

Karolina Retajczyk¹

¹ Absolwent kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, PWSZ w Płocku

PROCES PIELEGNOWANIA PACJENTA Z ODLEŻYNĄ III STOPNIA - STUDIUM INDYWIDUALNEGO PRZYPADKU

The process of nursing the patient with 3rd degree pressure sores - case study

Streszczenie

Wstęp

Odleżyny to najczęstszy problem osób starszych, unieruchomionych w łóżku. Odleżyny stanowią poważny problem terapeutyczny. Należy go rozwiązywać kompleksowo zmniejszając czynniki wywołujące powstanie odleżyn oraz stosując odpowiednią profilaktykę oraz standardy obowiązujące podczas leczenia odleżyn.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie planu opieki nad pacjentem z odleżyną III stopnia z odwołaniem się do terminów zaczerpniętych z ICNP®.

Prezentacja przypadku

Postępowanie według standardów i elementów profilaktyki ukazuje proces pielęgnowania 70- letniego mężczyzny z problemem odleżyny III stopnia.

Wnioski

1. Pacjent z odleżyną trzeciego stopnia wymaga kompetentnej i kompleksowej opieki.
2. Postępowanie pielęgniarki zgodnie z obowiązującym standardem przyspiesza proces gojenia się rany.
3. Pacjent starszy unieruchomiony wymaga pomocy osób trzecich, adaptacji, warunków domowych i wsparcia pomocy społecznej.
4. Pielęgniarka sprawuje kompleksową opiekę, ale ważne jest zaangażowanie rodziny w jego pielęgnację.

Słowa kluczowe: odleżyny, rana, owrzodzenie, odleżyna trzeciego stopnia, zapobieganie, profilaktyka, standardy, skale oceny, pielęgnacja odleżyny, ICNP®

Abstract

Introduction

Bedsore is the most frequent problem in elderly, bed-bound people. Apparently, pressure sores constitute a serious therapeutic issue. It should be resolved in a complex way by reducing the factors leading to it and by applying the proper prevention and standards required while curing pressure sores.

Aim of the study

The aim of the study is to present a plan of care of the patient with 3rd degree sores with reference to the terms taken from the ICNP®.

Case study

The described procedures deployed according to standards and steps of prevention show the process of care of a 70-year-old man with the problem of 3rd degree sores.

Conclusions

1. Patient with third degree bedsore requires competent and comprehensive care.
2. Nurse proceedings according to the binding standard accelerate the process of wound-healing.
3. Older immobilised patient requires the help of third parties, adaptation, household conditions and social welfare assistance.
4. The nurse is exercising comprehensive care, but it is important to involve the family in the care.

Keywords: bedsores, wound, sores, 3rd degree sores, prevention, standards, scales of assessment, care of bedsores, ICNP®

Wstęp

Rany trudno gojące się stanowią poważny problem dla każdego pacjenta. Jedną z trudniejszych ran do leczenia jest odleżyna, której gojenie zazwyczaj trwa dużo dłużej niż jej powstanie. Powstają one zazwyczaj na skutek długotrwałego

unieruchomienia oraz błędów w pielęgnowaniu pacjenta. Odleżyny są jednym z najczęściej występujących powikłań u pacjentów hospitalizowanych oraz tych unieruchomionych przebywających w domu.

Rolą pielęgniarki zajmującej się pacjentem z deficytem samoopieki jest odpowiednia profilaktyka wdrożona od początku pobytu pacjenta w szpitalu. Pielęgniarka musi traktować każdego pacjenta indywidualnie. W leczeniu ważna jest nie tylko profilaktyka, znajomość standardów postępowania, ale także pielęgnacja odleżyny już powstałej. Pielęgniarka powinna posiadać wiedzę z zakresu klasyfikacji odleżyn, skal obowiązujących np. Torrance'a oraz Norton. Znajomość klasyfikacji i skal pozwala na ocenę rozwoju powstałej rany u pacjentów, którzy przybyli do szpitala z odleżynami. [Rosińczuki Uchmanowicz (red.), 2014]

Prezentacja przypadku

Pacjent Z. D, lat 70, kawaler przebywa na oddziale szpitalnym trzecią dobę z powodu niedokrwistości i niedożywienia. Mieszka z 90-letnią matką w mieszkaniu w bloku. Nie przyjmuje pomocy ze strony Gminnego Ośrodka Pomocy. Mężczyzna jest trwale unieruchomiony w łóżku. Z powodu urazu kręgosłupa w 2016 stracił czucie w kończynach dolnych. Mężczyzna nie może pogodzić się z utratą samodzielności. Jego skóra jest sucha, bibułkowata, a na kości ogonowej występują odleżyna trzeciego stopnia oraz odleżyny pierwszego stopnia na kręgosłupie i piętach. Odczuwa ból i pieczenie w miejscu wystąpienia odleżyny trzeciego stopnia. Mężczyzna ponadto ma zaburzoną czynność zwieraczy: nietrzymanie moczu i stolca.

| | |
|---|------------------------------|
| <i>Imię i nazwisko (inicjały): Z. D</i> | |
| <i>Data urodzenia: 12.01.1947</i> | <i>Stan cywilny: kawaler</i> |
| <i>Aktywność zawodowa: emeryt</i> | <i>Wykonywany zawód:</i> |
| <i>Data zbierania wywiadu: 20.12.2016</i> | |

| <i>HISTORIA CHOROBY</i> | <i>STAN OGÓLNY (podczas zbierania wywiadu)</i> |
|--|--|
| <i>Rozpoznanie lekarskie: niedokrwistość</i> | <i>Temperatura: 36,7 °C</i> |
| <i>Przyjmowane leki: dożylnie preparaty żelaza</i> | <i>Tętno: (liczba / napięcie / rytm) 59</i> |
| <i>Przebyte choroby: zapalenie płuc</i> | <i>Oddechy: 19</i> |
| <i>Pobyty w szpitalu: 30.10.2015</i> | <i>Ciśnienie tętnicze: 90/65</i> |
| <i>Przebyte zabiegi operacyjne brak</i> | <i>Masa ciała: 50 kg</i> |
| <i>Przebyte urazy/wypadki: uraz kręgosłupa po wypadku komunikacyjnym</i> | <i>Wzrost: 175cm</i> |
| | <i>BMI: 16,33</i> |
| | <i>WHR:</i> |

Wyniki badań laboratoryjnych :

Morfologia: RBC 3,9 M/ μ l, HGB 7,2 mmol/l, MCV 111 fl, MCHC 22g/dl, WBC 4,1 G/l, LYM 0,7 K/ μ l, MONO 0,2 G/l, PLT 445 G/l.

| <i>WYWIAD RODZINNY</i> |
|--|
| <i>Członkowie rodziny: matka</i> |
| <i>Ważne wydarzenia w rodzinie – ostatnie lata: śmierć siostry</i> |
| <i>Choroby występujące w rodzinie: cukrzyca</i> |
| <i>Hobby/ zainteresowania: czytanie książek</i> |
| <i>Formy spędzania czasu wolnego:</i> |
| <i>Natogi w rodzinie: brak</i> |
| <i>Błędy żywieniowe – jakościowe i ilościowe: zbyt mała ilość spożywanych posiłków, brak zbilansowanej diety bogatej w białko, żelazo, witaminy A, B, C.</i> |
| <i>Ograniczenia/przeciążenia psychicznego/fizyczne: trwale unieruchomienie w łóżku</i> |
| <i>Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego: brak pomocy ze strony rodziny, pomocy społecznej</i> |

| WYWIAD ŚRODOWISKOWY |
|--|
| <p>Miejsce zamieszkania: (miasto/wieś:) miasto</p> <p>Rodzaj zajmowanego lokalu mieszkalnego: mieszkanie w bloku</p> <p>Ilość zajmowanych pomieszczeń: 2</p> <p>Ilość osób mieszkających wspólnie: 2</p> <p>Stan higieniczno – sanitarny mieszkania: warunki higieniczne złe, mieszkanie zaniedbane, wilgotne, stałe korzystanie ze sztucznego oświetlenia.</p> <p>System pracy: -</p> <p>Ilość godzin spędzonych w pracy/szkole: nie dotyczy</p> <p>Zagrożenia zdrowia</p> <p>w domu:</p> <p>w pracy/szkole: nie dotyczy</p> <p>Komunikacja: prawidłowa</p> <p>Higiena osobista: zaniedbana</p> <p>Aktywność fizyczna: brak</p> <p>Wydalenie: zaburzona czynność zwieraczy</p> <p>Odżywianie: doustne</p> <p>Sen/zasypianie: prawidłowe</p> |

BADANIE FIZYKALNE przeprowadzone dnia 20.12.2016

Stan biologiczny podopiecznego

| SKÓRA | | | | | | |
|---------------|-------------|-------------|-------------|------------------|--|--------------------------|
| napięcie | temperatura | Zabarwienie | wilgotność | stan higieniczny | inne objawy | stan rany pooperacyjnej* |
| skóra wiotka, | 36,7 °C | Błede | sucha skóra | nieprawidłowy | odleżyny III stopnia na kości ogonowej oraz I stopnia na kręgosłupie i piętach według skali Torrance'a | nie dotyczy |

*dotyczy pacjentów po zabiegu operacyjnym

| UKŁAD ODDECHOWY | | | | |
|-----------------|-------------|---------------|-------------|-----------------|
| liczba oddechów | typ oddechu | kaszel | inne objawy | wyroby medyczne |
| 19 | Brzuszny | nie występuję | brak | brak |

| UKŁAD KRAŻENIA | | | | | | |
|----------------|-------|--------|---------|----------|-------------|-------------|
| ciśnienie | tętno | sinica | obrzęki | duszność | inne objawy | saturation |
| 90/65 | 59 | brak | brak | brak | brak | nie dotyczy |

| UKŁAD POKARMOWY | | | | | |
|-----------------|--------------|-----------|---------------------------|-------------|-------------------|
| uzębienie | łaknienie | stolec | dieta | inne objawy | sposób odżywiania |
| proteza zębowa | brak apetytu | występuję | uboga w żelazo i witaminy | brak | doustny |

| UKŁAD MOCZOWY | | | |
|---------------|------------|--------------------|-----------------|
| objętość | jakość | inne objawy | wyroby medyczne |
| 450ml | mocz mętny | nietrzymanie moczu | cewnik Foleya |

| UKŁAD PŁCIOWY | | |
|---------------|-------------|-------------|
| cykl płciowy | inne objawy | inne cechy* |
| andropauza | brak | nie dotyczy |

*dotyczy dzieci i młodzieży

| UKŁAD NERWOWY | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|------------|-------------|
| świadomość wg skali Glasgow | niedowład/ drżenia | mowa | inne objawy |
| 13pkt | brak czucia w kończynach dolnych | prawidłowa | brak |

| NARZĄDY RUCHU | | | | | |
|------------------------|---------------|------------|-------------|-----------------|--------------------------------|
| sposób poruszania | zakres ruchów | sylwetka | inne objawy | wyroby medyczne | ryzyko upadku wg skali Tinetti |
| unieruchomiony w łóżku | ograniczony | prawidłowa | brak | brak | |

| NARZĄDY ZMYŚLÓW UKŁAD ENDOKRYNOLOGICZNY | | | | | | |
|---|------------|-------|--------|------------------|-------------|-----------------|
| wzrok | słuch | smak | czucie | układ hormonalny | inne objawy | wyroby medyczne |
| wada wzroku- Zwyrodnienie plamki żółtej | prawidłowy | dobry | dobrze | prawidłowy | brak | okulary |

Stan psychiczny i społeczny podopiecznego

| | | | |
|------------|-------------------------|-------------|---------------------|
| sen | nastrój | inne objawy | ocena wg skali GDS* |
| prawidłowy | obniżony, melancholijny | brak | 10pkt |

*dotyczy seniorów

| | | | | | |
|--------|------------|---------------------|---------------------------------|-------------|-----------------------------------|
| pamięć | myślenie | stosunek do światła | nastawienie do własnej sytuacji | inne objawy | ocena funkcji poznawczych wg skal |
| dobra | przeciętne | dobrze | odczuwa niechęć do siebie | brak | |

Stan wiedzy i umiejętności do samoopieki i samopielęgnacji

| wiedza | umiejętności | motywacja | odczuwane problemy | wydolność samoopieki/ samopielęgnacji | stan odżywiania wg skali MNA |
|-------------|--|----------------|---|--|---|
| brak wiedzy | pacjent niesamodzielny wymaga pomocy od innych | brak motywacji | brak wsparcia, samotność, brak pomocy ze strony pomocy społecznej | Bartel (PADL) 40pkt- stan pacjenta jest średnio ciężki Lawton (ADL) | 10 pkt- wynik ten oznacza niedożywienie |

| | | | | |
|---|--------------------------------------|----------------|-------------------------|-------------------------------------|
| ocena ryzyka odleżyn wg skali D. Norton | natężenie odczuwalnego bólu wg skali | charakter bólu | lokalizacja | stopień odleżyn wg skali Torrance'a |
| 14 pkt | Wg skali NRS 5 pkt | pieczenie | kregosłup, kość ogonowa | I i III |

Kaniule

| | | | |
|-----------|----------------------|---------------|---------|
| Obwodowe | Miejsce | Centralne | Miejsce |
| występuję | grzbiet prawej dłoni | nie występuję | |

| | |
|----------------------------------|---|
| Oszacowana Kategoria pacjenta | Charakterystyka kategorii |
| II kategoria opieki | Mężczyzna unieruchomiony w łóżku, wymaga pomocy w czynnościach higienicznych, niedożywiony z nietrzymanie moczu i stolca oraz z odleżynami I i III stopnia wg. skali Torrance'a |

Wyniki badań:

Badanie wymazu bakteriologicznego z rany nie wykazało żadnej infekcji.

Diagnoza pielęgniarska

Pacjent Z.D przebywający trzecią dobę w oddziale chorób wewnętrznych z powodu niedokrwistości i niedożywienia. Jest unieruchomiony w łóżku od stycznia 2016 roku. Pacjent potrzebuję pomocy podczas toalety. Na kości ogonowej występuje odleżyna trzeciego stopnia oraz odleżyna pierwszego stopnia na kręgosłupie i piętach. Pacjent ma zaburzoną czynność zwieraczy: nietrzymanie moczu oraz stolca. Stan pacjenta jest dość dobry. Wdrożono standardy profilaktyki przeciwoleżynowej, zastosowano opatrunki na odleżynę trzeciego stopnia, odpowiednią dietę. Prowadzony jest bilans płynów oraz kontrola parametrów życiowych. Podaż płynów infuzyjnych oraz tabletek zgodnie z zleceniem lekarskim.

Proponowane modele opieki

W opiece nad 70- letnim pacjentem unieruchomionym w łóżku z odleżynami zastosowano model samoopieki częściowo kompensacyjny według Dorothei Orem, wdrożono również elementy z modelu Virginii Henderson oraz z modelu adaptacji Calisty Roy. Pacjent potrzebuje nie tylko opieki, pielęgnacji, ale także wsparcia oraz pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności.

Model opieki według Dorothy Orem przeznaczony jest dla osób, które mają deficyty samoopieki. Model ten określa samoopiekę jako niemożliwość wykonywania podstawowych czynności życia codziennego wywołanych przez chorobę. Polega na ocenie sytuacji danego pacjenta i przydzielenia go do odpowiedniego systemu pielęgnowania. Systemy te są następujące:

- edukacyjno- wspierający,
- częściowo- kompensacyjny,
- całkowicie kompensacyjny

Systemy te pełnią różną funkcję. Zakładają, iż człowiek jako istota twórcza potrafi pokonać swoje słabości i ograniczenia, potrafi zrozumieć cel samoopieki.

Model opieki według Virginii Henderson zakłada, że pielęgniarstwo to „asystowanie drugiemu człowiekowi choremu lub zdrowemu”. Asystowanie to ma na celu pomoc w szybszym powrocie do zdrowia choremu, bądź zapewnienie godnej, spokojnej śmierci. Świadczenie pomocy człowiekowi choremu przez pielęgniarkę to nie sama opieka, czynności pielęgnacyjne, ale także szerzenie promocji zdrowia, zastosowanie się do funkcji edukacyjnej w celu zapobiegania ewentualnych powikłań. Henderson wyróżnia czternaście czynności, w których pielęgniarka bierze udział, umożliwia choremu człowiekowi na samodzielne wykonywanie. Czternaście komponentów odnosi się do potrzeb fizjologicznych, psychicznych oraz duchowych pacjenta.

Model adaptacji stworzony został przez Calistę Roy. Człowiek w modelu Calisty Roy to jednostka biopsychospołeczna, która przez nabyte zdolności potrafi przystosować się do nowej sytuacji. Autorka modelu adaptacji wyróżnia cztery elementy, które pozwalają na przystosowanie się. Należy do nich postępowanie w zaspokojeniu potrzeb fizjologicznych, obraz samego siebie bez zaburzeń tożsamości, odgrywanie ról społecznych, relacje z innymi osobami. Rolą pielęgniarki w modelu adaptacji jest wspieranie pacjenta, aby dobrze przystosował się do zmian [Lenartowicz i Kózka, 2010].

Proces pielęgnowania pacjenta

| <i>Problem pielęgnacyjny</i> | <i>Cel planowanych działań pielęgniarzkich</i> | <i>Planowane interwencje pielęgniarzkie</i> | <i>Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarzkiej</i> | <i>Ocena realizowanych działań pielęgniarzkich</i> |
|---|---|---|---|--|
| Ryzyko rozwoju, powiększenia się odleżyn | Zmniejszenie ryzyka wystąpienia odleżyn | Ocena ryzyka rozwoju odleżyn wg. skali Norton. Ułożenie chorego na materacu zmiennościśnieniowym. Zmienianie pozycji ułożenia ciała pacjenta co 2-3 godziny z zastosowaniem technik obracania oraz zastosowaniem sprzętu pomocniczego (tj. materac przeciwoleżynowy, wałków, poduszek). Pielęgnacja skóry z jej dokładną oceną, myciem, natłuszczeniem, nacieraniem, stworzeniem odpowiedniego mikroklimatu w sali temperatury 20 °C i wilgotności około 70%. Prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. | Ocena ryzyka powstania jest podstawą do wdrożenie czynności prewencyjnych. Zmiana punktów podparcia dzięki zastosowaniu materaca zmiennościśnieniowego poprawia krążenie. Zmiana ciśnienia w materacu powoduje uwolnienie ciała od ucisku na kilka minut. Częsta zmiana pozycji eliminuje, łagodzi nacisk międzyfazowy, zmiana pozycji ciała chorego zapobiega tarcia skóry o pościel. Sprzęt pomocniczy tj. poduszki, wałki itp. Zapewnia stabilizację ciała oraz redukują ucisk. Należy codziennie przynajmniej raz dziennie sprawdzać stan skóry, monitorować wszystkie zmiany, myć skórę odpowiednimi preparatami oczyszczającymi ją z bakterii oraz nie doprowadzać do jej wysuszenie, które może doprowadzić do uszkodzeń skóry, natłuszczenie skóry zwiększa jej elastyczność, a nacieranie poprawia jej ukrwienie. Odpowiednia wilgoć i temperatura w sali minimalizują wysuszenie skóry oraz urazom mechanicznym. Prowadzenie dokumentacji pozwala na ocenę działań pielęgnacyjnych oraz ocenę ryzyka powstania odleżyn [Kózka i Płaszewska-Żywko (red.) 2010]. Diagnoza pozytywna Poprawa integralności skóry [10028517] | III° i I° odleżyny |
| <i>Diagnoza negatywna (+kod ICNP)</i> | <i>Interwencje</i> | | | <i>Diagnoza pozytywna</i> |
| Odleżyna [10015612] Ryzyko odleżyny [10027337] | Planowanie opieki [10035915] Obserwowanie [10013474] Profilaktyka [10015838] Pielęgnacja skóry [10032757] Pielęgnacja odleżyny [10032420] Leczenie skóry [10033231] Mycie [10020935] Maść [10013670] Materac przeciwoleżynowy [10041560] Dokumentowanie [10006173] | | | Poprawa integralności skóry [10028517] |

| <i>Problem pielęgnacyjny</i> | <i>Cel planowanych działań pielęgnarskich</i> | <i>Planowane interwencje pielęgnarskie</i> | <i>Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgnarskiej</i> | <i>Ocena realizowanych działań pielęgnarskich</i> |
|--|--|--|---|--|
| Eliminacja narażenia skóry na wilgoć spowodowane nietrzymaniem moczu oraz stolca | Zmniejszenie narażenia skóry na wilgoć | Założenie cewnika Foley'a. Stosowanie pampersów, podkładow absorbujących wilgoć, częsta zmiana bielizny osobistej i pościelowej nie krochmalonej | Wilgoć powodują powstawanie odleżyn ponieważ zwiększa tarcie pomiędzy ciałem, a podłożem, zastosowanie cewnika eliminuje kontakt moczu ze skórą, częsta zmiana bielizny osobistej i pościelowej minimalizują leżenie chorego w wilgotnej pościeli, pościel krochmalona powodują zagięcia oraz wchłania. [Kózka i Płaszewska-Żywko (red.) 2010]. | Zagrożenie zostało zmniejszone dzięki założeniu cewnika oraz pampersowaniu |
| <i>Diagnoza negatywna (+kod ICNP)</i> | <i>Interwencje</i> | | | <i>Diagnoza pozytywna</i> |
| Wilgotna skóra [10012149] Nietrzymanie moczu [10026895] Nietrzymanie stolca [10027702] | Pielęgnacja cewnika urologicznego [10033277] Używanie techniki aseptycznej [10041784] Pościel [10003175] | | roztozca, które mogą spowodować zainfekowanie rany [Kózka i Płaszewska-Żywko (red.) 2010]. Diagnoza pozytywna Prawidłowa integralność skóry [10028501] | Prawidłowa integralność skóry [10028501] |
| Odleżyna trzeciego stopnia | Zapobieganie rozwojowi powstałej już odleżyny oraz jej zmniejszenie | Ocena odleżyny I i III ^o według skali Torrance'a. Oczyszczanie rany, przemywanie jej odpowiednimi roztworami. Zastosowanie nowoczesnych opatrunków miejscowych. Pobranie wymazu z rany do badań bakteriologicznych Zastosowanie standardu opieki, który zapobiegnie pogłębieniu się odleżyny. | Ocena odleżyny umożliwi dostosowanie odpowiedniego leczenia poprzez wybór odpowiednich opatrunków. Oczyszczanie rany odleżynowej roztworami soli fizjologicznej, bądź płynem Ringera, które nie powodują jej podrażnienia Nowoczesne opatrunki miejscowe: hydrokoloidy, hydrożele, opatrunki algimianowe - utrzymują stale środowisko wilgotne w obrębie rany, odpowiednią temperaturę, wchłaniają wysięk z rany, zmniejszają możliwość zakażenia drobnoustrojami oraz nie uszkodzają miejsca rany podczas zmiany. [Kózka i Płaszewska-Żywko (red.) 2010]. Wymaz jest pobierany po to, aby zastosować leczenie antybiotykami w przypadku zainfekowania odleżyny. Wdrożenie profilaktyki skutecznie zapobiegnie rozwojowi odleżyn oraz wspomaga proces gojenia się odleżyny trzeciego stopnia [Kózka i Płaszewska-Żywko (red.) 2010]. Diagnoza pozytywna Poprawa integralności skóry [10028517] | Odleżyna III ^o - obrzęk rumień zmniejszył się, odleżyna I ^o zacerwienie zmniejszyło się. |
| <i>Diagnoza negatywna (+kod ICNP)</i> | <i>Interwencje</i> | | | <i>Diagnoza pozytywna</i> |
| Odleżyna [10015612] | Ocenianie odleżyny [10040847] Obserwowanie [10013474] Ocenianie ryzyka ekspozycji na zakażenie [1004413] Zmiana opatrunku na ranie [10045131] Monitorowanie gojenia rany [10042936] Używanie techniki aseptycznej [10041784] Pielęgnacja odleżyny [10032420] | | | Poprawa integralności skóry [10028517] |

| <i>Problem pielęgnacyjny</i> | <i>Cel planowanych działań pielęgniarzkich</i> | <i>Planowane interwencje pielęgniarzkie</i> | <i>Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarzkiej</i> | <i>Ocena realizowanych działań pielęgniarzkich</i> |
|---|---|---|--|--|
| Wyniszczenie organizmu spowodowane złym odżywianiem | Wyrównanie niedoborów i zaburzeń metabolicznych w organizmie zapotrzebowanie na składniki odżywcze. Wyrównanie niedoborów elektrolitów, białka, witamin, węglowodanów, żelaza korzystnie wpływa na zmniejszenie wystąpienia odleżyn oraz na ich szybsze gojenie ponieważ są to czynniki, które powodują zmniejszenie elastyczności skóry, syntezy kolagenu oraz za obrzęk śródmiąższowy. Uzyskanie informacji na temat środowiska chorego, jego opiekunów pomaga w odnalezieniu sposobów pomocy dla pacjenta, skierowania go do zakładu opiekuńczo-leczniczego [Kózka i Płaszewska-Żywko (red.) 2010]. | Ocena stopnia niedożywienia, wykonanie badań laboratoryjnych Zastosowanie odpowiedniej diety (bogatej w witaminy, żelazo, białko) oraz działań, które zapobiegą ewentualnym powikłaniom wynikających z zaburzeń metabolicznych Analiza sytuacji rodzinnej pacjenta, zgłoszenie sytuacji pacjenta do odpowiednich instytucji | Użycie skali MNA pozwala ocenić stopień niedożywienia oraz ustalić odpowiednie zapotrzebowanie na składniki odżywcze. Wyrównanie niedoborów elektrolitów, białka, witamin, węglowodanów, żelaza korzystnie wpływa na zmniejszenie wystąpienia odleżyn oraz na ich szybsze gojenie ponieważ są to czynniki, które powodują zmniejszenie elastyczności skóry, syntezy kolagenu oraz za obrzęk śródmiąższowy. Uzyskanie informacji na temat środowiska chorego, jego opiekunów pomaga w odnalezieniu sposobów pomocy dla pacjenta, skierowania go do zakładu opiekuńczo-leczniczego [Kózka i Płaszewska-Żywko (red.) 2010]. | Pacjent niedożywiony (10 pkt MNA) |
| <i>Diagnoza negatywna (+kod ICNP)</i> | <i>Interwencje</i> | | | <i>Diagnoza pozytywna</i> |
| Zaburzony status odżywienia [10025746] | Ocenianie potrzeby diety [10037875] Współdziałanie przy terapii elektrolitami [10030930] Wywiad [10010542] Kierowanie do pracownika socjalnego [10043128] | | | Poprawa statusu odżywienia [10035569] |

| <i>Problem pielęgnacyjny</i> | <i>Cel planowanych działań pielęgniarских</i> | <i>Planowane interwencje pielęgniarские</i> | <i>Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej</i> | <i>Ocena realizowanych działań pielęgniarских</i> |
|--|--|--|---|---|
| Ból i pieczenie w miejscu wystąpienia odleżyny trzeciego stopnia | Zmniejszenie bólu i pieczenia | Oczyszczanie rany, dezynfekcja Octeniseptem, zmiana opatrunku, podanie leków zmniejszających ból | Postępowanie według standardów profilaktyki i zapobiegania powstania odleżyn przyspiesza proces jej gojenia, podaż leków zmniejsza uczucie bólu i pieczenia [Kózka i Płaszewska-Żywko (red.) 2010]. | Ból i pieczenie zmniejszyło się |
| <i>Diagnoza negatywna (+kod ICNP)</i> | <i>Interwencje</i> | | | <i>Diagnoza pozytywna</i> |
| Ból spowodowany raną [10021243] | Administrowanie lekiem przeciwbólowym [10023084] Oczyszczanie [10016181] Dezynfekowanie [10006044] Opatrunek na ranę [10021227] | | | Bez bólu [10029008] Gojenie rany [10021236] |

Wskazówki pielęgniarские dla pacjenta/ rodziny:

| Wskazówki w zakresie: | |
|-----------------------|---|
| biologicznym | Zbilansowana dieta bogata w owoce, warzywa, mięso, sery, ryby. Witaminy i pierwiastki i węglowodany w nich zawarte wspomogą proces regeneracji skóry oraz stan odżywienia organizmu. Stosowanie preparatów oraz opatrunków hydrożeli, hydrokoloidów itp. do leczenia odleży. Zmiana pozycji ułożeniowej co 2-3 godziny chorego oraz dbanie o czystość jego ciała, częsta zmiana bielizny pościelowej oraz pościeli. |
| psychicznym | Zgłoszenie się na wizyty kontrolne, zapisanie się na rehabilitację oraz powiadomienie pielęgniarki środowiskowej i lekarza POZ. |
| społecznym | Zgłoszenie się do MOPS w celu uzyskania zasiłku oraz do programów dofinansujących wyposażenie domu z UE na potrzeby osoby unieruchomionej w łóżku. |
| społeczno- rodzinnym | Odbudowanie relacji z dalszą rodziną, uzyskanie od rodziny pomocy. |
| społeczno- zawodowym | - |

Dyskusja

Odleżyna trzeciego stopnia to rana, ubytek w tkance podskórnej, który nie przekracza powięzi. Brzegi odleżyny trzeciego stopnia są widocznie, wokół nich widoczny jest obrzęk i rumień. Ubytek jest na tyle poważny, że w dniu rany można zauważyć żółtą masę po rozpadających się tkankach, bądź czerwoną ziarniną.

W opiece nad pacjentem z odleżyną trzeciego stopnia należy zapobiegać dalszym uszkodzeniom oraz nie dopuścić do rozwoju infekcji. Odleżyny trzeciego stopnia często należy oczyszczać chirurgicznie, aby usunąć tkankę martwiczą. Jeżeli tkanka martwicza została usunięta należy dbać o ranę i stosować odpowiednie opatrunki [Rosińczuk i Uchmanowicz (red.), 2014].

Pielęgniarka działa w następujący sposób przy leczeniu odleżyny trzeciego stopnia:

- ocenia stan miejscowy rany,
- stosuje miejscowe środki o działaniu antybakteryjnym oraz opatrunki interaktywne,
- stosuje działania profilaktyczno- pielęgnacyjne, aby zapobiec powstaniu nowych odleżyn i nie pogłębiać już powstałej [Ścisłoi Walewska (red.),2012].

Odleżyny trzeciego stopnia powstają na skutek długotrwałego ucisku na tkanki oraz złej pielęgnacji, zaniedbania od samego początku powstania pierwszego stopnia odleżyny. Zadaniem personelu medycznego jest wdrożenie wczesnej profilaktyki przeciwodleżynowej u pacjentów długotrwanie unieruchomionych. Jeżeli nie zaobserwujemy początkowych stadiów powstania odleżyny rana ta w szybkim czasie będzie przechodzić w następne stadium. Ważnym elementem jest edukacja rodzin pacjentów, którzy sami zajmują się starszymi osobami. Należy przekazać im wszystkie istotne informacje dotyczące początków powstania, aby w porę mogli zainterweniować i nie spowodować powstania odleżyny [Bożęcka, 2014].

Gojenie się ran to proces długotrwały szczególnie dla tych głębokich ran, owrzodzeń skóry. Prawidłowe zagojenie rany może trwać nawet 12 miesięcy. Rana musi być otoczona specjalną pielęgnacją. Należy stosować odpowiednie opatrunki przyspieszające proces ziarninowania [Noszczyk (red), 2013].

Leczenie odleżyny trzeciego stopnia jest skuteczne, gdy usunie się wszystkie czynniki powodujące jej powstanie i pogłębianie. Stosuje się preparaty enzymatyczne w celu oczyszczenia rany. Jeżeli zastosowanie metod profilaktyki oraz oczyszczania rany nic nie pomoże odleżyna jest oczyszczana chirurgicznie. Odleżyna jest wycinana wraz z dnem [Noszczyk (red), 2013].

W procesie gojenia odleżyn wyróżniamy fazy takie jak:

- wysięku (zapalenia),
- ziarninowania (wzrostu),
- epitelizacji (migracja naskórka) [Walden-Gałuszko i Kaptacz (red.),2008].

Najczęstsze przyczyny opóźnionego gojenia się ran to:

- leki, które mogą prowadzić do zaburzenia prawidłowego gojenia np. leki zmniejszające krzepliwość krwi.
- wiek, im starszy pacjent tym proces gojenia może być dłuższy.
- czynniki psychologiczne, czyli stan psychiczny pacjenta.
- krążenie krwi i aktywność pacjenta.
- stan immunologiczny.
- stan odżywienia
- ogólny stan zdrowia pacjenta
- zła pielęgnacja
- martwicza powierzchnia owrzodzenia.
- zakażenie [Noszczyk (red), 2013].

Korzyści wynikające ze stosowania standardu profilaktyki:

- pozytywna ocena jakości wykonywanych świadczeń przez pielęgniarki, która pozwala na kształtowanie pozytywnego wizerunku szpitala, a także obniżenie kosztów leczenia. [Koper i Kisiel, 2013]

Wnioski

1. Pacjent z odleżyną trzeciego stopnia wymaga kompetentnej i kompleksowej opieki ponieważ w tym stadium odleżyna może ulec pogłębieniu i infekcji. Infekcja odleżyny przedłuża czas jej gojenia.
2. Postępowanie pielęgniarki zgodnie z obowiązującym standardem przyspiesza proces gojenia się rany.
3. Pacjent starszy unieruchomiony wymaga pomocy osób trzecich, adaptacji, warunków domowych i wsparcia pomocy społecznej np. na zakup materaca przeciwoodleżynowego.
4. Pielęgniarka sprawuje kompleksową opiekę, ale ważne jest zaangażowanie rodziny w jego pielęgnację, ponieważ opiekę należy kontynuować w domu po wyjściu ze szpitala.

Piśmiennictwo

1. Bożęcka Maria.2014.Odleżyny- problem długotrwałego unieruchomienia. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, nr 3: 8-10.
2. Koper Anna, Kisiel Krystyna.2013. Odleżyny u pacjentów onkologicznych. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, nr 6: 7-8.
3. Kózka Maria, Płaszewska-Żywko Lucyna. (red.) 2010. *Diagnozy i interwencje pielęgniarskie*. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL: 183-190/286.
4. Lenartowicz Helena, Kózka Maria.2010. *Metodologia Badań w pielęgniarstwie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL: 52-57.
5. Noszczyk Wojciech. (red.)2013. *Chirurgia. Repetytorium*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL:266/274-276.
6. Rosińczuk Joanna, Uchmanowicz Izabella (red.) 2014. *Odleżyny – profilaktyka i leczenie*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo, 16-131.
7. Ścisło Lucyna, Walewska Elżbieta (red.) 2012. *Procedury pielęgniarskie w chirurgii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL: 121-123.
8. Walden-Gałuszko Krystyna, Kaptacz, Anna (red.) 2008. *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL:145/151.