołopępkowej, nudności i biegunka, sugerujące enteropatię. Na skórze pośladków i kończyn dolnych wyraźne purpurowe wykwity skórne plamisto- grudkowe, nasilające się i powodujące silne swędzenie. Na wyprostowanych częściach kończyn górnych żywopurpurowe wybroczyny wyczuwalne palpacyjnie. Miejscami wybroczyny się zlewają. Rozpoznano chorobę Schönleina-Henocha.

W dniu przyjęcia wyraźne powiększenie migdałków bocznych oraz przerost migdałków podniebnych, gardło zaczerwieniona, pacjentka sygnalizuje ból gardła przy przełykaniu. Po ostatniej infekcji (sprzed 3 tygodni) pozostał nieżyt nosa oraz lekki kaszel w postaci mokrej, bez zmian osłuchowych w dolnych drogach oddechowych. Badania laboratoryjne wykazały podwyższony współczynnik OB- 28 mm/2 oraz ASO 1829 IU/ml, potwierdzający zakażenie paciorkowcem grupy A. W moczu obecność leukocytów (25-30 w.p.w.) utrzymującą się w kolejnych

dniach, potwierdzająca zakażenie dróg moczowych. W moczu obecne także erytrocyty świeże (5-6 w.p.w.), sugerujące krwinkomocz, dodatkowo w moczu obecne nieliczne bakterie.

Diagnozy i plan opieki pielęgniarskiej wobec dziecka z plamicą Schönleina-He-nocha

Diagnoza pielęgniarska 1: Ból brzucha wywołany zmianami w naczyniach krezki.

Cel interwencji: Zniesienie bólu.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Zastosowanie reżimu łóżkowego, będącego podstawą stosowanego leczenia dla zmniejszenia nasilania się wybroczyn w wyniku uszkodzenia naczyń włosowatych, w tym naczyń krezki, co wpływa na złagodzenie bólu.
- Założenie karty obserwacyjnej oraz obserwacja pacjentki pod kątem lokalizacji i nasilenia bólu brzucha, obecności biegunek, nudności i wzdęć, samopoczucia pacjentki oraz wyglądu powłok skórnych.
- Ocena stopnia natężenia bólu za pomocą wybranych skal, np. VAS czy numerycznej, a także dokumentowanie oceny.
- Ułożenie pacjentki w pozycji zmniejszającej napięcie powłok brzusznych.
- Zastosowanie zaleconej przez lekarza diety lekkostrawnej, eliminującej surowe owoce i warzywa a także cukry proste.
- Edukacja pacjentki i rodziców w zakresie właściwego odżywiania się, tj. ograniczenie cukrów prostych, dieta lekkostrawna; wyjaśnienie konieczności zastosowania ograniczeń dietetycznych.
- Poinformowania o konieczności każdorazowego zgłaszania personelowi dolegliwości bólowych i określania ich skali.
- Stosowanie leków przeciwbólowych zgodnie zaleceniami lekarskimi.
- Edukacja dziecka i rodziców w zakresie sposobów zmniejszania dolegliwości bólowych poprzez odpowiednią technikę oddychania, rozluźnienie mięśni, zmianę pozycji ciała w łóżku oraz odwracanie uwagi dziecka od dolegliwości bólowych.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Ból brzucha znacznie się zmniejszył.

Diagnoza pielęgniarska 2: Ryzyko wgłobienia jelita spowodowane przebytą niedawno infekcją dróg oddechowych.

Cel interwencji: Zmniejszenie ryzyka wgłobienia jelita.

Plan interwencji pielęgniarstwiej:

- Obserwacja pacjentki pod kątem występowania nudności, wymiotów, wzdęć.
- Kontrola prawidłowości oddawania stolca.
- Zastosowanie diety lekkostrawnej.
- Wykonywanie pomiaru parametrów pacjentki.
- Poinformowanie i konieczności zgłaszania niepokojących dolegliwości po stronie układu pokarmowego, np. nasilenie bólu, wzdęcia.

Ocena interwencji pielęgniarstwiej: Zminimalizowano ryzyko wglębienia jelita.

Diagnoza pielęgniarstwiej 3: Ryzyko krwotoku z przewodu pokarmowego spowodowane przyjmowaniem leków.

Cel interwencji: Zniwelowanie ryzyka krwotoku z przewodu pokarmowego.

Plan interwencji pielęgniarstwiej:

- Zastosowanie leków osłonowych na zlecenie lekarza.
- Obserwacja stanu pacjentki pod względem obecności wymiotów i wzdęć, bledkości powłok skórných oraz ogólnego pogorszenia się samopoczucia.
- Zastosowanie zalecanej przez lekarza diety.
- Lokalizacja dolegliwości bólowych brzucha oraz obserwacja ich natężenia.
- Kontrola i dokumentowanie w karcie wypróżnień pod kątem obecności krwi w stolcu.
- Przygotowanie pacjentki do badań diagnostycznych zgodnie z karta zleceń.
- Wykonywanie pomiarów tętna i ciśnienia tętniczego krwi co najmniej dwa razy dziennie.
- Zastosowanie w leczeniu leków przeciwbólowych i/lub rozkurczowych zgodnie z indywidualną kartą zleceń.
- Zapewnienie prawidłowego przepływu informacji między pacjentem a lekarzem w zakresie stanu zdrowia pacjentki.
- Ewentualne zastosowanie żywienia enteralnego zgodnie z zaleceniami lekarskimi w przypadku pojawienia się niepokojących objawów, jak wymioty, czy nasilenie bólów brzucha.

Ocena interwencji pielęgniarstwiej: Uniknięto ryzyka krwotoku z przewodu pokarmowego.

Diagnoza pielęgniarska 4: Bóle stawów wywołane zmianami naczyniowymi występującymi na ich powierzchni.

Cel interwencji: Zniesienie lub zminimalizowanie bólu.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Zastosowanie reżimu łóżkowego, zmniejszającego podrażnienie receptorów bólowych uaktywnionych zmianami naczyniowymi oraz ograniczającego ryzyko odkładania się kompleksów immunologicznych.
- Poinformowanie pacjentki o dogodnych pozycjach ułożeniowych, a także zapewnienie stosownych udogodnień i poinstruowanie o prawidłowości ich zastosowania.
- Ocena stopnia natężenia bólu, prowadzenie karty obserwacji możliwości ruchowych i obecności obrzęków.
- Zapewnienie konsultacji z fizjoterapeutą.
- Podawanie na zlecenie lekarskie leków przeciwbólowych.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Zlikwidowano ból.

Diagnoza pielęgniarska 5: Ból i dyskomfort pacjentki wywołany silnym świądem skóry.

Cel interwencji: Zniesienie bólu i świądu skóry.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Wnikliwa obserwacja zmian skórnych pod kątem ich nadkażenia a także pojawiania się nowych.
- Podanie pacjentce leków zmniejszających świąd oraz leków przeciwbólowych na zlecenie lekarskie.
- Edukacja pacjenta oraz rodziców w zakresie możliwości powstania zakażenia skóry wywołanego drapaniem zmian chorobowych.
- Zadbanie o właściwą higienę rąk pacjenta: mycie i dezynfekcja.
- Utrzymywanie prawidłowego mikroklimatu w sali: wietrzenie w celu uzyskania wilgotności powietrza na poziomie 70% oraz temperatury powietrza na poziomie 19-20 stopni Celsjusza.
- Unikanie przegrzewania pacjenta.
- Pomoc w regularnej zmianie bielizny osobistej i pościelowej.
- W razie konieczności założenie opatrunków na zmiany chorobowe.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Zminimalizowano ból i świąd, poprawa samopoczucia pacjentki.

Diagnoza pielęgniarska 6: Ryzyko pojawienia się przykurczy w wyniku ograniczonej aktywności wywołanej bólem stawów.

Cel interwencji: Niedopuszczenie do pojawienia się przykurczy.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Poinformowanie o konieczności zmiany pozycji ciała.
- Zachęcanie do aktywności ruchowej w łóżku.
- Edukacja pacjentki i rodziców na temat roli aktywności ruchowej biernej i czynnej, uzależnionej od stanu zdrowia dziecka.
- Zapewnienie pacjentce odpowiednich warunków wypoczynku i snu.
- Zastosowanie udogodnień i zadbanie o ich poprawne użytkowanie.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Nie dopuszczono do przykurczów i nie zaobserwowano obrzęków.

Diagnoza pielęgniarska 7: Ryzyko wystąpienia owrzodzeń i martwicy spowodowane pojawiającymi się na skórze zmianami naczyniowymi.

Cel interwencji: Uniknięcie wystąpienia powikłań związanych ze zmianami na skórze.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Codzienna ocena zmian na skórze pod kątem pojawiania się nowych wybroczyn oraz zmiany wyglądu istniejących już zmian.
- Edukacja w zakresie konieczności zastosowania delikatnej pielęgnacji skóry oraz odpowiedniej, przewiewnej odzieży i regularnej zmiany tej odzieży.
- Zastosowanie diety wykluczającej produkty mogące powodować uszkodzenie naczyń krwionośnych.
- Zapewnienie pacjentce czystej bielizny pościelowej i osobistej.
- Podanie leków przeciwhistaminowych w przypadku nasilającego się świądu oraz leków uszczelniających śródbłonek naczyń krwionośnych zgodnie z indywidualną kartą zleceń.
- Stosowanie u pacjentki leczenia spoczynkowego. Wykonywanie wszystkich czynności pielęgnacyjnych, leczniczych i diagnostycznych w łóżku pacjenta.
- W razie konieczności przemieszczenia pacjentki do innego pomieszczenia zastosowanie wózka.

- Właściwa higiena ran powierzchniowych pacjentki, stosowanie jałowych opatrunków i leków na miejsca chorobowo zmienione zgodnie z indywidualną kartą zleceń.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Nie dopuszczono do powstania zmian martwiczych i owrzodzeń. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 8: Ryzyko powstania powikłań w postaci ostrej niewydolności nerek czy nerczycy.

Cel interwencji: Zminimalizowanie wystąpienia ryzyka powikłań nerkowych.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Obserwacja pacjentki pod kątem występowania obrzęków.
- Obserwacja bilansu płynów.
- Pomiar ciśnienia tętniczego krwi, co najmniej 2 razy na dobę i dokumentowanie otrzymanych wyników.
- Codzienna ocena makroskopowa moczu, wykonywanie badań diagnostycznych na zlecenie lekarza.
- Wykonywanie codziennych pomiarów masy ciała pacjentki, po oddaniu moczu, dokumentowanie wyników.
- Leczenie pacjenta w łóżku szpitalnym zmniejszające ryzyko krwawienia z naczyń włosowatych, poprawiające filtrację nerek oraz usuwające kompleksy immunologiczne.
- Podawanie leków na zlecenie lekarskie, np. glikokortykosteroidy drogą dożylną.
- Ochrona pacjentki przed zakażeniem poprzez przestrzeganie reżimu sanitarnego przez personel i rodziców.
- Umożliwienie pobytu na sali bez innych pacjentów lub z pacjentami nie mającymi aktywnego procesu chorobowego.
- Wyrównywanie zaburzeń wodno-elektrolitowych poprzez podawanie dożylnie 0,9% roztwór NaCl oraz 5% roztwór glukozy jako płyn bezelektrolitowy w proporcji zależnej od bilansu płynów.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Zminimalizowanie ryzyka powikłań nerkowych.

Diagnoza pielęgniarska 9: Wystąpienie powikłań po stronie układu nerwowego, np. drgawki, niedowład, bóle głowy.

Cel interwencji: Zminimalizowanie wystąpienia ryzyka powikłań.

Plan interwencji pielęgniarstwa:

- Obserwacja dziecka pod kątem występowania objawów po stronie układu nerwowego, np. ból głowy, zaburzenia widzenia, mowy, słuchu, zaburzenia świadomości, występowanie niedowładów.
- Rozmowa z pacjentem o mogących się pojawiać dolegliwościach i konieczności informowania o nich personel szpitala.
- Regularne wykonywanie podstawowych parametrów życiowych.
- Edukacja rodziców w zakresie konieczności wnikliwej obserwacji dziecka pod kątem jego dolegliwości.
- Podanie leków zgodnie z kartą zleceń lekarskich.

Ocena interwencji pielęgniarstwa: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań ze strony układu nerwowego.

Diagnoza pielęgniarstwa 10: Możliwość wystąpienia zmian grzybiczych w związku z podawaniem leków.

Cel interwencji: Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia zmian grzybiczych.

Plan interwencji pielęgniarstwa:

- Regularna ocena śluzówki jamy ustnej i skóry pod kątem wykrycia zmian grzybiczych.
- Edukacja dziecka i rodziców w zakresie konieczności przestrzegania higieny jamy ustnej oraz ewentualnych zmian patologicznych w niej występujących.
- Na zlecenie lekarza suplementacja potasem i wapniem.
- Wykonywanie regularnych pomiarów parametrów życiowych pacjentki.
- Wprowadzenie diety ograniczającej sód, unikanie dosalania produktów oraz spożywania produktów z dużą zawartością soli.
- Podawania leków zmniejszających wydzielanie kwasu solnego na zlecenie lekarskie.
- Edukacja rodziców w zakresie podawania tego typu leków z pokarmami.
- Kontrola stężenia glukozy u pacjentki.

Ocena interwencji pielęgniarstwa: Niedopuszczenie do wystąpienia zmian grzybiczych.

Diagnoza pielęgniarska 11: Ryzyko wystąpienia stanu zapalnego w miejscu wkłucia dożylnego.

Cel interwencji: Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia stanu zapalnego.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Obserwacja miejsca wkłucia pod kątem rozwijania się stanu zapalnego podczas każdej iniekcji.
- Każdorazowo po podaniu leku przepłukanie wkłucia roztworem soli fizjologicznej.
- Regularna zmiana miejsca wkłucia co 72 godziny.
- Edukacja pacjenta w zakresie przekazywania informacji o niepokojących dolegliwościach i objawach zakażenia w miejscu wkłucia dożylnego, np. obrzęk, zaczerwienienie czy ból.
- Bezwzględne przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Stan zapalny nie wystąpił.

Diagnoza pielęgniarska 12: Ryzyko ponownego wystąpienia zapalenia płuc

Cel interwencji: Zminimalizowanie ryzyka ponownego wystąpienia zapalenia płuc.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Zachęcanie pacjenta do efektywnego kaszlu.
- Oklepywanie dziecka podczas czynności pielęgnacyjnych.
- Wykonywanie z dzieckiem ćwiczeń biernych kończyn górnych i dolnych.
- W miarę możliwości sadzanie chorej w łóżku.
- Zachęcanie pacjentki do częstej zmiany pozycji.
- Edukacja rodziny w zakresie wykonywania ćwiczeń oddechowych i ćwiczeń biernych.
- Umożliwienie kontaktu z rehabilitantem.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Zapalenie płuc nie wystąpiło

Diagnoza pielęgniarska 13: Niepokój chorej przed kolejnymi badaniami.

Cel interwencji: Zmniejszenie lęku, uspokojenie pacjentki.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Przygotowanie psychiczne i fizyczne pacjentki do planowanego badania diagnostycznego.
- Nawiązywanie kontaktu z dzieckiem przed przystąpieniem do jakiegokolwiek czynności.

- Wykonywanie czynności pielęgniarских w obecności rodzica.
- Zapewnienie dziecku ciszy i spokoju.
- Mówienie do dziecka spokojnym głosem, przyjazne i życzliwe nastawienie do dziecka.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Zniwelowanie lęku i niepokoju pacjentki.

Diagnoza pielęgniarська 14: Deficyt wiedzy pacjentki oraz rodziców na temat choroby oraz zaleceń terapeutycznych i farmakologicznych.

Cel interwencji: Uzupelnienie wiedzy pacjentki i jej rodziców.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Umożliwienie pacjentce i jej rodzicom właściwego kontaktu z lekarzem prowadzącym.
- Włączenie rodziców i pacjentki do procesu kontrolowania efektów leczenia.
- Edukacja w zakresie choroby, jej objawów, skutków oraz warunków poprawy stanu zdrowia.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Posiadanie wiedzy pacjentki i jej rodziców w zakresie choroby oraz skutecznego eliminowania jej skutków.

Diagnoza pielęgniarська 15: Niepokój pacjentki spowodowany przebiegiem choroby i koniecznością hospitalizacji.

Cel interwencji: Zniwelowanie lęku wywołanego hospitalizacją.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Angażowanie rodziny w proces terapeutyczny.
- Przeprowadzenie rozmowy z pacjentką i rodzicami na temat choroby, konieczności badań diagnostycznych i podejmowanych metodach leczenia.
- Zapewnienie życzliwej atmosfery chorej oraz opiekunom.
- Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa chorej poprzez możliwość odwiedzin, kontakt z personelem medycznym.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Zmniejszenie niepokoju pacjentki.

Diagnoza pielęgniarська 16: Niepokój rodziców o stan zdrowia dziecka oraz możliwość nawrotu choroby.

Cel interwencji: Poprawa samopoczucia rodziców oraz ich edukacja w zakresie choroby.

Plan interwencji pielęgniarskiej:

- Edukacja rodziców na temat powikłań, mogących wystąpić po ustąpieniu objawów choroby.
- Odciążenie rodziców przy wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych przy dziecku.
- Zapewnienie rodzicowi warunków do odpoczynku.
- Zapewnienie rodzicom stałego kontaktu z lekarzem prowadzącym.
- Informowanie o trudnościach i postępach w leczeniu.
- Przekazanie rodzicom zaleceń lekarskich w zakresie opieki nad dzieckiem po wyjściu ze szpitala.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Zniwelowanie niepokoju rodziców, związanego z chorobą i hospitalizacją dziecka.

Przygotowanie pacjenta do samoobsługi i samopielęgnacji

Pobyt w szpitalu jest tylko częścią dochodzenia pacjenta do zdrowia. Po tym czasie pacjent w warunkach domowych musi zadbać o siebie i swoje samopoczucie, a także stan zdrowia. By móc mówić o przygotowaniu pacjenta i jego rodziny do samoobsługi i samopielęgnacji w warunkach domowych, konieczne jest sporządzenie zaleceń, które będą pomocne samemu pacjentowi i jego najbliższym. Zastosowanie się pacjenta do przygotowanych reguł postępowania, pozwoli zniwelować stres związany z pobytem w domu po szpitalu oraz szybciej osiągnąć pełnię zdrowia. Zalecenia pielęgniarskie, dotyczące opieki nad dzieckiem z plamicą Schönleina- Henocha w warunkach domowych:

1. Zapewnienie dziecku lekkostrawnej diety, ze szczególnym uwzględnieniem ograniczenia cukrów prostych;
2. Pomoc w unikaniu potencjalnych alergenów w pokarmach.
3. Edukowanie rodziców w zakresie choroby i jej następstw.
4. Oszczędzający tryb życia w okresie do 4 tygodni po pobycie w szpitalu, szczególnie ograniczenie nadmiernego wysiłku fizycznego.
5. Kontrola w poradni lekarza rodzinnego w ciągu tygodnia od opuszczenia szpitala;
6. Kontrola w poradni laryngologicznej.
7. Kontrola w poradni alergologicznej.
8. Regularne przyjmowanie leków zaleconych przez lekarza: Oспен, Nystatyna, Asecurin, Ribomunyl.

9. Zapewnienie dziecku właściwej higieny snu, poprzez odpowiednie wietrzenie sypialny dziecka oraz regularna zmiana bielizny oraz odzieży.
10. Poinformowanie rodziców o konieczności natychmiastowego zgłoszenia się do kliniki w przypadku wystąpienia, któregośkolwiek z objawów choroby: wysypki skórne, dolegliwości bólowe, bóle brzucha, nudności i wymioty, silne bóle głowy, drgawki itp.

Wnioski

Analiza dokumentacji medycznej pacjentki oraz informacje uzyskane w trakcie obserwacji uczestniczącej i wywiadu z chorą, pozwoliły sformułować główne problemy pielęgnacyjne pacjentki z płamicą Schönleina- Henocha oraz interwencje pielęgniarские, mające na celu poprawę stanu zdrowia pacjentki. Dzięki temu wysunąć można kilka podstawowych wniosków z niniejszej pracy.

Główne problemy pielęgnacyjne pacjentki, wymagające interwencji pielęgniarских to: swędząca wysypka, bóle stawów i związane z nimi ograniczenie ruchomości, dolegliwości związane z infekcją dróg moczowych, biegunka, bóle brzucha a także zaburzenia snu i obniżony nastrój.

Personel pielęgniarский wobec pacjentki pełnił funkcję diagnostyczno- terapeutyczną oraz edukacyjno-opiekuńczą.

Pacjentkę w chorobie wspierali najbliżsi- rodzice, którzy uczestniczyli w procesie jej powrotu do zdrowia.

Postępowanie choroby, a także stres i lęk pacjentki związane z pobytem w szpitalu sprawiły, że sposób porozumiewania się z pacjentką był początkowo utrudnione, co nie służyło osiągnięciu właściwych rezultatów podejmowanego leczenia.

Niski poziom wiedzy pacjentki i jej rodziców na temat choroby wymusił konieczność podjęcia przez personel pielęgniarский edukacji zdrowotnej tych osób.

Z uwagi na stosowaną farmakoterapię (glikokortykosteroidy) przeprowadzono edukację pacjentki i jej rodziców na temat działań niepożądanych stosowanych leków oraz prowadzono obserwację pod kątem ich wystąpienia.

Właściwa edukacja pacjentki i jej rodziców w zakresie choroby sprawiła, że samopoczucie pacjentki oraz jej rodziców uległo znacznej poprawie, co pozwoliło osiągnąć lepsze wyniki leczenia i skróciło pobyt pacjentki na oddziale szpitalnym. Interwencje pielęgniarские, podejmowane względem pacjentki, miały na celu głównie niwelowanie dolegliwości bólowych oraz poprawę samopoczucia pacjentki. Podstawą jest zapobieganie wystąpieniu szeregu możliwych powikłań, m. in. po stronie układu nerwowego czy pokarmowego.

Biorąc pod uwagę główne problemy terapeutyczne chorej z plamicą Schönleina-Henocha opracowano indywidualny plan interwencji pielęgniarskich wraz z ich oceną w tym konkretnym przypadku.

Rola pielęgniarki w opiece nad chorym z plamicą Schönleina-Henocha polega głównie na uczestnictwie w procesie leczenia pacjentki oraz stosowanej edukacji w zakresie choroby.

Piśmiennictwo

1. Senatorski G., Wyzgał J.: Plamica Schönleina-Henocha. [w:] Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa. Pączek L., Mucha K., Foroniewicz B. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 400.
2. Olszowska A., Borkowska A., Żelichowski G.: Plamica Schönleina-Henocha – opis przypadku. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 2008, 24, 335-337.
3. Wiśniewska K., Kozestańska-Oczkowska M., Kulbaka E. i wsp.: Ocena i analiza wiedzy rodziców na temat choroby Schönleina-Henocha na podstawie badań własnych. [w:] *Interdyscyplinarna opieka nad dzieckiem chorym Tom II*, „Olejnik B.J., Baranowska A., Krajewska-Kułak E. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok 2021, 310-321.
4. Traptani S., Micheli A., Grisolia F. et.al.: Henoch-Schönlein purpura in childhood: epidemiological analysis of 150 cases over a 5-year period and review of literature. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 2005, 35, 143-153.
5. Szyguła-Kotala E., Sąda-Cieślak M., Buszman Z. i wsp.: Uogólniona postać plamicy Schönleina-Henocha- opis przypadku. *Alergia. Astma, Immunologia*, 2006, 11(4), 223-226.
6. Łagoda K., Jurkowska G.: *Pielęgniarstwo internistyczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.

ROLA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD DZIECKIEM PO PRZESZCZEPIE SZPIKU KOSTNEGO W ANEMII

mgr piel. Katarzyna Wiśniewska^{1,2}, dr n o zdr. Monika Kozestańska-Oczkowska²,
lic. piel. Sylwia Ozga³

1. Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie.
2. Wydział Nauk o Zdrowiu Radomska Szkoła Wyższa,
3. Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Radomska Szkoła Wyższa,

Wstęp

Choroby układu krwionośnego dotyczą coraz większą ilość osób. Wskazuje się na rosnącą liczbę dzieci u których diagnozuje się wszelkiego rodzaju niedokrwistości. Niedokrwistości są chorobami wymagającymi specjalistycznego leczenia i niejednokrotnie zdarza się, że jedynym skutecznym sposobem wyleczenia schorzenia lub zminimalizowania jego oddziaływania na całokształt życia osoby chorej jest przeszczep szpiku kostnego. Na chwilę obecną w bazach dawców szpiku kostnego na całym świecie zarejestrowane jest około 38 milionów ludzi, jednak lekarze alarmują o wzrastającym odsetku chorych potrzebujących takiej formy leczenia [1]. Wśród pacjentów wymagających transplantacji komórek krwiotwórczych znajdują się dzieci chore na anemię Diamonda-Blackfana. Choć jest to choroba stosunkowo rzadka, dotyka bowiem około 2 do 5 osób na 7 milionów, to jednocześnie w determinujący sposób wpływa na życie osoby chorej i jej rodziny, która po diagnozie musi odnaleźć się w nowych realiach. Nauki kliniczne i laboratoryjne związane z niedokrwistością Diamonda-Blackfana (DBA) nieustannie się rozwijają. Odkrywanie kolejnych mutacji wpływa na możliwość zapewnienia osobom chorym wysokiej jakości życia, jednak jedyną metodą pełnego wyleczenia obecnie jest przeszczep szpiku kostnego [2].

DBA to choroba, która wpływa na funkcjonowanie całej rodziny chorego. Jest to schorzenie trudne, a jego leczenie wymaga wsparcia kompetentnego zespołu opiekuńczego, w skład którego wchodzi lekarze specjaliści, a także pielęgniarki, które wspierają społecznie i psychologicznie [3].

Rola pielęgniarki w opiece nad dzieckiem po przeszczepie szpiku jest bardzo istotna.

Pielęgniarka na bieżąco monitoruje parametry życiowe pacjenta i ryzyko zakażenia związane ze stanem obniżonej odporności chorego. W kontakcie z dzieckiem przestrzega skrupulatnej higieny rąk i zachowuje ścisłą aseptykę podczas wszystkich procedur inwazyjnych. Dbą o odpowiednie nawodnienie chorego płynami dożylnymi i doustnymi. Regularnie monitoruje całkowitą liczbę krwinek, posiew krwi i poziom prokalcytoniny w surowicy [4, 5]

Pielęgniarka nie tylko zapewnia dziecku fachową opiekę, ale też pełni niezwykle ważną rolę wsparcia psychicznego dla dziecka i jego rodziców oraz jest źródłem bardzo dużej wiedzy na temat dalszego postępowania z pacjentem. Przeszczep szpiku kostnego wiąże się z dużym obciążeniem psychicznym nie tylko rodziców, ale też małego dziecka. Zostaje ono przyjęte do szpitala nawet miesiąc wcześniej przed planowaną datą zabiegu i może nie do końca rozumieć co się dzieje i dlaczego nie przebywa w swoim domu. Pielęgniarka, wykorzystując posiadaną wiedzę i empatię redukuje odczuwany przez pacjenta niepokój i lęk [6].

Jednym z podstawowych elementów zapewniających ciągłość leczenia po przeszczepie szpiku jest znajomość objawów niepożądanych przez rodziców. Dzięki temu będą oni w stanie szybko zareagować i zapobiec groźnym dla życia i zdrowia powikłaniom. Nawet pomimo deklarowanej dużej wiedzy na temat choroby, zdarza się, że rodzice nie wiedzą na jakie objawy powinni zwracać uwagę i tutaj też rysuje się ważna rola pielęgniarki – ta edukacyjna. Nie ulega wątpliwości, że przygotowanie rodziców do opieki na dzieckiem po przeszczepie szpiku kostnego wymaga szerokiej edukacji – na temat choroby, diagnostyki, leczenia. To rodzice po wyjściu dziecka ze szpitala przejmują nad nim opiekę i zadaniem pielęgniarki jest wskazać w jak najbardziej szczegółowy, a jednocześnie przystępny sposób, jak ta opieka powinna wyglądać, począwszy od tego jak należy przystosować mieszkanie/dom i pokój do potrzeb chorego dziecka, poprzez to jak pomóc mu przetrwać izolację społeczną aż do tego w jaki sposób rodzina musi przyzwyczać się do nowych warunków [7].

Rola pielęgniarki w opiece nad dzieckiem po przeszczepie szpiku kostnego jest bardzo ważna, zwłaszcza mając na uwadze empatyczność osób wykonujących ten zawód. Dziecko przebywające w szpitalu długi czas czuje się osamotnione, nierzadko zmaga z dużym bólem i poczuciem lęku. Pielęgniarka będąca częścią wykwalifikowanego personelu medycznego, wykonująca swoje codzienne obowiązki związane z opieką i pielęgnacją dziecka po przeszczepie, powinna nie tylko otaczać chorego pacjenta szczególną opieką, wykazywać mu wyrozumiałość, ale

też możliwie jak najlepiej przekazywać swoją wiedzę rodzicom dziecka. Pobyt dziecka z rodzicem na oddziale szpitalnym powinien zostać spożytkowany na odpowiednie przygotowanie go do nowej sytuacji i skutkować wzrostem świadomości opiekunów o tym, że dziecko nie może zostać pozostawione same sobie [6].

Cel pracy

Celem przeprowadzonego badania było określenie zakresu i rodzaju profesjonalnej opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem po przeszczepie szpiku kostnego w anemii Diamonda-Blackfana.

Materiał i metoda

W przygotowaniu niniejszego badania wykorzystano metodę badawczą jaką jest studium indywidualnego przypadku zwane również metodą kazuistyczną. Techniki badawcze, którymi posłużono się to wywiad ustny prowadzony z opiekunem dziecka i obserwacja. Narzędziami badawczymi wykorzystanymi w badaniu był arkusz gromadzenia danych o pacjencie oraz skala służące określeniu konkretnych dolegliwości możliwych do wystąpienia u pacjenta – skala FLACC do oceny natężenia bólu oraz skala Norton do oceny ryzyka powstania odleżyn.

Badanie pacjenta przeprowadzono w Klinice Onkologii, Hematologii i Transplantologii Dziecięcej w Lublinie w okresie 02.02.2023 r. do 07.03.2023 r.

Wyniki

Studium indywidualnego przypadku dziecka po przeszczepie szpiku kostnego w anemii Diamonda-Blackfana

Badanie przeprowadzono u pacjenta w wieku 1 roku i 10/12 miesięcy (D.D.) znajdującego się w Klinice Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej z powodu wykonanej transplantacji komórek krwiotwórczych szpiku od zgodnego dawcy niespokrewnionego.

W wywiadzie obok choroby zasadniczej stwierdzono również wrodzoną wadę serca pod postacią VSD.

Diagnozy i interwencje pielęgniarskie wobec dziecka po przeszczepie szpiku kostnego w anemii Diamonda-Blackfana

Diagnoza pielęgniarska 1: Biegunka wywołana podawanymi lekami immunosupresyjnymi.

Cel opieki: Zapewnienie pacjentowi komfortu, zapobieżenie występowaniu biegunki, obserwowanie pacjenta pod kątem wystąpienia powikłań związanych z przeszczepem szpiku kostnego.

Podjęte interwencje pielęgniarskie:

- przestrzeganie reżimu sanitarnego w kontakcie z dzieckiem,
- rozpoznanie przyczyny biegunki – czy jest to zakażenie czy biegunka występuje wskutek przyjmowanych leków,
- prowadzenie bilansu płynów ze szczególnym naciskiem na ocenę stopnia odwodnienia pacjenta,
- regularne monitorowanie rytmu wypróżnień pacjenta,
- codzienne ważenie pacjenta pod kątem obserwacji spadku masy ciała,
- monitorowanie poziomu sodu i potasu w organizmie pacjenta,
- edukowanie opiekuna pod kątem higieny dziecka w przypadku zmiany pampersa.

Ocena wdrożonych interwencji: Zapewniono pacjentowi poczucie bezpieczeństwa, biegunka po wdrożeniu leczenia ustała.

Diagnoza pielęgniarska 2: Dyskomfort odczuwany przez dziecko z powodu męczących go nudności i wymiotów.

Cel opieki: Zapobiegnięcie odwodnieniu dziecka, zmniejszenie uciążliwości odczuwanych dolegliwości.

Podjęte interwencje pielęgniarskie:

- wyeliminowanie z otoczenia dziecka dźwięków mogących pogłębić dolegliwości, w tym dźwięków nieprzyjemnych dla uszu, drażniących,
- podawanie dziecku leków przeciwwymiotnych zgodnie z kartą zleceń,
- podawanie dziecku probiotyków zgodnie z zaleceniami lekarza,
- uzupełnianie płynów poprzez podawanie ich doustnie, w małych ilościach z dużą częstotliwością,
- obserwowanie stanu nawodnienia dziecka – w szczególności elastyczności skóry, diurezy,
- kontrolowanie masy ciała dziecka,
- prowadzenie bilansu płynów ze zwróceniem uwagi na ocenę ryzyka odwodnienia,
- wykonywanie toalety jamy ustnej dziecka po wymiotach,
- zapewnienie dziecku bezpiecznej pozycji podczas wymiotów,
- odwrócenie uwagi dziecka od odczuwanego dyskomfortu poprzez angażowanie go w zabawy odpowiednie do jego wieku i rozwoju,

- zachowanie reżimu sanitarnego związanego z czystością pościeli i ubrań dziecka.

Ocena wdrożonych interwencji: Zminimalizowano dyskomfort odczuwany przez dziecko, zapobiegnięto odwodnieniu dziecka.

Diagnoza pielęgniarska 3: Zaburzenia równowagi elektrolitowej związane z wymiotami. Ryzyko odwodnienia dziecka.

Cel opieki: Zapewnienie dziecku równowagi elektrolitowej. Niedopuszczenie do odwodnienia dziecka.

Podjęte interwencje pielęgniarskie:

- podawanie dziecku płynów o temperaturze pokojowej,
- uzupełnianie płynów poprzez podawanie ich doustnie, w małych ilościach z dużą częstotliwością,
- podłączenie wlewów nawadniających na zlecenie lekarza,
- kontrolowanie masy ciała dziecka,
- prowadzenie bilansu płynów,
- kontrolowanie stanu nawodnienia dziecka poprzez regularne sprawdzanie elastyczności powłok skórnych,
- kontrolowanie parametrów życiowych dziecka poprzez regularne sprawdzenie jego tętna, ciśnienia tętniczego wraz z dokumentowaniem wyników,
- monitorowanie poziomu elektrolitów u dziecka,
- wdrożenie rehydratacji doustnej lub dożylnych płynów elektrolitowych – w razie konieczności, na zlecenie lekarza.

Ocena wdrożonych interwencji: Zminimalizowano ryzyko odwodnienia dziecka.

Diagnoza pielęgniarska 4: Ryzyko niedoboru składników odżywczych związanych z brakiem apetytu i trudnościami w połykaniu. Ryzyko utraty masy ciała. Ryzyko wystąpienia niedożywienia spowodowane utratą łaknienia

Cel opieki: Dostarczenie pacjentowi odpowiedniej ilości składników odżywczych, niedopuszczenie do utraty masy ciała, zapobieżenie niedożywieniu dziecka.

Podjęte interwencje pielęgniarskie:

- kontrolowanie masy ciała dziecka i dokumentowanie wyników,
- monitorowanie bilansu wodno-elektrolitowego,
- całodobowa kontrola posiłków,

- podawanie dziecku pokarmu w małych ilościach z dużą częstotliwością,
- angażowanie dziecka w jedzenie, poprzez wymyślanie historii i zachęcanie go do spożywania posiłków,
- zapewnienie dziecku spokoju i poczucia bezpieczeństwa,
- obserwowanie pacjenta,
- podawanie pacjentowi leków na zlecenie lekarza,
- podawanie płynów dożylnie – na zlecenie lekarza w przypadku nadmiernej i nieustępującej utraty łaknienia,
- włączenie żywienia pozajelitowego na zlecenie lekarza.

Ocena wdrożonych interwencji: Dolegliwości związane z trudnościami w połykaniu zmniejszyły się. Nie dopuszczono do utraty masy ciała dziecka. Zapobiegnięto wystąpieniu niedożywienia u pacjenta. Dziecko zachęcane do współpracy zaczęło jeść więcej.

Diagnoza pielęgniarska 5: Ból oraz zmiany zapalne na błonie śluzowej jamy ustnej.

Cel opieki: Łagodzenie dolegliwości bólowych odczuwalnych przez pacjenta oraz zmian zapalnych na błonie śluzowej jamy ustnej.

Podjęte interwencje pielęgniarskie:

- regularne obserwowanie i ocenianie stanu śluzówki jamy ustnej i języka,
- edukacja rodzica na temat konieczności dokładnej i systematycznej higieny jamy ustnej i języka,
- odpowiednie nawadnianie pacjenta celem zapobiegnięcia wysychaniu śluzówek jamy ustnej,
- podawanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza,
- podawanie dziecku posiłków o odpowiednim składzie, konsystencji i temperaturze, bez dodatku mocnych przypraw drażniących śluzówkę jamy ustnej,
- stosowanie na podrażnioną śluzówkę jamy ustnej preparatu regenerującego.

Ocena wdrożonych interwencji: Zminimalizowano odczuwalny przez dziecko ból, wyleczono zmiany zapalne w jamie ustnej.

Diagnoza pielęgniarska 6: Niepokój i lęk dziecka wywołany pobytem w szpitalu, rozłąką z najbliższymi i zabiegami diagnostycznymi.

Cel opieki: Zmniejszenie odczuwanego przez dziecko niepokoju, zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa.

Podjęte interwencje pielęgniarskie:

- dokładne zapoznanie opiekuna z zasadami reżimu sanitarnego panującego na sali dziecka,
- opowiadanie dziecku o podejmowanych względem niego czynnościach, zdobycie jego uwagi i zaufania,
- okazywanie dziecku wyrozumiałości i troski,
- delikatne wykonywanie koniecznych czynności pielęgnacyjnych przy dziecku – w miarę możliwości,
- odpowiednie przygotowanie psychiczne i fizyczne dziecka do planowanego zabiegu diagnostycznego,
- używanie spokojnego tonu głosu by nie wywołać w dziecku uczucia strachu,
- odpowiednie interpretowanie zachowań dziecka i stosowne reagowanie na nie,
- zapewnienie dziecku podczas zabiegu kontaktu słownego,
- zaznajomienie dziecka ze sprzętem, którego będzie używać się do wykonania badania,
- wykonywanie zabiegów i badań bez niechęci i złości,
- zapewnienie dziecku obecności rodzica.

Ocena wdrożonych interwencji: Wdrożone interwencje zminimalizowały lęk dziecka. Zminimalizowano zaniepokojenie dziecka, zdobyto jego uwagę i zaufanie.

Diagnoza pielęgniarska 7: Niepokój dziecka i rozdrażnienie wywołane odczuwanymi dolegliwościami bólowymi.

Cel opieki: Zmniejszenie dolegliwości bólowych. Uspokojenie dziecka.

Podjęte interwencje pielęgniarskie:

- obserwowanie zachowania dziecka pod kątem oceny jakości i ilości występującego bólu,
- w przypadku widocznych oznak silnego bólu podawanie farmakologicznych środków przeciwbólowych po konsultacji z lekarzem,
- okazywanie dziecku troski, cierpliwości i zainteresowania,
- zapewnienie dziecku poczucia bezpieczeństwa poprzez uśmiechanie się do niego, głaskanie go,

- wykorzystywanie niefarmakologicznych metod minimalizowania bólu, np. poprzez odwrócenie uwagi dziecka od odczuwanego dyskomfortu poprzez rozmowę z nim, opowiadanie mu historii.

Ocena wdrożonych interwencji: Zminimalizowano dyskomfort i ból odczuwany przez pacjenta.

Diagnoza pielęgniarska 8: Zagrożenie wystąpienia niewydolności krążeniowej lub oddechowej.

Cel opieki: Wczesne wykrycie niewydolności krążeniowej lub oddechowej, nieopuszczenie do wystąpienia niewydolności krążeniowej lub oddechowej.

Podjęte interwencje pielęgniarskie:

- zabezpieczenie drożności dróg oddechowych,
- monitorowanie częstości i jakości oddechów,
- monitorowanie saturacji pulsoksymetrem,
- regularne dokonywanie pomiarów parametrów życiowych m.in. tętna oraz saturacji wraz z ich dokumentowaniem i interpretacją,
- rozpoznanie zaburzeń rytmu i niezwłoczne poinformowanie o tym lekarza,
- wyciszenie negatywnych emocji dziecka,
- prowadzenie bilansu płynów celem monitorowania poziomu nawodnienia dziecka,
- obserwacja ciała dziecka pod kątem wystąpienia obrzęków oraz zabarwienia skóry pod kątem sinicy,
- zastosowanie tlenoterapii – w razie konieczności.

Diagnoza pielęgniarska 9: Ryzyko wystąpienia odparzeń skórnych w okolicach pośladków z uwagi na utrzymującą się biegunkę.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia odparzeń.

Podjęte interwencje pielęgniarskie:

- kontrolowanie wypróżnień dziecka, w szczególności ich ilości i konsystencji,
- prowadzenie bilansu płynów dziecka,
- smarowanie okolic podatnych na odparzenie właściwie dobranymi środkami pielęgnacyjnymi,
- zapewnienie dziecku prawidłowej higieny m. in. poprzez regularną zmianę

bielizny osobistej dziecka i bielizny pościelowej, jak również dokładne mycie dziecka,

- regularne podawanie leków zleconych przez lekarza,
- utrzymanie reżimu sanitarnego przy kontakcie z dzieckiem,
- edukacja opiekuna dziecka w zakresie utrzymania prawidłowej higieny pacjenta i każdorazowego mycia rąk przed i po kontakcie z nim.

Ocena wdrożonych interwencji: Zminimalizowano ryzyko wystąpienia odparzeń u dziecka. Dzięki systematycznej toalecie i odpowiedniej opiece nie doszło do powstania odparzeń.

Diagnoza pielęgniarska 10: Ryzyko wystąpienia gorączki u dziecka.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia gorączki u dziecka.

Podjęte interwencje pielęgniarskie:

- utrzymanie optymalnego mikroklimatu sali, w której przebywa pacjent,
- monitorowanie ciepłoty ciała dziecka – regularne, najlepiej w odstępach godzinnych,
- monitorowanie parametrów życiowych, takich jak ciśnienie tętnicze, tętno, saturacja i dokumentowanie ich,
- odpowiednie nawadnianie dziecka zgodnie z zaleceniami lekarza,
- stosowanie ochładzania fizykalnego – jeśli zajdzie taka konieczność,
- częsta zmiana bielizny osobistej dziecka,
- częsta zmiana bielizny pościelowej dziecka – w przypadku nadmiernej potliwości,
- niezwłoczne poinformowanie lekarza – jeśli wystąpi gorączka.

Ocena wdrożonych interwencji: Zminimalizowano ryzyko wystąpienia gorączki, dziecko utrzymało odpowiednią ciepłotę ciała.

Diagnoza pielęgniarska 11: Ryzyko wystąpienia odleżyn spowodowanych długotrwałym unieruchomieniem w łóżku.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia odleżyn.

Podjęte interwencje pielęgniarskie:

- ocena ryzyka wystąpienia odleżyn przy pomocy skali Norton,
- obserwowanie powłok skórnych wraz z dokumentowaniem patologicznych zmian na skórze,

- zapewnienie pacjentowi wygodnego miejsca do odpoczynku, zwracanie uwagi na elementy mogące stanowić ucisk ciała z zewnątrz,
- zmienianie pozycji ułożenia pacjenta w łóżku co 3-4 godziny,
- odpowiednie pielęgnowanie skóry dziecka przy zastosowaniu preparatów o neutralnym pH,
- stosowanie środków zapobiegających dehydratacji skóry,
- zmieniania bielizny osobistej i pościelowej pacjenta według potrzeb,
- edukacja opiekuna dziecka w zakresie utrzymania prawidłowej higieny pacjenta i każdorazowego mycia rąk przed i po kontakcie z nim.

Ocena wdrożonych interwencji: Zminimalizowano ryzyko wystąpienia odleżyn u dziecka.

Diagnoza pielęgniarska 12: Ryzyko niewydolności przeszczepu.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka niewydolności przeszczepu lub wczesne zaobserwowanie oznak niewydolności przeszczepu.

Podjęte interwencje pielęgniarskie:

- monitorowanie stanu dziecka pod kątem wystąpienia objawów GVHD,
- monitorowanie parametrów życiowych pacjenta, w szczególności ciśnienia krwi, saturacji, częstości akcji serca,
- monitorowanie stanu dziecka pod kątem wystąpienia infekcji,
- szybkie wdrożenie leczenia antybiotykami – w przypadku wykrycia oznak infekcji,
- monitorowanie stanu skóry dziecka,
- przestrzeganie zasad higieny i aseptyki przy kontakcie z dzieckiem,
- monitorowanie i utrzymywanie właściwych poziomów płynów i elektrolitów w organizmie dziecka,
- monitorowanie poziomu hemoglobiny i hematokrytu u pacjenta,
- regularna ocena poziomu bólu u pacjenta,
- wsparcie emocjonalne pacjenta i jego opiekuna.

Ocena wdrożonych interwencji: Zminimalizowano ryzyko niewydolności przeszczepu, dziecko ze szpitala zostało wypisane w dobrym stanie.

Diagnoza pielęgniarska 13: Ryzyko rozwoju GVHD.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka rozwoju GVHD u dziecka.

Podjęte interwencje pielęgniarские:

- regularne monitorowanie objawów GVHD u pacjenta, w szczególności bólu brzucha, biegunki, wysypki, gorączki i trudności w oddychaniu,
- monitorowanie stanu odpornościowego dziecka,
- regularne wykonywanie badań krwi,
- w razie konieczności stosowanie środków przeciwzapalnych według zaleceń lekarza,
- stosowanie środków immunosupresyjnych według zaleceń lekarza w celu zminimalizowania ryzyka wystąpienia GVHD,
- zachowanie odpowiedniej czystości i higieny pacjenta,
- mycie rąk przed i po każdorazowym kontakcie z pacjentem,
- przestrzeganie reżimu sanitarnego w kontakcie z pacjentem,
- edukowanie rodziców w zakresie profilaktyki i leczenia GVHD, ze szczególnym zwróceniem uwagi na monitorowanie stanu dziecka i przestrzeganie zaleceń lekarskich.

Ocena wdrożonych interwencji: Podczas pobytu dziecka na oddziale nie zaobserwowano objawów GVHD.

Diagnoza pielęgniarская 14: Ryzyko wystąpienia infekcji u pacjenta spowodowane spadkiem odporności.

Cel opieki: Ochrona dziecka przed wystąpieniem zakażenia, wzmocnienie odporności dziecka, zapewnienie mu bezpieczeństwa w trakcie pobytu w szpitalu.

Podjęte interwencje pielęgniarские:

- umieszczenie dziecka w jednoosobowej sali w warunkach izolacji ochronnej,
- przestrzeganie reżimu sanitarnego w kontakcie z dzieckiem,
- mycie i dezynfekowanie rąk przed i po każdym kontakcie z dzieckiem,
- stosowanie odzieży ochronnej przez wszystkie osoby, tj. personel i opiekuna podczas wchodzenia i przebywania w sali dziecka,
- ograniczenie liczby osób mających kontakt z pacjentem,
- przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas wykonywania czynności pielęgniarских,
- obserwacja dziecka pod kątem wczesnych objawów infekcji,
- codzienna zmiana bielizny osobistej i pościelowej dziecka,

- zachowanie czystości sprzętów i zabawek znajdujących się na sali,
- edukacja rodziców dziecka dotycząca w szczególności zasad higieny i obserwacji stanu dziecka.

Ocena wdrożonych interwencji: Zminimalizowano ryzyko zakażenia u dziecka, wprowadzone środki ochrony osobistej zapewniły pacjentowi poczucie bezpieczeństwa.

Diagnoza pielęgniarska 15: Ryzyko rozwoju sepsy.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka rozwoju sepsy, zapewnienie dziecku bezpieczeństwa.

Podjęte interwencje pielęgniarskie:

- obserwowanie stanu dziecka,
- monitorowanie parametrów życiowych pacjenta, w szczególności temperatury ciała, ciśnienia krwi,
- ocenianie skóry dziecka pod kątem wykwitów lub innych oznak infekcji,
- wczesne wykrycie oznak infekcji i wdrożenie po konsultacji z lekarzem odpowiedniego leczenia,
- monitorowanie stanu dziecka pod kątem wystąpienia objawów sepsy, tj. gorączki, zmęczenia, dreszczy, nudności, wymiotów, zaburzenia oddychania,
- przestrzeganie pełnego reżimu sanitarnego przy kontakcie z dzieckiem,
- monitorowanie czynności nerek i wątroby przy pomocy regularnie wykonywanych badań laboratoryjnych,
- stosowanie odpowiednio dobranych środków antybiotykowych i antyseptycznych,
- utrzymywanie równowagi wodno-elektrolitowej u dziecka.

Ocena wdrożonych interwencji: Uniknięto rozwoju sepsy.

Diagnoza pielęgniarska 16: Ryzyko rozwoju grzybicy przewodu pokarmowego.

Cel opieki: Zminimalizowanie wystąpienia lub wczesne wykrycie grzybicy przewodu pokarmowego.

Podjęte interwencje pielęgniarskie:

- zachowanie pełnego reżimu sanitarnego przy kontakcie z dzieckiem,
- regularne ocenianie występowania objawów grzybicy przewodu pokarmowego, w szczególności duszności, gorączki, trudności w oddychaniu,

- zastosowanie w razie konieczności środków przeciugrzybiczych po konsultacji z lekarzem,
- zapewnienie dziecku odpowiedniej higieny osobistej,
- edukacja rodziców w zakresie objawów charakterystycznych dla grzybicy oraz konieczności zapewnienia odpowiedniej higieny dziecka.

Ocena wdrożonych interwencji: Zminimalizowano ryzyko wystąpienia grzybicy przewodu pokarmowego u pacjenta, przekazano rodzicom wiedzę na temat objawów i reakcji na ich zaobserwowanie.

Diagnoza pielęgniarska 17: Ryzyko rozwoju grzybicy płuc u pacjenta.

Cel opieki: Zapobieżenie rozwojowi grzybicy płuc u pacjenta lub wczesne wykrycie jej objawów, a tym samym szybkie wdrożenie odpowiedniego leczenia.

Podjęte interwencje pielęgniarskie:

- kontynuowanie inhalowania dziecka zgodnie z zaleceniami lekarza,
- monitorowanie stanu pacjenta, w szczególności pod kątem wystąpienia objawów infekcji, gorączki, duszności lub kaszlu,
- zachowanie pełnego reżimu sanitarnego przy kontakcie z dzieckiem,
- obserwowanie stanu pacjenta pod kątem wystąpienia objawów grzybicy płuc takich jak gorączka, kaszel, krwioplucie, odkrztuszanie gęstą wydzieliną,
- zastosowanie profilaktycznej terapii przeciugrzybiczej zgodnie z zaleceniami lekarza,
- edukowanie opiekuna dziecka pod kątem objawów charakterystycznych dla rozwoju grzybicy płuc i konieczności natychmiastowego zgłoszenia niepokojących dolegliwości,
- wsparcie emocjonalne dla pacjenta i jego opiekuna w trakcie całego procesu opieki po przeszczepieniu szpiku kostnego.

Ocena wdrożonych interwencji: Zminimalizowano ryzyko wystąpienia grzybicy płuc.

Diagnoza pielęgniarska 18: Ryzyko uszkodzenia narządów związane z toksycznością leków immunosupresyjnych.

Cel opieki: Zapobiegnięcie uszkodzeniu narządów lub wczesne wykrycie uszkodzenia narządu.

Podjęte interwencje pielęgniarские:

- monitorowanie stanu pacjenta w szczególności wskaźników funkcji narządów takich jak wątroba, serce, nerki,
- monitorowanie poziomu nawodnienia pacjenta,
- monitorowanie równowagi elektrolitowej pacjenta,
- zachowanie reżimu sanitarnego w kontakcie z pacjentem,
- wdrożenie terapii zastępczej, np. terapii objawowej i leczenia infekcji – w razie konieczności,
- wdrożenie terapii przeciwzakrzepowej w celu minimalizacji ryzyka zakrzepicy,
- wdrożenie odpowiednich interwencji w celu zmniejszenia toksyczności leków immunosupresyjnych takich jak monitorowanie poziomu toksyczności stosowanych leków i dostosowywanie ich dawki zgodnie z zaleceniami lekarza,
- edukowanie rodziców na temat sposobów unikania działań niepożądanych stosowanych leków.

Ocena wdrożonych interwencji: Zminimalizowano ryzyko wystąpienia uszkodzenia narządów. Monitorowano stan dziecka, które do czasu wypisu nie przejawiało żadnych oznak upośledzenia czynności ważnych narządów.

Diagnoza pielęgniarская 19: Ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych u rodziców związanych z przeszczepem szpiku kostnego.

Cel opieki: Pomoc rodzicom w uporaniu się z męczącymi ich wątpliwościami i stresem.

Podjęte interwencje pielęgniarские:

- monitorowanie stanu psychicznego dziecka i rodzica przebywającego z dzieckiem na sali,
- udzielanie opiekunowi wsparcia psychicznego,
- przedstawienie rodzicowi możliwości podjęcia działań mających na celu zmniejszenie odczuwanego przez nich stresu, np. medytacja, zasięgnięcie pomocy specjalisty,
- edukowanie rodzica na temat możliwych reakcji emocjonalnych na obecną sytuację i sposobów na radzenie sobie z nimi,

- rozmawianie z rodzicem na temat tego, że zarówno on, jak i współmałżonek mają prawo odczuwać strach i lęk przed nową sytuacją, w której się znaleźli, sygnalizowanie, że obawa o dziecko jest czymś naturalnym,
- udzielanie rodzicowi wsparcia psychicznego, zapewnienie mu możliwości swobodnego opowiedzenia o odczuwanych wątpliwościach,
- współpraca ze specjalistami, w szczególności z psychologiem i psychiatrą.

Ocena wdrożonych interwencji: Zmniejszono stres i obawy odczuwane przez rodzica. Po rozmowie z nim i przedstawieniu możliwych rozwiązań dręczących go wątpliwości, rodzic zdecydował się skorzystać z pomocy psychoterapeuty.

Diagnoza pielęgniarska 20: Deficyt wiedzy rodziców na temat odpowiedniego postępowania z dzieckiem po przeszczepie szpiku kostnego. Niepewność towarzysząca wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych przy dziecku.

Cel opieki: poszerzenie wiedzy opiekunów na temat danej jednostki chorobowej i sposobów pielęgnowania dziecka po przeszczepie szpiku kostnego.

Podjęte interwencje pielęgniarskie:

- edukacja rodziców na temat choroby, możliwych powikłań po przeszczepie szpiku kostnego, sytuacji na które trzeba zwracać uwagę i kontaktować się z lekarzem prowadzącym,
- zapoznanie rodziców z zasadami pielęgnacji dziecka po powrocie do domu,
- poinstruowanie rodziców w zakresie przygotowania domu na powrót dziecka,
- udzielenie szeregu wskazówek i zaleceń dietetycznych,
- umożliwienie rodzicowi wykonania czynności pielęgnacyjnej pod nadzorem w celu wyłapania ewentualnych błędów i zwrócenia na nie uwagi,
- wskazanie rodzicom miejsc, gdzie mogą uzyskać i pogłębić swoją wiedzę na temat postępowania z dzieckiem po przeszczepie szpiku kostnego, wskazanie fundacji zajmującej się pomocą dla rodzin borykających się z powrotem do normalności przy takim schorzeniu.

Ocena wdrożonych interwencji: Zminimalizowano niepewność odczuwaną przez rodziców. Pogłębiono ich wiedzę, pozostawiono również dane kontaktowe do fundacji, do których można zgłosić pacjenta.

Wnioski

W dniu objęcia opieki nad pacjentem jego stan bio-psycho-społeczny był średni. Dziecko nie czuło się dobrze, było marudne, z powodu dolegliwości bólowych

(zmiany w śluzówce jamy ustnej) miało obniżone łaknienie i pragnienie. Nie chciało zostawać bez mamy i było nieufne.

Przeprowadzony pomiar doznań bólowych wskazał na to, że dziecko odczuwało dolegliwości bólowe na wysokim poziomie, dlatego należało wdrożyć działania mające na celu zminimalizowanie odczuwanego przez pacjenta dyskomfortu.

Pacjent z uwagi na swój wiek nie przejawiał większych reakcji na obecność choroby. Choroba została u niego zdiagnozowana przed ukończeniem pierwszego roku życia, dlatego wszelkie badania i wizyty lekarskie od dłuższego czasu były dla niego codziennością. Opiekunowie dziecka starali się nie załamywać chorobą, mieli w sobie dużo woli walki i wsparcia dla chłopca. Matka przebywająca z chłopcem na oddziale starała się zajmować go różnymi zabawami, by dziecko nie czuło się przytłoczone pobylem w szpitalu.

Rola pielęgniarki w opiece nad dzieckiem w przeszczepie szpiku kostnego jest ogromna. Pielęgniarka podejmuje szereg działań pielęgnacyjnych, monitoruje stan zdrowia pacjenta, dba o jego stan psychiczny. Swoją wyrozumiałością i troską o dziecko wpływa na jego samopoczucie. Pacjent w takim wieku często nie rozumie dlaczego znajduje się w szpitalu i jest rozdrażniony dolegliwościami, które go męczą.

U dziecka po przeszczepie szpiku kostnego może wystąpić szereg powikłań takich jak: przeciążenie płynami, niski poziom płytek krwi i czerwonych krwinek, problemy z oddychaniem, powikłania związane z toksycznością leków stosowanych przed przeszczepem, tymczasowe lub długotrwałe uszkodzenia narządów, niewydolność przeszczepu, choroba przeszczep przeciw biorcy dlatego bardzo ważne w opiece nad dzieckiem po przeszczepie szpiku kostnego jest monitorować go pod kątem wystąpienia objawów niepożądanych, których wczesne wykrycie pozwoli zminimalizować ich przebieg lub zapobiec ich wystąpieniu.

Pielęgniarka powinna zminimalizować deficyt wiedzy rodziców na temat postępowania z dzieckiem po przeszczepie szpiku kostnego w anemii Diamonda-Blackfana. Dzięki temu pomoże im uniknąć szeregu zaburzeń psychicznych mogących obniżyć ich samopoczucie. Bardzo ważnym elementem opieki nad dzieckiem jest wyjaśnianie wątpliwości opiekunów i szerokie przygotowanie ich na powrót dziecka do domu.

Piśmiennictwo

1. Albrecht A., Niewiadomska E., Hutnik Ł., Matysiak M.: Aktualne zasady diagnostyki i leczenia niedokrwistości Diamonda-Blackfana, <https://podyplomie>.

pl/pediatria/33130,aktualne-zasady-diagnostyki-i-leczenia-niedokrwistosci-diamonda-blackfana (data pobrania 14.05.2023).

2. Albrecht A., Niewiadomska E., Hutnik Ł.: Standardy postępowania diagnostycznego w niedokrwistości Diamonda-Blackfana. *Przegląd Pediatryczny*, 2019, 3, 140-143.
3. Szwed-Kolińska M., Barczykowska E., Dębski R. i wsp.: Przygotowanie rodziców dzieci z chorobą nowotworową do sprawowania opieki domowej. *Medical and Biological Sciences*, 2005, 19, 2, 109-113.
4. Janowska J., Barczykowska E., Kurylak A. i wsp.: Opieka pielęgniarska przed i po przeszczepie szpiku kostnego – opis przypadku. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2006, 8(1), 146-150.
5. Karakulska-Prystupik E., Jędrzejczak W.: Opieka nad rekonwalescentem po przeszczepieniu szpiku. <https://podyplomie.pl/onkologia/16754,opieka-nad-rekonwalescentem-po-przeszczepieniu-szpiku> (data pobrania 16.05.2023).
6. Pawlak A., Baczevska B., Kropornicka B. i wsp.: Zakres opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z niedokrwistością z niedoboru żelaza – studium przypadku. [w:] *Współczesne wyzwania w ochronie zdrowia t. 1*. Klimaszewska K., Baranowska A., Krajewska-Kułak E. (red.) Białystok 2018, 45-47.
7. Jędrzejczak W.: Transplantacja komórek krwiotwórczych jako metoda leczenia chorób rozrostowych układu krwiotwórczego. [w:] *Hematologia*. Dmoszyńska A. (red.). *Medical Tribune Polska*, Warszawa 2011, 724-737.

EDUKACYJNA ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD DZIECKIEM Z ZESPOŁEM CORNELII DE LANGE

mgr piel. Eugeniusz Sławomir Daniszewski¹

1. Nasz Lekarz Medicover Toruń

Wprowadzenie

Zauważalny w ostatnich latach wszechstronny postęp medycyny i rozwój opieki nad pacjentami z rzadkimi zespołami genetycznymi skutkuje wydłużeniem czasu oraz zmianą jakości ich życia [1]. W wyniku występujących zmian dzieci ze złożonymi zespołami genetycznymi wymagają opieki pielęgniarskiej w ich środowisku domowym. W związku z zapotrzebowaniem na taką opiekę była potrzeba opracowania niniejszej publikacji prezentującej najważniejsze problemy pielęgnacyjne występujące u dzieci z Zespołem Cornelli de Lange.

Cornelia de Lange Syndrom (CdLS) zwany czasem także Zespołem Brachmanna de Lange jest rzadkim zespołem wad rozwojowych uwarunkowanych genetycznie [2,3]. Występuje z częstotliwością od 1:10 000 do 1:60 000 żywych urodzeń, natomiast w Europie 1,6 – 2,2:100 000 żywych urodzeń, ale dokładna częstotliwość występowania nie jest znana ze względu na możliwe błędy związane z rozpoznawaniem zespołu [1,3]. Zespół CdLS po raz pierwszy został opisany przez holenderską pediatrę Cornelię Catharinę de Lange, która przedstawiła dwie niespokrewnione dziewczynki o podobnych cechach w 1933 roku [4]. Po raz pierwszy przypadek chorego z tym zespołem opisał w 1916 roku W. Brachmann [1]. W Polsce mamy około 160 osób zdiagnozowanych z zespołem CdLS na podstawie danych pochodzących ze Stowarzyszenia CDLS Polska z 2020 roku.

Charakterystyka Zespołu

Zespół CdLS jest rzadkim wrodzonym wielosystemowym schorzeniem rozwojowym uwarunkowanym genetycznie. Przyczyna tej choroby nie jest do końca wyjaśniona [5,6].

W okresie życia płodowego dochodzi do zaburzeń: w pierwszym trymestrze występuje zwiększona przezierność karkowa, w drugim trymestrze dochodzi do zaburzeń związanych ze wzrostem, następnie dochodzi do nieprawidłowości w zakresie rozwoju twarzoczaszki, anomalii kończyn górnych, wady serca [2].

Charakterystyczne cechy wyglądu noworodka sprawiają, że rozpoznanie w większości przypadków jest stawiane tuż po urodzeniu.

1. Występują charakterystyczne cechy twarzoczaszki:

- małowłowie (średni obwód czołowo – potyliczny poniżej 3 centyla);
- zrośnięte ze sobą brwi (synophrys);
- długie gęste i podkręcone rzęsy;
- nos: grzbiet krótki, szeroki i zadarty w górę;
- długa i wygładzona rynienka podnosowa;
- wąskie usta i opadające kąciaki;
- niskie czoło i tylna linia włosów;
- nisko osadzone uszy;
- hirsutyzm;
- krótka szyja;
- cofnięta i mała żuchwa (mikrognacja).

2. Niska masa urodzeniowa, zazwyczaj poniżej 2 500 g.

3. Zaburzenia wzrostu, które mogą być wykryte w okresie prenatalnym i utrzymują się po urodzeniu zazwyczaj (wzrost poniżej 5 centyla).

4. Niepełnosprawność intelektualna z brakiem rozwoju lub niedorozwojem mowy, poziom IQ od 30 do 102 ze średnią 53.

5. Nieprawidłowości w zakresie kończyn, przede wszystkim górnych:

- całkowity brak przedramienia lub przedramion;
- dodatkowe palce (polidaktylia);
- zrośnięte palce (syndaktylia) najczęściej pomiędzy drugim a trzecim palcem;
- brak palców (oligodaktylia);
- krótki i zakręcony piąty palec (klinodaktylia);
- małe dłonie (mikromelia).

6. Wady układu sercowo-naczyniowego:

- zwężenie tętnicy płucnej;
- ubytek przegrody międzyprzedsionkowej lub międzykomorowej;
- koarktacja lub hipoplastyczny łuk aorty;
- nieprawidłowości zastawki aortalnej;
- Tetralogia Fallota.

Poniższe problemy zdrowotne pojawiają się we wczesnym okresie dziecięcym i towarzyszą do końca życia:

1. przepuklina przeponowa;
2. refluks żołądkowo – przełykowy (GER – gastroesophageal reflux) i przełyk Barretta;
3. nadwaga lub otyłość;
4. niedosłuch i wady rozwojowe ucha;
5. krótkowzroczność, zaćma, jaskra, odwarstwianie siatkówki;
6. zaburzenia snu u około 35 – 36 % przypadków;
7. zachowania autodestrukcyjne u około 55 % przypadków;
8. agresja;
9. padaczka u około 25 % pacjentów;
10. niedobory odporności z powodu niedoboru przeciwciał oraz upośledzonej funkcji
11. limfocytów T [2].

Etiologia

Etiologia CdLS jest genetycznie uwarunkowana. Występują mutacje w obrębie genów NIPBL, SMC1 i SMC3 [1]. W genie NIPBL (ang. Main regulator of cohesin-associated protein) na chromosomie 5 w około 27 – 56 % zgłoszonych przypadkach. Natomiast w genie SMC1A (zwanym także SMC1L1 – składnik struktury pierścienia kohezynowego) na chromosomie X w około 10 % zgłoszonych przypadkach. W kolejnym genie SMC3 (składnik cohesin struktury pierścieniowej) na chromosomie 10 [2,3]. Około 60 – 65 % pacjentów z CdLS ma mutację w jednym z trzech białek kohezynowych: NIPBL, SMC1A i SMC3 [3].

Diagnostyka różnicowa

Ze względu na niejednoznaczny obraz kliniczny osób z Zespołem Corneli de Lange może on bardzo przypominać inne zaburzenia genetyczne. Dlatego zaleca się wykonanie badań genetycznych w celu ostatecznego rozpoznania zespołu i wykluczenia innych zespołów genetycznych, zwłaszcza w przypadku nieklasycznych fenotypów CdLS. Różnicowanie dotyczy: [7,8]:

- zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD),
- Zespołu Retta,
- Zespołu Robertsa,
- Zespołu Nicolaidesa – Baraistera,

Tabela 1. Ocena wstępna wg Matthew A. Deardorff, Sarah E.Noon i Ian D. Krantz

Problemy, zaburzenia	Ocena	Postępowanie
Pomiary antropometryczne	Wskaźnik masy ciała (BMI) z wykresami wzrostu	Do oceny wzrostu należy wykorzystać siatki centylowe dla osób z CdLS [9,10]
Zaburzenia/nieprawidłowości neurologiczne	Ocena neurologiczna	Jeśli występują napady drgawkowe należy rozważyć wykonanie badania EEG
Motoryczne, opóźnienie rozwoju	Ocena rozwojowa	Ocena motoryczna, adaptacyjna, poznawcza Ocena wczesnej interwencji/wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnością
	Ocena mowy	Ocena mowy/języka. Zalecana jest terapia mowy w celu optymalizacji umiejętności komunikacyjnych. Powinna być wdrożona w początkowym okresie, najlepiej do 18. miesiąca życia.
Poznawcze	Ocena neuropsychiatryczna	Dla osób w wieku poniżej 12 miesięcy: badanie przesiewowe pod kątem problemów z zachowaniem, w tym zaburzeń snu, ADHD, niepokoju i/lub objawów sugerujących ASD (zaburzeń ze spektrum Autyzmu)
Układ mięśniowo - szkieletowy	Należy rozważyć wykonanie zdjęć rentgenowskich kończyn górnych	W celu oceny wykrycia ewentualnej synestozji promieniowo - łokciowej
	Ocena ortopedyczna	Obejmuje ocenę pod kierunkiem: motoryki dużej i motoryki małej skrzywienia boczego kręgosłupa nieprawidłowości w budowie kończyn mobilności, codziennych czynności, urządzeń ułatwiających wykonywanie codziennych czynności
Układ pokarmowy	Ocena występowania choroby refluksowej przełyku	Należy rozważyć wykonanie endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego w celu wykrycia malrotacji Należy rozważyć gastrofiberoskopię, pH – metrię przewodu pokarmowego w przypadku ciężkiego lub opornego na leczenie GERD Ocena ryzyka aspiracji treści pokarmowej Ocena stanu odżywienia Należy rozważyć ocenę umieszczenia sondy żołądkowej u osób z dysfagią i/lub ryzykiem zachłyśnięcia

Okulistyczne	Ocena okulistyczna	Obejmuje ocenę drożności przewodów nosowo – łzowych, opadanie powiek, ocenę ostrości wzroku, badanie dna oka, pomiar ciśnienia śródgałkowego
Utrata słuchu	Ocena audiologiczna	Ocena niedosłuchu, ocena utraty słuchu
Otolaryngologiczna – ocena jamy ustnej	Ocena kliniczna w kierunku rozszczepu podniebienia	Badanie podniebienia pod kątem ewentualnego rozszczepu podniebienia W przypadku wystąpienia objawów rozszczepu podniebienia (podśluzówkowego) wskazane jest skierowanie do specjalisty
Nieprawidłowości dentystyczne	Ocena stomatologiczna	W okresie niemowlęcym u osób z rozszczepem podniebienia lub po wyrzynaniu się zębów
Układ krążenia	Badanie echo serca, badanie EKG	Ocena wad wrodzonych serca
Układ moczowo – płciowy	Ocena wnętrza i/lub spodziectwa u mężczyzn	Należy rozważyć skierowanie do urologa
	USG nerek/ układu moczowego	Ocena wyglądu, wielkości i struktury badanych narządów, w szczególności anomalie nerek
	Cystografia mikcyjna	Ocena refluku pęcherzowo – moczowego (VUR)
	USG ginekologiczne	Kobiety w wieku dojrzewania należy skierować na badania przesiewowe anomalii macicy
Nieprawidłowości hematologiczne	Morfologia krwi z rozmazem	W przypadku występowania objawów niedokrwistości, krwawień należy skierować do lekarza hematologa
Immunologiczne	Morfologia krwi z rozmazem i profil immunologiczny	W przypadku nawracających infekcji należy rozważyć skierowanie do immunologa
Inne	Konsultacja z genetykiem klinicznym	Poradnictwo genetyczne
	Wsparcie i zasoby rodziny	Ocena zapotrzebowania na: zasoby społecznościowe lub internetowe w celu wsparcia rodziców i rodziny zaangażowanie pracownika socjalnego w celu wsparcia rodziców opieka pielęgniarki POZ

- Zespołu DiGeorge'a,
- delecji chromosomu 2q31,
- częściowego powielenia 3q,
- Zespołu Frynsa,
- Zespołu CHOPS,
- Zespołu Bohringa – Opitza,
- Taf6 lub TAF1.

Wstępna ocena po diagnozie u osób z Zespołem Cornellii de Lange

W celu ustalenia stopnia zaawansowania choroby oraz potrzeb osoby, u której został zdiagnozowany Zespół Cornellii de Lange, zaleca się przeprowadzenie oceny podsumowującej za pomocą, kryteriów zawartych w poniższej tabeli [2]:

Cel pracy

Celem niniejszej pracy było opracowanie indywidualnego planu opieki w warunkach domowych nad dzieckiem z Zespołem Corneli de Lange.

Materiał i metody

Badaniem objęto piętnastoletnią dziewczynkę z Zespołem Cornellii de Lange. Matka wyraziła świadomą zgodę na udział w badaniu. W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku. Do zebrania informacji o dziecku wykorzystano analizę dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach poradni podstawowej opieki zdrowotnej oraz wykonano pomiary, obserwację oraz wywiad z opiekunem dziecka.

Opis przypadku

Dziewczynka M. T. lat 15 z ciąży drugiej niepowikłanej urodzona siłami i drogami natury w 39. tygodniu ciąży w stanie ogólnym dobrym. Rodzice młodzi, zdrowi, niespokrewnieni ze sobą. W domu przebywa siostra o cztery lata starsza – zdrowa. M. T. otrzymała w skali Apgar 8 punktów. Masa ciała urodzeniowa wynosiła 2540 g (poniżej 10 centyla), długość ciała – 50 cm, obwód głowy – 31 cm (poniżej 3 centyla). Po porodzie stwierdzono cechy dysmorfii twarzy: wąskie usta, nos, mikrognacja, długa rynienka podnosowa, nisko osadzone uszy, nadmierne owłosienie zwłaszcza brwi, na obu udach i w okolicy krzyżowej; bruzdę poprzeczną prawej dłoni. Podejrzewano Zespół Cornellii de Lange. Po wykonanych badaniach genetycznych półtoramiesięczne dziecko zostało skierowane do Kliniki Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii w Gdańsku, gdzie ostatecznie rozpoznano Zespół Cornellii de Lange oraz refluks żołądkowo – przełykowy. Podczas pobytu w klinice zostały wydane dalsze zalecenia dla rodziców dotyczące opieki w miejscu

zamieszkania. W późniejszym okresie życia u dziewczynki zaczęły występować kolejne problemy zdrowotne związane z występującym Zespołem Cornelia de Lange, a dotyczyły częstych infekcji górnych dróg oddechowych oraz pojawiły się problemy z refluksem pęcherzowo – moczowym. Z powodu występujących dolegliwości dziewczynka była wielokrotnie hospitalizowana, najczęściej z powodu infekcji górnych dróg oddechowych. We współpracy z rodzicami pielęgniarka POZ opracowała plan opieki.

Diagnoza pielęgniarska 1: Zniwelowanie przykrego zapachu z ust dziecka spowodowanego refluksem żołądkowo-przelykowym

Interwencje pielęgniarskie:

- edukacja rodziców w zakresie modyfikacji stylu życia i diety u dziecka sprzyjających występowaniu zaostrzeń choroby,
- ukierunkowanie rodziców na eliminowanie z diety dziecka składników mogących zaostrzać objawy choroby, wpływających na mechanizmy powstawania i zaostrzania choroby:
- wyeliminowanie owoców cytrusowych;
- wyeliminowanie soków z owoców cytrusowych, napojów gazowanych o odczynie kwaśnym, takich jak woda gazowana, Coca – Cola, w tym także bezkofeinowa, Pepsi – Cola, izotoniki;
- unikanie dań tłustych;
- ograniczenie dużej ilości przypraw;
- ograniczenie słodczy;
- zaproponowanie rodzicom stosowania diety śródziemnomorskiej, która zmniejsza ryzyko wystąpienia objawów.

Ponadto:

- posiłki powinny być jedzone regularnie o małej objętości, bez zbędnego pośpiechu, w spokojnej atmosferze, w ilości 4 – 6 posiłków dziennie;
- należy unikać schyłania się lub przyjmowania pozycji leżącej po posiłku;
- ostatni posiłek powinien być spożyty nie później niż dwie – trzy godziny przed położeniem się do łóżka;
- należy spać z uniesionymi kilkanaście centymetrów głową i tułowiem, a także na lewym boku;
- systematycznie i często myć zęby szczotkami o miękkim włosiu zaokrąglonymi lub stosować szczoteczki soniczne;

- należy przestrzegać zasad dotyczących snu;
- stałych godzin zasypiania i wstawania w tygodniu, także w soboty, niedziele i święta;
- unikać wieczorem angażujących emocje filmów, gier czy zabaw;
- ograniczyć wieczorem aktywności oraz intensywny wysiłek fizyczny [11].

Ocena podjętych działań: W wyniku podjętych interwencji zmniejszyły się dolegliwości dotyczące zgagi. Należy kontynuować interwencje w celu poprawy jakości życia.

Diagnoza pielęgniarska 2: Problemy z prawidłowym oddawaniem moczu z powodu refluksu pęcherzowo-moczowego

Interwencje pielęgniarskie:

- edukacja rodziców w zakresie modyfikacji stylu życia dziecka sprzyjających występowaniu zaostrzeń choroby;
- ukierunkowanie rodziców na eliminowanie zachowań sprzyjających występowaniu infekcji dolnych dróg moczowych;
- nauczanie dziecka systematycznego oddawania moczu co trzy godziny;
- nauczanie dziewczynki, by w przypadku, gdy odczuwa potrzebę oddania moczu, nie wstrzymywała mikcji;
- należy pamiętać o odpowiedniej ilości wypijanych płynów w ciągu dnia z ograniczeniem spożycia kofeiny, czekolady i owoców cytrusowych;
- należy nauczyć dziecko prawidłowej pozycji przyjmowanej podczas oddawania moczu i wypróżniania się;
- należy dziewczynkę nauczyć „dwustopniowego” oddawania moczu, najpierw do sedesu, a następnie „wyciśnięcie” kolejnej partii moczu poprzez parcie;
- ćwiczenia pęcherza moczowego, w tym mięśni Kegla [12];
- należy unikać podrażnień okolicy krocza, kąpiele bąbelkowych, ciasnych ubrań;
- należy stosować bieliznę bawełnianą zamiast sztucznej, jak np. nylonowej;
- należy utrzymywać kwaśny odczyn moczu poprzez przyjmowanie produktów zakwaszających, np. soku żurawinowego;
- dla dziewczynki miesiączkującej – zmiana podpasek co cztery godziny, w celu redukcji wzrostu bakterii w pobliżu cewki moczowej.

Ocena podjętych działań: Usprawnienie oddawania moczu. Powyższe działania należy kontynuować, ponieważ wpływają na mniejszą ilość infekcji dolnych dróg moczowych.

Diagnoza pielęgniarska 3: Infekcje górnych dróg oddechowych

Interwencje pielęgniarskie:

- edukacja rodziców w zakresie modyfikacji stylu życia dziecka stymulująca układ odpornościowy;
- odpowiednia ilość snu;
- regularny umiarkowany wysiłek fizyczny;
- brak ekspozycji na dym tytoniowy oraz zanieczyszczenia powietrza,
- prawidłowa dieta bogata w mikroelementy: cynk, selen i witaminy w głównej mierze z grupy B (niacyna, kwas foliowy, ryboflawina, witamina B12), witaminy C oraz E;
- unikanie stresu;
- kompletny kalendarz szczepień ochronnych z uwzględnieniem szczepień zalecanych;
- systematyczne przyjmowanie witaminy D zgodnie z aktualnymi polskimi wytycznymi suplementacji witaminą D u dzieci [13];
- stosowanie probiotyków, które wpływają korzystnie na częstość występowania infekcji dróg oddechowych u dzieci [14];
- prawidłowe nawadnianie celem upłynnienia wydzieliny śluzowej;
- stosowanie ćwiczeń oddechowych, inhalacji;
- edukacja rodziców dotycząca roli szczepień w profilaktyce i leczeniu infekcji górnych dróg oddechowych:
 - w zakresie szczepień ochronnych obowiązkowych i zalecanych jako metoda skutecznej stymulacji swoistej odporności;
 - w zakresie konieczności terminowego realizowania kalendarza szczepień.

Ocena podjętych działań: Ilość infekcji oddechowych zmniejszyła się. Stosowanie dalszych interwencji będzie skutkowało mniejszą ilością infekcji górnych dróg oddechowych i hospitalizacji.

Diagnoza pielęgniarska 4: Utrudniony kontakt werbalny z dzieckiem z Zespołem Cornellii de Lange.

Interwencje pielęgniarские:

- edukacja rodziców w zakresie modyfikacji sposobu porozumiewania się z dziewczynką dostosowanego do jej możliwości percepcyjnych;
- stosowanie komunikacji werbalnej i niewerbalnej;
- stosowanie komunikacji alternatywnej, która jest dedykowana dzieciom z niepełnosprawnością intelektualną;
- stosowanie komunikacji wspomagającej u dzieci;
- stosowanie języka gestów, odpowiedniej mimiki, postawy ciała;
- zadbanie o kontakt wzrokowy, spokojną i ciepłą mowę;
- stosowanie piktogramów, ikon, obrazków;
- terapia logopedyczna;
- motywowanie do komunikacji;
- stosowanie ciszy motorycznej.

Ocena podjętych działań: Poprawa komunikacji werbalnej z dzieckiem. Konieczność stosowania dalszych interwencji.

Diagnoza pielęgniarская 5: Deficyt wiedzy matki na temat opieki nad dzieckiem z Zespołem Cornellii de Lange.

Interwencje pielęgniarские:

- rozmowa i ocena motywacji matki do poszerzenia swojej wiedzy na temat CdLS;
- indywidualne podejście do matki, dostosowanie się do jej potrzeb;
- dostarczenie materiałów edukacyjnych dotyczących dzieci z Zespołem;
- zaoferowanie matce wsparcia psychologicznego ze strony instytucji państwowych;
- opieka wytchnieniowa w dwóch formach w ramach pobytu dziennego lub całodobowego realizowana przez Ośrodki Pomocy Rodzinie,
- wczesne wspomaganie rozwoju w okresie przed rozpoczęciem nauki w szkole na podstawie orzeczenia Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej;
- grupy wsparcia dla dzieci organizowane przez Stowarzyszenia;
- organizacje dotyczące osób z Zespołem Cornellii de Lange:
- Amerykańska Fundacja CdLS – strona internetowa: www.cdlsusa.org
- Brytyjska i Irlandzka Fundacja CdLS – strona internetowa: www.cdls.org.uk

- Światowa Federacja CdLS – strona internetowa dostępna także w języku polskim: www.cdlsworld.org
- Stowarzyszenie Dzieci i Rodzin Cornelia De Lange Syndrom (CDLS) w Polsce – opiekunem medycznym jest prof. Jolanta Wierzba z Centrum Chorób Rzadkich Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego;
- podręcznik dla rodziców wydany przez Stowarzyszenie CdLS Polska autorstwa Wiesława Wnuka „Cornelia de Lange Syndrom – bez tajemnic”.

Ocena podjętych działań: Wzrost wiedzy matki w zakresie prawidłowej opieki nad dzieckiem z Zespołem Cornellii de Lange.

Podsumowanie

Występowanie Zespołu Cornellii de Lange oraz jego przebieg są uzależnione od wielu czynników zależnych i niezależnych od człowieka. Składają się na nie czynniki genetyczne, środowiskowe, jak i stan bio-psycho-społeczny pacjenta. Istotnym elementem w opiece nad dzieckiem jest niwelowanie czynników wpływających na zaostrzenie istotnych problemów zdrowotnych. Opieka nad dzieckiem z rzadkim zespołem, jakim jest CdLS, stanowi wyzwanie, ponieważ brakuje nowych opracowań w literaturze dotyczących opieki pielęgniarskiej. Badania dostępne w zakresie opieki ukierunkowane są na zapobieganie potencjalnym powikłaniom wynikającym ze stanu klinicznego oraz aspekty poznawczo-behawioralne [15].

Piśmiennictwo

1. Wierzba J., Wierzba T., Mazurkiewicz-Beldzińska M. i wsp.: Dorosły z rzadkim schorzeniem genetycznym – diagnostyka i terapia zespołu Cornellii de Lange, *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2010, (4), 273-280.
2. Matthew D., Noon S., Krantz I. i wsp.: Cornelia de Lange Syndrom. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20301283> (data pobrania 20.08.2023).
3. Mikołajewska E.: Interdisciplinary Therapy in Cornelia de Lange Syndrome. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 2013 22(4), 571-577.
4. De Lange C.: Sur un type nouveau de degeneration – Typu Amstelodamensis, *Arch. Med. Enfants*. 1933, 36, 713-719.
5. Mikołajewska E.: Functional ambilities in children with Cornelia de Lange Syndrom – pilot study, *Ann. Acad. Med. Siles*. 2019, 73, 199-202.
6. Rataj-Kulmacz A.: Cornelia de Lange Syndrome in a 3.5 Year Old Girl – Case Study, *Dent. Med. Probl.*, 2012, 49, 305-308.

7. Kline A., Moss J., Selicorni A. i wsp.: Diagnosis and management of Cornelia de Lange syndrome: first international consensus statement, *Nature Reviews Genetics*, 2018, 19(10), 649-666.
8. Cascella M., Muzio M.: *Cornelia de Lange Syndrome*, StatPearls Publishing, Treasure Island. <https://europepmc.org/article/NBK/nbk554584> (data pobrania 20.08.2023).
9. Siatki centylowe dla chłopców,
10. <https://www.cdlsusa.org/wp-content/uploads/2018/10/growth-charts-boy.pdf> (data pobrania 20.08.2023).
11. Siatki centylowe dla dziewczynek,
12. <https://www.cdlsusa.org/wp-content/uploads/2018/10/growth-charts-girl.pdf> (data pobrania 20.08.2023)
13. Gąsiorowska A., Janiak M., Waśko-Czopnik M. i wsp.: Postępowanie u pacjentów z objawami choroby refluksowej przełyku – rekomendacje dla lekarzy rodzinnych, *Lekarz POZ*, 2019, 5(3-4), 245-265.
14. Fuentes M., Magalhes J., Barroso Jr. U.: Diagnosis and management of bladder dysfunction in neurologically normal children, *Frontiers in Pediatrics*, 2019, 7(298), 1-11.
15. Płudowski P., Kos-Kudła B., Walczak M., i wsp.: Guidelines for Preventing and Treating Vitamin D Deficiency: A 2023 Update in Poland, *Nutrients*, 2023, 15(3), 695-717.
16. Wang Y., Li X., Ge T., i wsp.: Probiotics for prevention and treatment of respiratory tract infections in children: a systematic review and meta – analysis of randomized controlled trials, *Medicine Baltimore*, 2016, 95(31).
17. Tavares de Oliveira D., Mendes Vale R., Franco da Silva A., i wsp.: Nursing care to children with Cornelia de Lange Syndrome, *Journal of Nursing*, 2012, 6(10), 2497-2504.

ROLA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD WCZEŚNIAKIEM – STUDIUM PRZYPADKU

lic piel. Kinga Mateja¹, mgr piel. Monika Buzanowska², dr n. med. Kazimiera Hebel²,
mgr piel. Aleksandra Góral-Kubasik²

1. Absolwentka Instytutu Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Pomorski w Słupsku
2. Zakład Pielęgniarstwa i Położnictwa, Katedra Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego, Instytut Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Pomorski w Słupsku

Wprowadzenie

Terminem wcześniaka określa się każde dziecko, które przyszło na świat przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży. Częstość urodzeń przedwczesnych w Polsce wynosi około 6% wszystkich urodzeń i jest zbliżona do wartości notowanych w większości krajów europejskich. Wcześniactwo jest problemem, który niesie ze sobą konsekwencje w późniejszym rozwoju, dlatego kluczowe jest jak najszybsze podjęcie działań prewencyjnych, zapobiegających niekorzystnym skutkom w przyszłości. Pielęgniarka będąca członkiem zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad dzieckiem urodzonym przed terminem porodu, ma m. in. za zadanie uwzględnienie następstw rozwojowych w okresie intensywnego okresu niemowlęcego.[1]

Rozwinięcie

Dzieci z porodu przedwczesnego zmagają się z wieloma problemami zdrowotnymi, które mają istotny wpływ na ich dalszy rozwój. We wczesnym okresie poporodowym, ze względu na niedojrzałość ogólnorozwojową wcześniaka, wymaga on intensywnej opieki neonatologicznej.

U noworodków urodzonych przedwcześnie może rozwinąć się ZZO - zespół zaburzeń oddychania. Występuje on u 30-70% wcześniaków. Główną przyczyną tego stanu jest deficyt surfaktantu. Oddech wcześniaka jest nieregularny, a przez niedojrzałość ośrodka oddechowego często towarzyszą mu bezdechy. Noworodek urodzony przedwcześnie niejednokrotnie wymaga wsparcia oddechowego. W takiej sytuacji poza inwazyjną wentylacją mechaniczną, wykorzystywany jest CPAP - nieinwazyjna, preferowana metoda wentylacji stałym, dodatnim ciśnieniem w drogach oddechowych (ang. Continuous Positive Airway Pressure).[2]



Ryc. 1 Wcześnieśnik podłączony do NCPAP (CPAP donosowy). Źródło: własne.

Wspomaganie adaptacji noworodków przy urodzeniu związane jest również z utrzymaniem prawidłowej temperatury ciała. Tkanka tłuszczowa u wcześniaków nie jest wystarczająco wykształcona, skóra jest cienka, szczególnie podatna na wychłodzenie. W pomieszczeniu, w którym odbywa się opieka nad noworodkiem (sala poporodowa lub operacyjna) temperatura powinna wynosić 23-25°C, zaś w przypadku wcześniaków urodzonych ≤ 28 tygodnia temp. $>25^{\circ}\text{C}$. Temperaturę ciała noworodka należy utrzymać w zakresie 36,5°C-37,5°C. Pomaga w tym inkubator, którego zadaniem jest stworzenie dziecku warunków zbliżonych do okresu płodowego. [3,4,5]

W odniesieniu do układu krążenia, u wcześniaków, proces zamknięcia przewodu tętniczego zostaje przedłużony. Obecność przetrwałego przewodu tętniczego Bottala (ang. patent ductus arterio sus – PDA) wzrasta wraz obniżaniem się wieku płodowego, zaś w skrajnych przypadkach może powodować wystąpienie objawów niewydolności krążenia i oddychania wymagając leczenia farmakologicznego, a nawet operacyjnego. [6]

U dzieci urodzonych przed terminem stwierdza się niedokrwistość, która spowodowana jest krótszym czasem trwania ciąży, zbyt małą ilością erytropoetyny jak i niedoborem żelaza. Objętość krwi u wcześniaka wynosi ok. 100 ml/kg mc., dlatego warto pamiętać, że do anemii może przyczynić się częste pobieranie krwi do badań laboratoryjnych. Charakterystyczny dla dzieci z niedokrwistością jest zauważalny, słaby przyrost masy ciała, problem z karmieniem, apatia, częstoskurcz serca oraz blade powłoki skórne.

U wcześniaków zaburzenia układu trawiennego dotyczą głównie wchłaniania tłuszczów. Spowodowane jest to przez wytwarzanie mniejszej ilości żółci. Nieprawidłowościom tym dodatkowo często sprzyja brak dostatecznej ilości enzymu - lipazy trzustkowej. Upośledzenie tych funkcji powoduje nieprawidłowe wchłanianie się minerałów oraz witamin, które rozpuszczają się w tłuszczach. Dzieci urodzone się przed terminem przez niedojrzałość wątroby mają skłonności do przedłużonej żółtaczki.[7]

Wcześniaki, które są żywione parenteralnie mają tendencję do hiperglikemii. Przyczyną tego stanu jest m.in. zmniejszone stężenie insuliny, a także nieprawidłowa funkcja niewykształconych receptorów insulinowych. Hiperglikemii sprzyja również wysoki poziom amin katecholowych, które przejawiają działanie antyinsulinowe. Hipoglikemia u wcześniaków występuje zdecydowanie rzadziej, obejmuje ona 15% dzieci urodzonych przedwcześnie. Rozpoznanie hipoglikemii u noworodka donoszonego i wcześniaka polega na oznaczeniu stężenia glukozy poniżej 45mg/dl. Objawy kliniczne hipoglikemii noworodkowej nie są specyficzne lub nie występują.[8]

System odpornościowy noworodków jest niedojrzały. Dlatego, aby mogły się one bronić przed patogenami potrzebują mleka matki, które jest bogate w przeciwciała - u kobiet, które urodziły przedwcześnie stężenie IgA, IgM i IgG jest niższe, niż u kobiet, które urodziły w terminie.[9]

Niedojrzałość OUN (ośrodkowego układu nerwowego) u wcześniaków skutkuje ograniczoną aktywnością oraz niskim napięciem mięśniowym, co przejawia się w postaci niewykształconych bądź ograniczonych odruchów pierwotnych. Niewystarczająco rozwinięte naczynia krwionośne przyczyniają się do krwawień śródczaszkowych szczególnie u wcześniaków urodzonych przed 32 tygodniem życia płodowego. Noworodki, które urodziły się z masą ciała nie przekraczającą 1000 g oraz te urodzone przed 28 tygodniem ciąży wykazują hipotonię. Jednym z pierwszych pojawiających się odruchów u noworodka jest odruch ssania. Występuje on w 34 tygodniu życia płodowego, do tego okresu wcześniak wymaga wspomagania w postaci żywienia enteralnego poprzez sondę dożołądkową oraz żywienia parenteralnego. Powikłania ze strony ośrodkowego układu nerwowego u dzieci, które urodziły się przedwcześnie to najczęściej: zaburzenia rozwoju motorycznego, MPD (mózgowe porażenie dziecięce), problemy z nauką w szkole, zaburzenia zachowania, narządu wzroku w postaci retinopatii wcześniaczej ROP (ang. retinopathy of prematurity) oraz zaburzenia słuchu.[10]

Opis indywidualnego przypadku

Chłopiec urodzony 14.03.2019r. w 24 tyg. + 6 dni (noworodek ekstremalnie niedojrzały) drogą cięcia cesarskiego z powodu zagrażającej zamartwicy, z porodu I, ciąży I. Jego masa urodzeniowa początkowo wynosiła 850 g, jednak po tygodniu uległa zmniejszeniu do 620 g. Oceniony w skali Apgar kolejno na 3/5/6 pkt (w 1,5,10 min. życia). Po urodzeniu dziecko zaintubowano i podłączono do respiratora. W pierwszej godzinie życia podano dotchawczo surfaktant. Mechaniczną wentylację inwazyjną stosowano do 23 dnia życia. Do 46 dnia życia noworodek wymagał nieinwazyjnego wsparcia oddechowego w postaci CPAP. Tlenoterapię bierną stosowano do 69 doby życia. Ze względu na hiperglikemię od 7 do 14 dnia życia stosowano wlew insuliny. Początkowo żywiono wyłącznie parenteralnie, od 4 doby życia troficznie sondą do przewodu pokarmowego, stopniowo zwiększając porcje. Żywienie pozajelitowe odstawiono w 37 dniu życia, dziecko przeniesiono do łóżeczka w 69 dobie życia. Z powodu niedokrwistości czterokrotnie wykonano transfuzję uzupełniającą NUKKCZ (napromieniowany ubogoleukocytarny koncentrat krwinek czerwonych) grupy 0 Rh + dodatni - bez powikłań poprzetoczeniowych. W 71 dniu życia w badaniu okulistycznym stwierdzono ROP - retinopatię wcześniaków (ang. retinopathy of prematurity) (ROP II z objawem plus). Dziecko przekazano 23.05.2019r. do Szpitala Copernicus celem laseroterapii siatkówki. Szczepienie WZW B (wirusowe zapalenie wątroby typu B) wykonano 22.03.2019r. oraz 10.05.2019r. Pacjent został przyjęty ponownie do Kliniki Neonatologii w 73 dniu życia. Stwierdzono stan po IVH- krwawieniu dokomorowym (ang. intraventricular hemorrhage) II stopnia po stronie prawej, dysplazję oskrzelowo-płucną i niedokrwistość. W trakcie pobytu dziecko było karmione przez smoczek mlekiem mamy, przybierało na wadze. Z powodu niedokrwistości przetoczono 33 ml NUKKCz grupy 0 Rh + (dodatni)- bez powikłań poprzetoczeniowych. Po konsultacji okulistycznej zaleconą stałą kontrolę w poradni. W kontrolnym USG jamy brzusznej: w dolnym biegunie lewej nerki rozpoznano zwapnienia lub/i złoży, wymagające kontroli ambulatoryjnej. Dziecko wypisano do domu w 85 dniu życia tj. 06.06.2019r., w stanie ogólnym dobrym z zaleceniami: dalszej opieki w Poradni Dziecięcej, kontroli w Poradni Patologii Noworodka, w Ośrodku Wczesnej Interwencji, w Poradni Okulistycznej dla Dzieci, w Poradni Audiologii Dziecięcej, kontroli USG jamy brzusznej, karmienia: piersią na żądanie mlekiem mamy, ew. Bebilon Nenatal home®, podawaniem: Innofer baby® (suplement Fe), Innovitum

B*, Wit D3, wykonaniem USG stawów biodrowych, układaniem dziecka do snu na plecach, na twardym podłożu.

Badanie fizykalne przeprowadzone dnia 15.02.2020r. w wieku: 11 miesięcy i 1 dzień (= wiek skorygowany wynoszący: 8 miesięcy i 10 dni)

Stan biologiczny podopiecznego

SKÓRA					
napięcie	temperatura	zabarwienie	wilgotność	stan higieniczny	inne objawy
prawidłowe	36,8°C	różowa	prawidłowa	czysta	brak
UKŁAD ODDECHOWY					
liczba oddechów	typ oddechów	kaszel	wyroby medyczne	inne objawy	
32/min	brzuszny	brak	brak	brak	
UKŁAD POKARMOWY					
uzębienie	łaknienie	stolec	dieta	inne objawy	
w trakcie ząbkowania	zmniejszone	prawidłowy	mleko modyfikowane, posiłki uzupełniające	brak	
UKŁAD MOCZOWY					
objętość dobowa moczu	jakość moczu	inne objawy		stosowane wyroby medyczne	
norma (2ml/kg mc./h)	prawidłowa	brak		pieluchy	
UKŁAD NERWOWY					
niedowład/drżenia	mowa		inne objawy		
brak	gaworzenie		dodatni objaw Babińskiego		
NARZĄDY RUCHU					
sposób poruszania	zakres ruchów	sylwetka	inne objawy		wyroby medyczne
pełzanie	ograniczony	prawidłowa	odruch Landau prawidłowy		brak
NARZĄDY ZMYŚLÓW					
wzrok	słuch	czucie	układ hormonalny	inne objawy	wyroby medyczne
retinopatia wcześniacza	prawidłowy	prawidłowe	prawidłowy	test Hirschberga-symetryczne odbicie światła w rogówkach obu oczu w centrum źrenicy	okulary OP: -4 D OL: -1 D

Diagnoza pielęgnarska

Chłopiec H.M.- wcześniak urodzony w 24 tyg. + 6 dni drogą cięcia cesarskiego z powodu zagrażającej zamartwicy z rozpoznaną retinopatią wcześniaczą. W dniu przejęcia opieki (15.02.2020r.) niemowlę jest w stanie dobrym. Wymaga opieki

pielęgnacyjnej oraz obserwacji pod kątem prawidłowego rozwoju psychomotorycznego. Jest pod stałą kontrolą poradni okulistycznej ze względu na występującą retinopatię w wywiadzie. W badaniu fizykalnym stwierdzona przepuklina pępkowa. Rodzice zgłaszają brak apetytu u chłopca, nieregularność w wypróżnieniach, niepokojącą chrypkę oraz katar, który utrudnia spokojny sen. Na podstawie zebranych informacji postawiono następujące diagnozy pielęgniarские:

Diagnoza pielęgniarская 1: Możliwość wystąpienia powikłań związanych z występowaniem przepukliny pępkowej.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia powikłań.

Interwencje pielęgniarские:

- obserwacja przepukliny, możliwości jej odprowadzenia,
- układanie dziecka na brzuchu, aby wzmocnić mięśnie jamy brzusznej,
- unikanie płaczu, krzyku, zapań (prawidłowa dieta mamy i dziecka w oparciu o aktualne standardy medyczne „Zasady żywienia zdrowych niemowląt -
- Stanowisko PTGHiŻD - Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i
- Żywienia Dzieci),
- masowanie brzucha, aby zapobiec pojawieniu się kolek jelitowych i zapań.

Ewaluacja podjętych działań: Brak powikłań wynikających z obecności przepukliny pępkowej.

Diagnoza pielęgniarская 2: Powolny przyrost masy ciała związany z zaburzeniem odżywiania.

Cel opieki: Zwiększenie masy ciała.

Interwencje pielęgniarские:

- kontrolowanie masy ciała poprzez zastosowanie dedykowanej siatki centylowej masy ciała dla chłopców urodzonych przed 32 tygodniem ciąży,
- przygotowywanie rozmaitych wariantów ulubionych, zdrowych składników pokarmowych preferowanych przez niemowlę,
- uatrakcyjnienie pełnowartościowych posiłków w oparciu o aktualne zasady żywienia zdrowych niemowląt,
- zwiększenie częstotliwości karmień, ale w mniejszych ilościach,
- podawanie do picia wody między posiłkami, szczególnie głównymi, zastępując tym samym nawyk przekąsek nie składający do spożycia posiłku w całości,

- częste spacery i aktywność na świeżym powietrzu wzmagająca apetyt,
- dobranie smoczka do butelki odpowiednio do wieku i warunków anatomicznych jamy ustnej,
- kontrolowanie wypróżnień,
- wykonywanie masażu brzucha (okrężne ruchy wykonywane zgodnie z ruchem wskazówek zegara)
- podawanie dziecku do picia wodę źródlaną obliczając dobowe zapotrzebowanie na płyny na podstawie metody Hollidaya i Segara,
- karmienie dziecka w cichym pomieszczeniu, nie skłaniającym do dekoncentracji (głośne dźwięki, jaskrawe obrazy).

Ewaluacja podjętych działań: Dziecko jest spokojne, przybrało na wadze.

Diagnoza pielęgniarstwa 3: Nieregularność wypróżnień.

Cel opieki: Regularne wypróżnianie dziecka.

Interwencje pielęgniarstwa:

- wykonywanie masażu brzucha (okrężne ruchy wykonywane zgodnie z ruchem wskazówek zegara),
- podawanie dziecku do picia wodę źródlaną obliczając dobowe zapotrzebowanie na płyny na podstawie metody Hollidaya i Segara,
- wprowadzenie do diety produktów bogatych w błonnik takich jak: kasze pełnoziarniste, brokuły, szpinak, rośliny strączkowe.

Ewaluacja podjętych działań: Dziecko jest spokojne, prawidłowo się wypróżnia.

Diagnoza pielęgniarstwa 4: Ryzyko wystąpienia infekcji z powodu obniżonej odporności.

Cel opieki: Niedopuszczenie do pojawienia się infekcji.

Interwencje pielęgniarstwa:

- dbanie o higienę ciała, szczególnie rąk,
- kontrolowanie temperatury ciała,
- stosowanie nawilżacza powietrza w pomieszczeniu, gdzie znajduje się dziecko,
- ograniczenie kontaktu z osobami chorymi,
- suplementacja witaminy D3 według zaleceń lekarza,
- ubieranie dziecka stosownie do temperatury otoczenia.

Ewaluacja podjętych działań: Brak infekcji.

Diagnoza pielęgniarska 5: Możliwość wychłodzenia spowodowana zaburzeniem termoregulacji.

Cel opieki: Niedopuszczenie do wychłodzenia dziecka.

Interwencje pielęgniarskie:

- ubieranie dziecka stosowanie do temperatury otoczenia,
- utrzymywanie prawidłowej temperatury w pomieszczeniu (ok. 19°C),
- zakrywanie części ciała najbardziej narażonych na wychłodzenie (tj. uszy, stopy, głowa).

Ewaluacja podjętych działań: Nie doszło do wychłodzenia dziecka.

Diagnoza pielęgniarska 6: Chrypka utrudniająca spokojny sen.

Cel opieki: Wyliminowanie chrypki.

Interwencje pielęgniarskie:

- ustalenie przyczyny chrypki - konsultacja z pediatrą,
- zastosowanie inhalacji roztworem soli fizjologicznej z kwasem hialuronowym (Nebu-Dose hialuronic to 0,9%®),
- wietrzenie pokoju dziecka, częste przebywanie na świeżym powietrzu.

Ewaluacja podjętych działań: Dziecko nie męczy już chrypka, może swobodnie oddychać.

Diagnoza pielęgniarska 7: Ryzyko wystąpienia odparzeń z powodu delikatnej skóry.

Cel opieki: Niedopuszczenie do powstania odparzeń.

Interwencje pielęgniarskie:

- stosowanie odpowiednich środków pielęgnacyjnych przeznaczonych dla niemowląt (np. emolientów),
- systematyczna zmiana pieluch, unikanie potencjalnych alergenów kontaktowych,
- używanie odpowiedniego rozmiaru pieluch,
- dokładne i delikatne osuszanie ciała po kąpielu, unikanie tarcia.

Ewaluacja podjętych działań: Na skórze dziecka nie pojawiły się odparzenia.

Diagnoza pielęgniarska 8: Katar utrudniający spokojny sen.

Cel opieki: Pozbycie się kataru u dziecka.

Interwencje pielęgniarские:

- stosowanie soli morskiej do oczyszczania jamy nosowej,
- przeprowadzanie inhalacji nawilżających,
- systematyczne czyszczenie nosa – używanie aspiratora do nosa,
- układanie dziecka na plecach, z głową uniesioną nieco wyżej w celu spłynięcia wydzieliny z zatok,
- delikatne oklepywanie dziecka.

Ewaluacja podjętych działań: Dziecko spokojnie, przesypia nocę.

Diagnoza pielęgniarская 9: Obawa rodziców przed brakiem posiadania wystarczającej wiedzy na temat rozwoju psychomotorycznego dziecka w aktualnym wieku.

Cel opieki: Zmniejszenie obawy, podniesienie poziomu wiedzy rodziców.

Interwencje pielęgniarские:

- rozmowa z rodzicami, która pozwoli określić ich wiedzę na temat prawidłowego rozwoju psychomotorycznego dziecka w aktualnym wieku skorygowanym, wsparcie emocjonalne,
- udzielenie odpowiedzi na nurtujące pytania,
- edukowanie pozostałych członków rodziny,
- pomoc w czynnościach sprawiających problem.

Ewaluacja podjętych działań: Rodzice nie czują się osamotnieni, wiedzą, że mogą liczyć na wsparcie. Rodzina posiada wystarczającą wiedzę na temat rozwoju wcześniaka.

Diagnoza pielęgniarская 10: Możliwość pogłębienia się wady wzroku z powodu rozpoznanej retinopatii wcześniaczej.

Cel opieki: Zapobieganie pogłębieniu się wady wzroku.

Interwencje pielęgniarские:

- zakładanie dziecku okularów korekcyjnych,
- regularne kontrole w poradni okulistycznej,
- przebywanie na świeżym powietrzu,
- suplementacja DHA (kwasu dokozaheksaenowego),
- prowadzenie ćwiczeń usprawniających widzenie (np. zawieszenie nad łóżkiem karuzeli, pokazywanie czarno-białych kart, zabawa ciemno-jasno),
- unikanie stymulacji narządu wzroku ekranami w postaci smartfonów, tabletów, telewizorów itp.

Ewaluacja podjętych działań: Wada wzroku nie pogłębia się.

Podsumowanie

Wcześnieństwo jest problemem, który niesie ze sobą konsekwencje w późniejszym rozwoju, dlatego ważna jest ciągła obserwacja dziecka. W studium przypadku chłopca objętego procesem pielęgnowania wyszczególniono m.in. problemy pielęgnacyjne tj. nieprawidłowości narządu wzroku, zaburzenia odżywiania, zaburzenia termoregulacji, przepuklinę pępkową, nieregularność w wypróżnieniach, chrypkę, katar utrudniający spokojny sen i właściwe oddychanie, a także ryzyko wystąpienia infekcji z powodu obniżonej odporności dziecka urodzonego przedwcześnie. Podjęto działania mające na celu zminimalizowanie problemów towarzyszących dziecku. Zastosowano interwencje w postaci obserwacji rozwoju psychomotorycznego. Kontrolowano wyniki pomiarów antropometrycznych masy, długości ciała, obwodu głowy w oparciu o narzędzia badawcze w postaci siatek centylowych dostosowanych do dzieci urodzonych przed 32 tygodniem ciąży. Osiągnięto wyniki: obwód głowy - 30 centyl, masa ciała - 40 centyl, długość ciała - 75 centyl. Wprowadzono dietę wg zasady żywienia zdrowych niemowląt w oparciu o aktualne stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. Poza tym zadbano o prawidłową higienę ciała oraz częstotliwość wypróżnień. Podczas procesu pielęgnowania analizowano zalecenia i wyniki badań odnotowanych w Książeczce Zdrowia Dziecka. W rozmowie z rodzicami dostarczano informacji na temat korzyści wynikających z profilaktyki pierwotnej - szczepień wg PSO (Programu Szczepień Ochronnych). W celu udrożnienia okluzji jamy nosowej i ograniczenia występującej chrypki stosowano inhalacje nawilżające, oklepywanie oraz systematyczne czyszczenie nosa z zalegającej wydzieliny. Dbano przy tym o prawidłowe nawodnienie obliczając dobowe zapotrzebowanie na płyny na podstawie metody Hollidaya i Segara. Diurezę kontrolowano zgodnie z normą godzinową i dobową adekwatnie do wieku rozwojowego. Wśród interwencji pielęgnarskich uwzględniono także zapewnienie wsparcia edukacyjnego rodzicom na temat rozwoju psychomotorycznego, w tym tzw. kamieni milowych. Dodatkowo udzielono wskazówek i pomocy instrumentalnej, przy czynnościach, które sprawiały rodzicom trudności, m.in. inhalacji, karmieniu, aktywnym spędzaniu czasu wolnego.

Pielęgniarka odgrywa bardzo istotną rolę w opiece nad wcześniakiem. Jest ona niezbędnym członkiem zespołu terapeutycznego w kolejnych etapach jego rozwoju. Rodzice dziecka urodzonego przedwcześnie powinni mieć świadomość, jak

kształtuje się prawidłowy rozwój w okresie niemowlęcym. Odpowiednie przygotowanie rodziców należy do zadań pielęgniarki, ponieważ to ona jest z nimi w możliwie najbliższych relacjach i ma bezpośredni kontakt z ich dzieckiem podczas wizyt kontrolnych w poradni dziecięcej bądź pediatrycznych oddziałach szpitalnych.

Piśmiennictwo

1. Świetliński J.: Neonatologia i opieka nad noworodkiem. Tom 1, wyd. PZWL, Warszawa 2019.
2. Szczapa T.: Nieinwazyjne wspomaganie oddychania noworodków. [w:] Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego. Wydanie IV (2021) Brodecka R. (red.) Wyd. Media-Press Sp. z o.o., Warszawa 2021, 199-204.
3. Gulczyńska E., Cedrowska-Adamus W.: Prewencja hipotermii jatrogennej u noworodków urodzonych przedwcześnie. Postępy neonatologii 2018, 24(2), 123-127.
4. Szczapa T.: Termoregulacja. [w:] Neonatologia Szczapa J. (red.) wyd. PZWL, Warszawa 2018, 37-44.
5. Wytyczne ERC 2021. Rozdział IX – Resuscytacja noworodków i wspomaganie adaptacji noworodków po urodzeniu. <https://www.prc.krakow.pl/wytyczne2021/rozdzi1.pdf> (data pobrania: 16.08.2023)
6. Wojtalik M., Mrówczyński W., Skalski J.: Przetrzywały przewód tętniczy. <http://www.kardiochirurgiadziecieca.cm-uj.krakow.pl/r21.pdf> (data pobrania 01.02.2020)
7. Królak-Olejnik B.: Neonatologia. wyd. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2016.
8. Kulik-Rechberger B., Joniec M.: Hipoglikemia u noworodków – przyczyny i konsekwencje. Endokrynologia Pediatria 2016, 15.1.54. 49-54.
9. Orczyk-Pawilowicz M., Wesołowska A.: Różnice w biochemicznym składzie mleka matek wcześniaków i noworodków urodzonych o czasie – aspekt żywieniowy i terapeutyczny. Standardy Medyczne. Pediatria 201, 10, 677-686.
10. Świetliński J.: Neonatologia i opieka nad noworodkiem. Tom 2. wyd. PZWL, Warszawa 2019.

ZADANIA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD DZIECKIEM CHORUJĄCYM NA STWARDNIENIE ROZSIANE

mgr piel. Katarzyna Wiśniewska^{1,2}, dr n. med. Ewa Kulbaka^{1,2}, mgr piel. Beata Strzelecka²,
mgr piel. Jolanta Stachyra¹

1. Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Radomska Szkoła Wyższa, Wydziału Nauk o Zdrowiu

Wstęp

Stwardnienie rozsiane (SM, łac. sclerosis multiplex), przewlekła choroba ośrodkowego układu nerwowego (OUN) o podłożu zaplanym jako problem zdrowotny dziecka zaburza nie tylko codzienne funkcjonowanie pacjenta, również proces jego rozwoju psychofizycznego oraz społecznego. SM jest najczęściej rozpoznawane w grupie młodych dorosłych (między 20 a 40 rokiem życia), przede wszystkim kobiet, ale część przypadków (około 10%) dotyczy osób przed 18 rokiem życia. Wskutek nieprawidłowego działania układu odpornościowego dochodzi do patologicznych zmian w osłonkach nerwów, co zakłóca przekazywanie impulsów nerwowych

Etiopatogeneza SM u dziecka jest taka sama, jak u pacjentów dorosłych, opiera się na autoagresji systemu odpornościowego. Manifestacja kliniczna choroby w grupie pacjentów pediatrycznych jest zróżnicowana. Ponad połowa przypadków ma początek jednoobjawowy, występujący po 10 roku życia i wśród tych chorych około połowy ma objawy zapalenia nerwu wzrokowego, inne przypadki wiążą się z objawami np. ze strony stawów albo trzustki. Większość dzieci choruje na postać SM z rzutami oraz remisjami. Samo rozpoznanie choroby u dziecka sprawia wiele trudności ze względu na fakt, że podobną symptomatologię mają inne zespoły chorobowe, np. ostre rozsiane zapalenie mózgu i rdzenia, neuroborelioza czy encefalopatie mitochondrialne [1, 2].

Długoterminowe rokowanie dla pacjenta jest niekorzystne, chociaż trzeba podkreślić, że nie ma do tej pory badań na dużych próbach dzieci z SM pod kątem skutków choroby w dorosłości. Większość chorych po 20 latach od zdiagnozowania jest niepełnosprawnych, chociaż leczenie immunologiczne jest dobrze tolerowane przez chore dziecko [3, 4].

Cel pracy

Celem badania było poznanie i przedstawienia zadań pielęgniarki/pielęgniacza podczas opieki nad dzieckiem ze stwardnieniem rozsianym.

Materiał i metody badawcze

Dla potrzeb badania wybrano metodę indywidualnego przypadku, techniki wywiadu, obserwacji, analizy dokumentacji medycznej i pomiaru. W roli narzędzi badawczych wystąpiły notatki, dokumenty medyczne, przyrządy i skale do pomiaru parametrów życiowych pacjenta.

Zgromadzenie danych wymagało bezpośredniego kontaktu z pacjentem pediatrycznym, chorującym na wybraną jednostkę chorobową – stwardnienie rozsiane. Osoba wybrana do studium przypadku była hospitalizowana w oddziale neurologicznym, w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym. Podczas zbierania danych obserwowano pacjenta, rozmawiano z nim oraz jego rodzicami, oceniano stan pacjenta i analizowano dokumentację medyczną.

Wyniki

Opis studium indywidualnego przypadku dziecka chorującego na stwardnienie rozsiane – analiza i opis

Pacjent płci męskiej, 14 lat, od trzech lat leczony po zdiagnozowaniu procesu demielizacyjnego i potwierdzeniu SM. Badany jest drugim dzieckiem rodziców, urodził się po porodzie prawidłowym i naturalnym, zgodnie z czasem, po urodzeniu masa ciała wynosiła 3700g, dziecko zostało ocenione na 10 pkt. w skali Apgar. Rozwój psychoruchowy następowało prawidłowo, bez chorób poza kilkukrotnymi infekcjami wieku dziecięcego.

Pierwsze objawy choroby wystąpiły po 10 roku życia (zaburzenia równowagi, utykanie jednostronne) i początkowo wiązano je z przechorowaniem półpaśca. Pogłębiona diagnostyka przeprowadzona w szpitalu potwierdziła zmiany w rdzeniu kręgowym, ale objawy ustąpiły – przyjęto później, że był to pierwszy rzut choroby. Drugi rzut choroby wystąpił około 11 roku życia i towarzyszyły mu oznaki: drżenie kończyn, zaburzenie zdolności manualnych, zaburzenia koordynacji ruchowej, oczopląs. Wykonano rezonans magnetyczny i badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, pacjent został skierowany na stacjonarne leczenie neurologiczne i potwierdzono diagnozę SM.

Kolejne hospitalizacje następowały podczas rzutów choroby, która miała agresywny przebieg i skutkowałą pogorszeniem stanu klinicznego pacjenta.

W chwili przyjęcia do szpitala pacjent z niedowładem kończyn dolnych, występuje zaburzenie zwieraczy (pęcherz neurogenny, nietrzymanie moczu). Pacjent leżący, występują przykurcze w obrębie kończyn dolnych (stopy, kolana, stawy biodrowe). Wtórnie wskutek porażenia w obrębie rdzenia doszło do skrzywienia kręgosłupa, które wymaga stosowania gorsetu.

Pacjent przytomny, w kontakcie logicznym, odpowiada prawidłowo, nastrój obniżony (lęk, rozdrażnienie) z powodu hospitalizacji, dalszych badań i leczenia.

Pacjent wymaga przeprowadzenia badań kontrolnych, intensywnej rehabilitacji i opieki w wielu sferach, celem działania jest ustabilizowanie stanu klinicznego dzięki farmakoterapii.

Zastosowano leczenie wlewami immunoglobulin w dawce 2g/kg masy ciała.

Diagnozy i plan opieki pielęgniarskiej dziecka chorującego na stwardnienie rozsiane

Diagnoza pielęgniarska 1: Lęk pacjenta spowodowany ponowną hospitalizacją i obawami przed następnymi procedurami medycznymi.

Cel opieki: Zmniejszenie lęku pacjenta związanego z hospitalizacją.

Interwencje pielęgniarskie:

- Nawiązanie rozmowy z chłopcem i jego rodzicami, przedstawienie się i wyjaśnienie swojej roli.
- Udzielenie wyjaśnień o topografii i regulaminie oddziału.
- Zapoznanie z Kartą Praw Pacjenta.
- Przekazanie informacji o planowanych badaniach diagnostycznych, przedstawienie ich celu i przebiegu.
- Zachęcenie pacjenta i jego rodziców do zadawania pytań i wyjaśniania wątpliwości.
- Objaśnienie działania sygnalizacji przyzywowej, zapewnienie o gotowości do pomocy.
- Zachęcenie pacjenta do rozmów ze współpracownikami.

Ocena opieki: Pacjent zaczął się adaptować do ponownej hospitalizacji.

Diagnoza pielęgniarska 2: Rozdrażnienie i opór pacjenta wobec konieczności zastosowania procedur medycznych.

Cel opieki: Uspokojenie pacjenta i wykonanie procedur medycznych.

Interwencje pielęgniarskie:

- Nawiązanie rozmowy z pacjentem, okazanie gotowości do słuchania i cierpliwości.

- Przekazanie zrozumiałych informacji na temat zaplanowanych procedur – pobrania krwi i wymazu, założenia cewnika obwodowego, dożylniej podaży leków.
- Umożliwienie rodzicom dotrzymania towarzystwa dziecku.
- Przekazywanie zrozumiałych informacji podczas wykonywania procedur, objaśnianie i zapowiadanie czynności, informowanie o ich celu.
- Kontrola prawidłowości założenia cewnika obwodowego.

Ocena opieki: Rozdrażnienie pacjenta nieco się zmniejszyło, wykonano procedury medyczne.

Diagnoza pielęgniarska 3: Ryzyko wystąpienia odleżyn u pacjenta unieruchomionego.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka odleżyn.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena ryzyka odleżyn u pacjenta według skali Norton (załącznik 1), pacjent oceniony na 8 pkt., ryzyko odleżyn.
- Oględziny skóry pacjenta ze zwróceniem uwagi na okolice narażone na ucisk.
- Zaplanowanie zmian pozycji ułożenia pacjenta co 2 godziny.
- Zastosowanie sprzętu pomocniczego – materac przeciwoodleżynowy, wałki, poduszki, podpórki, podkładki.
- Prowadzenie pielęgnacji skóry i wykonywanie czynności higienicznych z użyciem łagodnym środków, zadbanie o osuszanie i natłuszczanie skóry.
- Zwrócenie uwagi na bieliznę osobistą i pościelową, poprawianie podczas zmian pozycji celem uniknięcia zagnieceń, nierówności.
- Dokumentowanie wykonywanych czynności.

Ocena opieki: Wdrożono profilaktykę przeciwoodleżynową, utrzymano należyty stan skóry pacjenta.

Diagnoza pielęgniarska 4: Ryzyko wypadnięcia, upadku pacjenta unieruchomionego w łóżku i niesamodzielnego.

Cel opieki: Zapewnienie bezpieczeństwa, bezwypadkowości pacjentowi

Interwencje pielęgniarskie:

- Zadbanie o montaż barierek ochronnych przy łóżku.
- Wyjaśnienie pacjentowi zastosowanych środków bezpieczeństwa.

- Zapewnienie pomocy podczas zmieniania pozycji.
- Rozmowa z rodzicami na temat sposobów zapewniania bezpieczeństwa podczas zmiany pozycji

Ocena opieki: Podczas hospitalizacji zapewniono pacjentowi bezpieczeństwo.

Diagnoza pielęgniarska 5: Ryzyko przykurczy w kończynach wskutek wzmożonego napięcia mięśniowego.

Cel opieki: Zmniejszenie napięcia mięśniowego i zapobieganie przykurczom

Interwencje pielęgniarskie:

- Oględziny kończyn pacjenta.
- Zastosowanie układanie przeciwspastycznego – na boku z mniejszymi zmianami spastycznymi, w miarę możliwości na brzuchu.
- Zaplanowanie sesji masażu i kąpieli rozluźniających.
- Wykonywanie ćwiczeń biernych podczas zmiany pozycji, uwzględnienie podczas ćwiczeń pełnego zakresu ruchów w stawach.
- Zademonstrowanie rodzicom indywidualnie dobranych ćwiczeń.
- Sprawdzanie czynników wzmagających spastyczność – zaleganie moczu, odleżyny, infekcje układu moczowego, ból, stres.
- Podanie leków przeciwspastycznych według zlecenia.

Ocena opieki: Zaobserwowano zmniejszenie napięcia mięśniowego, nowe przykurcze nie wystąpiły.

Diagnoza pielęgniarska 6: Ryzyko zakażenia układu moczowego wskutek zaburzeń oddawania moczu (pęcherz neurogenny)

Cel opieki: Zapobieganie zakażeniom układu moczowego

Interwencje pielęgniarskie:

- Kontrola zalegania moczu, odprowadzanie moczu z wykorzystaniem cewnika co 3 godziny z przerwą nocną.
- Prowadzenie bilansu płynów.
- Wykonanie z pacjentem ćwiczeń wzmacniających mięśnie dna miednicy.
- Rozmowa z pacjentem na temat skrócenia czasu mikcji, próby oddawania moczu na żądanie.
- Dokumentowanie mikcji.
- Utrzymywanie higieny krocza i pośladków – zastosowanie ciepłej wody,

środków niewysuszających skóry, wietrzenie pośladków z zapewnieniem intymności pacjenta, natłuszczanie.

- Sprawdzanie i korygowanie wilgotności i temperatury pomieszczenia.
- Rozmowa z rodzicami na temat podawania pacjentowi soku z żurawiny lub suplementacji witaminy C.
- Systematyczne pobieranie moczu do badań bakteriologicznych i analiza wyników badania.

Ocena opieki: Poprawiono kontrolę pacjenta nad oddawaniem moczu, nie doszło do zakażenia układu moczowego

Diagnoza pielęgniarstwa 7: Ryzyko zmniejszenia masy ciała w skutek trudności pacjenta w zakresie samodzielnego odżywiania.

Cel opieki: Zapewnienie prawidłowego odżywiania pacjenta i przeciwdziałanie utracie masy ciała.

Interwencje pielęgniarstwa:

- Zaplanowanie posiłków częstszych i w mniejszych porcjach.
- Zaplanowanie prawidłowo zbilansowanej diety.
- Pomaganie w spożywaniu posiłków.
- Zachęcanie pacjenta do zjedzenia porcji.
- Sprawdzanie masy ciała.

Ocena opieki: Nie doszło do utraty masy ciała.

Diagnoza pielęgniarstwa 8: Ryzyko odparzeń wskutek zaburzonej czynności zwieraczy odbytu i nietrzymania stolca.

Cel opieki: Zapewnienie właściwej higieny skóry okolic odbytu.

Interwencje pielęgniarstwa:

- Monitorowanie rytmu wypróżnień.
- Analiza stosowanej diety.
- Sprawdzanie przyjmowania posiłków w stałych porach przy zachowaniu odpowiednich przerw między jedzeniem.
- Wykonywanie czynności higieny okolic krocza i pośladków.
- Zastosowanie pieluch majtek.

Ocena opieki: Nie doszło do odparzeń okolic krocza.

Diagnoza pielęgniarska 9: Dolegliwości bólowe pacjenta spowodowane deformacją kręgosłupa i uciskiem gorsetu ortopedycznego.

Cel opieki: Zniesienie lub zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Interwencje pielęgniarskie:

- Rozmowa z pacjentem, zapoznanie ze skalą VAS i samoocena bólu przez pacjenta.
- Podanie leków zgodnie ze zleceniem.
- Sprawdzenie dopasowania gorsetu, zabezpieczenie miejsc narażonych na ucisk.
- Konsultacja z lekarze w sprawie przerw w noszeniu gorsetu.
- Zapewnienie pacjentowi wygodnej pozycji oraz warunków do odpoczynku.
- Pomoc w zmienianiu pozycji.
- Prowadzenie rozmowy odwracającej uwagę od dolegliwości.
- Ocena efektów leczenia.

Ocena opieki: Ból odczuwany przez pacjenta zmniejszony z 8 pkt. do 4 pkt. VAS.

Diagnoza pielęgniarska 10: Kłopoty z zasypianiem i utrzymaniem nieprzerwanego snu nocą

Cel opieki: Poprawa komfortu snu.

Interwencje pielęgniarskie:

- Obserwowanie zachowań pacjenta w ciągu dnia.
- Zachęcenie pacjenta do zajęć w godzinach popołudniowych i wieczornych – rozmów, oglądania telewizji, korzystania z telefonu.
- Rozmowa z pacjentem na temat unikania drzemek w ciągu dnia.
- Wywietrzenie pomieszczenia przed snem.
- Zapewnienie warunków do wypoczynku nocnego – zmniejszenie bodźców dźwiękowych i świetlnych.
- Poprawienie pośłania, pomoc w przyjęciu wygodnej pozycji.
- Podanie środków nasennych na zlecenie lekarza.

Ocena opieki: Jakość snu pacjenta uległa poprawie po ograniczeniu drzemek w ciągu dnia.

Diagnoza pielęgniarska 11: Ryzyko powikłań płucnych w związku z unieruchomieniem.

Cel opieki: Profilaktyka powikłań płucnych.

Interwencje pielęgniarskie:

- Sprawdzanie i dokumentowanie parametrów życiowych pacjenta – ciśnienie tętnicze krwi, tętno, liczba oddechów, saturacja.
- Zaplanowanie regularnej gimnastyki oddechowej.
- Oklepywanie klatki piersiowej podczas zmiany pozycji ciała.
- Sprawdzanie i poprawianie wilgotności powietrza i temperatury.
- Prowadzenie inhalacji.

Ocena opieki: Nie doszło do powikłań płucnych.

Diagnoza pielęgniarska 12: Ryzyko skutków ubocznych leczenia immunoglobulinami.

Cel opieki: Monitorowanie stanu pacjenta i w razie potrzeby łagodzenie skutków ubocznych.

Interwencje pielęgniarskie:

- Wyjaśnienie pacjentowi i jego rodzicom działania leków, zasadności ich stosowania oraz możliwych skutków ubocznych – gorączka, ból głowy, świąd skóry, wahania ciśnienia tętniczego krwi, obniżone samopoczucie.
- Podawanie leków według zlecenia.
- Kontrola parametrów życiowych – przez pierwszą godzinę wlewu co 15 minut ciśnienia tętniczego krwi, pulsu i temperatury ciała, potem co 30 minut.
- Kontrolowanie stanu kaniuli obwodowej.
- Zbieranie danych od pacjenta.
- Dokumentowanie czynności.

Ocena opieki: Nie stwierdzono niepożądanych skutków podania leku.

Diagnoza pielęgniarska 13: Ryzyko zakażenia w miejscu wkłucia.

Cel opieki: Zapobieganie zakażeniom powstającym w związku z wkłuciem.

Interwencje pielęgniarskie:

- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas zakładania wkłucia.
- Założenie i uzupełnianie karty obserwacji wkłucia.

- Sprawdzanie miejsca wkłucia pod kątem objawów niepożądanych.
- Zmienianie opatrunku przytwierdzającego – co 24 godziny albo po każdym zabrudzeniu.
- Wymiana koreczków sterylnych po każdym podaniu leków drogą dożylną.
- Przeprowadzanie płukania dostępu naczyniowego – 0,9% NaCl przed i po podaniu leku.
- Przestrzeganie procedur przygotowania i podawania leków oraz przetaczania płynów infuzyjnych.
- Analiza czynności pod kątem ograniczania manipulacji do niezbędnego minimum.
- Wymiana wkłucia co 72 godziny.

Ocena opieki: Utrzymano higienę wkłucia.

Diagnoza pielęgniarska 14: Obawy pacjenta przed wykonaniem badania rezonansem magnetycznym

Cel opieki: Uspokojenie pacjenta

Interwencje pielęgniarskie:

- Nawiązanie rozmowy i wytłumaczenie celu badania.
- Wyjaśnienie czynności wykonywanych przed i po badaniu.
- Zapewnienie pacjentowi obecności rodzina podczas transportu na badanie.

Ocena opieki: Zmniejszono obawy pacjenta, badanie zrealizowane bez przeszkód

Diagnoza pielęgniarska 15: Deficyt wiedzy rodziców na temat pielęgnacji skóry unieruchomionego dziecka.

Cel opieki: Zwiększenie wiedzy i umiejętności rodziców w zakresie pielęgnacji skóry dziecka.

Interwencje pielęgniarskie:

- Nawiązanie rozmowy z rodzicami i zebranie danych na temat codziennej pielęgnacji dziecka.
- Przekazanie informacji o możliwościach pozyskania sprzętu pomocniczego – materaca przeciwoślizgowego, wałków, podpórek.
- Instruktaż i ćwiczenia w zmianach pozycji ułożenia dziecka.
- Instruktaż i ćwiczenia w masażu skóry ze zwróceniem uwagi na niewielką siłę nacisku i unikanie długotrwałego tarcia.

- Omówienie zasad doboru środków do pielęgnacji skóry.
- Wyjaśnienie, na jakie zmiany skórne zwracać uwagę i jakie postępowanie jest najlepsze.
- Przekazanie materiałów edukacyjnych, zachęcenie do zadawania pytań, wyjaśniania wątpliwości.

Ocena opieki: Wiedza i umiejętności rodziców w zakresie pielęgnacji skóry dziecka zostały zwiększone.

Podsumowanie i wnioski

Stwardnienie rozsiane jest chorobą nieuleczalną, postępującą, a przy agresywnym przebiegu rokowanie dla pacjenta jest niepomyślne. Szczególnie trudna jest sytuacja bio-psycho-społeczna pacjenta, u którego choroba rozwija się od wieku dziecięcego, powodując niepełnosprawności i przekreślając szanse prawidłowego rozwoju. Pogarszanie się stanu zdrowia trudno zaakceptować zarówno młodemu pacjentowi, jak też jego rodzinie.

Leczenie pacjenta z SM jest dostosowane do objawów klinicznych, skierowane przede wszystkim na hamowanie procesu chorobowego i łagodzenie dolegliwości, ponadto w miarę możliwości prowadzi się rehabilitację, aby poprawić stan pacjenta. Trzeba podkreślić, że wszelkie działania terapeutyczne są prowadzone nie tylko podczas hospitalizacji, ale muszą być kontynuowane systematycznie w domu.

Pacjent opisany w studium przypadku został wypisany do domu po farmakoterapii z zaleceniem, aby przestrzegać wizyt kontrolnych, zgłaszać nowe objawy, dbać o higienę, przede wszystkim okolic intymnych, oraz ponawiać badania moczu pod kątem wystąpienia zakażenia układu moczowego. Ze względu na unieruchomienie konieczne jest prowadzenie także w środowisku domowym profilaktyki odleżyn i odparzeń, prowadzenie rehabilitacji.

Wnioski

1. Pacjent ze względu na zaawansowany proces chorobowy wymagał kompleksowej opieki dopasowanej do indywidualnych potrzeb, w tym rozpoznania potrzeb pielęgnacyjnych, postawienia diagnozy, zaplanowania opieki, prowadzenia edukacji i udzielania wsparcia.
2. W opiece należało uwzględnić czynności z zakresu profilaktyki powikłań unieruchomienia, w tym powikłań płucnych, odleżyn i zakażenia dróg moczowych.
3. Należało zwrócić uwagę na poprawianie samopoczucia pacjenta oraz poprawianie komfortu snu, aby rytm dobowy nie uległ zaburzeniu.

4. Pielęgniarka/pielęgniarz w procesie opieki brał/a udział w postępowaniu terapeutycznym oraz monitorowała stan pacjenta w trakcie leczenia.

Piśmiennictwo

1. Karaszewski B.: Stwardnienie rozsiane. Przewodnik dla pacjenta https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/dla_pacjenta/fop/stwardnienie_rozsiane_-_przewodnik_dla_pacjenta.pdf (data pobrania 12.12.2023).
2. Siłakowska I., Szantroch M.: Dziecięce SM i inne choroby demielizacyjne wieku dziecięcego. Współczesne rozumienie choroby, diagnoza i postępowanie, <https://www.msif.org/wp-content/uploads/2017/08/Dzieci%C4%99ce-SM-i-inne-choroby-demielinizacyjne-wieku-dzieci%C4%99cego.pdf> (data pobrania 12.12.2022).
3. Siłakowska I., Szantroch M.: Dziecięce SM. Poradnik dla rodziców, https://www.msif.org/wp-content/uploads/2017/08/Dzieci%C4%99ce-SM_Poradnik-dla-rodzic%C3%B3w.pdf (data pobrania 12.12.2022).
4. Członkowska A., Mirowska-Guzel D.: Stwardnienie rozsiane [w:] Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych. Medycyna Praktyczna, Kraków 2016, 2195-2196.

STWARDNIENIE ROZSIANE U DZIECKA – ZAKRES FUNKCJI I ZADAŃ OPIEKUŃCZO-EDUKACYJNYCH PIELĘGNIARKI

dr hab. dr n. o zdr. Anna Bednarek¹

1. Zakład Promocji Zdrowia, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wprowadzenie

Stwardnienie rozsiane (sclerosis multiplex; SM) jest nabytą, przewlekłą chorobą zapalno-demielinizacyjną ośrodkowego układu nerwowego (OUN), charakteryzującą się postępującym w czasie, wieloogniskowym rozwojem deficytów neurologicznych. SM występujące przed 16 rokiem dzieci nazywane jest postacią dziecięcą choroby. W populacji wieku rozwojowego, w ostatnim czasie, choroba ta stała się przedmiotem wielu badań klinicznych, z uwagi na fakt odmiennych kryteriów diagnostyczno-terapeutycznych niż u osób dorosłych. Leczenie SM jest wieloletnie i wielokierunkowe. Jego celem jest złagodzenie objawów, zahamowanie progresji choroby oraz poprawa jakości życia pacjentów. Efekty leczenia immunologicznego SM u dzieci pozostają nie do końca przewidywalne ze względu na oddziaływanie choroby na niedojrzały układ nerwowy i immunologiczny dzieci. Dostępność leków, które mają różne mechanizmy działania pozwala na utrzymanie kontroli nad objawami schorzenia przez co znacząco obniża się niepełnosprawność w funkcjonowaniu pacjenta [1, 2].

Rola pielęgniarki w kompleksowej opiece nad pacjentem pediatrycznym z SM znacznie zmieniła się na przestrzeni lat. Wraz z rozwojem nowych terapii, które zwiększają skuteczność leczenia, rozszerza się zakres kompetencji pielęgniarki w zakresie opieki i udziału w leczeniu dzieci z SM. Od podjętych działań pielęgniarskich w znacznym stopniu zależy efektywność leczenia i poziom motywacji chorego do kontynuowania terapii. To pielęgniarka staje się nauczycielem, konsultantem i doradcą pacjenta w przygotowaniu go do samoopieki. Pielęgniarska edukacja chorego dziecka z SM i jego rodziny ma na celu ukształtowanie odpowiednich zachowań, które pozwolą na optymalny rozwój i utrzymanie dobrego stanu zdrowia dziecka [1, 3].

Celem pracy jest przedstawienie charakterystyki klinicznej SM u dzieci w kontekście funkcji i zadań pielęgniarki w opiece oraz edukacji pacjenta i jego rodziny z tym schorzeniem.

Istota, epidemiologia i czynniki ryzyka SM

SM prowadzi do uszkodzenia oraz utraty włókien nerwowych (aksonów). Schorzenie przebiega z okresami zaostrzeń, zwanymi rzutami choroby oraz remisji lub stale z powolnym rozwojem, doprowadzając do trwałego uszkodzenia układu nerwowego, a w rezultacie do nieodwracalnej niepełnosprawności. Określono następujące postaci kliniczne SM: rzutowo-remisyjną, wtórnie postępującą, pierwotnie postępującą i postępująco-nawracającą. W zależności od ciężkości przebiegu choroby wyróżnia się łagodną oraz złośliwą postać SM [4].

SM dotyczy głównie osób młodych pomiędzy 20. a 40. rokiem życia. U 10% chorych pierwsze objawy występują przed 18. rokiem życia. Szacuje się, że częstość występowania SM wynosi 3,6 przypadków na 100 000 osób wśród kobiet i 2,0 przypadków u mężczyzn. Większa zapadalność kobiet na SM najprawdopodobniej wynika ze zwiększonej liczby zachorowań na choroby wirusowe. Wpływ uwarunkowań genetycznych na zachorowalność jest potwierdzony przez duży odsetek występowania tzw. choroby rodzinnej (10 – 15%). Szacuje się, że ryzyko zachorowania wśród krewnych pierwszego stopnia zwiększa się nawet 20 – 30-krotnie, a pośród drugiego stopnia niemal 3-krotnie. W Polsce notuje się około 40 – 60 tysięcy osób chorych na SM. Z każdym rokiem przybywa 1,3 – 2,1 tys. nowych zachorowań. W Europie jest około 630 tysięcy przypadków tej choroby, a na całym świecie liczba osób chorych na SM wynosi około 2,5 miliona. Aktualnie zauważa się, że bez względu na analizowany obszar geograficzny lub rasę częstość występowania SM systematycznie rośnie, także u dzieci [5].

Etiologia SM nie jest do końca poznana. Wynika z kombinacji czynników immunologicznych, genetycznych oraz środowiskowych. Nie wiadomo też, czy zmiany diagnozowane u dzieci są o podobnym charakterze jak u dorosłych. Dzięki licznym badaniom stwierdza się, że witamina D i jej niedobór ma istotny wpływ na rozwój choroby. Ponadto przypuszcza się, że zanieczyszczenie środowiska, zamieszkanie na terenach, gdzie znajduje się torf lub w glebie bądź wodzie występują pierwiastki, takie jak bar, kobalt, chrom, molibden, tlenek miedzi, a także dieta uboga w wielonienasycone kwasy tłuszczowe, palenie tytoniu lub bierne narażenie na dym tytoniowy oraz niski poziom estrogenów, zwiększają ryzyko zachorowania

na SM. Mogą również przyspieszać postęp choroby. Innym czynnikiem są także infekcje spowodowane wirusem Epstein-Barr (EBV), które wzbudzają nadmierną stymulację układu immunologicznego przy obecności antygenów powstałych przez zakażenie [6, 7].

W patofizjologii SM główną rolę odgrywają komórki T. Udowodniono, że przechodzą one przez barierę krew-mózg i powodują reakcję zapalną w OUN. W wyniku nacieku zapalnego niszczone jest osłonka mielinowa oraz uszkodzone zostają aksony. Zmiany patologiczne, typowe dla chorych na SM dotyczą istnienia mnogich zmian, tzw. „plak demielinizacyjnych”, zlokalizowanych w istocie białej mózgu. W patogenezie SM ważną rolę odgrywa też zjawisko remielinizacji (naprawy mielin), które jest obecne głównie na początku choroby i prawdopodobnie może być źródłem poprawy stanu funkcjonowania pacjenta w okresie remisji choroby [2, 4].

Symptomatologia SM u dzieci

SM u dzieci zazwyczaj ma postać rzutowo-remisyjną. Podczas rzutów choroby pojawiają się nowe deficyty neurologiczne. Rzuty choroby rozwijają się najczęściej przez kilka dni i mogą trwać nawet parę miesięcy. Większość dzieci wychodzi z rzutów w dobrym stanie. Po rzucie SM następuje okres stabilizacji zwany remisją, w którym objawy choroby całkowicie ustępują. Remisje często trwają nawet kilka lat. Dzieci z rzutowo-remisyjną postacią SM mające małą liczbę rzutów, po których jest kompletne wyzdrowienie, mają łagodną postać choroby. Jednak taką diagnozę można postawić w sytuacji, gdy dana osoba z SM nie miała żadnej lub doświadczyła jedynie niewielkiej fizycznej, albo poznawczej niepełnosprawności w czasie 20 lat. Większość retrospektywnych badań SM u dzieci potwierdza, że rozwój choroby jest wolniejszy oraz niepełnosprawność u nich jest mniejsza przy zbliżonym czasie trwania choroby niż u osób dorosłych [8].

Manifestacja objawów neurologicznych u chorych na SM jest zróżnicowana. Zmiany patologiczne mogą występować w różnych okolicach mózgu oraz rdzenia kręgowego. Nieliczni doświadczają wszystkich objawów choroby. Ponadto dzieci potrafią dobrze adaptować się do danych symptomów choroby, znajdując sposoby funkcjonowania pomimo ich obecności.

Do najczęstszych objawów SM zalicza się:

- problemy z równowagą, koordynacją ruchową i chodzeniem oraz zawroty głowy,
- problemy poznawcze i wahania nastroju, deficyt pamięci, zwolnienie przetwarzania myśli, objawy depresyjne, zaburzenia snu, dysfagię,

- uczucie zmęczenia, zespół przewlekłego zmęczenia,
- drętwienie kończyn oraz zaburzenia czucia powierzchownego i głębokiego,
- problemy z widzeniem – podwójne widzenie, osłabienie ostrości widzenia, zaburzenia gałkoruchowe, oczopląs, czasem nawet chwilowa jednostronna utrata wzroku lub całkowita,
- problemy z mową – spowolnienie mowy, zmienne napięcie lub ton głosu, mowa skandowana,
- utratę kontroli nad prawidłowym funkcjonowaniem pęcherza i jelit [9].

Prawie ¼ pacjentów za pierwszy objaw choroby podaje ból, który jest następstwem uszkodzenia nerwów przez proces chorobowy. Jeśli dolegliwości bólowe pacjentów z SM osiągną 5 lub więcej punktów w skali oceny bólu (np. NRS), czyli będą miały średnie lub duże napięcie, to u tych osób częściej występuje wiele innych symptomów, między innymi: lęk, depresja, obniżenie sprawności fizycznej, intelektualnej oraz trudności w nauce, pracy lub życiu rodzinnym [10, 11].

Diagnostyka SM

Aktualnie brak jest swoistego testu diagnostycznego dla SM. Nie istnieje też żaden algorytm diagnostyki różnicującej tę chorobę od innych, który należy wykonać u osób z podejrzeniem SM.

Diagnoza SM u dorosłych osób bazuje na kryteriach McDonalda. Kryteria te są jednak mniej przydatne we wczesnych stadiach SM u dzieci i młodzieży, jednak z powodu braku innych swoistych dla tej choroby testów aktualnie korzysta się z tych badań. Zmodyfikowane w 2017 kryteria McDonalda są oparte na zastosowaniu magnetycznego rezonansu jądrowego (MRI) w diagnostyce SM, co ułatwia potwierdzenie, że choroba jest rozsiana w przestrzeni OUN i czasie. Aktualnie za dodatni wynik uznaje się ujawnienie przynajmniej jednej zmiany hyperintensywnej występującej w obrazach MR w dwóch typowych dla SM lokalizacjach – okołokomorowo, podkorowo, podnamiotowo lub w rdzeniu kręgowym. Dzięki nowym kryteriom można przede wszystkim prawidłowo zdiagnozować rzutowo-remisyjną postać SM [1, 6, 12].

W postępowaniu diagnostycznym u osób z niestwierdzonym SM rutynowo wykorzystuje się następujące badania:

- MRI głowy i kręgosłupa, zwany „złotym standardem”. Pozwala zobaczyć zmiany demielinizacyjne u powyżej 90% osób z symptomami choroby. Zmiany chorobowe w MRI są widoczne pod postacią okrągłych lub owalnych ognisk, dobrze odgraniczonych, o zmiennej wielkości, zazwyczaj

większe niż 3 mm. Są to miejsca, gdzie istota biała została silnie zniszczona i doszło do utraty aksonów. Jeżeli po podaniu środka kontrastującego wzmacniają się, są to „plaki” aktywne, w których trwa silny proces zapalny.

- Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (CSF) celem oceny występowania prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym, przy równoczesnym braku ich w surowicy krwi. U osób z SM prążki oligoklonalne nie zmieniają się, ani nie zanikają pod wpływem leczenia. Ich wczesne pojawianie się w przebiegu choroby oraz brak zmian przez czas trwania choroby pozwala zróżnicować SM od innych schorzeń.
- Badanie wzrokowych potencjałów wywołanych (VEP) jest wykonywane z uwagi na fakt, że nerwy wzrokowe są zajmowane najwcześniej. Wszystkie badane parametry są obniżone u osób chorych na SM, co wskazuje na obecność ogniska demielinizacji zanim pojawiają się objawy kliniczne.
- Badania laboratoryjne, w tym: morfologia krwi, CRP, OB, próby wątrobowe, mocznik, kreatynina, transaminazy, stężenie witaminy B12 w surowicy, białko S, białko C, mutacja czynnika V Leiden, ocena układu krzepnięcia, przeciwciała przeciw cytoplazmie neutrofilów (ANCA), przeciwciała przeciwjądrowe (ANA), TSH, fT4, fT3, przeciwciała przeciw tyreoperoksydazie (anty-TPO) oraz przeciw tyreoglobulinie (anty-TG), przeciwciała przeciw *Borrelia burgdorferi*, Odczyn VDRL [4].

Kluczową rolę w procesie diagnozowania pełni również ocena neuropsychologiczna pacjenta. Jak dotąd opracowano kilka testów, dzięki którym można diagnozować chorych na SM. Jednym z nich jest Krótka Międzynarodowa Ocena Poznawcza w SM (BICAMS). Test ten pozwala na wstępną opinię o funkcjonowaniu poznawczym w trzech strefach: pamięć słowna, pamięć wzrokowa oraz tempo procesów poznawczych. Diagnozie powinna także podlegać kontrola nastroju chorego [5].

Farmakoterapia SM i działania niepożądane stosowanego leczenia

Umiarkowane lub ciężkie rzuty *choroby* u dzieci i młodzieży, którym towarzyszą objawy, takie jak: niedowład, niemożność chodzenia z powodu zaburzeń równowagi, znaczne pogorszenie ostrości wzroku, czy bardzo silne zmęczenie leczy się krótkotrwałym stosowaniem kortykosteroidów dożylnie lub doustnie. Kortykosteroidy przyspieszają proces zdrowienia oraz skracają czas trwania rzutu o około dwa tygodnie. Do działań niepożądanych stosowania kortykosteroidów należą: metaliczny posmak w ustach, utrudnione zasypianie i niespokojny sen przez nadmiar energii, bóle głowy, żołądka lub mdłości, zaczerwienienia twarzy, przyspieszone

bicie serca, zmiany nastroju, zatrzymanie wody w organizmie, wzmożony apetyt, infekcje (często zakażenia układu moczowego), wysypki skórne. Ponadto powtarzająca się sterydoterapia może doprowadzić do rozwoju cukrzycy posterydowej lub osłabienia układu kostnego. W przypadkach, gdy kortykosteroidy są przeciwwskazane bądź nie są skuteczne, u pacjentów stosuje się dożylnie wlewy immunoglobulin, a w przypadkach ciężkiego rzutu także plazmaferezę **lecniczą, tj.** terapeutyczną wymianę osocza.

Leczenie, które modyfikuje przebieg choroby nadal jest badane u dzieci ze SM. Do leków najczęściej stosowanych w pierwszej linii, modyfikujących przebieg choroby, należy interferon β oraz octan glatirameru (GA), a do leków drugiej linii fingolimod oraz przeciwciała monoklonalne [1, 2, 4].

Interferonu β poprawia badane parametry MRI oraz obniża częstość występowania rzutów choroby. Najczęstsze objawy niepożądane stosowania interferonu u dzieci to objawy grypopodobne, zwiększenie aktywności enzymów wątrobowych oraz reakcje skórne w miejscu podania leku. Bardzo podobny do interferonu pod względem profilu działania oraz wpływie na przebieg choroby jest octan glatirameru, który jest stosowany jeżeli terapia interferonem nie ma efektów, bądź interferon nie jest tolerowany przez organizm chorego. Najczęstszymi działaniami niepożądanymi stosowania octanu glatirameru są reakcje skórne w miejscu wstrzyknięcia, objawy ogólnoustrojowe (dreszcze i zmęczenie) oraz odczucie ucisku w klatce piersiowej.

Fingolimod jest lekiem o nowym mechanizmie działania. Zatrzymuje on w węzłach chłonnych autoreaktywne limfocyty T, dzięki czemu ich migracja do OUN zostaje zatrzymana, nie ma indukcji reakcji zapalnej oraz uszkodzenia tkanki mózgowej. W przypadku infekcji funkcja ochronna układu immunologicznego pozostaje zachowana. Dzięki tej farmakoterapii można osiągnąć zwolnienie narastania niepełnosprawności ruchowej oraz rzadsze występowanie rzutów choroby. Działaniami niepożądanymi leku są infekcje dróg moczowych oraz oddechowych, łagodna postać infekcji wirusem opryszczki, blok przedsionkowo-komorowy, bradykardia, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia funkcji wątroby, obrzęk płamki żółtej oraz limfopenia.

Farmakoterapia natalizumabem (przeciwciała monoklonalne) przyczynia się do obniżenia rocznego wskaźnika rzutów, zmniejszenie liczby nowych ognisk chorobowych oraz spowolnienia postępowania niepełnosprawności ruchowej. Działania niepożądane leku to bóle głowy, gorączka, stany zapalne gardła i zatok, niepokój,

obrzęki obwodowe, postępująca wieloogniskowa leukoencefalopatia lub reakcje uczuleniowe, tj. pokrzywka, obrzęk twarzy, języka, warg, zapalenie skóry, ból lub skurcz oskrzeli.

U chorych na SM leczy się również ból, w tym neuropatyczny występujący u około 80% pacjentów. W terapii bólu podaje się leki przeciwdepresyjne, przeciwpadaczkowe, opiaty i kannabinoidy. Jako postępowanie niefarmakologiczne zaleca się stosowanie technik relaksacyjnych, ćwiczeń rozciągających i zwiększających zakres ruchu, zabiegów fizykoterapii, takich jak elektroterapia, laseroterapia oraz masaże i akupunktura. Ważne jest, aby leczenie bólu w SM miało charakter kompleksowy [1, 5, 9].

Funkcje i zadania pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z SM

Zadania pielęgniarki, wynikające z określonych funkcji pełnionych przez pielęgniarkę wobec pacjenta z SM polegają przede wszystkim na monitorowaniu stanu zdrowia dziecka, w tym obserwacji skuteczności lub występowania objawów ubocznych leczenia farmakologicznego oraz edukowaniu dziecka i jego rodziców na temat przygotowania do samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym i szkolnym oraz udzielaniu im wsparcia [3].

Funkcja diagnostyczna pielęgniarki wobec dziecka z podejrzeniem SM obejmuje samodzielne działania i współudział z innymi członkami zespołu medycznego w realizacji zadań dotyczących postawienia diagnozy. Należą do nich: wykonywanie podstawowych pomiarów funkcji życiowych, uczestnictwo w badaniach diagnostycznych oraz pobieranie materiału do badań. Rolą pielęgniarki jest przygotowanie dziecka do badań i asystowanie mu w czasie ich wykonywania. Pielęgniarka wyjaśnia dziecku i jego opiekunom istotę oraz przebieg badania, pozyskuje ich zgodę na badanie oraz przygotowuje fizycznie dziecko do badania. Zadaniem diagnostycznym pielęgniarki jest też obserwacja dziecka po wykonaniu badań oraz ocena stanu neurologicznego za pomocą standaryzowanych skal. Do najczęściej stosowanych narzędzi oceny stanu funkcjonalnego dziecka z SM należą: skala Barthel, numeryczna skala bólu NRS, rozszerzona skala niewydolności ruchowej Kurtzkiego (Expanded Disability Status Scale; EDSS), szpitalna skala lęku i depresji (Hospital Anxiety-Depression Scale; HADS), skala akceptacji choroby (AIS). Opiekuńczo-pielęgniacyjna funkcja pielęgniarki jest istotnym elementem jej pracy. Plan opieki pielęgniarskiej powinien być indywidualnie dobrany dla każdego chorego dziecka, a czynności podejmowane przez pielęgniarkę wykonane sumiennie i zgodnie z procedurami. W zakresie monitorowania stanu zdrowia dziecka z SM

zadania pielęgniarki koncentrują się głównie na ocenie trudności samodzielnego poruszania się pacjenta oraz asystowanie dziecku w razie konieczności. W okresach zaostrzenia choroby pomaganie dziecku w codziennych czynnościach, aby wykonywał minimum ruchu, ponieważ skutkuje to szybszym końcem rzutu choroby. Informowanie rodziców chorego dziecka o konieczności zapewniania mu częściowej lub całkowitej pomocy przy przemieszczaniu się oraz czynnościach higienicznych. Ocenie poziomu bólu u dziecka przy pomocy odpowiedniej skali, np. VAS lub NRS i zastosowaniu niefarmakologicznych metod jego łagodzenia. Ocenie skuteczność podjętych działań przeciwbólowych i ewentualne wdrożenie farmakoterapii na zlecenie lekarza [11, 13].

W zakresie funkcji leczniczej jednym z zadań pielęgniarki jest wykonywanie zleceń lekarskich, w tym podawanie leków różnymi drogami (doustnie i w formie iniekcji dożylnych). Pielęgniarka ma za zadanie założyć wkłucie obwodowe, utrzymywać jego drożność, obserwować w kierunku zaczerwienienia, obrzęku, podwyższonej temperatury, bólu i zapobiegać infekcjom. Podczas stosowania leczenia farmakologicznego należy kontrolować parametry życiowe pacjenta. W przypadku sterydoterapii ważny jest regularny pomiar ciśnienia tętniczego, tj. przed podaniem kolejnej dawki leku w formie wlewu kroplowego, podczas jego wchłaniania i po zakończeniu. Wzrost ciśnienia krwi oraz niedobory wapnia, potasu, magnezu, obrzęki oraz wzrost poziomu glikemii mogą świadczyć o niepożądanym działaniu terapii. Należy zwrócić uwagę na możliwość pojawienia się symptomów podrażnienia błony śluzowej i krwawienia z przewodu pokarmowego. Ponadto problemami będącymi skutkiem sterydoterapii są także przyrost masy ciała i zmiany skórne. Młodzież, a zwłaszcza dziewczęta, mają z tego powodu pogorszone samopoczucie, co może potęgować występowanie różnych symptomów SM. Zapewnienie chorych o odwracalności występujących problemów często skutkuje zwiększeniem świadomości o stosowanej farmakoterapii, a dodatkowe wsparcie pacjenta przez pielęgniarkę poprawia jego samopoczucie [3, 14].

Funkcja rehabilitacyjna pielęgniarki ma na celu pomaganie pacjentowi, aby uzyskał niezależność i radził sobie z problemami codziennego życia utrudnionego przez chorobę. Zadaniem pielęgniarki jest tworzyć atmosferę motywującą pacjenta do rehabilitacji i zachęcać do usamodzielniania się. Pielęgniarka powinna uświadomić dziecku, że nauka technik kompensacyjnych funkcje poznawcze i społeczne prowadzi do zminimalizowania trudności i zmęczenia doświadczanego przez chorobę, poprawia nastrój i jakość życia [14].

Funkcja edukacyjna pielęgniarki wobec pacjenta z SM pełni kluczową rolę w leczeniu. Pielęgniarka powinna informować dziecko i jego rodziców jak istotna jest systematyczność oraz wytrwałość w całym procesie leczniczym, aby jak najdłużej zachować dobry stan zdrowia fizycznego i psychicznego. Edukacja chorego wraz z jego rodziną na pierwszym miejscu uwzględnia zalecenia podczas postępowania w trakcie stosowania farmakoterapii modyfikującej przebieg schorzenia, która eliminuje objawy choroby. Zanim pielęgniarka przystąpi do edukacji, powinna zweryfikować poziom wiedzy pacjenta i jego rodziców na temat choroby oraz leczenia, a także ocenić stopień niepełnosprawności pacjenta. Pacjent i jego opiekunowie powinni zostać wyedukowani w obszarze techniki i zasad obowiązujących podczas podawania leków, prowadzenia dzienniczka wstrzyknień, przechowywania leków wraz z procesem utylizacji odpadów medycznych, objawów niepożądanych stosowanych leków oraz postępowania w przypadku ich wystąpienia. Elementy praktyczne uczone przez pielęgniarkę powinny zostać sprawdzone w zakresie ich poprawności stosowania przez dziecko i rodziców. Ważne jest również przekazanie materiałów instruktażowych w różnej formie, przedstawionych przez pielęgniarkę zagadnień, aby wiedza, która nie została od razu przyswojona, była łatwo dostępna dla chorego i jego rodziny [3, 15].

Podsumowanie

Funkcje i wynikające z nich zadania pielęgniarki wobec dziecka z SM oraz jego rodziców/opiekunów są głównie uwarunkowane nasileniem występujących objawów neurologicznych, a także spersonalizowanym modelem leczenia chorego dziecka. Kluczowa jest współpraca pielęgniarki w zespole interdyscyplinarnym. Ocena pacjenta z SM przez pielęgniarkę może zostać wykorzystana do identyfikacji problemów i przekazana osobom zaangażowanym w opiekę nad chorym dzieckiem. Bardzo często dzieci zwracają się do pielęgniarki z różnymi pytaniami na temat SM. Są to przede wszystkim zagadnienia dotyczące codziennego życia, leczenia, aktywności fizycznej, odżywiania, planowania rodziny czy występujących objawów. Aby choroba jak najdłużej utrzymywała się w fazie remisji dziecko z SM powinno prowadzić prozdrowotny tryb życia z regularną, umiarkowaną aktywnością fizyczną i racjonalnym odżywianiem się. Pielęgniarka przygotowuje dziecko i jego rodziców do samoopieki w warunkach domowych, w tym do radzenia sobie ze stresem. Zapewnienie pielęgniarki o stałej dostępności dla pacjenta z SM daje mu poczucie bezpieczeństwa i lepszą kontrolę nad chorobą.

Piśmiennictwo

1. Losy J., Bartosik-Psujek H., Członkowska A., i wsp.: Leczenie stwardnienia rozsianego. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2016, 12(2), 80-95.
2. Pietruczuk A., Waszczuk M., Mikus A. i wsp.: Postępy w leczeniu stwardnienia rozsianego. [w:] *Badania i rozwój młodych naukowców w Polsce: nauki medyczne i nauki o zdrowiu. Część II.* Nyćkowiak J., Leśny J. (red.). *Młodzi Naukowcy*, Poznań 2018, 54-59.
3. Witkowski-Puchacz I., Kowalewska B.: Pielęgnowanie pacjenta ze stwardnieniem rozsianym. [w:] *Sytuacje trudne w ochronie zdrowia. t. 2: praca zbiorowa.* Lankau A., Kondzior D., Krajewska-Kułał E. (red.) *Uniwersytet Medyczny w Białymstoku* 2017, 310-338.
4. Nicotera A.G., Spoto G., Saia M.C. et al.: Treatment of multiple sclerosis in children: A brief overview. *Clinical Immunology*, 2022, 237, 108947.
5. Jakimovski D., Awan S., Eckert S.P. et al.: Multiple Sclerosis in Children: Differential Diagnosis, Prognosis, and Disease-Modifying Treatment. *CNS Drugs*. 2022, 36(1), 45-59.
6. Thompson A.J., Banwell B.L., Barkhof F. et al.: Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. *Lancet Neurology*, 2018, 17(2), 162-173.
7. Góral A., Broła W., Kasprzyk M., Przybylski W.: Wpływ witaminy D na patogenezę i przebieg stwardnienia rozsianego. *Wiadomości Lekarskie*, 2015, 68(1), 58-64.
8. Kamińska J., Koper O.M., Piechal K., Kemon H.: Stwardnienie rozsiane – etiopatogeneza i możliwości diagnostyczne. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 2017, 71, 551-563.
9. Canto E., Oksenberg J.R.: Multiple sclerosis genetics. *Multiple Sclerosis Journal*, 2018, 24(1), 75-79.
10. Łabuz-Rozsak B., Niewiadomska E., Kubicka-Bączek K. i wsp.: Występowanie bólu u chorych na stwardnienie rozsiane i jego związek z objawami depresyjnymi, lękiem i jakością życia. *Psychiatria Polska*, 2019, 53(2), 475-486.
11. Zakrzewska-Pniewska B., Adamczyk-Sowa M., Broła W. i wsp.: Leczenie i postępowanie objawowe w stwardnieniu rozsianym. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2019, 15(4), 191-217.

12. Filippi M., Danesi R., Derfuss T. et al.: Early and unrestricted access to high-efficacy disease-modifying therapies: a consensus to optimize benefits for people living with multiple sclerosis. *Journal of Neurology*, 2022, 269(3), 1670-1677.
13. Fadda G., Armangue T., Hachohen Y. et al.: Paediatric multiple sclerosis and antibody-associated demyelination: clinical, imaging, and biological considerations for diagnosis and care. *Lancet Neurology*, 2021, 20(2), 136-149.
14. Strickland K., Baguley F.: The role of the community nurse in care provision for people with multiple sclerosis. *British Journal of Community Nursing*, 2015, 20(1), 6-10.
15. McKay K.A., Ernstsson O., Manouchehrinia A. et al.: Determinants of quality of life in pediatric- and adult-onset multiple sclerosis. *Journal of Neurology*, 2020, 3, 94(9), 932-941.

PIELĘGNACJA PACJENTA Z MÓZGOWYM PORAZIENIEM DZIECIĘCYM W OPARCIU O MIĘDZYNARODOWĄ KLASYFIKACJĘ PRAKTYKI PIELĘGNIARSKIEJ ICNP®

dr n. med., dr n. o zdr. Katarzyna Młynarska¹, lic. piel. Magdalena Kisiel²

1. Katedra Pielęgniarstwa, Szkoła Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie
2. Absolwentka Szkoły Zdrowia Publicznego, kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Szpital Powiatowy w Biskupcu

Wprowadzenie

Mózgowe porażenie dziecięce (MPD, Zespół Littl'a, Paraliż dziecięcy, Cerebral palsy) przewlekłe, nieuleczalne zaburzenie neurologiczne. Powstaje na skutek uszkodzenia centralnego układu nerwowego, a dokładnie kory mózgowej odpowiedzialnej za wykonywanie czynności ruchowych [1]. Wskutek trwałego uszkodzenia mózgu mogą występować specyficzne zaburzenia motoryczne. Wiele źródeł naukowych podaje, że Cerebral palsy powstaje podczas okresu płodowego, kiedy płód stale rozwija się w łonie matki, podczas porodu lub w początkowym okresie okołoporodowym, trwającym przez pierwsze 7 dni życia [2].

Literatura przedmiotu przedstawia wiele metod podziału mózgowego porażenia dziecięcego. Wynika to z różnego stopnia zaawansowania tego schorzenia. Jedną z najpopularniejszych klasyfikacji MPD jest podział topograficzny według Ingrama, stworzony w 1955 roku. Ponadto w piśmiennictwie istnieje podział na:

- obustronne porażenie połowicze (hemiplegia spastica) charakteryzuje się porażeniem jednej strony ciała na skutek uszkodzenia układu piramidowego [3, 4];
- obustronne porażenie kurczowe (diplegia spastica), jest to niedowład kończyn dolnych, rzadziej górnych. Diplegia spastica charakteryzuje się zaburzeniami mowy oraz uszkodzeniem słuchu i wzroku [4];
- obustronne porażenie połowicze (hemiplegia bilateralis) jest porażeniem zarówno kończyn górnych jak i dolnych. Hemiplegia bilateralis diagnozowana jest zazwyczaj późno, bo aż po 9 miesiącu życia dziecka. Hemiplegia

bilateralis zazwyczaj jest wynikiem niedotlenienia mózgu, ponadto może występować hipertonia [4];

- postać pozapiramidową, zespół pozapiramidowy (typ dyskinetyczny), w tym zespole wyróżniono postać: ateotyczną, płasawiczą i dystoniczną [4]. Dziecko przyjmuje nienaturalną postawę ciała na skutek dystonii. W niektórych przypadkach mogą wystąpić wady słuchu, m. in. niedosłuch i głuchota [4];
- postać mózdkowa inaczej nazywana jest postacią ataktyczną. Występuje u około 5-10% przypadków chorych. Poziom umysłowy u dzieci z opisanym typem mózgowego porażenia dziecięcego najczęściej jest prawidłowy. Postać mózdkowa cechuje się: obniżonym tonusem mięśniowym, zaburzeniami koordynacji ruchowej, ataksją i wadami mowy [4];
- postaci mieszane nie zakwalifikowane do konkretnego typu mózgowego porażenia dziecięcego. W postaci mieszanej wszystkie objawy pozostałych typów MPD o różnym stopniu nasilenia występują równocześnie, przez co nie pozwala to na jednoznaczne ugrupowanie tego rodzaju MPD do konkretnej grupy [5].

Inny podział mózgowego porażenia dziecięcego opiera się na lokalizacji uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Źródła literatury przedmiotu wyróżniają postać: ataktyczną, atetotyczną, spastyczną.

Do głównych czynników ryzyka zwiększających możliwość wystąpienia MPD u dziecka zaliczamy:

- czynniki infekcyjne, dotyczy to między innymi zakażenia wewnątrz owo-dniowego oraz błon płodowych. Wady rozwojowe powstają w wyniku migracji patogenów do niedojrzałego OUN płodu [7]. Do wskaźników biologicznych procesu zapalnego, znajdujących się w płynie owodniowym otaczającym płód przydatnych w rozpoznaniu MPD zaliczamy: TNF (czynnik martwicy nowotworu) oraz IL- 1, IL- 6, IL- 8 (interleukiny 1, 6 i 8) [6];
- zaburzenia podczas przebiegu ciąży, w 28 tygodniu ciąży następuje najintensywniejszy rozwój mózgu płodu. Zwiększone ryzyko powstania mózgowego porażenia dziecięcego występuje u dzieci urodzonych przedwcześnie. W wyniku porodu przedwczesnego, płód zostaje pozbawiony optymalnych warunków, które znajdują się w macicy matki i są niezbędne do jego

rozwoju [8]. Niewystarczający poziom tyroksyny oraz pozbawienie płodu czynników troficznych wpływa na nieprawidłowy rozwój ośrodkowego układu nerwowego. Konsekwencją porodu przedwczesnego jest zaburzony proces rozwojowy fizyczny i psychiczny dziecka [6];

- czynniki pourodzeniowe, zamartwica okołoporodowa to stan zagrażającym życiu matki i dziecka. Jej główną przyczynę stanowi niedotlenienie płodu, czyli dostarczenia niewystarczającego stężenia tlenu wraz z krwią do mózgu płodu, podczas okresu okołoporodowego jak i porodu. Okołoporodowe niedotlenienie dziecka określa się jako jeden z głównych czynników ryzyka wpływających na powstanie mózgowego porażenia dziecięcego [6]. Innymi czynnikami zwiększającymi ryzyko powstania MPD jest hipoglikemia lub hiperglikemia występująca u matki w czasie trwania ciąży. Nieuregulowany poziom glukozy we krwi powoduje krwawienia dokomorowe, na skutek zmian w regulacji przepływu krwi w mózgu i jego obszarach. Za zmniejszenie przepływu tlenu do mózgu odpowiada również dwutlenek węgla. Jego niskie wartości mogą przyczynić się do uszkodzenia istoty białej mózgu, a w konsekwencji powstania mózgowego porażenia dziecięcego [6];
- czynniki genetyczne, istnieje wiele teorii, które coraz częściej mówią o genach predysponujących do powstania zespołu Little'a.

Cel pracy

Głównym celem pracy jest wskazanie oraz wdrożenie diagnoz i interwencji pielęgniarskich mających na celu standaryzację opieki nad pacjentem z rozpoznaniem mózgowym porażeniem dziecięcym w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®.

Material i metody

Model opieki nad dzieckiem z rozpoznaniem mózgowym porażeniem dziecięcym opracowano w oparciu o studium indywidualnego przypadku 2,5 rocznego chłopca. Badanie rozpoczęto po uprzednim uzyskaniu pozytywnej opinii, o numerze 1ZE/2022/WSSD Zespołu Etycznego Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie. W opracowaniu wykorzystano metodę obserwacji pacjenta, wywiadu, analizę dokumentacji medycznej pacjenta oraz badanie przedmiotowe. W wyniku analizy zgromadzonych danych ustalono diagnozy pielęgniarskie i odpowiednie interwencje pielęgniarskie, kierując się rodzajem diagnozy, to znaczy jej charakterem (aspekt fizyczny, psychiczny i społeczny).

Opis przypadku

Chłopiec urodzony 28.04.2018 roku, w pierwszej dobie życia został przyjęty do Oddziału Patologii Noworodka w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Olsztynie, z powodu powikłań okołoporodowych. Celem hospitalizacji było wykonanie diagnostyki i wdrożenia leczenia. W trakcie badania podmiotowego z matką dziecka zebrano informacje dotyczące sytuacji społeczno- ekonomicznej rodziny. Kobieta oceniła ją jako dobrą. Matka sprawowała na co dzień opiekę nad pacjentem oraz jego starszym bratem. W chorobowym wywiadzie rodzinnym ustalono brak schorzeń u ojca dziecka, u matki rozpoznano kilka lat temu chorobę Hashimoto, w chwili rozmowy stabilna zabezpieczona farmakologicznie, uczulenia negowała. Dziecko urodzone w 40 tygodniu ciąży z masą ciała wynoszącą 2980 g. Poród odbył się drogami i siłami natury, wody płodowe miały zielonkawy kolor. Niemowlę demonstrowało objawy ciężkiego niedotlenienia okołoporodowego. Noworodka oceniano według skali Apgar. Początkowo niemowlę otrzymało 2, a ostatecznie 8 punktów. W pierwszych minutach po porodzie skóra dziecka była zasiniona, następnie zaróżowiła się. Zaobserwowano nasilenie złuszczenia naskórka noworodka. Z powodu okresowych spadków saturacji krwi, obserwowano miejscowe zasinienie w okolicach twarzy, na której występowały liczne wybroczyny z powodu wynaczynienia krwi z naczyń włosowatych, w trakcie porodu. Podczas badania neurologicznego u niemowlęcia zauważono nieco wzmożone napięcie mięśniowe. Obraz kliniczny noworodka wskazywał na obecność cech mózgowego porażenia dziecięcego oraz podejrzenie wodogłowia.

Dziecko poddano szczegółowej diagnostyce. W przeciemiążkowym badaniu ultrasonograficznym, zaobserwowano echogenną treść w obu komorach mózgu, poszerzenie układu komorowego, na skutek obecności w nim płynu mózgowo-rdzeniowego oraz krwawienie dokomorowe trzeciego stopnia. W celu dalszej diagnostyki wykonano USG jamy brzusznej, RTG klatki piersiowej w którym zostały uwidocznione zagęszczenia około oskrzelowe w przyśrodkowych partiach płuca prawego. Przeprowadzone badania potwierdziły rozpoznanie mózgowego porażenia dziecięcego.

W czasie hospitalizacji niemowlę oddawało smółkę, lecz towarzyszyły temu okresowe zaparcia, które w kolejnych dniach nasiliły się. Ilość oddawanego moczu przez chłopca była w granicach 4,5 ml/kg/h. Rodzice byli zdenerwowani oraz zaniepokojeni stanem zdrowia syna. Niemowlę było płacliwe oraz rozdrażnione

co wzbudzało niepokój u matki. Podczas badania przedmiotowego zauważono nasilone drżenia kończyn dolnych i górnych oraz niepokojące zmiany w obrębie gałek ocznych. W kontrolnym badaniu dna oka spostrzeżono wylewy przed siatkówkowe w oku prawym oraz wylew w plamce żółtej z przejaśnieniem w centrum w oku lewym. Chłopiec był przewrażliwiony na dotyk. Uwagę personelu zwracał krzyk dziecka w wysokich tonach oraz rozdrażnienie, powodujące deprywację snu. Obserwowano także incydenty napadowe o różnej morfologii, którym towarzyszyła bradykardia, napięcie mięśni twarzy i ramion.

Diagnostykę rozszerzono angiografią metodą rezonansu magnetycznego. Mimo stabilizacji parametrów życiowych u pacjenta obserwowano nasilające się drżenia prawej części twarzy. Zaplanowano i wykonano punkcję komory bocznej mózgu w której uzyskano 6 ml brunatnego płynu. Chłopiec został zakwalifikowany do założenia zbiornika Rickhama. Przeprowadzono rozmowę z rodzicami na temat planowanego postępowania chirurgicznego, możliwych powikłań oraz stanu zdrowia ich dziecka po zabiegu operacyjnym.

W kolejnych dobach hospitalizacji chłopiec został przekazany z Oddziału Patologii Noworodka na Blok Operacyjny. Po zabiegu operacyjnym trafił do Oddziału Intensywnej Terapii i Anestezjologii celem wybudzenia, po zabiegu wszczepienia zbiornika Rickhama. Zaplanowano odzwyczajenie od respiratora, leczenie przeciwbólowe, a także wyrównania gospodarki wodno- elektrolitowej. Po powrocie do Oddziału Patologii Noworodka, przez okres 2 miesięcy codziennie wykonywano punkcję zbiornika Rickhama, celem odbarczenia aktywnego wodogłowia. U pacjenta obserwowano wzmożone napięcie mięśniowe, nieprawidłowy wzorzec ruchowy, który objawiał się chaotyczną i spontaniczną motoryką ciała. Dziecko nie nawiązywało prawidłowego kontaktu wzrokowego oraz nadmiernie reagowało na bodźce napływające ze środowiska zewnętrznego. Kolejne doby hospitalizacji przynosiły sukcesywny i oczekiwany wynik zastosowanego leczenia.

W kontrolnych badaniach obrazowych obserwowano stabilizację wodogłowia oraz ustępowanie wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego. Rana na skórze głowy w miejscu wszczepienia zbiornika Rickhama goiła się prawidłowo, nie zaobserwowano objawów infekcji. W ciągu następných dni hospitalizacji stan zdrowia dziecka stopniowo ulegał poprawie. Nie obserwowano zaburzeń neurologicznych. Kontakt z chłopcem normalizował się, na twarzy dziecka pojawiał się uśmiechnięty grymas. Chłopiec został wypisany ze szpitala w 66 dobie życia.

Ponowna hospitalizacja pacjenta miała miejsce w wieku 2,5 lat, w celu usprawnienia w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej. Parametry życiowe dziecka w dniu przyjęcia były następujące: ciśnienie tętnicze krwi 131/73 mmHg, akcja serca 73 ud/ minutę, temperatura ciała 36,8°C. Chłopiec nie przyjmował żadnych leków na stałe. Wykonano pomiar masy ciała, która wynosiła 14,5 kg (50 centyl). Dziecko mierzyło 92,5 cm. W oparciu o wykres naniesiony na siatkę centylową wskazywał 50 centyl. Oceniono stan odżywienia, według wskaźnika masy ciała (BMI), który wynosił 16,95. W trakcie zbierania wywiadu, mama poinformowała o występujących wcześniej incydentach napadowych u syna. Chłopiec był objęty opieką poradni: rehabilitacyjnej, neonatologicznej, chirurgicznej oraz neurologicznej. Dziecko było przytomne, zorientowane i współpracujące. Pacjent nie wymagał żywienia specjalistycznego, zastosowano dietę podstawową. Chłopiec uzyskał 45 punktów według skali Barthel oraz 0 punktów na podstawie wzrokowo- analogowej skali bólu (z ang. Visual Analogue Scale- VAS). Ze względu na ograniczenia ruchowe oraz wiek chory był niesamodzielny. W trakcie badania fizykalnego obserwowano objawy mózgowego porażenia dziecięcego, manifestujące się problemami układu mięśniowo- szkieletowego: przerostem kompensacyjnym w lewym stawie kolanowym, stopą końsko-szpotawą, brakiem zgięcia grzbietowego stopy lewej oraz niedowładem połowicznym lewostronny. W wyniku obecnego w 2018 roku wodogłowia pokrwotocznego u pacjenta w ciągu dalszym utrzymywały się zaburzenia neurologiczne. Obserwowano nadmierne ślinienie z jamy ustnej na skutek opadającego kącika ust po stronie prawej. Chłopiec poruszał się samodzielnie, jednak w celu zwiększenia komfortu fizycznego zaopatrzony był w ortezę na całej długości kończyny lewej. Według skali GMFCS, chód określono na poziomie 2. Chory został zakwalifikowany do zabiegów rehabilitacyjnych po konsultacji lekarza rehabilitacji. Zabiegi wdrażano wg opracowanego indywidualnego planu usprawniania. Chłopiec dobrze reagował na zastosowane leczenie, które sprawiało mu przyjemność.

W trakcie tej hospitalizacji wykonano kontrolny rezonans magnetyczny ośrodkowego układu nerwowego w znieczuleniu ogólnym z powodu podejrzenia padaczki. W obrazie MRI zaobserwowano nieznacznie, asymetrycznie poszerzenie układu komorowego po stronie prawej, bez cech aktywnego wodogłowia oraz ciasnoty wewnętrzzaskkowej. Wykonano również badanie EEG po deprywacji snu, ze względu na obserwowane wzmożone napięcie mięśniowe kończyny dolnej lewej po wybudzeniu z drzemki. Objawy te ustępowały po około 5- 20 minutach. Zapis

elektroencefalografii był nieprawidłowy. Zaobserwowano dość liczne iglice oraz zespoły iglicofali w odprowadzeniach po stronie lewej. Pacjenta wypisano do domu w 27 dobie hospitalizacji po zakończonej sesji rehabilitacyjnej.

W oparciu o klasyfikację ICNP stworzono plan opieki nad pacjentem z mózgowym porażeniem dziecięcym oraz wodogłowiem komunikującym. Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej pozwoliła na zastosowanie ujednoliconego i harmonijnego planu opieki zastosowanego w praktyce pielęgniarskiej.

Problem zdrowotny: ograniczona zdolność do poruszania się z powodu zaburzeń mięśniowo-szkieletowych.

Diagnoza: Zaburzona zdolność do przemieszczania się [10001005].

Interwencje(I)	Środki/narzędzia (M)
Ocenianie wzorca mobilności [10030641]	Narzędzie do oceny [10002832], Pielęgniarka [10013333]
Asystowanie [10002850]	Technika przemieszczania się [10002222], Usługa edukacyjna [10006572], Pielęgniarka [10013333]
Zastosowanie unieruchomienia [10036182]	Pielęgniarka [10013333], Lekarz [10014522], Usługa edukacyjna [10006572], Planowanie opieki [10035915],
Wzmacnianie reżimu fizjoterapii [10036701]	Fizjoterapeuta [10024003], Pielęgniarka [10013333], Usługa edukacyjna [10006572]
Zarządzanie reżimem ćwiczeń [10023890]	Fizjoterapeuta [10024003], Pielęgniarka [10013333]
Promowanie mobilności fizycznej [10037379]	Fizjoterapeuta [10024003], Pielęgniarka [10013333], Usługa edukacyjna [10006572], nawiązywanie relacji [10016678], Planowanie opieki [10035915], Ocenianie reakcji na nauczanie [10024279],
Monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109]	Pielęgniarka [10013333], Lekarz [10014522]
Dokumentowanie [10006173]	Pielęgniarka [10013333]

Diagnoza/Wynik: Prawidłowa mobilność [10028461]

Problem zdrowotny: zwiększona podatność na wystąpienie upadku z powodu zaburzonego wzorca mobilności.

Diagnoza: Ryzyko upadku [10015122].

Interwencje(I)	Środki/narzędzia (M)
Ocena ryzyka upadków [10040211]	Narzędzie do oceny [10002832], Pielęgniarka [10013333], Planowanie opieki [10035915],
Ocena wzorca mobilności [10030641]	Narzędzie do oceny [10002832], Pielęgniarka [10013333]
Zastosowanie bezpiecznego urządzenia [10002472]	Pielęgniarka [10013333], Urządzenie [10005869], Usługa edukacyjna [10006572]

Przenoszenie pacjenta [10033188]	Usługi pielęgniarskie [10011850], urządzenie transportujące [10020082], Planowanie opieki [10035915],
Dostarczenie urządzeń zabezpieczających [10024527]	Usługi pielęgniarskie [10011850], Usługa edukacyjna [10006572]
Nauczenie rodziny o profilaktyce upadków [10040269]	Pielęgniarka [10013333], Usługa edukacyjna [10006572], nawiązywanie relacji [10016678], Ocenianie reakcji na nauczanie [10024279],
Zapobieganie upadkowi [10040211]	Pielęgniarka [10013333], Barierek na łóżko [10003201]
Dokumentowanie [10006173]	Pielęgniarka [10013333]

Diagnoza/Wynik: Prawidłowy status mięśniowo- szkieletowy [10033807].

Problem zdrowotny: nieprawidłowy pasaż stolca z powodu zaburzeń neurologicznych.

Diagnoza: Zaparcie [1000567].

Interwencje(I)	Środki/narzędzia (M)
Ocenianie zachowań jedzenia i picia [10002747]	Pielęgniarka [10013333], narzędzie do oceny [10002832]
Podawanie płynów [10039330]	Pielęgniarka [10013333], woda [10020957]
Zarządzanie wypróżnieniem [10041427]	Pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522], Usługa edukacyjna [10006572], lek [10011866], pielucha [10005914], nawiązywanie relacji [10016678],
Zarządzanie reżimem diety [10023861]	Pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522], Usługa edukacyjna [10006572]
Współdziałanie w terapii elektrolitami [10030930]	Pielęgniarka [10013333], terapia dożylna [10010808]
Prewencja zaparcia [10046454]	Pielęgniarka [10013333], Usługa edukacyjna [10006572], Ocenianie reakcji na nauczanie [10024279],
Monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109]	Pielęgniarka [10013333]
Dokumentowanie [10006173]	Pielęgniarka [10013333]

Diagnoza/Wynik: Prawidłowe wypróżnienie [10028403].

Problem zdrowotny: ryzyko zaburzenia funkcji układu nerwowego, spowodowane niedotlenieniem okołoporodowym.

Diagnoza: Ryzyko zaburzenia funkcji układu nerwowego [10037333]

Interwencje(I)	Środki/narzędzia (M)
Obserwowanie [10013474]	Narzędzie do oceny [10002832], pielęgniarka [10013333]
Implementacja reżimu zarządzania napadami drgawkowymi [10037276]	Pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522]
Ciągły nadzór [10005093]	Pielęgniarka [10013333]
Kontrola objawu [10025820]	Narzędzie do oceny [10002832], pielęgniarka 10013333]

Ocenianie wzorca mobilności [10030641]	Narzędzie do oceny [10002832], pielęgniarka [10013333]
Dostarczenie urządzeń zabezpieczających [10024527]	Usługi pielęgniarskie [1011850], poduszka [10014607], Pielęgniarka [10013333], Usługa edukacyjna [10006572], nawiązywanie relacji [10016678],
Administrowaniem lekiem i roztworem [10001804]	Pielęgniarka [10013333], Technika podawania leku [10006322]
Dokumentowanie [10006173]	Pielęgniarka [10013333]

Diagnoza/Wynik: Efektywna funkcja układu nerwowego [10027675].

Problem zdrowotny: ograniczona zdolność do wykonywania czynności samopielęgnacyjnych spowodowane ograniczeniami wynikającymi z niedotlenienia w okresie okołoporodowym.

Diagnoza: Deficyt samoopieki [10023410].

Interwencje(I)	Środki/narzędzia (M)
Ewaluacja planu opieki [10031252]	Narzędzie do oceny [10002832], pielęgniarka [10013333]
Ocenianie możliwości [10026040]	Pielęgniarka [10013333], urządzenie do kąpielii [10003147]
Asystowanie przy czynnościach higienicznych [10023531]	Pielęgniarka [10013333], urządzenie do kąpielii [10003147]
Wzmacnianie samodzielności [10022537]	Usługa fizjoterapeuty [10014567], Pielęgniarka [10013333], Usługa edukacyjna [10006572], nawiązywanie relacji [10016678], Ocenianie reakcji na nauczanie [10024279],
Ubieranie pacjenta [10031164]	Usługi pielęgniarskie [10011850], ubranie [100002589]
Wzmacnianie umiejętności [10026436]	Pielęgniarka [10013333], Usługa edukacyjna [10006572], nawiązywanie relacji [10016678], Ocenianie reakcji na nauczanie [10024279],
Koordynowaniem planem opieki [10031027]	Pielęgniarka [10013333]
Dokumentowanie [10006173]	Pielęgniarka [10013333]

Diagnoza/Wynik: Pozytywna zdolność do samoopieki [10025714].

Problem zdrowotny: opóźniony rozwój dziecka wynikający z MPD.

Diagnoza: Ryzyko zaburzonego rozwoju dziecka [10032317].

Interwencje(I)	Środki/narzędzia (M)
Ocenianie rozwoju dziecka [10032695]	Pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522], narzędzie do oceny [10002832]
Badanie fizykalne [10032258]	Pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522]
Transportowanie pacjenta [10020095]	Pielęgniarka [10013333], urządzenie transportujące [10020082]
Diagnostyka [10031140]	Pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522]
Badanie przesiewowe rozwoju dziecka [10032695]	Pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522]

Koordynowaniem planem opieki [10031027]	Pielęgniarka [10013333]
Dokumentowanie [10006173]	Pielęgniarka [10013333]

Diagnoza/Wynik: Zaburzony rozwój dziecka [10023294], efektywny rozwój dziecka [10030222], efektywny status neurologiczny [10034387].

Problem zdrowotny: Dyskomfort dziecka spowodowany hospitalizacją.

Diagnoza: Niepokój [10000477]

Interwencje(I)	Środki/narzędzia (M)
Ocenianie statusu psychologicznego [10030734]	Pielęgniarka [10013333], narzędzie do oceny [10002832]
Ocenianie niepokoju [10041745]	Pielęgniarka [10013333], narzędzie do oceny [10002832]
Zarządzanie negatywnymi emocjami [10031851] Czynności wyjaśnianie [10007370], informowanie: uczynienie czegoś przejrzystym i prostym dla kogoś, informowanie [10010162], działanie: mówienie komuś o czymś, słuchanie [10011383], opisywanie [10005797]: informowanie: określanie cech, wyglądu itp. kogoś lub czegoś w formie ustnej bądź pisemnej, nauczanie [10019502]: informowanie: przekazywanie komuś wiedzy na temat zagadnień zdrowotnych w uporządkowany, systematyczny sposób	Pielęgniarka [10013333], nawiązywanie relacji [10016678], technika uspokajania [10003839], aromatoterapia [10002515], ćwiczenia oddechowe [10004221]
Wprowadzanie terapii odwracania uwagi [10030348] Czynności do interwencji: umożliwienie obecności rodzica w szpitalu podczas zabiegów pomoc w organizowaniu czasu wolnego kontakt z wolontariuszami	Opieka terapeuty zajęciowego [10013604], nawiązywanie relacji [10016678], terapeuta zajęciowy [10026628], biblioterapia [10003240], muzykoterapia [10012371], terapia w grupie wsparcia [10019135], terapia zabawą [10014676]
Nawiązywanie kontaktu [10016678]	Pielęgniarka [10013333], opieka terapeuty zajęciowego [10013604], nawiązywanie relacji [10016678],
Ocenianie strachu [10024267]	Pielęgniarka [10013333], opieka terapeuty zajęciowego [10013604]
Zarządzanie niepokojem [10031711] Czynności do interwencji: wyjaśnianie [10007370] umożliwienie rozmowy z lekarzem pomoc w adaptacji do nowej sytuacji pocieszanie [10004664]	Pielęgniarka [10013333] technika uspokajania [10003839], ćwiczenia oddechowe [10004221]

Zarządzanie nastrojem [10036256]	Pielęgniarka [10013333]
Nauczenie techniki relaksacyjnej [10038699]	Usługa edukacyjna [10006572], materiał instruktażowy [10010395]
Zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051]	Pielęgniarka [10013333]
Wspieranie statusu psychologicznego [10019161]	Pielęgniarka [10013333]
Dokumentowanie [10006173]	Pielęgniarka [10013333]

Diagnoza/Wynik: zmniejszający się niepokój [10027858] lub nadal: niepokój [10000477].

Wnioski

Aktualna wersja ICNP® z 2015 roku umożliwia implementację gotowych diagnoz/ wyników oraz interwencji podejmowanych przez personel pielęgniarski w stosunku do pacjenta z rozpoznaniem mózgowym porażeniem dziecięcym. Propozycja planu opieki z wykorzystaniem terminologii referencyjnej ICNP® odzwierciedla problemy chorego i zakres działań podejmowanych przez personel pielęgniarski.

Piśmiennictwo

1. Kruczyński J.: Wiktora Degi ortopedia i rehabilitacja. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2016, 323-336.
2. Kurpiel D.: Psychospołeczne uwarunkowania funkcjonowania osób dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym o różnym zakresie niepełnosprawności. Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2011, 9-22.
3. Górski J.: Fizjologia człowieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2016, 63-95.
4. Kułak P., Gościk E., Maciorkowska E., Śmigielska-Kuzia J.: Mózgowe porażenie dziecięce – obraz kliniczny. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok, 2015, 64-75.
5. Sadowska L., Dziewulski M.: Neurofizjologiczne podstawy diagnostyki i terapii dzieci z zaburzeniami rozwojowymi. Wydawnictwo Naukowe UMK, Warszawa, 2012; s. 87-94.
6. Boryslawski K.: Czynniki zwiększające ryzyko mózgowego porażenia dziecięcego. [w:] Pediatria Polska. (red.) Sternal M. Wyd. Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Wrocław, 2010; 163-167.
7. Drews K., Pieńkowski W.: Zakażenie wewnątrzrodniowe – nadal więcej pytań niż odpowiedzi. Ginekologia i Perinatologia Praktyczna, Poznań, 2016; 1(4), 141-151.
8. Szymankiewicz M.: Podstawy patologii noworodka Położnictwo i ginekologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2007, 77; 546-547.

9. Kilańska D. (red.) Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej. ICNP w praktyce pielęgniarskiej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2021, 1-224.

MODEL OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD DZIECKIEM PO OPERACJI KOREKCJI SKOLIOZY IDIOPATYCZNEJ

lic. piel. Barbara Ekonomiuk^{1,2}, dr n o zdr Urszula Chrzanowska^{2,3}

1. Absolwentka Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku
2. Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia, Alergologii i Pulmonologii, Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku
3. Zakład Pielęgniarstwa, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Wstęp

Definicja skoliozy

Definicja słowa „skolioza” ma swoje początki w czasach Hipokratesa, który skrzywienie kręgosłupa nazwał scoliosgos– skrzywienie kręgosłupa na bok. Należy podkreślić fakt, iż skolioza nie jest jednopłaszczyznową wadą postawy, a dotyczy trzech płaszczyzn:

Płaszczyzny czołowej (skrzywienie boczne);

Płaszczyzn strzałkowej (występowanie zmian o charakterze lordo- i kifoskoliozy);

Płaszczyzna poprzeczna (występowanie rotacji i torsji kręgów).

Wady postawy są nazywane skoliozami w momencie, gdy skrzywienie wynosi 10° według pomiaru metodą Cobba. Znacznie częściej występuje u dziewczynek [1]. Najczęściej diagnozowaną skoliozą jest skolioza idiopatyczna i dotyczy ok. 80% wszystkich skolioz. Jednym z kryteriów diagnostycznych potwierdzenia diagnozy omawianej jednostki chorobowej kręgosłupa jest obecność skrzywienia powyżej 10° wg Cobba i dotyczy około 2-3% populacji dzieci i młodzieży [2].

Przyczyny

Do głównych czynników wpływających na wystąpienie skoliozy należą:

- Wrodzona wada kręgosłupa (np. zrosty żeber);
- Zmiany nowotworowe kości;
- Nierówność w długości kończyn dolnych;
- Przepuklina międzykręgowa;
- Dystrofia mięśniowa;
- Mózgowe porażenie dziecięce;
- Zwyródnienie stawów międzykręgowych;

- W przebiegu chorób neurologicznych lub zespołów genetycznych [3].
- Na podstawie obserwacji naukowców, istnieje zależność występowania skoliozy idiopatycznej wraz z zaburzeniami genetyczno-hormonalnymi [4,5].

Objawy

Do klasycznego zespołu objawów skoliozy, widocznych bez wykonywania badań radiologicznych należą:

- Boczne wygięcie osi kręgosłupa – szczególnie widoczne podczas wykonywania pochylenia do przodu;
- Jeden z barków wystaje do przodu i jest skierowany do góry;
- Brak symetrii trójkąta taliowego;
- Przemieszczenie osi bioder – jedno z nich jest wysunięte do przodu i do góry;
- Obecność garbu żebrowego;
- Obecność wału lędźwiowego;
- Problemy z dopasowaniem odzieży;
- U dorastających dziewcząt jedna z piersi może cofnąć się i dawać wrażenie, iż jest mniejsza.

Przy opisywaniu objawów charakterystycznych dla skolioz stosuje się tak zwany podział Wejsfloga, który podzielił je na podstawie bliskości zmian wobec kręgosłupa. Wyróżniamy objawy I rzędu (bezpośrednie), II rzędu (pośrednie bliskie) oraz III rzędu (pośrednie oddalone od kręgosłupa) [6,7].

Diagnostyka

Pierwszym etapem diagnostyki skoliozy jest ustalenie kąta skrzywienia. Najpopularniejszą metodą wyznaczania tego parametru jest metoda wg Cobba. Polega ona na wykreśleniu linii prostych, zaczynając od górnego kręgu krańcowego i dolnego kręgu krańcowego. Po ustaleniu kąta skrzywienia wykonuje się badania obrazowe, do których zaliczamy:

- Zdjęcie RTG kręgosłupa
- Rezonans magnetyczny (MR) kręgosłupa.
- Tomografia komputerowa (TK) kręgosłupa [7].

Leczenie

Na podstawie diagnozy oraz określenia kąta skrzywienia kręgosłupa wybiera się metodę leczenia, do której należą:

- Leczenie rehabilitacyjne;

- Leczenie gorsetami;
- Leczenie operacyjne [4,7].

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie modelu opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem po zabiegu operacyjnym skoliozy idiopatycznej.

Przedstawienie procesu rozpoznawania oraz klasyfikacji problemów leczniczo-pielęgnacyjnych u dziecka po zabiegu operacyjnym skoliozy.

Stworzenie indywidualnego procesu pielęgnowania dziecka w I dobie po zabiegu operacyjnym skoliozy.

Opracowanie wskazówek do dalszej pielęgnacji.

Materiał i metodyka

Materiał wykorzystany do analizy studium przypadku dotyczył 9-letniej dziewczynki, hospitalizowanej w Klinice Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej w celu operacyjnego leczenia skoliozy idiopatycznej – wstawienie stabilizacji kręgosłupa (wymiana instrumentarium, kolejny etap). Okres obserwacji obejmował I dobę po zabiegu operacyjnym.

Wykorzystany materiał został uzyskany poprzez:

- Obserwację pacjentki;
- Przeprowadzenie wywiadu z matką dziecka;
- Analizę dokumentacji medycznej.

Zebrane dane zostały poddane analizie, na podstawie której stworzono indywidualny proces pielęgnowania pacjenta po zabiegu operacyjnym skoliozy idiopatycznej wraz z opracowaniem wskazówek do dalszej pielęgnacji dziecka.

Wyniki

Opis przypadku

Pacjentka w wieku 9 lat została przyjęta do Kliniki Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej celem ponownego zabiegu operacyjnego skoliozy idiopatycznej – wszczęcie stabilizacji kręgosłupa (wymiana poprzedniego instrumentarium). Dziewczynka była kilkakrotnie hospitalizowana w tutejszej klinice w celu leczenia skoliozy. Przed wdrożeniem leczenia operacyjnego, stosowano rehabilitację oraz gorsety – bez efektu. W chwili przyjęcia dziewczynka apatyczna – stan spowodowany kolejną hospitalizacją. Podczas hospitalizacji na oddziale przebywała z mamą. Pacjentka urodzona z ciąży II, w 37 tygodniu ciąży, drogą cięcia cesarskiego. Podopieczna wielu poradni ze względu na zespół wad wrodzonych (zespół Freema-Sheldona). Przed zabiegiem odbyła się konsultacja kardiologiczna (wykonanie

EKG oraz ECHO serca), anestezjologiczna (zakwalifikowano do zabiegu), wykonano zdjęcie RTG kręgosłupa oraz pobrano krew do badań laboratoryjnych oraz na oznaczenie grupy krwi oraz zamówienia preparatów i składników krwiopochodnych w rezerwie do zabiegu (4 j. KKCz, 3 j. FFP oraz 2 j. KKP). Wykonano kąpiel antyseptyczną wieczorem oraz rano. Pozostawiona na czczo do zabiegu. W dniu zabiegu została przekazana na blok operacyjny z kompletem dokumentów zgodnie z procedurą o godzinie 8.00. Po zabiegu operacyjnym pacjentka przebywała na oddziale wybudzeń (POP), z którego odebrano ją o godzinie 16.45. W chwili przekazania dziewczynki przez personel POP-u nie wymagała prowadzenia tlenoterapii, parametry życiowe pozostawały w normie. Z rany pooperacyjnej wyprowadzono dren Redona – utrzymano drenaż bierny. Pacjentka miała założony cewnik Foley'a do pęcherza moczowego – drożny, mocz spływał do worka. Opatrunek wzdłuż rany pooperacyjnej pozostawał suchy i czysty. Ukrwienie i unerwienie kończyn było prawidłowe. Pacjentka została przetransportowana na oddział, gdzie została zamonitorowana. Zlecenia wykonano godzinowo zgodnie z kartą zleceń. Wszystkie czynności i pomiary udokumentowano.

Okres pooperacyjny niepowikłany.

Proces pielęgnowania

Diagnoza pielęgniarska 1: Ryzyko wystąpienia zaburzeń krążeniowo-oddechowych w okresie pooperacyjnym.

Cel: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań krążeniowo-oddechowych.

Interwencje pielęgniarskie:

- Prowadzenie stałego monitorowania parametrów życiowych dziecka – ciśnienie tętnicze krwi, tętno, saturacja, temperatura, zapis EKG, liczba oddechów;
- Obserwacja stanu ogólnego dziecka;
- Zapewnienie odpowiednich warunków po zabiegu operacyjnym – ciszy, komfortu;
- Ocena powłok skórnych pod kątem wystąpienia zasinienia, ocena powrotu włóscizkowego;
- W przypadku wystąpienia spadku saturacji poniżej 92-94% należy rozpocząć tlenoterapię bierną – o zaistniałym fakcie należy poinformować lekarza;
- Udokumentowanie parametrów życiowych pacjentki;

- Sprawdzanie oraz ocena ocieplenia dystalnych części kończyn (np. palce rąk, stóp);
- Prowadzenie leczenia przeciwbólowego zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich;

Ocena: Powikłania krążeniowo-oddechowe nie wystąpiły. Zaleca się dalszą obserwację pacjentki.

Diagnoza pielęgniarska 2: Ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej.

Cel: Minimalizowanie ryzyka zakażenia rany pooperacyjnej.

Interwencje pielęgniarskie:

- Codzienna obserwacja opatrunku wokół rany pooperacyjnej;
- W przypadku przesiąknięcia, zabrudzenia lub odklejenia, należy zmienić opatrunek;
- Zmiana opatrunków przy użyciu jednorazowego sprzętu i jałowych opatrunków;
- Zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki;
- Odkazanie rany np. Octeniseptem lub Kodanem;
- Obserwacja i ocena rany;
- Udokumentowanie oceny rany oraz zmiany opatrunku.
- Ocena funkcjonowania drenu wyprowadzonego z rany pooperacyjnej;
- Ocena ilości i charakteru wydzieliny w butelce od drenu – w razie zapelnienia butelki należy ją wymienić na nową, z zachowaniem drenażu biernego;
- Podaż antybiotyków zgodnie ze zleceniem lekarskim;
- Informowanie lekarza o wszelkich niepokojących objawach i wyglądzie rany (obrzęk, wzmożona bolesność, wyciek, rozejście się szwów lub brzegów rany, obecność czyraków);
- Kontrola parametrów życiowych pacjentki;
- Udokumentowanie oceny i charakteru rany w karcie obserwacji rany pooperacyjnej.

Ocena: Nie zaobserwowano cech wskazujących na zakażenie rany pooperacyjnej. Należy dalej prowadzić obserwację.

Diagnoza pielęgniarska 3: Ból spowodowany przebyciem zabiegiem operacyjnym kręgosłupa.

Cel: Minimalizowanie dolegliwości bólowych.

Interwencje pielęgniarские:

- Obserwacja stanu ogólnego pacjentki;
- Częste pytanie się o występowanie dolegliwości bólowych oraz ich charakteru i lokalizacji – dokonywanie oceny skali bólu za pomocą skali VAS;
- Podaż leków przeciwbólowych na zlecenie lekarskie;
- Zachowanie odpowiednich odstępów pomiędzy kolejnymi dawkami leków przeciwbólowych;
- Obserwowanie pacjentki pod kątem wystąpienia działań niepożądanych leków.
- Nadzór nad podażą narkotycznych leków przeciwbólowych (Sufentanyl 50µg/50 ml 0,9% NaCl, przepływ 2ml/h):
- Obserwacja stanu ogólnego oraz parametrów życiowych pacjentki;
- Zgłaszanie lekarzowi wszelkich niepokojących objawów i dolegliwości bólowych oraz ich udokumentowanie;
- Pomoc w przyjmowaniu pozycji, w której pacjent odczuwa najmniejsze dolegliwości bólowe;
- Podczas wykonywania czynności leczniczo-pielęgnacyjnych należy zachować ostrożność i delikatność, aby nie powodować dodatkowych bodźców bólowych;
- Monitorowanie parametrów życiowych pacjentki oraz wpisanie ich w dokumentację medyczną.

Ocena: Dolegliwości bólowe zmniejszyły się. Należy dalej prowadzić obserwację pacjentki.

Diagnoza pielęgniarская 4: Ryzyko zakażenia związane z obecnymi wkłuciami obwodowymi.

Cel: Zmniejszenie ryzyka zakażenia.

Interwencje pielęgniarские:

- Podczas podawania leków dożylnych należy zachowywać zasady aseptyki i antyseptyki;
- Ręce należy dezynfekować przed założeniem rękawic i rozpoczęciem podaży leku;
- Należy stosować jednorazowy, jałowy sprzęt do przetoczeń (igły, aparaty do wlewów kroplowych, strzykawki, korki, etc.);
- Prowadzenie codziennej obserwacji kaniuli i miejsca wkłucia;

- Prowadzenie dokumentacji w postaci karty oceny wkłuc;
- Obserwacja miejsca wkłucia pod kątem wystąpienia objawów mogących świadczyć o wystąpieniu stanu zapalnego: obrzęk, ból, zaczerwienienie, znaczące ocieplenie miejsca wkłucia, gorączka;
- Stosowanie sprzętu jałowego oraz dostosowanego do odpowiedniego typu przetoczenia;
- W przypadku wystąpienia zabrudzenia okleiny wokół wkłucia należy ją zmienić, a fakt ten odnotować w karcie obserwacji wkłuc;
- Monitorowanie parametrów życiowych pacjentki.

Ocena: Ryzyko zakażenia zostało zminimalizowane. Wkłucia obwodowe pozostają drożne. Należy prowadzić dalszą kontrolę oraz obserwację miejsca wkłucia.

Diagnoza pielęgniarska 5: Możliwość wystąpienia zakażenia układu moczowego, spowodowane założonym cewnikiem Foley'a do pęcherza moczowego.

Cel: Zapobieganie wystąpieniu zakażenia układu moczowego.

Interwencje pielęgniarskie:

- Codzienne wykonywanie toalety pacjenta;
- Wykonywanie toalety krocza z dokładną pielęgnacją okolic cewki moczowej przy użyciu Octeniseptu;
- Obserwacja pacjentki pod kątem wystąpienia objawów takich jak ból, pieczenie, odczuwania parcia na mocz;
- Prowadzenie bilansu płynów;
- Obserwacja ilości i charakteru moczu – ocena jego ilości, koloru, przejrzystości, obecności krwi lub ropy;
- Nadzór nad płynoterapią dożylną oraz pojenie płynami drogą doustną;
- Wymiana worków na mocz lub cewnika zgodnie z procedurą;
- Dbanie o odpowiednią lokalizację worka na mocz (poniżej poziomu pęcherza);
- Dokonywanie pomiarów parametrów życiowych i ich udokumentowanie;
- Pobieranie moczu na badanie ogólne lub posiew na zlecenie lekarza.

Ocena: Zmiany w obrębie cewki moczowej nie wystąpiły. Należy dalej prowadzić obserwację.

Diagnoza pielęgniarska 6: Ryzyko wystąpienia odleżyn spowodowanych pozycją leżącą po zabiegu operacyjnym.

Cel: Zapobieganie powstawaniu odleżynom.

Interwencje pielęgniarские:

- Prowadzenie oceny ryzyka powstania odleżyn przy użyciu skali Norton;
- Zmiana pozycji ułożeniowej co 2 godziny;
- Stosowanie udogodnień w postaci wałków, poduszek;
- Codzienna zmiana pościeli, dbanie o nie pozostawianie zagnieceń;
- Wykonywanie dokładnej toalety ciała z uwzględnieniem obserwacji i pielęgnacji skóry:
- Dokonywanie codziennej kontroli skóry;
- Wykonywanie kąpieli ciała z zastosowaniem preparatów nawilżających oraz natłuszczających skórę;
- Zapobieganie nadmiernemu wysuszaniu skóry.
- Stosowanie przewiewnej, luźnej odzieży z naturalnych materiałów;
- Wykonywanie częstej toalety krocza i okolicy cewki moczowej;
- Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu na sali, wietrzenie sali;
- Monitorowanie stanu odżywienia pacjentki;
- Obserwacja i kontrola parametrów życiowych pacjentki.

Ocena: Czynności z zakresu profilaktyki przeciwodleżynowej zostały wykonane. Należy dalej prowadzić obserwację skóry w kierunku wystąpienia odleżyn.

Diagnoza pielęgniarская 7: Występowanie lęku i niepokoju dziecka związanego z kolejnym zabiegiem operacyjnym i pobytem w szpitalu.

Cel: Zmniejszenie uczucia lęku. Wyjaśnianie wszelkich wątpliwości mamie pacjentki.

Interwencje pielęgniarские:

- Podczas wykonywania czynności leczniczo-pielęgnacyjnych należy wykazywać postawę życzliwą, odpowiadać na wszelkie pytania z użyciem zrozumiałych słów;
- Podczas kontaktu z dzieckiem należy zachować życzliwą i empatyczną postawę;
- Okazywanie zainteresowania stanem zdrowia pacjenta;
- Umożliwienie kontaktu z drugim rodzicem lub członkami rodziny z uwzględnieniem zasad odwiedzin pacjentów w szpitalu;
- Umożliwienie dziecku posiadania ulubionych zabawek przy sobie;
- Umożliwienie dziecku korzystania z tabletu, telefonu, książek;

- Odwracanie uwagi pacjentki od wykonywanych czynności leczniczo-pielęgnacyjnych;
- Zapewnienie warunków ciszy, komfortu i bezpieczeństwa;
- W razie potrzeby należy podać lek zmniejszający odczuwanie niepokoju i lęku na zlecenie lekarskie.

Ocena: Uczucie lęku i niepokoju u dziecka zostało zmniejszone.

Diagnoza pielęgniarska 8: Deficyt samoopieki i samopielęgnacji po zabiegu operacyjnym.

Cel: Pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb pacjenta.

Interwencje pielęgniarskie:

- Codzienne wykonywanie toalety całego ciała;
- Dokonywanie zmiany bielizny pościelowej oraz osobistej pacjentki;
- Obserwacja i ocena skóry pacjentki;
- Pomoc w zmianie pozycji ułożeniowej ciała oraz przeprowadzenie instruktażu dla matki dziecka, w jaki sposób pomagać dziecku;
- Kontrola wypróżnień;
- Nadzór nad diurezą pacjentki (prowadzenie bilansu płynów, poinformowanie matki o konieczności zapisywania przez nią ilości przyjętych płynów doustnie przez dziecko);
- Kontrola spożywanych posiłków – zamawianie diety zgodnej z potrzebami pacjentki (w dobie „0” głodówka, w dobie I dieta płynna, w kolejnych dobach dieta łatwostrawna);
- Stosowanie słomek do spożywania zup i płynów;
- Aktywizowanie pacjentki w łóżku, edukacja matki i dziecka z zakresu pionizowania się dziecka oraz jakich ruchów kręgosłupa nie może wykonywać;
- Położenie dziecka na specjalnym łóżku z możliwością regulowania wysokości łóżka, podnoszenia do pozycji siedzącej;
- Udział w leczeniu przeciwbólowym – podaż leków zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich, monitorowanie dolegliwości bólowych (prowadzenie karty monitorowania bólu).

Ocena: Zapewniono pacjentce pomoc w utrzymaniu higieny. Przeprowadzono edukację oraz instruktaż matki przebywającej przy dziecku.

Wskazówki do dalszej pielęgnacji

Ocena i obserwacja opatrunku i rany pooperacyjnej

W warunkach domowych należy dbać o prawidłową higienę dziecka, szczególnie pleców – rodzic powinien pamiętać, aby starać się nie moczyć opatrunku podczas kąpieli (w przypadku zmożenia opatrunku, należy go zmienić);

Należy codziennie kontrolować opatrunek wokół rany pooperacyjnej – obserwacja pod kątem wystąpienia wysięku (np. krwi lub ropy), oceniać jego czystość.

Zmiana opatrunku powinna się odbywać z użyciem płynu do dezynfekcji ran (np. Octenisept, Kodan), a także jednorazowego sprzętu w postaci jałowych gazików do osuszenia skóry oraz plastrów;

W przypadku wystąpienia objawów, mogących świadczyć o wystąpieniu stanu zapalnego (gorączka, wzmożona bolesność wokół rany pooperacyjnej, obrzęk, zaczerwienienie się rany, wysięk) należy niezwłocznie zgłosić się do lekarza rodzinnego lub poradni ortopedycznej;

W przypadku wystąpienia rozejścia się brzegów rany pooperacyjnej rodzice/opiekunowie dziecka powinni niezwłocznie zgłosić się do szpitala do poradni ortopedycznej lub chirurgicznej;

W momencie gdy u dziecka po wypisie ze szpitala wystąpi gorączka, pojawią się lub nasilą dolegliwości bólowe, wyciek z rany lub czyraki, należy niezwłocznie zgłosić się do szpitala;

Po zabiegu operacyjnym nie można stosować kosmetyków do pielęgnacji ciała na ranę do momentu usunięcia szwów;

W celu usunięcia szwów należy zgłosić się do poradni ortopedycznej w wyznaczonym przez lekarza prowadzącego terminie.

Minimalizowanie dolegliwości bólowych po zabiegu operacyjnym

Rodzice/opiekunowie dziecka w dniu wypisu dostają zalecenia na karcie informacyjnej dotyczące postępowania przeciwbólowego;

Leki przeciwbólowe powinny być stosowane w przypadku występowania dolegliwości bólowych zgodnie z zaleceniem lekarza lub zgodnie z wagą dziecka;

Aby zmniejszyć dolegliwości bólowe podczas leżenia lub siedzenia przez dziecko należy stosować udogodnienia w postaci wałków, poduszek;

W przypadku, gdy dolegliwości bólowe nasilają się po wypisie lub nabierają nowego charakteru (ostry, przeszywający) należy niezwłocznie zgłosić się do lekarza rodzinnego lub poradni ortopedycznej.

Nadzór oraz pomoc w przyjmowaniu prawidłowej pionizacji i chodzenia przez dziecko

W pierwszych dniach po zabiegu operacyjnym rodzic/opiekun powinien pomagać dziecku podczas wstawania, siadania, przyjmowania pozycji leżącej;

Dziecko powinno mieć zapewnioną asystę podczas poruszania się;

Aby zapewnić prawidłowy proces gojenia się rany oraz kręgosłupa, rodzice/opiekunowie oraz pacjenci muszą pamiętać o:

- Unikaniu wykonywania nagłych ruchów tułowia;
- Zakazie wykonywania skłonów, skrętów tułowia;
- Zakazie podnoszenia ciężarów;
- Zakazie pchania i ciągnięcia wózków;
- Minimalizowaniu ryzyka upadku.
- Dzieci w wieku szkolnym nie mogą nosić plecaka na jednym ramieniu;
- Należy rozważyć zamianę plecaka szkolnego na specjalny plecak na kółkach, w celu uniknięcia dźwigania ciężarów, wykonywania nagłych ruchów kręgosłupa;
- Powrót do zajęć sportowych powinien być wcześniej skonsultowany z lekarzem prowadzącym;

Należy pamiętać, aby po operacji nie rezygnować całkowicie z aktywności fizycznej – na początku zaleca się aktywność o małym obciążeniu, takie jak spacer, pływanie.

Wnioski

W oparciu o zebrane dane pochodzące z wywiadu, obserwacji i analizy dokumentacji medycznej, określono poniższe problemy pielęgnacyjne:

1. Ryzyko wystąpienia zaburzeń krążeniowo-oddechowych w okresie pooperacyjnym;
2. Ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej;
3. Ból spowodowany przebyciem zabiegiem operacyjnym kręgosłupa;
4. Ryzyko zakażenia związane z obecnymi wkłuciami obwodowymi;
5. Możliwość wystąpienia zakażenia układu moczowego, spowodowane założonym cewnikiem Foley'a do pęcherza moczowego;
6. Ryzyko wystąpienia odleżyn spowodowanych pozycją leżącą po zabiegu operacyjnym;
7. Występowanie lęku i niepokoju dziecka związanego z kolejnym zabiegiem operacyjnym i pobytem w szpitalu;
8. Deficyt samoopieki i samopielęgnacji po zabiegu operacyjnym.

9. Stworzenie indywidualnego procesu pielęgnowania odbyło się na podstawie ustalonych problemów pielęgnacyjnych pacjentki po zabiegu skoliozy hospitalizowanej w Klinice Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej.
10. Przeprowadzono edukację rodzica oraz pacjentki z zakresu pielęgnowania rany pooperacyjnej, stosowania działań i leków mających na celu zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Streszczenie

Definicja słowa „skolioza” ma swoje początki w czasach Hipokratesa, który skrzywienie kręgosłupa nazwał scoliosos – skrzywienie kręgosłupa na bok.

Wady postawy są nazywane skoliozami w momencie, gdy skrzywienie wynosi 10° według pomiaru metodą Cobba. Znacznie częściej występuje u dziewczynek. Celem poniższej pracy jest ukazanie roli pielęgniarki w opiece nad dzieckiem po zabiegu operacyjnym skoliozy idiopatycznej.

Materiał wykorzystany do analizy studium przypadku dotyczył 9-letniej dziewczynki, hospitalizowanej w Klinice Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej w celu operacyjnego leczenia skoliozy idiopatycznej – wstawienie stabilizacji kręgosłupa (wymiana instrumentarium, kolejny etap). Okres obserwacji obejmował I dobę po zabiegu operacyjnym.

Zebrane dane zostały poddane analizie, na podstawie której stworzono indywidualny proces pielęgnowania pacjenta po zabiegu operacyjnym skoliozy idiopatycznej wraz z opracowaniem wskazówek do dalszej pielęgnacji dziecka.

W oparciu o zebrane dane pochodzące z wywiadu, obserwacji i analizy dokumentacji medycznej, określono poniższe problemy pielęgnacyjne:

- Ryzyko wystąpienia zaburzeń krążeniowo-oddechowych w okresie pooperacyjnym;
- Ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej;
- Ból spowodowany przebyciem zabiegiem operacyjnym kręgosłupa;
- Ryzyko zakażenia związane z obecnymi wkłuciami obwodowymi;
- Możliwość wystąpienia zakażenia układu moczowego, spowodowane założonym cewnikiem Foley’a do pęcherza moczowego;
- Ryzyko wystąpienia odleżyn spowodowanych pozycją leżącą po zabiegu operacyjnym;
- Występowanie lęku i niepokoju dziecka związanego z kolejnym zabiegiem operacyjnym i pobytem w szpitalu;
- Deficyt samoopieki i samopielęgnacji po zabiegu operacyjnym.

Piśmiennictwo

1. Ahmad Z., Choundry M.N., Verma R.: Adolescent Idiopathic Scoliosis. *The Open Orthopaedics Journal*, 2016; 10, 143-154.
2. Dalbyrak S., Yaman O.: Idiopathic Scoliosis. *Turkish Neurosurgery*, 2014, 24(5), 646-657.
3. Kamińska M., Karpiński M.: Skolioza idiopatyczna. *Pediatrics po Dyplomie*, 2013, 15(4), 75-79.
4. Koszela K., Myśliwiec A., Trzcińska S., Żurawski A.: Nowoczesna diagnostyka skolioz. *PZWL*, 2022.
5. Osipiuk S.: Czy to już skolioza? Rozpoznawanie i terapia skolioz idiopatycznych. *Pediatrics po Dyplomie*, 2019, 2, 34-38.
6. Sułko J.: Postępy w ortopedii dziecięcej w latach 2016-2018. *Postępy w Pediatrui*, 2020.
7. Bettany-Saltikov J., Chockalingam N., Grivas T.B. et al.: Gorsety w młodzieńczej idiopatycznej skoliozie. *Cochrane Evidence Synthesis and Methods*, 2015.

PIELĘGNIARKA JAKO EDUKATOR POPULACJI DZIECIĘCEJ

mgr Agnieszka Michalska¹, mgr Karolina Cichońska¹, dr n o zdr Małgorzata Cichońska¹,
dr n o zdr. Katarzyna Kowalska¹

1. Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Nauk Stosowanych
im. Józefa Gołuchowskiego, Filia w Tomaszowie Mazowieckim

Wprowadzenie

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia zdrowie jest to nie tylko brak choroby i niepełnosprawności, ale również stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego.

Do poprawy i utrzymania ludzkiego zdrowia zmierza promocja zdrowia mieszcząca

w sobie min. edukację zdrowotną, która stanowi podstawę i ważną składową promocji zdrowia i polega na nauczaniu ludzi dbania o zdrowie własne i społeczności, w której żyją.

Najbardziej odpowiednią osobą do prowadzenia edukacji jest pielęgniarka, ponieważ spędza

z podopiecznymi najwięcej czasu, obserwuje ich w różnych sytuacjach, łatwiej jest jej ocenić potrzeby i gotowość podopiecznego do uczenia się i zmiany zachowań. Całokształt podejmowanych działań w obrębie edukacji zdrowotnej zmierza do pobudzenia aktywności człowieka w zakresie dbania o zdrowie własne i rodziny. Składowymi tego procesu wpisanego w rolę, funkcje i zadania pielęgniarki na każdym stanowisku pracy jest pogłębianie wiedzy o zdrowiu, zmiana zachowań antyzdrowotnych na prozdrowotne pacjentów, podopiecznych i ich rodzin [1].

Dlatego warto przeanalizować jakie są oczekiwania i potrzeby odbiorców świadczeń w zakresie edukacji zdrowotnej poczynając od najmłodszej populacji.

Rozwinięcie

Celem pracy jest wskazanie wybranych obszarów, w których populacja dziecięca i opiekunowie wymagają i potrzebują wsparcia informacyjnego pielęgniarki.

Pielęgniarka jako edukator

W badaniach nad zachowania zdrowotnymi obok zachowań ekspresyjnych,

świadzeniobiorcy szczególnie oczekują od pielęgniarki realizacji roli. Ocena indywidualnych potrzeb podopiecznych w tym obszarze miałyby się przysłużyć się starannemu planowaniu i ewaluacji programów zdrowotnych w zakresie przekazywania im wiedzy i umiejętności [2].

Rola pielęgniarki jako pracownika ochrony zdrowia obejmuje przekazywanie wiedzy poprzez słowo, stwarzanie odpowiednich warunków, dawanie dobrego przykładu, ale głównie budowanie nawyków w zakresie samoopieki i samopielęgnacji. Ważne zadania dla pielęgniarek w zakresie edukacji i promocji zdrowia dotyczą podopiecznych bez względu na wiek i miejsce kontaktu z nimi w czasie wykonywania obowiązków zawodowych, ale są szczególnie istotne wobec populacji dziecięcej. W tej kwestii nadal wiele jest do zrobienia, gdyż dowiedziono, że udział pielęgniarek w edukacji zdrowotnej i kształtowaniu zachowań prozdrowotnych, jest niezadowolający, przez co nie ma wpływu na zmniejszenie zachorowań na choroby związane ze stylem życia [2].

W sferze edukacji za najbardziej potrzebne uważają przekazywanie wiedzy na temat prawidłowego żywienia oraz radzenia sobie ze stresem ceniąc sobie najbardziej u pielęgniarek wyrozumiałość, życzliwość, umiejętność wsparcia psychicznego oraz wiedzę.

Z punktu widzenia pielęgniarki i jej roli pedagoga i edukatora badania wskazują na brak dostatecznej ilości czasu, który pielęgniarka mogłaby przeznaczyć na prowadzenie działań edukacyjnych w pracy z podopiecznym [2].

W nowoczesnej opiece pediatrycznej istotną rolę odgrywa edukacja dzieci i ich rodziców, którzy powinni być świadomi, że dzięki posiadanej wiedzy na temat prozdrowotnych zachowań i zastosowaniu ich w codziennym życiu, mają szansę nie tylko chronić się przed pojawieniem się wielu chorób cywilizacyjnych, ale i zadbać o prawidłowy rozwój [3].

W odniesieniu do dzieci i młodzieży niezbędne jest branie pod uwagę zmieniających się zainteresowań i potrzeb młodych ludzi, włączanie ich do planowania, realizacji i ewaluacji edukacji zdrowotnej oraz dążenie do spójności informacji uzyskiwanych z różnych źródeł (w rodzinie, szkole, w mass mediach). Dorosli – rodzice, nauczyciele, inne znaczące osoby, a także pielęgniarka szkolna powinni tworzyć wzorce dla dzieci oraz stwarzać im możliwości praktykowania zachowań prozdrowotnych w domu i szkole.

Dla pielęgniarki ważna jest zmiana jej roli na nauczającego/edukatora, który powinien: być przewodnikiem (doradcą, liderem, facilitatorem, animatorem)

uczących się, nie wchodzić w rolę „eksperta” („mistrza”), organizować uczenie się, motywować do pracy, wspierać, pomagać, tworzyć atmosferę bezpieczeństwa i zaufania, oraz modelować pożądane postawy i zachowania zdrowotne dzieci objętych opieką [3].

Treści edukacji zdrowotnej kierowane do dzieci i ich opiekunów zależą od specyfiki rozwoju i problemów zdrowotnych w danym okresie życia. Wśród tematów kierowanych do dzieci, które może realizować pielęgniarka jest dbałość o ciało np. higiena rąk, dbałość o zęby, samokontrola masy ciała, samobadanie piersi i jąder, ochrona przed nadmiernym nasłonecznieniem, czy zagrożenia związane z upiększaniem ciała.

Ważne są także tematy istotne dla zdrowia psychicznego np. rozwijanie zasobów psychologicznych dla zdrowia i umiejętności życiowych, poszukiwanie, przyjmowanie i dawanie wsparcia oraz edukacja żywieniowa, aktywność fizyczna, bezpieczeństwo, zdrowie seksualne, zapobieganie zachowaniom ryzykownym oraz przygotowanie do bycia aktywnym pacjentem [4].

Zakres edukacji zdrowotnej możliwej do realizacji przez pielęgniarkę w populacji dziecięcej

1. Wiedza na temat wcześniactwa

Poczynając od najmłodszych dzieci zasadność wypełniania roli edukacyjnej pielęgniarka znajduje już wśród wcześniaków. Rzetelne przekazywanie wiedzy oraz włączanie rodziców do czynności pielęgnacyjnych w grupie dzieci przedwcześnie urodzonych stanowi bardzo ważny element przygotowania rodziców do współopieki nad wcześniakiem w oddziale oraz jej samodzielnego kontynuowania w warunkach domowych.

Pielęgniarki edukują przygotowując rodziców do poznania i praktycznego wykorzystania różnych metod stymulacji rozwoju dziecka m.in. kangurowanie, głaskanie, śpiewanie, czytanie/mówienie, które służą także do nawiązania więzi emocjonalnej w relacji rodzic – dziecko [5].

Rodzice wcześniaków wskazują w badaniach na brak wsparcia ze strony psychologa i psychoterapeuty, więc lukę w tej przestrzeni zapełnia pielęgniarka mająca z opiekunami najczęstszy i najbliższy kontakt.

To pielęgniarka często przejmując rolę edukatora staje się pedagogiem pouczając opiekunów wcześniaka o konieczności wizyt u specjalistów, kontrolach lekarskich, potrzebie szczepień ochronnych i sposobie organizacji życia wcześniaka po wypisie do domu.

Niezwykle ważnym elementem komunikacji i współpracy z rodzicami jest działalność edukacyjna w celu przekazania wiedzy, umiejętności stymulowania rozwoju wcześniaka oraz kompetencji rodzicielskich oraz aktywne współuczestniczenie w opiece nad wcześniakiem, takie jak, dotyk, kąpiel, przewijanie, gniazdowanie, mówienie, kangurowanie rozpoczęte już w oddziale szpitalnym.

Pielęgniarka uczestniczy we wszelkich działaniach na rzecz dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodzin w toku wdrażania na etapie szpitalnym indywidualnej edukacji, indywidualnej opieki psychologicznej podtrzymując ją na etapie opieki ambulatoryjnej [5].

2. Zapotrzebowanie na edukację laktacyjną

Kolejne obszary edukacji rodziców to treści dotyczące codziennych, prozaicznych czynności wykonywanych w toku pielęgnowania dziecka tj. karmienia dziecka, które ma fundamentalne znaczenie w kształtowaniu osobniczej przyszłości zdrowotnej dziecka. Znaną powszechnie prawdą jest stwierdzenie, że mleko matki jest pierwszym pokarmem dziecka przeznaczonym zarówno dla dzieci zdrowych, jak i chorych i zgodnie z rekomendacjami ośrodków, ekspertów i towarzystw naukowych karmienie wyłącznie naturalne powinno trwać przez okres pierwszych 6 miesięcy, a nawet rok lub dłużej i dopiero po tym okresie zalecane jest stopniowe wprowadzanie innych produktów żywnościowych, jednak z jednoczesnym stosowaniem karmienia piersią [6]

Wytyczne obok zaleceń dotyczących karmienia naturalnego wskazują także na zasady żywienia matek karmiących, których dieta powinna być zróżnicowana i odpowiednio zbilansowana.

W trosce o zdrowie dzieci opracowano strategie zdrowotne i rekomendacje zakładające, że państwowe systemy opieki zdrowotnej odpowiedzialne są za system fachowego poradnictwa oraz pomocy w zakresie karmienia niemowląt i małych dzieci, które powinno być realizowane przez wykwalifikowanych doradców oraz certyfikowanych konsultantów laktacyjnych [7].

Skutkiem koncepcji do prowadzenia edukacji matek dedykowany jest edukator laktacyjny, który jest stanowiskiem wskazanym w zakresie udzielania świadczeń w tym obszarze gwarantując zaspokojenie tej potrzeby dziecka i karmiącej przez profesjonalistę, którym w praktyce najczęściej jest położna lub pielęgniarka.

Zapotrzebowanie na edukację w zakresie karmienia naturalnego jest nadal ogromne, gdyż blisko 60% matek karmiących zmaga się z różnego rodzaju problemami dotyczącymi okresu laktacji oraz brakiem wiedzy na ten temat pomimo edukacji w okresie przedporodowym [8].

W większości przypadków kobiety pozyskują wiedzę z nieoficjalnych źródeł, co może skutkować pojawieniem się zaburzeń czy powikłań laktacji, a w konsekwencji niepotrzebnym dokarmianiem oraz skracaniem czasu karmienia naturalnego. W skali światowej karmienie piersią traktowane jest jako poważne zadanie zdrowia publicznego, a nie jedynie kwestia wyboru stylu życia [8].

Karmienie naturalne stanowi zagadnienie niezwykle ważne, o którym każda matka powinna posiadać znaczną wiedzę w związku z rozwojem oraz stanem zdrowia dziecka, a w konsekwencji również człowieka dorosłego.

Najistotniejsze źródła wiedzy, z których kobiety pozyskują informacje na temat karmienia naturalnego stanowią: Internet (91%), telewizja (86%), czasopisma i książki (60%), zajęcia w szkole rodzenia (48%), ale również informacje uzyskane od personelu medycznego (39%) czy rodziny (30%) [9].

Sytuacja karmienia piersią w skali globalnej wymaga nadal ustawicznego promowania wiedzy na temat wartości wynikających z karmienia naturalnego zarówno dla dziecka (zrównoważony rozwój i zdrowie), jak i dla matki (korzyści zdrowotne) [9].

3. Opieka wakcynologiczna

Kolejny obszar zapotrzebowania na wiedzę i edukację na rzecz populacji dziecięcej to szczepienia.

Świadomość rodziców i opiekunów dotycząca szczepień dzieci i młodzieży jest głównym elementem podczas podejmowania decyzji o szczepieniach. Wśród nich są tacy, którzy szczepią zdecydowanie, ale jest również grupa osób mająca pewne obawy. Są rodzice i opiekunowie, którzy zdecydowanie odmawiają wszelakich szczepień lub odmawiają szczepień wybiórczo czy je opóźniają.

Podejmowanie decyzji o zaszczepieniu dziecka zależy od czynników środowiskowych, danych naukowych i źródła wiedzy. Dlatego integralną częścią wizyty szczepiennej powinna być rozmowa z rodzicami i opiekunami dzieci, podczas której prowadzony może być systematyczny nadzór nad postawami i obawami rodziców [10].

Wyznacznikiem zakresu realizowanych szczepień u dzieci i młodzieży jest posiadana wiedza i świadomość rodziców i opiekunów. Zasadniczą część szczepi swoje dzieci zgodnie z kalendarzem szczepień. Rodzice najczęściej kształtują swoje opinie na temat immunizacji na podstawie rozmów z pracownikami ochrony zdrowia, uznając ich za najbardziej wiarygodnych. Opiekunowie są świadomi tego, że znacząca część odczynów poszczepiennych to odczyny łagodne, a niewielki odsetek to ciężkie. Przeważająca część posiada odpowiednią wiedzę na temat związany

z przebiegiem chorób zakaźnych i fakt, że przebieg i powikłania choroby zakaźnej u dziecka nieszczepionego są o wiele groźniejsze niż powikłania związane z podaniem szczepionki [11].

4. Wiedza na temat nieżytów żołądkowo- jelitowych

Wraz z upływem czasu w rozwoju osobniczym dziecka pojawiają się problemy zdrowotne specyficzne dla populacji wieku dziecięcego, do których zalicza się zakażenia żołądkowo- jelitowe. Te popularne problemy poddane badaniom wykazują, że poziom wiedzy rodziców na temat leczenia biegunek jest niski, a największe deficyty wiedzy zostały zidentyfikowane w obszarze definiowania biegunki, znajomości jej przyczyn, metod leczenia, powikłań, drogi rozprzestrzeniania się rota wirusów oraz ich sposobu usuwania i zapobiegania.

Poziom wiedzy rodziców w zakresie praktycznych działań wpływających na obraz choroby i stan dziecka cierpiącego na nieżyt żołądkowo- jelitowy także jest niski, a deficyty wymagają uzupełnienia poprzez edukację [12].

5. Zapotrzebowanie na wiedzę pielęgniarki w systemie nauki szkolnej

System szkolny stwarza możliwość objęcia dzieci i młodzieży kompleksową profilaktyczną opieką zdrowotną. Kształtujące się już od najmłodszych lat postawy życiowe, poglądy i zachowania zdrowotne są szczególnie istotne.

Najbardziej odpowiednią osobą do prowadzenia edukacji zdrowotnej w placówkach oświatowych jest pielęgniarka szkolna. To jej przygotowanie zawodowe w sposób profesjonalny pozwala na propagowanie zachowań prozdrowotnych ze względu na możliwość głębszego poznania środowiska uczniowskiego, dokonania oceny poziomu wiedzy uczniów

i ich opiekunów na temat zdrowia i na tej podstawie może dostosować swe działania edukacyjne do potrzeb podopiecznych [13].

Pielęgniarka szkolna powinna odgrywać główną rolę w edukacji zdrowotnej i w profilaktyce chorób wśród uczniów, a głównym argumentem jest fakt, że wiedza uczniów na temat zdrowia i prozdrowotnego stylu życia jest niewystarczająca, wymaga podjęcia działań naprawczych [13].

Zapotrzebowanie na edukację skupioną na samobadaniu i samoobserwacji w kierunku raka jądra

Liczba zachorowań na raka jądra w ostatnich trzech dekadach wzrosła 3-krotnie. W Europie diagnozowanych jest ponad 18 tysięcy nowych przypadków zarodkowego guza jądra, a w Polsce każdego roku wykrywa się około 1000 nowych

zachorowań na ten nowotwór i prognozuje się jego wzrost w ciągu najbliższych kilkunastu lat.

Temat samobadania jąder jest ciągle traktowany jako tabu i trudno będzie uzyskać pozytywne zmiany w tym zakresie dopóki nie podejmie się działań już w wieku dziecięcym.

Poziom wiedzy na temat raka jądra jest niski bez względu na płeć, wiek, miejsce zamieszkania, typ szkoły, sytuację materialną, wykształcenie rodziców czy obciążenie rodzinne nowotworem. Na podobnym poziomie jest także samoocena, a największe deficyty wiedzy występują w zakresie prowadzenia samobadania jąder, czynników ryzyka i objawów raka jądra co potwierdza pilną konieczność wdrożenia skutecznego promowania wiedzy w obrębie profilaktyki raka jądra wśród młodych ludzi zaczynając od najmłodszych lat [14]. Zapotrzebowanie na pilną edukację w tym zakresie jest tym bardziej uzasadnione, że problem niedoinformowania jest powszechny. Deficyty wiedzy stwierdzono u młodych mężczyzn z Irlandii Północnej, studentów Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie oraz studentów amerykańskich, europejskich i w krajach afrykańskich [14]. Temat braku lub niedostatecznej wiedzy w zakresie raka jądra potwierdza konieczność pilnej edukacji populacji w tym zakresie, co jest o tyle trudniejsze, że problematyka nie jest popularna w żadnej populacji [14].

Programy profilaktyczne powinny być ukierunkowywane tak, aby obejmowały całe społeczeństwo i uczyły znajomości technik samokontroli i przekonywały do nauki samobadania jąder mężczyzn już od najmłodszych lat. Jest to zadanie edukacyjne już dla środowiska pediatrycznego, które powinno być kontynuowane w środowisku szkolnym i podstawowej opiece zdrowotnej.

Ciągle zapotrzebowanie na edukację w zakresie profilaktyki raka piersi

Temat profilaktyki raka piersi jest od dawna znany i ciągle pozostaje aktualny stanowiąc wyzwanie edukacyjne dla środowiska ochrony zdrowia, gdyż wiedza na temat czynników ryzyka nowotworów piersi wśród kobiet jest nadal niska.

Szczególnie istotnym zadaniem dla pielęgniarek jest edukowanie kobiet z zakresu modyfikacji stylu życia, porzucenia niezdrowych nawyków, poddawaniu się regularnym

Badaniom i prowadzenie samobadania piersi co redukuje ryzyko zachorowania na raka piersi [15].

Pomimo szeroko prowadzonej od wielu lat edukacji zdrowotnej badania nadal potwierdzają, że nowotwór ten stanowi jedną z głównych przyczyn umieralności

wśród kobiet, co wskazuje na niedoskonałość działającego systemu profilaktyki i potrzebę zintensyfikowania działań z zakresu. Edukację trzeba rozpocząć zdecydowanie wcześniej i wyrabiać nawyki samobadania piersi już u dziewcząt. Badania potwierdzają, że poziom wiedzy uczennic klas maturalnych na temat profilaktyki raka piersi i umiejętności ich samobadania jest niedostateczny.

Głównym źródłem wiedzy z którego czerpią młode kobiety jest Internet, a większość nie dokonuje samobadania piersi, a deficyty wiedzy dotyczą młodych kobiet bez względu na wiek, miejsce zamieszkania i stan cywilny.

Wyniki badań własnych oraz analizy innych autorów wskazują na niedoskonałość działającego systemu profilaktyki i potrzebę zintensyfikowania działań z zakresu szeroko pojętej edukacji zdrowotnej, prowadzonej zarówno przez personel medyczny oraz media [15, 16].

Posumowanie

Reasumując można stwierdzić, że:

1. Głównym edukatorem, którego zadaniem jest przekazywanie wiedzy i umiejętności odbiorcom świadczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia jest pielęgniarka.
2. Problemy okresu dziecięcego wymagające propagowania wiedzy, umiejętności i pracy nad nawykami wśród dzieci i ich opiekunów są liczne, zróżnicowane i dotyczą różnych obszarów.
3. Realizując edukację w populacji podopiecznych pielęgniarka jest nauczycielem, edukatorem, pedagogiem oraz wsparciem dla odbiorców świadczeń zdrowotnych.
4. Edukowanie powinno być w szczególności ukierunkowane na populację wieku dziecięcego, w którym tworzą się podstawy zachowań prozdrowotnych i waży przyszłość zdrowia populacji.
5. Pielęgniarka ciągle ma możliwość realizacji roli i funkcji edukacyjnej w populacji dziecięcej w zakresie przekazywania wiedzy o szerokim zakresie, a wybrane i nadal wymagające uzupełnienia deficytów to: temat wcześniactwa, laktacji, szczepień ochronnych, nieżyłtów żołądkowo-jelitowych, raka jądra czy raka piersi.

Piśmiennictwo

1. Posłuszna M.: Edukacja zdrowotna we współczesnej szkole – program prozdrowotny. Problemy pielęgniarstwa 2010; 18(2): 227-231.

2. Ryś B., Kudłacik B., Fraś M. i wsp.: Oczekiwania pacjentów w zakresie edukacji zdrowotnej wobec pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. *Problemy pielęgniarstwa*, 2014, 22, 4: 496-502.
3. Olejnik J., Baranowska A., Krajewska-Kułak E. (red): *Interdyscyplinarna opieka nad dzieckiem chorym*. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Białystok 2020.
4. Ostrega W., Oblacińska A., Korzycka M.: *Standardy postępowania i metodyka pracy pielęgniarki szkolnej*. Instytut Matki i Dziecka. Warszawa 2022
5. Maciąg D., Cichońska M., Bac B.: Edukacyjna rola pielęgniarki wobec rodziców dzieci przedwcześnie urodzonych. [w:] Olejnik J., Baranowska A., Krajewska-Kułak E. (red): *Interdyscyplinarna opieka nad dzieckiem chorym*. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Białystok 2020, 50-59.
6. American Academy of Pediatrics: Policy statement. Breastfeeding and the Use of Human Milk, Section on Breastfeeding, Pediatrics 2012, 827-841.
7. WHO. Global Strategy for infant and young child feeding. Annex 2. [w:] *Infant and young child nutrition*. Geneva: 55 WHA, Report by the Secretariat 2002.
8. Woś H., Gawęda A.: Przyczyny rezygnacji z karmienia naturalnego dzieci z terenu Górnego Śląska. *Nowa Pediaatria*, 2007, 3, 54-59.
9. Chmiel E., Olejnik B.J., Baranowska A.: Ocena wiedzy matek noworodków na temat karmienia piersią w powiecie ełckim. [w:] Olejnik J., Baranowska A., Krajewska-Kułak E. (red): *Interdyscyplinarna opieka nad dzieckiem chorym*. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Białystok 2020, 289-311.
10. Karmienie piersią w Polsce. Raport 2015, Kampania Mleko Mamy Rządu, Patronat merytoryczny Centrum Nauki o Laktacji. https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2019/01/Raport_Karmienie_Piersia_w_Polsce_20151.pdf (data pobrania 15.08.2023)
11. Szwedzińska I., Molka E.: Wpływ wiedzy rodziców z zakresu szczepień na podejmowanie decyzji o szczepieniu lub nieszczepieniu dzieci. [w:] Olejnik J., Baranowska A., Krajewska-Kułak E. (red.) *Interdyscyplinarna opieka nad dzieckiem chorym*. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Białystok 2020, 312-319.
12. Cichońska M., Romańska M., Maciąg D.: Poziom wiedzy rodziców dzieci hospitalizowanych z powodu niezżytów żołądkowo-jelitowych na temat choroby. [w:] Olejnik J., Baranowska A., Krajewska-Kułak E. (red.) *Interdyscyplinarna opieka nad dzieckiem chorym*. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Białystok 2020, 320-330.

13. Stefanowicz A., Kryszewska M., Stefanowicz J. i wsp.: Rola pielęgniarki szkolnej w promowaniu zdrowego stylu życia u uczniów. *Nowa Pediatría*. 2016, 4, 161-167.
14. Cichońska K., Cichońska M., Ozga M. i wsp.: Wiedza uczniów szkół średnich na temat raka jądra. [w] *Interdyscyplinarna opieka nad dzieckiem chorym*. Olejnik J., Baranowska A., Krajewska- Kułak E. Białystok 2022, IV, 128-137.
15. Stanisławska J., Janikowska K., Stachowska M. i in.: Ocena wiedzy kobiet w zakresie profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2016, 97(1), 38-44.
16. Cichońska K., Cichońska M., Grudzień R.: Wiedza uczennic klas maturalnych na temat profilaktyki raka piersi i umiejętności samobadania. [w:] *Interdyscyplinarna opieka nad dzieckiem chorym*. Olejnik J., Baranowska A., Krajewska-Kułak E. Białystok 2022, IV, 138-148.

VARIA

AKCEPTACJA CHOROBY PRZEWLEKŁEJ PRZEZ PACJENTÓW DIALIZOWANYCH

dr n. o zdr. Magdalena Brodowicz-Król¹, mgr Wiesława Bednarska², dr n. o zdr. Edyta Kruk³,
mgr Katarzyna Wiśniewska⁴

1. Instytut Humanistyczno-Medyczny, Akademia Zamojska
2. Absolwent, Instytutu Humanistyczno-Medycznego, Akademia Zamojska
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Medyczny, Collegium Medicum Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
4. Absolwent Radomskiej Szkoły Wyższej

Wstęp

Wśród chorób cywilizacyjnych poza chorobami sercowo-naczyniowymi, cukrzycą, otyłością czy nadciśnieniem tętniczym wyróżniamy także przewlekłą niewydolność nerek [1]. Pacjenci chorujący na schorzenia przewlekłe muszą dokonać zmian w swoim dotychczasowym życiu. Chorzy, którzy potrafią zaakceptować swój stan zdrowia, zachowują poczucie własnej wartości [2]. Determinacja, wytrwałość, nadzieja, optymizm to cechy osobowości, które zwiększają możliwości adaptacyjne do choroby. Innym wskaźnikiem akceptacji choroby jest traktowanie jej jako wyzwania, co poprawia aktywność pacjentów i mobilizuje do walki z nią. W sytuacji gdy pacjenci nie mają takiego podejścia do choroby, odczuwają negatywne emocje, bezradność, smutek oraz mają obniżone poczucie własnej wartości [3]. Przewlekłe chorzy, wymagający regularnej dializoterapii, odczuwają często z tego powodu frustrację oraz uzależnienie od pomocy innych osób. Większość pacjentów cierpiących na schyłkową niewydolność nerek, którzy są dializowani, mają trudności z zaakceptowaniem swojej choroby [4]. Akceptacja choroby wpływa na możliwość przystosowania się do nowych realiów, a także zmniejsza dyskomfort nią spowodowany. Pacjenci akceptujący swoją chorobę, chętniej uczestniczą w procesie leczenia, stosują się do zaleceń terapeutycznych i współpracują z personelem medycznym. Jakość życia i powodzenie procesu leczniczego częściowo uwarunkowane jest poziomem akceptacji choroby u pacjentów [5].

Cel pracy

Celem pracy było określenie stopnia akceptacji choroby przewlekłej u pacjentów dializowanych.

Materiał i metody

Badanie prowadzone było w okresie od grudnia 2022 roku do lutego 2023 roku wśród osób dializowanych, za pomocą ankiety internetowej. Badana grupa wynosiła 137 osób. Ze względu na nieprawidłowy sposób wypełnienia odrzucono 4 kwestionariusze. W rezultacie do analizy wykorzystano 133 ankiety. Przed uzupełnieniem ankiety wszyscy badani otrzymali informację o celu przeprowadzenia ankiety oraz o jej anonimowości. Wszyscy respondenci zgodzili się na udział w badaniu.

Do oceny akceptacji choroby wykorzystano Skalę Akceptacji Choroby w adaptacji Z. Juczyńskiego. Stworzona jest ona ze stwierdzeń opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia. Umożliwiają one uznanie ograniczeń wynikających z choroby, braku samowystarczalności, obniżonego poczucia własnej wartości i poczucia zależności od innych osób.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, odchylenia standardowego, mediany, wartości minimalnej i maksymalnej a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Różnice między grupami oceniano przy pomocy testu U Manna-Whitneya.

Dla zbadania zależności użyto współczynnika korelacji Rho-Spearmana. Do zbadania istnienia zależności między badanymi cechami użyto testu niezależności Chi². Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 13.0 (StatSoft, Polska).

Wyniki

Badaniami objęto 133 osoby dializowane, z tego 40,60% stanowiły kobiety a 59,40% mężczyźni. Wiek ankietowanych mieścił się w granicach od 22 do 81 lat. Najczęściej ankietowani posiadali żonę lub męża (81,95%) i mieli średnie wykształcenie (38,35%). Zdecydowana większość ankietowanych poddawana była hemodializie (90,23%).

Ankietowani najczęściej wskazywali, że przewlekła niewydolność nerek w znacznym stopniu zmieniła ich funkcjonowanie w społeczeństwie (44,36%, $n=59$), natomiast 38,35% ($n=51$) badanych wskazywała, że choroba miała wpływ w niewielkim stopniu zaś dla 17,29% ($n=23$) w ogóle nie wpłynęła na funkcjonowanie w tym obszarze. Z analizy statystycznej wynika, że aż 48,12% ($n=64$) badanych w wyniku konieczności poddania się dializoterapii musiało zrezygnować z życia

zawodowego, 12,03% (n=16) ankietowanych zmieniło pracę, zaś tylko dla 6,77% (n=9) zabiegi dializy nie miały wpływu na karierę zawodową. W badanej grupie 33,08% (n=44) w trakcie rozpoczęcia dializoterapii nie było aktywnych zawodowo. Na podstawie przeprowadzonego badania stwierdzono, że osoby poddawane dializom w przedziale 6-10 lat oraz powyżej 10 lat charakteryzowały się średnim stopniem akceptacji choroby. Badani, którzy są dializowani od roku do 5 lat prezentowali dobry poziom akceptacji choroby (M=30,3). Wykazane różnice nie były istotne statystycznie (p=0,08).

Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że stopień akceptacji choroby niezależnie od rodzaju stosowanej dializy jest na poziomie średnim. Osoby poddawane ADO (automatycznej dializie otrzewnowej) cechują się najwyższym ogólnym wskaźnikiem (29,6 pkt.) średniego stopnia akceptacji choroby. Wykazane różnice nie były istotne statystycznie (p=0,45). Szczegółowe wyniki przedstawione są w tabeli 1.

Tabela 1. Rodzaj dializy, a stopień akceptacji choroby

Rodzaj dializy	Hemodializa		CADO		ADO	
	M	SD	M	SD	M	SD
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	3	1,2	2,9	1,3	3,4	1,3
Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	3,2	1,1	3,2	1,4	3,6	1,2
Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	3,4	1,1	3,2	1,4	3,7	1,3
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	3,3	1,2	3,2	1,4	3,8	1,2
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	3,2	1,3	3,5	1,5	3,8	1,3
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	3,5	1,2	3,3	1,4	3,8	1,2
Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być	3,2	1,3	3,2	1,5	3,5	1,3
Myszę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	3,7	1,4	3,4	1,5	4,0	1,1
Analiza statystyczna: Chi2=3,68; p=0,45						

Analizę zależności pomiędzy wiekiem badanych (w chwili wypełniania ankiety), a poszczególnymi twierdzeniami skali AIS i wynikiem ogólnym przeprowadzono za pomocą testu Rho Spearmana. Na poziomie istotności 0,001 uzyskano korelację ujemną, umiarkowaną pomiędzy wiekiem badanych a stwierdzeniem „Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę”. Kolejną uzyskaną korelację ujemną, umiarkowaną uzyskano pomiędzy wiekiem badanych a stwierdzeniem „Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię”, co świadczy o tym, że wiek badanych ma znaczenie dla akceptacji problemów wynikających z choroby przewlekłej. Wyższy wiek badanych generuje większe trudności z przystosowaniem się do problemów wynikających z choroby oraz powoduje ograniczenia przy wykonywaniu najbardziej ulubionych przez respondentów czynności.

Na poziomie istotności 0,01 uzyskano negatywne słabe, ale istotne statystycznie korelacje między wiekiem badanych a stwierdzeniami: „Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny”, „Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być”, „Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę”, „Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół” oraz pomiędzy ogólną punktacją.

Wymienione wyżej korelacje wykazują, że im starszy respondent tym akceptacja choroby przewlekłej, wymagającej dializoterapii jest trudniejsza.

Dyskusja

Przewlekłe choroby charakteryzują się swoją uciążliwością i trudnością akceptacji dla większości osób ich doświadczających. Mają negatywny wpływ na stan emocjonalny i psychiczny pacjentów. Akceptacja choroby przewlekłej wymagającej dializowania, to wierzchołek „góry lodowej” z którą pacjent i jego najbliższe otoczenie jest zmuszone się zmierzyć. W przypadku niniejszej analizy przewlekła choroba nerek - nie dotyczy wyłącznie jednego organu, ale wpływa na ogólne pogorszenie stanu zdrowia danej osoby. Dotychczasowe życie pacjentów dializowanych ulega diametralnym zmianom, dostosowującym ich życie do planu dializ. U tych osób ulegają zmianom priorytety, dochodzą ograniczenia dietetyczne. Zmiany te często też dotyczą rodzin bądź osób najbliższych dla chorych.

Przeprowadzone przez autorów badanie wykazało, że występowanie chorób przewlekłych wymagających dializ wrasta wraz z wiekiem – w analizowanej grupie 67,67% ankietowanych miała powyżej 50 lat. Zbliżone wyniki badań uzyskał Grochans i wsp. – tam 32,5% respondentów była powyżej 65 roku życia[8]. Najwięcej

chorych dializowanych jest przez okres 1-5 lat – 71,43%, najmniej powyżej 10 lat – 10,53%. Analogiczne wyniki w swojej pracy uzyskała Wojczyk – 34% respondentów dializowanych jest od roku do 2 lat, a najmniej – 3% - 7-8 lat [10]. Dla 54,14% ankietowanych głównym źródłem utrzymania jest renta, dla 27,07% emerytura, natomiast tylko 18,04% utrzymuje się pracy zarobkowej. Ankietowani w badaniu przeprowadzonym przez Grochowską i wsp. w 53% utrzymywali się z renty inwalidzkiej, a ze świadczenia emerytalnego wszyscy pozostali [9].

Badanie autorskie wykazało wpływ długości okresu stosowania dializ na akceptację choroby. Im pacjent jest dłużej dializowany tym poziom akceptacji choroby spada. Badani, którzy są dializowani od roku do 5 lat prezentowali dobry poziom akceptacji choroby, natomiast osoby dializowane dłużej wykazywały już średni stopień akceptacji choroby.

Analiza przeprowadzona przez Łatkę i wsp. wykazała, że osoby które nie kwalifikowały się do przeszczepu nerki wykazywały się większą akceptacją choroby w porównaniu do osób oczekujących na ten zabieg [11].

Zdaniem Trafidło, odrzucenie spotkań towarzyskich przyczynia się do wystąpienia depresji u połowy pacjentów leczonych dializami. Zaś zaburzeniom depresyjnym towarzyszą zaburzenia lękowe, tym samym jakość życia ulega obniżeniu i spada poziom współpracy między pacjentem a lekarzami [12]. Niestety, analiza przeprowadzona przez Wojczyk, wykazała podobną tendencję, tutaj co trzeci ankietowany zadeklarował rzadsze kontakty ze znajomymi, a co piąty najchętniej spędzał czas wolny w domu [13]. Do podobnych wniosków doszła Starczewska i wsp. – aż 28% badanych nie prowadziło życia towarzyskiego w ogóle.

Wiśniewska w swoich badaniach wykazała, że 84% ankietowanych otrzymuje wsparcie rodziny, a 4% respondentów czuje się ciężarem dla swoich bliskich [14]. W tym samym badaniu wykazano, że choroba doprowadziła do problemów rodzinnych, pacjenci są wyręczani w obowiązkach domowych i obligowani do ciągłego odpoczynku. Pacjenci czują się przez to niepotrzebni rodzinie, stanowią dodatkowy ciężar i obowiązek, obawiają się o zdradę współmałżonka lub rozwód [14]. Postępy w medycynie i tym samym w dializoterapii umożliwiają leczenie ogółu chorych na schyłkową niewydolność nerek, ale także przyczyniają się do podniesienia jakości zabiegów dializy, a to bezpośrednio przekłada się na lepsze samopoczucie chorych oraz pozytywną opinię o jakości opieki zdrowotnej [13]. Diagnoza choroby nerek jest niełatwym wydarzeniem w życiu człowieka, który nagle jest postawiony

w sytuacji istotnego zagrożenia życia. Według Dutkowskiej i wsp. taka diagnoza wywołuje w chorym negatywne emocje takie jak: niepokój, lęk, poczucie strachu a często nawet i gniew [7].

W badaniu dotyczącym jakości życia pacjentów dializowanych przeprowadzonym przez Kurowską i Molas ankietowani najczęściej wskazywali jako choroby towarzyszące: nadciśnienie tętnicze – 21,4%, cukrzycę – 18,6% oraz problemy kardiologiczne – 5,7% [9]. Podobne wyniki uzyskałam w badaniu autorskim. Ankietowani odpowiedzieli, że w ich przypadku najczęściej przyczyną niewydolności nerek było nadciśnienie tętnicze – 45,11%, 23,31% - kłębuszkowe zapalenie nerek, 17,29% – cukrzyca.

Innymi znaczącymi uzyskanymi przeze mnie wynikami, są te dotyczące wpływu dializoterapii na plany życiowe pacjentów. Aż 84,21% ankietowanych odpowiedziało, że choroba i związana z nią dializoterapia wpłynęła na zmianę ich planów życiowych. W przypadku życia zawodowego respondentów uzyskane wyniki również są nie optymistyczne. Prawie połowa respondentów (48,12%) była zmuszona do rezygnacji z życia zawodowego, 12,03% zmieniła pracę, zaś tylko dla 6,77% ankietowanych dializoterapia nie miała wpływu na wykonywaną pracę. Wyniki te świadczą o tym jak bardzo ograniczającym leczeniem jest leczenie nerkozastępcze. Zaprezentowane wyniki badania autorskiego oraz badań innych autorów, udowadniają, że choroba przewlekła wymagająca leczenia nerkozastępczego jest trudna do zaakceptowania i ma istotny wpływ na jakość życia chorych i ich najbliższego otoczenia.

Celem leczenia nerkozastępczego jest przejęcie obowiązków nerek poprzez dializę lub przeszczep nerki. Wyróżniamy dwie metody dializ: otrzewnową i hemodializę. Chorzy, którzy z różnych przyczyn są dializowani, zmagają się z wieloma trudnościami zdrowotnymi i psychospołecznymi. Specyfika chorób wymagających dializoterapii i związania z nią organizacja leczenia znacznie ogranicza życie chorych. Poziom i rodzaj ograniczeń często wynika ze stosowanej metody dializy. Wszystkie składowe całego procesu chorobowego, niestety negatywnie wpływają na poziom akceptacji choroby i jej leczenia. Badacze tematu podkreślają, że poziom akceptacji danej choroby jest kryterium funkcjonowania oraz wyznacznikiem jakości życia chorego. Im dana osoba wykazuje wyższy poziom akceptacji swojej choroby, tym ma mniejsze poczucie zaburzeń psychicznych i doświadcza mniej negatywnych emocji. Zaleca się podejmowanie wszelkich działań, by pacjenci chorzy przewlekle w jak największym stopniu akceptowali swoje schorzenia.

Niniejsza praca, przedstawia wiele aspektów życia osób chorujących przewlekle wymagających dializoterapii. W mojej opinii punktem wyjścia do akceptacji choroby powinna być edukacja pacjentów i ich najbliższych. Pacjenci i ich krewni, powinni być jasno i szczegółowo informowani o przebiegu choroby, możliwościach leczenia i rokowaniach. Edukacja chorych powinna zaczynać się w gabinetach lekarskich, a kończyć się samokształceniem pacjenta w zaciszu domowym. Oprócz informacji uzyskiwanych od personelu medycznego, pacjenci wiedzę powinni zdobywać z broszur informacyjnych, książek czy z Internetu. Poza stałą kontrolą nefrologiczną, warto też skorzystać z konsultacji dietetycznych i fizjoterapeutycznych. Uprawienie procesu leczenia i zwiększenie poziomu akceptacji choroby, może być osiągnięte dzięki zrozumieniu swojej choroby.

Reasumując powyższe, niezwykle ważne jest holistyczne spojrzenie na osobę chorą przewlekle. Ważne jest wsparcie od personelu medycznego, zaangażowanie pacjenta do życia w rodzinie i społeczeństwie oraz opieka psychologiczna. Należy również zastanowić się nad aktywnością fizyczną (po uzgodnieniu z lekarzem i nadzorem fizjoterapeuty/trenera). Ważne też dla części chorych jest oparcie w religii/wierze. Takie podejście, może sprawić, że osoby przewlekle dializowane będą w stanie całkowicie zaakceptować swoją chorobę, pozytywnie oceniać jakość swojego życia i czerpać z niego to co najlepsze.

Wnioski

1. Stopień akceptacji choroby przewlekłej u pacjentów dializowanych jest przeciętny.
2. Akceptacja choroby maleje wraz z czasem trwania dializoterapii.
3. Pacjenci dializowani bez względu na stosowaną metodę dializy wykazują średni poziom akceptacji choroby, jednak najwyższy wskaźnik akceptacji reprezentują osoby poddawane automatycznej dializie otrzewnowej.
4. Choroba nerek i dializoterapia dla pacjentów powoduje szereg ograniczeń, m.in. w zakresie życia zawodowego – zmiana bądź całkowita rezygnacja z pracy, utrudnienia w wykonywaniu codziennych prac domowych czy problemy z przemieszczaniem się.
5. Choroba nerek i związane z nią leczenie nerkozastępcze wpłynęło negatywnie na ograniczenie funkcjonowania badanych w społeczeństwie oraz na ich życie rodzinne. Chorzy unikają spotkań towarzyskich, a dla swoich rodzin czują się ciężarem.

6. Wiek pacjentów wpływa na poziom akceptacji choroby nerek, im starszy badany tym poziom akceptacji jest niższy. Wyższy wiek badanych generuje większe trudności z przystosowaniem się do problemów wynikających z choroby oraz powoduje ograniczenia przy wykonywaniu najbardziej ulubionych przez respondentów czynności.

Piśmiennictwo

1. Borys B., Białobrzaska B., Życie emocjonalne. [w:] Dębska-Ślizień A., Król E. (red). Przewlekła choroba nerek – przewodnik dla pacjentów i ich rodzin. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008: 84–88
2. Czekalski S., Rutkowski B., Chrzanowski W. i wsp., Zalecenia Zespołu Krajowego Konsultanta Medycznego w Dziedzinie Nefrologii dotyczące postępowania zachowawczego u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek. *Nefrol Dial Pol* 2002,197-202
3. Czekalski S., Przewlekła niewydolność nerek (stadia progresji przewlekłej choroby nerek). [w:] *Nefrologia*. Książek A, Rutkowski B. (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004, 186-221
4. Daniluk J., Jurkowska G., Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2005, 389
5. Daugirdas J.T., Blake P.G., Ing T.S., Podręcznik dializoterapii, wyd. II, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008, 12
6. Dutkowska D., Rumianowski B., Grochans E., Karkiewicz B., Laszczyńska M., Porównanie jakości życia pacjentów hemodializowanych i dializowanych otrzewnowo, *Probl Hig Epidemiol*, 2012, 93(3), 529-535
7. Grochans E., Sawko W., Pawlik J., Jurczak A., Stanisławska M., Mroczek B., Ocena jakości życia pacjentów hemodializowanych, *Fam Med Primary Care Rev*. 2012, 14(3), 366-369
8. Grochowska A., Puto G., Kołpa M., Schlegel-Zawadzka M., Opinie pacjentów hemodializowanych na temat własnego zdrowia i samopoczucia, *Hygeia Public Health* 2012, 47(1), 100-104
9. Kurowska K., Molas N., Wpływ poczucia koherencji na jakość życia chorych hemodializowanych, *Forum Nefrologiczne*,2013 tom 6, 2, 116-123
10. Łatka J., Majda A., Sołtys A., Uwarunkowania akceptacji choroby przez chorych poddawanych hemodializie zewnątrzustrojowej, *Problemy pielęgniarstwa* 2013, 21(3), 318-326

11. Rutkowski B., Nowaczyk R., Mierzycki M., Sułowicz W., Jakość leczenia a jakość życia pacjentów hemodializowanych i dializowanych otrzewnowo, *Probl. Hig. Epidemiol.*, 2012 93(3), 529-535
12. Sokołowska-Pituchowa J., *Anatomia człowieka*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2014, 340-348
13. Wojczyk A., Problemy codziennego życia hemodializowanych pacjentów, *Piel. Zdr. Publ.* 2014, 4, 2, 143-148
14. Wiśniewska L., Paczkowska B., Biało-brzeska B., „Zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne wśród pacjentów leczonych nerkozastępczo”, [w:] *Forum Nefrologiczne 2010*, tom 3, nr 1, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk, 63-70

NIEPRAWIDŁOWOŚCI W ZLECENIACH LEKARSKICH W PRAKTYCE ZAWODOWEJ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

dr Anita Gałęska-Śliwka¹, mgr piel. Wiktoria Ulińska², mgr piel. Maria Budnik-Szymoniuk³

1. Katedra Podstaw Prawa Medycznego Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, nr ORCID: 0000-0002-0868-609X
2. Absolwentka wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.
3. Katedra Chorób Wieku Rozwojowego Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy.

Wstęp

Zlecenia lekarskie są integralną częścią dokumentacji medycznej. Wielokrotnie sądy podkreślały znaczenie dowodowe dokumentacji medycznej, która pomimo swej doniosłości medycznej oraz prawnej nadal prowadzona jest w sposób niestaranny, często sprzeczny z obowiązującym w tym względzie prawem. Niniejszy artykuł koncentruje się na problematyce zleceń lekarskich podkreślając ich najczęstsze nieprawidłowości na jakie wskazują pielęgniarki i położne.

Zlecenia lekarskie- zagadnienia wprowadzające

Zlecenia lekarskie stanowią integralny element dokumentacji medycznej. Wedle § 12 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania [1] (dalej: rozporządzenie), podmiot leczniczy prowadzący szpital zobowiązany jest między innymi sporządzić i prowadzić dokumentację medyczną w formie dokumentacji indywidualnej wewnętrznej oraz dokumentacji indywidualnej zewnętrznej. Dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowi historia choroby, do której dołącza się dokumenty dodatkowe m.in. w postaci karty zleceń lekarskich (§ 15 ust. 1 pkt 6 rozporządzenia).

Zlecenia lekarskie, podobnie jak inne elementy dokumentacji medycznej, mają istotne znaczenie dla zobrazowania procesu diagnostycznego i terapeutycznego realizowanego wobec pacjenta. Stanowią odzwierciedlenie podejmowanych podczas tego procesu decyzji, a ich poprawne prowadzenie pozwala na odtworzenie

okoliczności w jakich te decyzje zapadały i ustalenie czy były one słuszne z punktu widzenia interesu zdrowotnego pacjenta [2, 3, 4].

Sądy wielokrotnie wypowiadały się na temat roli i znaczenia dowodowego dokumentacji medycznej, w tym także kart zleceń lekarskich, podkreślając m.in., że: „(...) w tzw. procesach medycznych dokumentacja medyczna stanowi - obok opinii biegłych - kluczowy środek dowodowy, pozwalając na rekonstrukcję dotychczasowego procesu diagnostycznego i leczniczego. Dokumentacja medyczna, sporządzona w sposób zgodny z przepisami prawa, stanowi bowiem środek dowodowy służący ustalaniu przebiegu i wyników leczenia” [5]. W innej sprawie Sąd Najwyższy podkreślił, że „Dokumentacja medyczna, sporządzona w sposób zgodny z przepisami prawa, stanowi środek dowodowy służący ustalaniu przebiegu i wyników leczenia (...)” [6].

Zgodnie z treścią art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej [7] (dalej: ustawa) pielęgniarka i położna zobowiązane są do realizacji zleceń lekarskich zapisanych w dokumentacji medycznej. Wymóg pisemności nie dotyczy zleceń realizowanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 12 ust. 2 ustawy), a w przypadkach uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka i położna mają prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania (art. 15 ust. 3 ustawy). Ponadto, zgodnie z treścią art. 12 ust. 2 ustawy, pielęgniarka i położna mają prawo odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji. Uprawnienie to jednak wymaga niezwłocznego podania na piśmie przyczyny takiej odmowy przełożonemu lub osobie zlecającej, chyba że zachodzą okoliczności, w których zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 12 ust 1 ustawy). Warto nadmienić, iż w przypadku wskazanym w art. 12 ust. 2 czyli m.in. odmowy wykonania zlecenia lekarskiego pielęgniarka i położna mają obowiązek niezwłocznego poinformowania o tym fakcie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego. Ponadto, spoczywa na nich obowiązek wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki, położnej lub w podmiocie leczniczym. Poza obowiązkiem informacyjnym względem pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, jaki spoczywa na pielęgniarce i położnej związanym z odmową, mają one także obowiązek uzasadnić swoją odmowę i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej [8].

W praktyce zawodowej pielęgniarek i położnych zdarzają się przypadki, kiedy sposób, forma, zakres zleceń lekarskich uniemożliwiają ich realizację. Wśród najczęstszych przesłanek odmów pojawiają się przypadki nieczytelności dokonanych w zleceniach wpisów, brak informacji o dawkowaniu, drodze podania, brak autoryzacji zlecenia, wystawienie zlecenia sprzecznego ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej lub sytuacji, gdy realizacja zlecenia mogłaby narazić pacjenta na niebezpieczeństwo np. poprzez podanie leku, na który pacjent jest uczulony. Przeszkodą uniemożliwiającą realizację zlecenia lekarskiego jest także brak odpowiednich kwalifikacji po stronie pielęgniarki czy położnej. Będzie to dotyczyło np. sytuacji realizacji świadczeń pielęgniarstwa przez położną czy położniczych przez pielęgniarkę albo np. instrumentowanie podczas zabiegów operacyjnych. Warto odnotować, że przesłanką do odmowy wykonania zlecenia lekarskiego powinna być też sytuacja, gdy realizacja zlecenia mogłaby narazić pacjenta na naruszenie jego praw np. bezprawne pobranie materiału biologicznego czy sytuacje, kiedy realizacja zlecenia naruszałaby zasady wykonywania zawodu albo wiązałaby się z popełnieniem przestępstwa. Przesłanką uprawniającą do odmowy będzie także sytuacja, w której realizacja zlecenia lekarskiego pozostawałaby w sprzeczności z sumieniem osoby zobowiązanej do realizacji zlecenia (art. 12 ust.1 ustawy).

Z uwagi na doniosłą rolę medyczną, komunikacyjną oraz dowodową zlecenia lekarskie były przedmiotem zainteresowania różnych podmiotów, w tym m.in. Ministerstwa Zdrowia (dalej: MZ). W swoim komunikacie z dnia 29.07.2016 r. w sprawie wykonywania przez pielęgniarki i położne zadań wynikających z procesu leczenia i realizacji zleceń lekarskich, w tym podawania leków różnymi drogami”, MZ jednoznacznie wskazało zasady dotyczące zarówno wydawania zleceń lekarskich, jak i zasad ich realizacji. Wedle niniejszego komunikatu „(...) zlecenia lekarskie, które zobowiązana jest wykonać pielęgniarka/położna, zawsze mają być sporządzone przez lekarza pisemnie. Zlecenie powinno być zapisane czytelnie i zawierać wszystkie dane i wskazania (datę sporządzenia zlecenia, nazwę leku, postać leku, dawkę, drogę podania, czas podania, podpis osoby zlecającej itp.) niezbędne do jego wykonania. Jeżeli pisemne zlecenie wydane przez lekarza, jest niezrozumiałe, budzi wątpliwości lub nie zawiera wszystkich danych koniecznych do jego wykonania, wówczas pielęgniarka/położna jest zobowiązana porozumieć się w tej sprawie z lekarzem wydającym powyższe zlecenie i ustalić sposób postępowania, który powinien być określony pisemnie w karcie zleceń. Taka procedura przekazywania przez lekarza zleceń pielęgniarsce/położnej minimalizuje

możliwość pomyłki wynikającej z niezrozumienia zlecenia lub niewłaściwej jego interpretacji. Odstąpienie od warunku realizacji pisemnego zlecenia lekarskiego jest dopuszczalne tylko wówczas, gdy zachodzi konieczność, podejmowania działań w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Bezpośrednio po zakończeniu wykonywania zleceń w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego pielęgniarka/położna jest zobowiązana udokumentować swoje działanie w dokumentacji medycznej na podstawie otrzymanego w formie pisemnej zlecenia lekarskiego” [9].

Praktyka wyraźnie wskazuje na liczne nieprawidłowości występujące w tym zakresie np. nieczytelność, braki w zleceniu (np. brak informacji o drodze podania, postaci leku) itd. W jednym z orzeczeń Sąd Apelacyjny w Warszawie zauważył „(...) zlecenia lekarskie co do nazwy leków lub czynności były nieczytelne, nie obejmowały żadnych instrukcji co do czasu podania leku lub wykonania czynności, nie wskazywały, jak długo ma mieć miejsce podanie wlewu kroplowego dożylnego. Nie podano znaczników czasu dokonania przez lekarza zlecenia ani czasu jego wykonania przez pielęgniarkę. Nieczytelność oraz niejednoznaczność zapisów zleceń skutkowałą niemożliwością ustalenia czy zlecenia były realizowane i w jaki sposób” [10].

Cel pracy

Celem badania było wykazanie najczęściej występujących w zleceniach lekarskich nieprawidłowości oraz analiza przesłanek odmów realizacji zleceń ze strony pielęgniarek i położnych [11, 12, 13].

Materiał i metody

Grupę badawczą w liczbie 100 osób stanowiły aktywne zawodowo pielęgniarki oraz położne. Badanie zostało przeprowadzone z wykorzystaniem metody sondażu diagnostycznego, a narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz anonimowej ankiety skierowany do pielęgniarek i położnych. Ankiety w liczbie 65 sztuk, zostały przeprowadzone za pośrednictwem formularza Google Forms na portalach społecznościowych, na stronach dedykowanych środowisku pielęgniarskiemu i położniczemu oraz w formie ankiet papierowych- 35 sztuk. Ankiety w formie papierowej przeprowadzone zostały w Szpitalu Powiatowym w Nowym Mieście Lubawskim na oddziałach: chorób wewnętrznych, chirurgicznym, dziecięcym oraz ginekologiczno- położniczym. Badanie uzyskało pozytywną ocenę komisji bioetycznej CM UMK.

Wyniki

90% ankietowanych stanowiły pielęgniarki, zaś 10% położne. Największą grupę pod względem stażu pracy stanowiły osoby pracujące w zawodzie do 2 lat tj. 31%. 24% badanych to osoby pracujące w zawodzie 2-5 lat. Najmniej respondentów odnotowano ze stażem pracy 5-15 lat, zaledwie 8%. Natomiast 13% stanowili badani ze stażem 20-30 lat. Znaczna grupa ankietowanych (24%) to osoby ze stażem pracy powyżej 30 lat.

Tab. 1. Najczęstsze rodzaje nieprawidłowości występujące w zleceniach lekarskich z podziałem na staż pracy.

Pytanie	do 15 lat		20 i więcej lat		Wynik testu	Wartość p
	N	%	N	%		
Czy zdarzyło się, że zlecenie lekarskie zawierało nieprawidłowo oznaczone dane pacjenta, uniemożliwiające prawidłową identyfikację chorego?						
Tak	26	41,27%	15	40,54%	0,019	0,892
Nie	37	58,73%	22	59,46%		
Czy zdarzyło się, że zlecenie lekarskie zawierało nieczytelną nazwę leku?						
Tak	53	84,13%	31	83,78%	0,052	0,819
Nie	10	15,87%	6	16,22%		
Czy zdarzyło się, że zlecenie lekarskie zawierało nieprawidłową dawkę leku?						
Tak	44	69,84%	27	72,97%	0,046	0,830
Nie	19	30,16%	10	27,03%		
Czy zdarzyło się, że zlecenie lekarskie zawierało niezgodną z zaleceniami producenta drogę podania leku?						
Tak	21	33,33%	12	32,43%	0,022	0,883
Nie	42	66,67%	25	67,57%		
Czy zdarzyło się, że zlecenie lekarskie zawierało niezgodną z zaleceniami producenta objętość rozpuszczalnika?						
Tak	16	25,40%	10	27,03%	0,018	0,894
Nie	47	74,60%	27	72,97%		
Czy zdarzyło się, że zlecenie lekarskie było sporządzone w formie nieczytelnej, pozbawiające pewności co do prawidłowości odczytania?						
Tak	51	80,95%	28	75,68%	0,623	0,430
Nie	12	19,05%	9	24,32%		

Jak pokazują wyniki przeprowadzonego badania, do najczęstszych nieprawidłowości pojawiających się w zleceniach lekarskich należą: nieczytelność w zakresie nazwy leku 84%, nieczytelna forma zlecenia 79%, nieprawidłowe oznaczenie leku

71%, nieprawidłowo oznaczone dane pacjenta 41%. Natomiast do najrzadziej zgłaszanych nieprawidłowości zaliczyć należy przypadki zleceń zawierających niezgodne z zaleceniami producenta objętości rozpuszczalnika 26% czy niezgodną z zaleceniami producenta drogę podania leku 33%.

Ponadto 55% biorących udział w badaniu pielęgniarek i położnych potwierdziło odmowę realizacji zlecenia lekarskiego. Jako przyczyny odmowy wskazywane były m.in. na przypadki odmów wykonania zlecenia z powodu braku prawidłowej autoryzacji zlecenia przez lekarza zlecającego 50%, a 71% odmówiła z uwagi na ustną (w tym telefoniczną) formę zlecenia wydaną w warunkach nie spełniających kryteriów nagłego zagrożenia zdrowotnego. Inne, często występujące przypadki odmów ujawnione podczas prowadzonych badań dotyczyły: obawy o narażenie życia i zdrowia pacjenta 29% przypadków, odmowy wynikającej z naruszenia praw pacjenta 26% przypadków. Ponadto 20% uczestników badania wskazywała, że odmowa wynikała z braku posiadania odpowiednich kwalifikacji. W 17% przypadków przyczyną odmowy był brak posiadanych kwalifikacji wymaganych do realizacji świadczeń uzyskiwanych w czasie kształcenia podyplomowego. W 6% przyczyną odmowy były okoliczności, w których wykonanie zlecenia naruszałoby przepisy dotyczące wykonywania zawodu lub łączyłoby się z popełnieniem przestępstwa np. udział w aborcji 6% oraz świadczenia zdrowotnego niezgodnego z własnym sumieniem 3%.

Porównanie dokonane między grupą pielęgniarek i położnych uczestniczących w badaniu nie wskazało na wystąpienie istotnych statystycznie różnic dla porównywanych grup. Oznacza to, że niezależnie od rodzaju wykonywanego zawodu występowanie konkretnych rodzajów nieprawidłowości w zleceniach lekarskich jest zbliżone, np. w odpowiedzi na pytanie dotyczące tego czy pielęgniarka/położna spotkała się w swojej praktyce zawodowej z przypadkiem zlecenia lekarskiego, które zawierało nieczytelną nazwę leku, 84,4% pielęgniarek i 80% położnych odpowiedziało twierdząco. W przypadku zleceń lekarskich zawierających nieprawidłową dawkę leku 72,2 % pielęgniarek oraz 60% położnych odpowiedziało twierdząco. W przypadku pytania dotyczącego zleceń zawierających niezgodną z zaleceniami producenta dawkę podania leku 32,2% pielęgniarek oraz 40% położnych udzieliła twierdzącej odpowiedzi. Podobnie, zbliżone wartości zaobserwować można z zakresie doświadczeń zawodowych pielęgniarek i położnych dotyczących nieczytelności zleceń lekarskich. Na pytanie czy zdarzyło się, że zlecenie lekarskie było sporządzone w formie nieczytelnej, pozbawiając pewności co do prawidłowości

Tab. 2. Odmowy realizacji zlecenia lekarskiego z uwzględnieniem stażu pracy

Pytanie	do 15 lat		20 i więcej lat		Wynik testu	Wartość p
	N	%	N	%		
Czy kiedykolwiek odmówiłeś/aś wykonania zlecenia lekarskiego z obawy o narażenie życia i zdrowia pacjenta np. w sytuacji, gdy bezpośrednio przed wykonaniem iniekcji pacjent zgłasza uczulenie na dany lek?						
Tak	16	25,40%	13	35,14%	0,975	0,614
Nie	2	3,17%	1	2,70%		
Nie było takiej sytuacji	45	71,43%	23	62,16%		
Czy kiedykolwiek odmówiłeś/eś wykonania zlecenia lekarskiego ze względu na brak posiadanych kwalifikacji?						
Tak	8	12,70%	12	32,43%	9,788	0,007
Nie	5	7,94%	7	18,92%		
Nie było takiej sytuacji	50	79,37%	18	48,65%		
Czy kiedykolwiek odmówiłeś/eś wykonania zlecenia lekarskiego ze względu na brak posiadanych kwalifikacji wymaganych do realizacji świadczeń uzyskiwanych w czasie kształcenia podyplomowego?						
Tak	8	12,70%	9	24,32%	5,639	0,060
Nie	5	7,94%	7	18,92%		
Nie było takiej sytuacji	50	79,37%	21	56,76%		
Czy kiedykolwiek odmówiłeś/eś wykonania zlecenia lekarskiego ze względu na możliwość naruszenia praw pacjenta np. podanie leku, pobranie materiału biologicznego do badania przy wyraźnym sprzeciwie pacjenta itp.?						
Tak	15	23,81%	11	29,73%	0,390	0,823
Nie	6	9,52%	3	8,11%		
Nie było takiej sytuacji	42	66,67%	23	62,16%		
Czy kiedykolwiek odmówiłeś/eś wykonania zlecenia lekarskiego ze względu na brak podpisu lekarza zlecającego?						
Tak	32	50,79%	18	48,65%	0,081	0,775
Nie	31	49,21%	19	51,35%		
Nie było takiej sytuacji	0	0,00%	0	0,00%		
Czy kiedykolwiek odmówiłeś/eś wykonania zlecenia lekarskiego wydanego w formie ustnej (również telefonicznej), w sytuacji, gdy nie było stanu zagrożenia życia?						
Tak	41	65,08%	30	81,08%	2,554	0,110
Nie	22	34,92%	7	18,92%		
Nie było takiej sytuacji	0	0,00%	0	0,00%		
Czy kiedykolwiek odmówiłeś/eś wykonania zlecenia lekarskiego w sytuacji, gdy wykonanie zlecenia naruszałoby przepisy dotyczące wykonywania zawodu i łączyłoby się z popełnieniem przestępstwa?						
Tak	0	0,00%	6	16,22%	11,199	0,004
Nie	2	3,17%	2	5,41%		
Nie było takiej sytuacji	61	96,83%	29	78,38%		
Czy kiedykolwiek odmówiłeś/eś wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z własnym sumieniem?						
Tak	0	0,00%	3	8,11%	6,198	0,045
Nie	5	7,94%	5	13,51%		
Nie było takiej sytuacji	58	92,06%	29	78,38%		

odczytania treści zlecenia, twierdząco odpowiedziało 80% pielęgniarek i 70 % położnych.

Bardziej, bo blisko 13% różnicę w odpowiedziach poszczególnych grup zawodowych można było zaobserwować w odpowiedzi na pytanie: czy zdarzyło się, że zlecenie lekarskie zawierało niezgodną z zaleceniami producenta objętość rozpuszczalnika. W tym pytaniu twierdząco odpowiedziało 27,78% pielęgniarek i 10% położnych.

Przeprowadzone badania wykazały także, że niezależnie od stażu pracy uczestników badania, zgłaszane w zleceniach lekarskich nieprawidłowości są zbliżone. Jak wykazała przeprowadzona analiza, u osób z dłuższym stażem pracy częściej występowały przypadki odmów realizacji zlecenia lekarskiego podyktowane brakiem posiadanych kwalifikacji, a także zleceń, których realizacja mogłaby naruszać przepisy dotyczące wykonania zawodu lub łączyłaby się z popełnieniem przestępstwa oraz przypadki odmowy realizacji zlecenia lekarskiego podyktowane własnym sumieniem.

Dyskusja

Pomimo istotnego znaczenia medycznego oraz prawno- dowodowego kart zleceń lekarskich sposób oraz zakres ich wystawiania nie zawsze jest zgodny z prawem i zasadami należytej staranności. Przeprowadzona analiza wykazała, że do najczęstszych nieprawidłowości należy nieczytelność w zakresie nazwy leku. Natomiast najrzadziej zgłaszanymi nieprawidłowościami były te, dotyczące niezgodności z zaleceniami producenta objętości rozpuszczalnika. Do najczęściej pojawiających się przyczyn odmowy realizacji zlecenia zaliczyć należy przypadki wydania zlecenia w formie ustnej (w tym telefonicznej), a do najrzadszych odmowy podyktowane własnym sumieniem.

Podsumowanie

Analiza nie wykazała występowania istotnych różnic w obszarze nieprawidłowości w zleceniach lekarskich w odniesieniu do zawodu pielęgniarki i położnej. Wyjątek stanowiły tylko odmowy wykonania zlecenia lekarskiego ze względu na brak posiadanych kwalifikacji, gdzie odmowę potwierdziło 16,67% pielęgniarek i aż 50% położnych. Ponadto, analiza wykazała, że staż zawodowy nie ma istotnego wpływu na rodzaj nieprawidłowości dostrzeganych w zleceniach lekarskich. Niezależnie od długości stażu pracy odpowiedzi respondentów w zakresie występujących błędów w zleceniach były zbliżone. Jednakże u osób z dłuższym stażem zawodowym tj. 20 lat i więcej częściej pojawiają się przypadki odmów podyktowane brakiem

posiadanych kwalifikacji (brak takiej sytuacji odnotowano u 79,37% osób ze stażem do 15 lat oraz 48,65% u osób ze stażem 20 i więcej lat). Częstotliwość wskazań odmów takiego zlecenia dotyczyła 32,43% badanych osób z dłuższym stażem, zaś u osób ze stażem do 15 lat, jedynie 12,7%. Ponadto, u osób z dłuższym stażem pracy przesłanką odmowy w 16,22% przypadków była obawa o możliwość popełnienia przestępstwa, gdy tymczasem w przypadku osób ze stażem 15 lat i mniej odmowa taka nie została odnotowana. W przypadku odmów spowodowanych własnym sumieniem u osób ze stażem 20 lat i więcej odmowa realizacji zlecenia lekarskiego dotyczyła 8,11%, a w przypadku osób ze stażem 15 lat i krótszym udzielane odpowiedzi wskazywały, że w 92,06% taka sytuacja nie wystąpiła w pracy zawodowej, a w 7,94% kiedy wystąpiła, to nie odmówiono wykonania zlecenia.

Wnioski

Należy postulować większą staranność w procesie ich sporządzania. Z całą pewnością deficyty kadrowe oraz nadmiar obowiązków nie służą tworzeniu atmosfery staranności i szczególności w procesie prowadzenia dokumentacji medycznej. Warto jednak dążyć do podnoszenia poziomu kompetencji i świadomości prawnej personelu medycznego poprzez kursy, szkolenia czy wykłady z analizą case study, uświadamiające znaczenie dokumentacji medycznej, nie tylko w procesie diagnostyki czy terapii pacjenta, ale także w kontekście jej niepodważalnej roli dowodowej.

Piśmiennictwo

1. t.j. Dz. U. z 2022, poz. 1304.
2. Gałęska-Śliwka A., Śliwka M.: Staranne prowadzenie dokumentacji medycznej jako element zarządzania ryzykiem. [w:] Prawne oraz zarządcze aspekty prowadzenia dokumentacji medycznej. M. Śliwka (red.), Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2015, 24-37.
3. Janiszewska B.: Uwagi o ciężarze dowodu w procesach medycznych. [w:] Prawne oraz zarządcze aspekty prowadzenia dokumentacji medycznej. Śliwka M. (red.), Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2015, 131-147.
4. Świątek B., Dokumentacja medyczna, a dowód z opinii biegłego, [w:] Prawne oraz zarządcze aspekty prowadzenia dokumentacji medycznej. Śliwka M. (red.), Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2015, 189-199.
5. Wyrok Sądu Najwyższego z 26 kwietnia 2016 r., IV CSK 396/15.
6. Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 21 maja 2010 r. akt II CSK 643/09.
7. t.j. Dz.U. 2022, poz. 551 z późn. zm.

8. Karkowska D.: Prawo medyczne dla pielęgniarek, wyd. 2, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2020, 30-37.
9. Komunikat z dnia 29 lipca 2016 r. w sprawie wykonywania przez pielęgniarki i położne zadań wynikających z procesu leczenia i realizacji zleceń lekarskich, w tym podawania leków różnymi drogami. <https://sip.lex.pl/orzeczenia-i-pisma-urzedowe/pisma-urzedowe/komunikat-w-sprawie-wykonywania-przez-pielęgniarki-i-184875676> (data pobrania 2.01.2023).
10. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 16.01.2019 (I Aca 1306/17).
11. Cuperus-Bosma B.J., Gevers J.M., Wal G.: Risky procedures by nurses in hospitals: problems and (contemplated) refusals of orders by physicians, and views of physicians and nurses. *International Journal of Nursing Studies*, Amsterdam 2005, 42(6), 637-648.
12. Bazaliński D., Marciniec I., Sałacińska I., Przybek-Mita J., Więch P.: Doświadczenie uporczywej terapii w pracy pielęgniarek pracujących w oddziałach intensywnej terapii – doniesienie wstępne, *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2018, 12, 52-61.
13. Hammoudi B., Ismaile S., O. Yahya, Factors associated with medication administration errors and why nurses fail to report them, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Saudi Arabia, 2018, 32(3), 1038-1046.
14. Współczynnik korelacji R i siła związku korelacyjnego- 0.0-0.3 (brak), 0.3-0.4 (słaba), 0.4-0.7 (średnia), 0.7-0.9 (silna), 0.9-1.0 (bardzo silna).

MONITORING WIZYJNY W PRAKTYCE PLACÓWKI MEDYCZNEJ

mgr Dawid Chwiałkowski¹, dr Anita Gałęska-Śliwka², mgr piel. Maria Budnik-Szymoniuk³

1. Centrum Zarządzania Ryzykiem Medycznym MedRisk.
2. Katedra Podstaw Prawa Medycznego Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, ORCID 0000-0002-0868-609X.
3. Katedra Chorób Wieku Rozwojowego Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy.

Wprowadzenie

Jedną z najważniejszych potrzeb człowieka jest potrzeba bezpieczeństwa. Spośród możliwych do wykorzystania technik i metod pozwalających na zrealizowanie niniejszej potrzeby monitoring wizyjny jest jedną z tych, które najbardziej dynamicznie się rozwijają [1]. Monitoring jest dzisiaj powszechnie wykorzystywany w środowisku domowym i miejskim. Zalety i funkcjonalność monitoringu wizyjnego została dostrzeżona także przez sektor ochrony zdrowia. Aktualnie zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom przebywającym w placówkach medycznych, jak również dbałość o bezpieczeństwo personelu medycznego stanowi jeden z priorytetów Unii Europejskiej. W działaniach zmierzających do osiągnięcia tych celów uczestniczą także m.in. Światowa Organizacja Zdrowia oraz Światowy Sojusz na Rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów [2]. W placówce medycznej działającej w realiach szybkiego rozwoju technologii, każdego dnia pojawiają się nowe możliwości wykorzystania dostępnych rozwiązań technicznych, które służyć mogą poprawie jakości udzielanych świadczeń, funkcjonowania placówki, podniesienia poziomu bezpieczeństwa pacjentów oraz personelu medycznego. Jednym z rozwiązań technicznych, które mogą pomóc osiągnąć wspomniane cele jest monitoring wizyjny. Jego znaczenie w praktyce podmiotów leczniczych jest trudne do przecenienia, jednakże nieumiejętne zastosowanie monitoringu naruszać może sferę dóbr osobistych pacjenta, prowadzić może do naruszenia ochrony danych osobowych, a także praw pacjenta.

Rozwinięcie

Zastosowanie monitoringu wizyjnego w praktyce podmiotów leczniczych może pozytywnie wpłynąć na zmniejszenie liczby zdarzeń niepożądanych [3]. Przykładem mogą być zdarzenia niepożądane, które są wpisane w praktykę podmiotów leczniczych, o czym świadczą chociażby przykłady z orzecznictwa [4] np.: upadki, samowolne oddalenia się pacjenta ze szpitala czy samobójstwa [5]. Monitoring może także pełnić istotną rolę w procesie podnoszenia poziomu bezpieczeństwa personelu medycznego. Pomimo oczywistych zalet płynących z faktu stosowania monitoringu wizyjnego w placówkach medycznych, trzeba jednak mieć na uwadze, że stosowanie monitoringu może wywierać istotny wpływ na dobra osobiste, dane osobowe oraz sferę praw pacjenta [6]. Do końca 2022 r. Rzecznik Praw Pacjenta wydał 15 decyzji w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjenta. W aż 12 przypadkach uznał, że stosowane przez podmioty lecznicze praktyki naruszały zbiorowe prawa pacjenta. W jednej ze spraw Rzecznik uznał za praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjenta udzielanie świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniach SOR, w których zamontowane były kamery monitoringu oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom bez zastosowania parawanów. Decyzję Rzecznika poparł Wojewódzki Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 6 grudnia 2016 stwierdzając, że „(...) nawet wykonanie badania EKG, czy choćby pomiar ciśnienia tętniczego, wypełnia zakres pojęcia świadczenia zdrowotnego. W konsekwencji nawet w takich sytuacjach podmiot leczniczy ma obowiązek dbać o poszanowanie godności i intymności pacjentów. (...) Naruszenie sfery dobra osobistego, jakim niewątpliwie jest intymność każdego człowieka, może być dokonane jedynie za jego zgodą. Zgoda na wkroczenie w sferę intymności poprzez rejestrowanie obrazu i dźwięku podczas udzielania świadczeń medycznych powinna być wyrażona w sytuacji swobodnej oraz dobrowolnie, a nie wymuszona przez niezależne od niego okoliczności” [7]. Warto także odnotować, za Sądem Najwyższym, że „(...) ocena, czy w konkretnej sytuacji nastąpiło naruszenie dobra osobistego nie może być dokonywana jedynie według miary indywidualnej wrażliwości poszkodowanego, według jego subiektywnych uczuć (co może być odniesione z natury rzeczy jedynie do istoty rozumnej, a zatem do osoby fizycznej, nie do osoby prawnej), lecz należy uwzględnić odczucia szerszego grona uczestników i normy postępowania, które zasługują na społeczną akceptację” [8]. W przypadku podmiotu leczniczego, co do zasady, odpowiedzialność za stworzenie warunków intymności spoczywa na kierowniku tej placówki. Ewentualne nieprawidłowości

leżące po stronie podmiotu, nie zwalniają jednak kadry medycznej z obowiązku poszanowania praw pacjenta [9]. Stąd niezwykle istotne jest przestrzeganie wymagań formalno-prawnych związanych z praktycznym stosowaniem monitoringu. Należy podkreślić, że monitoring, bez względu na to, czy obejmuje sam obraz, czy także dźwięk, zawsze rejestruje wizerunek osoby fizycznej. W prawie polskim próżno szukać legalnej definicji wizerunku. Sąd Apelacyjny w Krakowie w orzeczeniu z dnia 19 kwietnia 2016 r. podkreślił, że „Zarówno w orzecznictwie jak i w doktrynie dominuje pogląd, że wizerunek to fizyczny obraz osoby fizycznej. Wizerunek należy ujmować szeroko i obejmować tym pojęciem również inne, poza anatomicznymi, elementy identyfikujące, jak: okulary, fryzurę, ubiór, rekwizyt, o ile tylko, wraz z innymi cechami, są one dla tej osoby charakterystyczne. Może tu wejść w grę nawet charakterystyczny sposób zachowania, linia profilu, czy charakterystyczny cień. Wizerunek musi jednak zawsze umożliwiać rozpoznanie osoby. Naruszenie wizerunku polega na jego utrwaleniu, przekształceniu lub rozpowszechnieniu” [10]. Nadmienić należy, że w sytuacji, kiedy mamy do czynienia z przypadkiem naruszenia wizerunku rozumianego jako dobro osobiste przepisy art. 24 k.c. przewidują, że osoba, której wizerunek naruszono może żądać zadośćuczynienia pieniężnego, a jeżeli skutek naruszenia dobra osobistego została wyrządzona szkoda majątkowa, poszkodowany może żądać jej naprawienia na zasadach ogólnych zawartych w k.c. Naruszenie wizerunku może przybrać różną postać. Może bowiem polegać na jego utrwaleniu, przekształceniu lub rozpowszechnieniu wizerunku [11]. Należy więc podkreślić, że stosowanie monitoringu, nawet bez jego dalszego udostępnienia, może potencjalnie stanowić naruszenie dóbr osobistych i wiązać się z odpowiedzialnością cywilną placówki leczniczej. Z perspektywy ochrony danych osobowych pacjentów sytuacja prawna jest bardziej skomplikowana. W pierwszej kolejności należy odnotować, że przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO) ani przepisy ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. 2010, poz. 1781), nie wyróżniają wprost monitoringu jako szczególnego sposobu przetwarzania danych osobowych. Zgodnie z treścią art. 4 ust. 1 RODO dane osobowe oznaczają wszelkie informacje o zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osobie fizycznej. Natomiast osoba możliwa do zidentyfikowania to osoba fizyczna, którą można bezpośrednio lub pośrednio

zidentyfikować, w szczególności na podstawie identyfikatora takiego jak: imię i nazwisko, numer identyfikacyjny, dane o lokalizacji, identyfikator internetowy lub poprzez jeden bądź kilka szczególnych czynników określających fizyczną, fizjologiczną, genetyczną, psychiczną, ekonomiczną, kulturową lub społeczną tożsamość osoby fizycznej. Oznacza to więc, że jeżeli osoba fizyczna jest możliwa do zidentyfikowania, nawet w sposób pośredni, to jej wizerunek, utrwalony za pomocą monitoringu wizyjnego, stanowić będzie daną osobową. W przypadku monitoringu realizowanego w placówce leczniczej zapis monitoringu może w niektórych przypadkach nawet stanowić daną dotyczącą zdrowia, która zgodnie z art. 9 ust. 1 RODO należy do szczególnych kategorii danych osobowych. Mowa tutaj oczywiście o sytuacjach, gdy monitoring rejestrowałby nie tylko obraz z pomieszczeń ogólnodostępnych np. korytarzy, ale także z miejsc, w których udzielane są świadczenia zdrowotne czy z miejsc pobytu pacjentów.

Wspominając o monitoringu w kontekście przepisów RODO należy podkreślić ogólność niniejszych regulacji. U podstaw nowej koncepcji ochrony danych osobowych w Unii Europejskiej leżą bowiem, przede wszystkim elastyczność i adekwatność stosowania rozwiązań zabezpieczających przetwarzanie danych osobowych przez administratorów tychże danych oraz możliwość wprowadzania przepisów szczegółowych przez państwa członkowskie Unii. W przypadku polskiego ustawodawcy dostosowanie szeregu aktów prawnych do wymogów RODO nastąpiło na mocy ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE. Wśród przepisów poddanych nowelizacji znalazły się m.in. akty regulujące sferę prawa medycznego, w tym między innymi ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U.2023, poz.1972), ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. 2022, poz. 1972) oraz ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. 2023, poz. 1972). Wspomniana nowelizacja ustawy o działalności leczniczej wprowadziła art. 23a. Wedle niniejszej regulacji stosowanie obserwacji pomieszczeń za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu jest dopuszczalne. Jednak monitoring pomieszczeń może obejmować wyłącznie obraz. Decyzja o stosowaniu monitoringu wizyjnego należy do kierownika placówki leczniczej, który określa w regulaminie

organizacyjnym sposób obserwacji pomieszczeń ogólnodostępnych. Artykuł 23a ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej stanowi, że kierownik podmiotu określa sposób obserwacji pomieszczeń ogólnodostępnych „jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników”. Ponadto, jak stanowi art. 23a ust. 1 pkt. 2 ustawy o działalności leczniczej obserwacja wspomnianych pomieszczeń, w tym w szczególności pokoi łóżkowych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni, szatni, jest dopuszczalna, jeżeli wynika to wprost z przepisów odrębnych. W przypadku braku stosownej podstawy prawnej monitoring we wspomnianych pomieszczeniach nie jest dopuszczalny. Pomieszczeniami, w których monitoring może być stosowany bez żadnych wątpliwości prawych są np. pomieszczenia przeznaczone do izolacji w ramach stosowania przymusu bezpośredniego na podstawie przepisów art. 18 i następnych ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Przepisy te wprost stanowią, iż pomieszczenie przeznaczone do izolacji wyposaża się w instalację monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą z zaburzeniami psychicznymi, która w nim przebywa oraz kontrolę wykonania czynności związanych z tym rodzajem środka przymusu bezpośredniego. Należy odnotować, że obraz z monitoringu pomieszczeń lub ich części przeznaczonych do celów sanitarno-higienicznych musi być przekazywany w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych części ciała ludzkiego oraz intymnych czynności fizjologicznych. Monitorowanie i utrwalanie zapisu dźwięku nie może obejmować informacji objętych tajemnicą spowiedzi lub tajemnicą prawnie chronioną. Dane utrwalone za pomocą urządzeń monitorujących mogą być przetwarzane wyłącznie przez osoby posiadające pisemne upoważnienie wydane przez administratora danych. Monitoring wizyjny w pokojach łóżkowych uregulowany został w § 29 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą [12]. Wedle niniejszego rozporządzenia instalowanie urządzeń umożliwiających obserwację pacjentów jest dopuszczalne, o ile przemawia za tym przesłanka konieczności zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa oraz konieczności obserwacji w procesie ich leczenia, np. obserwacja podaży tlenu u pacjentów po zabiegach operacyjnych [13]. Rok 2023 przyniósł istotne zmiany w zasadach stosowania monitoringu. Zmianę wprowadziła nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw z 22 sierpnia 2023 r. Dotyczy ona m.in. przepisów art. 23a ustawy o działalności leczniczej. Wraz

ze wspomnianą nowelizacją możliwe stało się stosowanie monitoringu w pomieszczeniach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, o ile jest to konieczne w procesie leczenia pacjentów lub do zapewnienia im bezpieczeństwa (art. 23a ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej). Co istotne, w przeciwieństwie do art. 23 a ust. 1 pkt 2, w przypadku art. 23 a ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej, nie ma konieczności powoływania się na odrębne podstawy prawne stosowania monitoringu. Warto jednak podkreślić, iż okoliczności nakreślone w art. 23 a ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej dotyczą wyłącznie szpitali, zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładów rehabilitacji leczniczej i hospicjów. W procesie tworzenia nowych przepisów dotyczących zasad stosowania monitoringu w podmiotach leczniczych, aktywny udział brał Rzecznik Praw Pacjenta. Wprowadzone zmiany wraz z omówieniem zasad ich stosowania w praktyce placówek medycznych obrazuje opracowanie przygotowane przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta pt. „Monitoring wizyjny w podmiotach leczniczych. Nowy przewodnik dla kierowników placówek medycznych” [14]. Poza poruszonymi aspektami stosowania monitoringu w praktyce placówki leczniczej istotnym jest, aby zarówno pacjenci placówki, jak i pozostałe osoby, które przebywają na jej terenie, miały świadomość, że znajdują się w obszarze objętym monitoringiem. Za niezgodne z prawem uznaje się stosowanie atrap kamer monitoringu [15]. Może to bowiem powodować złudne wrażenie bezpieczeństwa oraz niepotrzebne poczucie ingerencji w sferę prywatności. Obowiązek informacyjny wynika wprost z przepisów art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, wedle którego wymagane jest podanie do wiadomości pacjentów informacji o sposobie obserwacji poprzez wywieszenie tych informacji w widoczny sposób w miejscu udzielania świadczeń oraz na stronie internetowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz udostępnienie w Biuletynie Informacji Publicznej, w przypadku podmiotu obowiązującego do jego prowadzenia. Należy także zauważyć, że również przepisy art. 222 § 9 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. kodeksu pracy (tj. Dz. U. 2023, poz. 1465) wymagają oznaczenia pomieszczenia i terenu monitorowanego w sposób widoczny i czytelny, za pomocą odpowiednich znaków lub ogłoszeń dźwiękowych, nie później niż jeden dzień przed jego uruchomieniem. Aby w pełni zrealizować obowiązek informacyjny należy także spełnić wymagania stawiane przez art. 13 RODO. Zasady przechowywania nagrań z monitoringu uregulowane zostały w art. 23a ust. 2 i 3 ustawy o działalności leczniczej. Stanowią one, że podmiot leczniczy przechowuje nagrania przez okres nie dłuższy niż trzy

miesiące licząc od dnia nagrania. Po upływie trzymiesięcznego okresu uzyskane w wyniku monitoringu nagrania obrazu zawierające dane osobowe podlegają zniszczeniu, o ile przepisy odrębne nie stanowią inaczej. Taki czas przechowywania nagrań wskazują również przepisy art. 222 § 3 kodeksu pracy z zastrzeżeniem, iż jeżeli nagrania obrazu stanowią dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie prawa lub pracodawca powziął wiadomość, iż mogą one stanowić dowód w postępowaniu, termin przechowywania nagrań ulega przedłużeniu do czasu prawomocnego zakończenia postępowania. Wyjątkiem stanowiącym odstępstwo od przechowywania nagrań z monitoringu przez okres nie dłuższy niż 3 miesiące licząc od daty nagrania, są zasady przechowywania nagrań z pomieszczenia przeznaczonego do izolacji w oddziałach/placówkach psychiatrycznych. Zgodnie bowiem z treścią art. 18e ust. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, zapis z monitoringu przechowuje się, w takich przypadkach, przez okres co najmniej 12 miesięcy licząc od dnia jego zarejestrowania, jednakże nie dłużej niż przez 13 miesięcy od dnia zarejestrowania zapisu, o ile nie zostanie on zabezpieczony jako dowód w sprawie w toczącym się postępowaniu.

Podsumowanie

Obowiązujące w Polsce rozwiązania prawne w zakresie stosowania monitoringu ocenić należy pozytywnie, choć nie bez uwag. Przepisy w obecnym kształcie dają szerokie możliwości interpretacyjne. Postulować należy dążenie do ujednocień definicyjnych oraz kreowania wysokich standardów należytej staranności w zakresie kształtu regulaminów podmiotów sektora ochrony zdrowia, dbałości o poszanowanie intymności i godności pacjenta. Kwestią nierozwiązaną pozostaje również zgoda pacjenta na stosowanie monitoringu w miejscach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne. Brak w tej materii jednoznacznych rozstrzygnięć.

Piśmiennictwo

1. Matuszek G.: Monitoring wizyjny – ujęcie prawne i technologiczne. Współczesność i perspektywy, Zeszyty Naukowe SGSP, 2020, 73, 295.
2. Gwizdak T.: Bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu, Problemy Pielęgniarstwa, 2008, 16, 180-185.
3. Leńczuk- Gruba A., Dziedzic B., Żurawska A.: Zdarzenia niepożądane – trudny problem w praktyce pielęgniarki chirurgicznej, Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2020, 1, 8.
4. Wyrok Sądu Okręgowego w Gdańsku z dnia 30 stycznia 2018 r. sygn. akt. I C 702/15; Wyrok Sądu Okręgowego w Piotrkowie Trybunalskim z dnia 15

stycznia 2021, sygn. akt. I C 55/2020; Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 12 września 2013, sygn. akt. I ACa 326/13; Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 marca 2013, sygn. akt. I ACa 852/12.

5. Jones J.K., Haynatzki G., Sabalka L.: Evaluation of Automated Video Monitoring to Decreasethe Risk of Unattended Bed Exits in Small Rural Hospitals, *Journal of Patient Safety*, 2021 17(8), 716-726.
6. Lipowski P.: Rejestracja obrazu i dźwięku w podmiotach leczniczych, *Kontrola Państwowa*, 2023, 68, 52-64.
7. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 6 grudnia 2016 r., sygn. akt. VII SA/Wa 2109/16.
8. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 października 2019 r., Sygn. akt I CSK 294/18, tekst dostępny: <http://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/OrzeczeniaHTML/I%20CSK%20294-18-1.docx.html> (data dostępu 20.10.2023).
9. Grzesiowski P., Karkowska D.: *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta*. Komentarz, Wyd. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2021.
10. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie Wydział I Cywilny z dnia 19 kwietnia 2016 r., sygn. akt I ACa 1826/15, tekst dostępny: [https://orzeczenia.krakow.sa.gov.pl/content/\\$N/152000000000503_I_ACa_001826_2015_Uz_2016-04-19_001](https://orzeczenia.krakow.sa.gov.pl/content/$N/152000000000503_I_ACa_001826_2015_Uz_2016-04-19_001) (data dostępu 10.09.2023).
11. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie Wydział I Cywilny z dnia 19 kwietnia 2016 r., sygn. akt I ACa 1826/15 (data dostępu 10.09.2023).
12. Obwieszczenie ministra Zdrowia z dnia 17 stycznia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczególnych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (*Dz. U.* 2022, poz. 402).
13. Nolan K. M., Baxter M.K., Video surveillance of oxygen administration by mask in postoperative patients, *British Journal of Anesthesia*, 1992, t. 69 (2), s. 194-196, doi: 10.1093/bja/69.2.194.
14. Monitoring wizyjny w podmiotach leczniczych. Nowy przewodnik dla kierowników placówek medycznych, strony 29-31., tekst dostępny: <https://www.gov.pl/web/rpp/monitoring-wizyjny-w-podmiotach-leczniczych-nowy-przewodnik-dla-kierownikow-placowek-medycznych> (data pobrania 10.10.2023).
15. Wskazówki Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych dotyczące wykorzystywania monitoringu wizyjnego, tekst dostępny: <https://uodo.gov.pl/pl/383/354>. (dostęp z dnia

16. Monitoring wizyjny w podmiotach leczniczych. Nowy przewodnik dla kierowników placówek medycznych, strony 29-31., tekst dostępny: <https://www.gov.pl/web/rpp/monitoring-wizyjny-w-podmiotach-leczniczych-nowy-przewodnik-dla-kierownikow-placowek-medycznych> (data pobrania: 15.10.2023).

ISBN - 978-83-67454-23-0