

MODEL OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD CIĘŻKO OPARZONYM DZIECKIEM – STUDIUM PRZYPADKU WEDŁUG MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PRAKTYKI PIELĘGNIARSKIEJ

The model of nursing care of heavily burned child – a case study according to the International Classification for Nursing Practice

Beata Brodzińska, Grażyna Czaja-Bulsa, Barbara Musiał, Agata Marasz

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2017; 11 (3): 78–83

Praca wpłynęła: 2.04.2017; przyjęto do druku: 11.05.2017

Adres do korespondencji:

Beata Brodzińska, Pomorski Uniwersytet Medyczny, ul. Żołnierska 48, 71-210 Szczecin, e-mail: musialb@wp.pl

Streszczenie

Wstęp: Oparzenia u dzieci w stopniu ciężkim są jednym z najgroźniejszych urazów bezpośrednio zagrażających ich życiu. Wymagają wdrożenia wysokospecjalistycznych procedur leczniczo-pielęgnacyjnych oraz skoordynowanej współpracy w zespole interdyscyplinarnym w ośrodkach do tego przeznaczonych.

Cel: Omówienie aktualnych i potencjalnych problemów pielęgnacyjnych i interdyscyplinarnych, powstałych w trakcie hospitalizacji u ciężko oparzonego chłopca oraz próba ich rozwiązania z zastosowaniem diagnoz i interwencji Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®).

Materiał i metody: W pracy przeanalizowano przypadek ciężko oparzonego 17-letniego chłopca. Do wyodrębnienia diagnoz pielęgnarskich wg ICNP zastosowano wywiad, pomiar parametrów życiowych, obserwację oraz analizę dokumentacji medycznej. Części składowe procesu pielęgnowania zaczerpnięto z internetowych materiałów zamieszczonych przez Centrum Badania i Rozwoju (ICNP®) przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi; wersja elektroniczna z 2015 r.

Wnioski:

1. W stanie zagrożenia życia działania pielęgnarskie oparte na modelu opieki pielęgnarskiej wg Henderson, w ujęciu holi- stycznym zaspokoily problemy ciężko oparzonego pacjenta.

2. W fazie współdziałania z pacjentem przydatnym był system wspomagająco-edukacyjny wg Orem.

3. Plan opieki z zastosowaniem ICNP pozwolił na ujednolice- nie nazewnictwa poszczególnych diagnoz i zastosowanych interwencji pielęgnarskich, a także w przyszłości wpłynie na uporządkowanie obszarów związanych z dokumentowaniem pracy pielęgnarskiej.

Słowa kluczowe: dziecko, oparzenie, ICNP.

Summary

Introduction: Severe burns of children are one of the most dangerous injuries directly threatening their lives. They require an implementation of highly specialized medical and nursing procedures and coordinated cooperation in an inter- disciplinary team in centers specialized in it.

Aim of the study: Discussion of current and potential, nursing and interdisciplinary problems occurring during hospi- talization of heavily burned boy and a try to solve them with the use of diagnoses and the International Classification for Nursing Practice (ICNP®) interventions.

Materials and methods: The study analyzed the case of heavily burned 17-year-old boy. To extract nursing diagnoses the ICNP interview, measurement of vital signs, observation and analysis of medical records have been used. The compo- nents of the nursing process have been taken from the online material posted by the Center for Research and Development (ICNP®) at the Medical University of Lodz; electronic version from 2015.

Conclusions:

1. In life-threatening condition nursing activities based on the model of nursing care according to Henderson, in a holi- stic view – satisfied the problems of heavily burned patient.

2. The support and educational system by Orem have been very useful during interaction with the patient.

3. The plan of care using ICNP allowed to standardize the naming of individual diagnoses and interventions used in nursing, as well as in the future it will affect the arrangement of areas for documenting nurses' work.

Key words: child, burn, ICNP.

Wstęp

Oparzenia u dzieci stanowią jeden z najcięższych urazów, sklasyfikowany na trzecim miejscu wśród przyczyn zgonów w populacji dziecięcej, za wypadkami komunikacyjnymi i utonięciami [1]. Najczęściej, bo w 80%, oparzenia u dzieci są oparzeniami stopnia lekkiego lub średniego, pozostałe 20% stanowią oparzenia ciężkie [2].

Ciężkość oparzenia u dzieci oceniana jest z uwzględnieniem wieku dziecka oraz analizą głębokości (I°–IV°) i rozległości uszkodzenia skóry (tablice Lunda i Browdera), zajęcia okolic wstrząsorodnych, występowania chorób współistniejących i/lub dodatkowych urazów w chwili wypadku. Standaryzowanej oceny ciężkości oparzenia dokonuje się na podstawie klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Oparzeniowego (*American Burns Association* – ABA) [3]. Do oparzeń ciężkich zalicza się oparzenia II stopnia, powyżej 20% powierzchni oparzonej w stosunku do całej powierzchni ciała (*total body surface area* – TBSA), oparzenia III stopnia, powyżej 10% TBSA, oparzenia III stopnia okolic wstrząsorodnych, oparzenia inhalacyjne, elektryczne, chemiczne oraz oparzenia, w przypadku których współistnieje dodatkowy ciężki uraz [4]. U małych dzieci ze względu na trudniejszy przebieg procesu leczenia zarówno miejscowego (cieńszy o większej przepuszczalności naskórek), jak i ogólnego (powierzchnia skóry nieproporcjonalnie większa w stosunku do masy ciała, większa powierzchnia głowy, niedojrzałość immunologiczna i niedojrzałość ośrodka termoregulacji, mała średnica dróg oddechowych), a przez to możliwość szybkiego rozwinięcia się pełnoobjawowej choroby oparzeniowej, hospitalizacja powinna odbywać się w wysokospecjalistycznych regionalnych ośrodkach oparzeniowych [5].

W metodach leczenia ciężkich oparzeń u dzieci można wyodrębnić terapię ogólną, nastawioną na leczenie choroby oparzeniowej oraz sposoby miejscowego leczenia rany oparzeniowej. Intensywne leczenie ogólne opiera się m.in., w zależności od fazy choroby oparzeniowej, na resuscytacji płynowej, terapii oddechowej, leczeniu nerkozastępczym, żywieniowym, przeciwbólowym i leczeniu krwią [6, 7]. Nadrzędnym celem leczenia miejscowego głębokich oparzeń, jest niedopuszczenie do rozwoju zakażenia miejscowego i ogólnego przez jak najszybsze wycięcie martwych tkanek i zamknięcie rany oparzeniowej autoprzeszczepami lub innymi materiałami z uzyskaniem zadowalającego efektu kosmetycznego [8].

Cel pracy

Celem pracy było omówienie aktualnych i potencjalnych problemów pielęgnacyjnych i interdyscyplinarnych, powstałych w trakcie hospitalizacji u ciężko

oparzonego chłopca oraz próba ich rozwiązania z zastosowaniem diagnoz i interwencji ICNP.

Materiał i metoda

W pracy opisano ciężko oparzonego 17-letniego chłopca, hospitalizowanego w Centrum Leczenia Oparzeń (CLO) Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Zdroje w Szczecinie. Do wyodrębnienia 9 diagnoz i planów opieki pielęgniarzkiej wg ICNP odzwierciedlających ciężki stan zdrowia chłopca oraz trudności w opiece nad nim zastosowano analizę dokumentacji medycznej, obserwację, pomiar parametrów życiowych oraz wywiad. Części składowe procesu pielęgnowania zaczerpnięto z internetowych materiałów ICNP © przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi; wersja elektroniczna z 2015 r.

Opis przypadku

Chłopiec, lat 17, doznał w domu oparzenia termicznego płomieniem podczas dolewania biopaliwa do biokominka. Oparzenie dotyczyło 54% TBSA, miało głębokość IIB/III. Uszkodzona była twarz, szyja, klatka piersiowa, cała prawa kończyna górna, lewa dłoń oraz obie kończyny dolne, w nozdrzach stwierdzano spalone włosy. Początkowo, z powodu niewydolności oddechowej, stan ogólny chłopca był bardzo ciężki. W pierwszej dobie po urazie przekazano pacjenta transportem lotniczym ze szpitala w województwie kujawsko-pomorskim do Centrum Leczenia Oparzeń w Szczecinie.

Hospitalizacja trwała 33 doby, pierwsze 13 dni przebywał na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej. Ze względu na oparzenie dróg oddechowych, przez pierwsze 12 dob chłopiec był podłączony do respiratora i wentylowany w trybie SIMV. W trakcie intensywnego leczenia, aby zapobiec rozwijającemu się wstrząsowi hipowolemicznemu i pogłębianiu się choroby oparzeniowej, wdrożono intensywne nawadnianie mleczanem Ringera wg reguły Parkland, zgodnie z indywidualnymi wartościami hemodynamicznymi układu krążenia i diurezy. Od 2. doby wprowadzono żywienie pozajelitowe gotowymi emulsjami do infuzji dożylniej, a ze względu na hiperkatabolizm oraz zwiększone zapotrzebowanie białkowo-energetyczne założono sondę żołądkową i tą drogą podawano dietę przemysłową z dobrą tolerancją.

W celu zapewnienia choremu komfortu wprowadzono go w stan analgosedacji. Początkowo pacjent był nieprzytomny, areaktywny, w późniejszych dobach pobudzony. Monitorowano parametry układu sercowo-naczyniowego: inwazyjnie poprzez pomiar bezpośredni ciśnienia tętniczego krwi przez nakłutą tętnicę promieniową oraz nieinwazyjnie – za pomocą kardiomonitora. Zaobserwowano okresowo bradykardię

Tabela 1. Propozycje diagnoz i interwencji pielęgniarzkich z wykorzystaniem ICNP

Diagnoza	Przedmiot	Interwencje	Wynik
zaburzona objętość płynów [10023391] zaburzona równowaga elektrolitowa [10033541]	wstrząs hipowolemiczny (wstrząs: nagła niewydolność krążenia obwodowego w reakcji na utratę krwi, poważne odwodnienie lub inne zjawisko wpływające na ilość krwi w krwiobiegu) [10009599]	ciągły nadzór [10005093] monitorowanie czynności życiowych [10032113] ocenie statusu kardiologicznego za pomocą urządzenia monitorującego [10002706] ocenie równowagi płynowej [10037881] monitorowanie wydalanych płynów [10035319] umieszczenie urządzenia do wykonywania dostępu naczyniowego [10034200] nakuwanie żyły [10016168] pielęgnacja miejsca wprowadzenia urządzeń inwazyjnych [10031592] utrzymywanie dożylnego podawania leków [10036583] utrzymywanie drożności dostępu dożylnego [10036577] terapia elektrolitowa [10039324] terapia płynami [10039330] + terapia dożylna [10010808] + urządzenie do infuzji [10033352] z osi: środki i narzędzia	efektywna równowaga płynów [10033721] efektywna równowaga elektrolitowa [10033709] bez obrzęków obwodowych [10029020]
zaburzona wymiana gazowa [10001177]		ocenie statusu (wydolności) oddychania za pomocą urządzenia monitorującego [10002799] monitorowanie statusu (wydolności) oddychania [10012196] utrzymywanie drożności dróg oddechowych [10031674] terapia tlenem [10039369] terapia z wykorzystaniem urządzeń wspomagających [10039158] + respirator [10016927] z osi: środki i narzędzia monitorowanie terapii oddechowej [10037092]	efektywna wymiana gazowa [10027993] bez duszności [10029264]
ból [10023130]	ból spowodowany raną (ból skórny: odczucie bólu wywołane raną lub zlokalizowane w tkance wokół rany, w zależności od charakteru rany ból określany jako ostry, tnący, rwący lub jako tępy, tłący, dokuczliwy, tkliwy uciskowo, nieobecny przy rozległych uszkodzeniach zakończeń nerwowych, które warunkują możliwość odczuwania bólu) [10021243]	ocenie bólu [10026119] monitorowanie bólu [10038929] administrowanie lekiem przeciwbólowym [10023084] identyfikowanie postawy wobec bólu [10009654] odwracanie uwagi [10039232] monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109]	zmniejszony ból [10027917]
zaburzona integralność skóry [10001290]		ocenie integralności skóry [10033922], ocenie rany [10030799] ocenie podatności na infekcje [10002821] asystowanie chirurgowi podczas zabiegu [10002866] opatrzenie pacjenta [10031164] pielęgnacja rany [10033347] (+ maść [10013670] + opatrunek na ranę [10021227] z osi: środki i narzędzia) pielęgnacja rany chirurgicznej [10032863] kąpanie [10003134]	poprawa integralność skóry [10028517]
gorączka [10041539]	gorączka (zaburzona termoregulacja: nieprawidłowo wysoka temperatura ciała, związana z zaburzeniem wewnętrznego ośrodka termoregulacji, objawiająca się: przyspieszonym oddechem, zwiększona przemianą materii, tachykardią z całkowitym wypełnieniem lub słabo wyczuwalnym tętnem, niepokojem, bólem głowy lub splątaniem; nagłemu wzrostowi temperatury ciała towarzyszą dreszcze, drżenie, blada i sucha skóra; kryzys lub spadek temperatury przy gorączce przebiega przy zaczerwienieniu skóry oraz poceniu się) [10007916]	monitorowanie temperatury ciała [10012165] + urządzenie monitorujące [10012177] z osi: środki i narzędzia administrowanie lekiem przeciwgorączkowym [10037248] monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109] zastosowanie okładu chłodzącego [10036468] monitorowanie równowagi płynów [10040852]	efektywna temperatura ciała [10027652]

Tabela 1. Propozycje diagnozy i interwencji pielęgniarskich z wykorzystaniem ICNP – cd.

Diagnoza	Przedmiot	Interwencje	Wynik
bradykardia [10027274]	arytmia: wolna praca serca, tętno u dorosłego człowieka poniżej 60 uderzeń [10003613]	ocenie statusu kardiologicznego za pomocą urządzenia monitorującego [10002706] monitorowanie statusu kardiologicznego [10034285]	efektywny proces mięśnia sercowego [10035077]
deficyt samoopieki [10023410]		nauczanie o gojeniu się rany [10034974] nauczanie o samopielęgnacji skóry [10033029] ocenie samopielęgnacji skóry [10030747] promowanie higieny [10032477] ocenie stopnia samodzielności [10002723] + pacjent [10014132] z osi klient ocenie wiedzy opiekuna [10033876] ocenie stopnia samodzielności rodziny [10026600]	gotowość do efektywnej samoopieki [10025250]
zaniepokojenie wizerunkiem ciała [10001079]; negatywny wizerunek własny [10022724]	negatywny wizerunek własny (wizerunek własny) [10023963]	ocenie nastroju [10038938] ocenie napięcia smutku [10038940] ocenie niepokoju [10041745] nauczanie o zarządzaniu stresem [10038681] nauczanie o efektywnej komunikacji [10036169] nauczanie o technikach adaptacyjnych [10023717] promowanie efektywnego radzenia sobie [10035936] promowanie poczucia własnej wartości [10024455]	gotowość do pozytywnego wizerunku własnego [10001532]
deficyt wiedzy o ćwiczeniach [10022585]		nauczanie o rehabilitacji [10033017] nauczanie o ćwiczeniach [10040125] promowanie przestrzegania reżimu ćwiczeń [10041628]	wiedza o ćwiczeniach fizycznych [10023786]; przestrzeganie reżimu ćwiczeń [10030163]; przestrzeganie reżimu rehabilitacji [10033671]

(41–43 uderzeń/min). W celu monitorowania diurezy do pęcherza moczowego założono cewnik Foleya. Przewodzą bilans płynów. Okresowo ze względu na skąpomocz wymuszano diurezę farmakologicznie.

Chłopiec gorączkował przez pierwsze 22 doby. Stosowano celowaną antybiotykoterapię o szerokim spektrum. Przeciwdziałając rozwojowi owrzodzenia Curlinga, stosowano dożylnie protekcję za pomocą inhibitorów pompy protonowej.

Ze względu na anemizację i straty białka u pacjenta przetaczano 20-procentowy roztwór albumin, osocze oraz koncentrat krwinek czerwonych.

Od pierwszej doby pobytu, codziennie w znieczuleniu ogólnym zmieniano opatrunki na ranach oparzeniowych w celu ochrony rany przed zakażeniem, jednocześnie przygotowując je do pokrycia przeszczepami. Pobrano posiewy: z rany oparzeniowej, gardła, odbytu i wydzieliny oskrzelowej. Z rany oparzeniowej wyhodowano *Enterobactersakazakii*, a z wydzieliny oskrzelowej *Enterobactercloacae*, w pozostałych miejscach nie stwierdzono chorobotwórczych patogenów. W aseptycznych warunkach, za pomocą środków antyseptycznych, powierzchnie oparzone oczyszczono z martwych tkanek. Ogolono oparzoną skórę głowy. Na głębokie oparzenia zastosowano opatrunki z soli srebrnej sulfadiazyny, a rany głębokie pośredniej grubości pokryto opatrunkami specjalistycznymi hydrofiber ze srebrem (o działaniu przeciwbakteryjnym i pochłaniającym wy-

się z rany), maściami enzymatycznymi i jałowymi siatkami tiulowymi. Oparzoną twarz miejscowo leczono za pomocą maści Scaldex. Przed zmianami opatrunków codziennie kąpano chłopca, wykorzystując preparaty antyseptyczne w wannie o regulowanej wysokości z mobilnym podnośnikiem.

Dwukrotnie – w 5. i 17. dobie od urazu – wykonano autogenny przeszczep skóry. W 3. dobie, pierwszy raz po przeszczepie, w znieczuleniu ogólnym zmieniono opatrunki. W kolejnych dobach sukcesywnie pacjenta kąpano oraz natłuszczano powierzchnie po przeszczepach i miejsca dawcze. Uzyskano wgojenia się przeszczepów – obydwa zabiegi chirurgiczne zakończyły się powodzeniem.

Niewielka część oparzeń IIB, na którą zastosowano nowoczesne opatrunki wygoiła się samoistnie, bez potrzeby dokonania nekrektomii. W późniejszej fazie leczenia koniecznym było tylko natłuszczanie tych powierzchni.

U chłopca pod koniec hospitalizacji zaobserwowano przykurcz w obrębie szyi spowodowany rozrostem blizn pooparzeniowych oraz zmiany troficzne okolicy obu pach.

W 13. dobie, po wyprowadzeniu ze stanu ciężkiego, pacjent został odłączony od respiratora i ekstubowany. Zakończono również żywienie pozajelitowe i karmienie przez sondę, wprowadzając – z dobrą tolerancją – dostną dietę bogatobiałkową. W następnej dobie chło-

piec został przekazany z OIOM-u do części ogólnej CLO. Jego stan psychiczny stopniowo się poprawiał. Pacjent był spokojny, nawiązywał kontakt wzrokowy z otoczeniem, później porozumiewał się za pomocą tablic z alfabetem, cierpiał na bezsenność. Ze względu na obniżony nastrój związany ze stresem pourazowym wymagał konsultacji psychiatrycznej. Zalecono opiekę psychologa i zażywanie neuroleptyku. U pacjenta obserwowano zachwiane poczucie bezpieczeństwa objawiające się problemami z zaakceptowaniem rzeczywistości. Zamykał się w sobie, nie chcąc rozmawiać z personelem. Wstydził się swojego wyglądu. Nie chciał pomocy przy czynnościach samoobsługowych (higienicznych). Niska samoocena doprowadziła do wystąpienia u pacjenta objawów leku społecznego. Codziennie odwiedzali go rodzice, którzy mimo olbrzymiego stresu, byli dla niego dużym wsparciem. Chętnie uczyli się pielęgnacji ran oparzeniowych, wiedząc, że te czynności będą musieli wykonywać w domu.

Od czasu wyprowadzenia ze stanu ciężkiego u chłopca rozpoczęto rehabilitację. Początkowo oddechową, wspomaganą inhalacjami, a następnie przytóżkową (pionizacja i lokomocja) prowadzoną przez rehabilitanta. Kolejnym etapem było wykonywanie ćwiczeń czynnych (ćwiczenia ręki z piłeczką) i rozmasowywanie blizn, zapobiegające przykurczom i powstawaniu bliznowców. Pacjent okresowo odmawiał współpracy, co wymagało jeszcze większego zaangażowania i umiejętności mediacji całego zespołu terapeutycznego.

Z powodu oparzenia dróg oddechowych oraz długotrwałej intubacji u chłopca doszło do przekrwienia nagłośni i strun głosowych, co skutkowało chrypką i trudnościami z artykulacją. Konsultacja laryngologiczna wykluczyła potrzebę jakiegokolwiek interwencji.

Pacjent został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym, z nieznacznie poprawionym nastrojem, z zagojonymi ranami oparzeniowymi oraz widocznymi bliznami. Zalecono krótkie kąpiele pod prysznicem, bez agresywnego wycierania ręcznikiem, aby nie uszkodzić delikatnego naskórka. Zakazano ekspozycji na promienie słoneczne. Skierowano pacjenta do Łodzi w celu uszycia ubrania uciskowego (presoterapia) oraz zalecono stosowanie żelu, spływającego blizny oparzeniowe.

Omówienie

Modele opieki pielęgniarskiej mają za zadanie znalezienie wspólnej płaszczyzny pomiędzy teoretycznymi rozważaniami a praktyczną częścią zawodu, na rzecz optymalnego rozwiązywania potencjalnych problemów pacjenta [15].

W celu zapewnienia jak najlepszej opieki nad ciężko oparzoną pacjentem skupiono się na zaspokojeniu jego zaburzonych podstawowych potrzeb w sferze biopsychospołecznej, opierając się na modelu pielę-

gnowania wg Henderson [16]. Prezentowane diagnozy i interwencje pielęgniarskie uzależnione były od stanu zdrowia chłopca. W pierwszej fazie choroby, fazie wstrząsowej, główny nacisk położono na zapobieganie rozwojowi choroby oparzeniowej. Starano się zminimalizować zaburzenia związane z narastającą niewydolnością oddechową, utratą płynów oraz wyeliminować odczucia bólowe. Takie same interwencje podejmowane były w pracach opisywanych przez innych autorów [17, 18].

W pracy pielęgniarki z ciężko oparzoną pacjentem, oprócz zadań instrumentalnych, zabiegowych, istotne wydają się działania związane z monitorowaniem stanu pacjenta. Wnikliwa, ukierunkowana obserwacja pozwala na ewaluację i dostosowanie postępowania do zmieniającej się dynamicznie sytuacji zdrowotnej pacjenta, przede wszystkim w okresie wstrząsu hipowolemicznego. Zasadniczą rolę odgrywa tu pielęgniarka sprawująca bezpośrednią opiekę nad pacjentem. Nakład pracy pielęgniarskiej z ciężko oparzonymi pacjentami obrazują badania Camuci i wsp., których wyniki wskazują na duże obciążenie obowiązkami zawodowymi w tych oddziałach [19].

Po wyprowadzeniu pacjenta z fazy wstrząsowej skupiono się na działaniach zapobiegających rozwojowi uogólnionego zakażenia, związanego z zaburzoną integralnością skóry, zaburzeniami immunologicznymi oraz z zastosowaniem inwazyjnych metod leczenia. Z epidemiologicznego punktu widzenia, najważniejszym było zastosowanie procedur aseptycznych, eliminujących ryzyko infekcji [20].

W ostatnim etapie hospitalizacji u pacjenta wystąpiły problemy z zaakceptowaniem własnego wyglądu, odmawiał początkowo współpracy, wykazywał niechęć do podjęcia rehabilitacji. Do pracy z chłopcem wprowadzono założenia modelu opieki wg Orem, zawarte w systemie wspomagająco-edukacyjnym, z naciskiem na wywołanie u niego chęci współpracy [21].

Tak ważna wczesna rehabilitacja ciężko oparzonych pacjentów, mająca na celu zapobieganie powikłaniom naczyniowym, oddechowym i funkcjonalnym wpływa korzystnie na końcowy efekt leczenia [22]. U opisywanego pacjenta oraz w przypadku doświadczeń innych autorów nowoczesne formy usprawniania przyniosły pozytywny rezultat [23].

Barierą w komunikacji z pacjentem były problemy psychologiczne związane z lękiem społecznym. Brak zaufania utrudniał jego edukację. Na ten problem wskazują też inni autorzy, którzy także podkreślają występowanie długofalowych problemów w dalszym funkcjonowaniu chorych w środowisku społecznym. Wynikają one z występujących u chorych deformacji fizycznych, jak i niedostosowaniem społecznym oraz depresją na skutek braku akceptacji swojego wyglądu przez samego pacjenta, jak i jego środowisko rówieśnicze [24, 25]. Istotną rolę odgrywa tu wczesna interwen-

cja psychologiczna, świadczona przez profesjonalistów, nastawiona na dostarczenie wsparcia psychologicznego, psychoedukację oraz trening radzenia sobie w życiu codziennym, w zależności od wieku, przez same dziecko, jak i jego opiekunów [26].

Podsumowując – dobór metod pielęgnowania został dostosowany do stanu zdrowia ciężko oparzonego pacjenta, co skutkowało indywidualnym podejściem do rozwiązania poszczególnych problemów pacjenta. Skorzystanie w powyższym opracowaniu z ICNP było próbą stworzenia katalogu podstawowych diagnoz pielęgniarstkich, przydatnych w opiece nad ciężko oparzonego pacjentem. W przyszłości tak powstały katalog w wersji elektronicznej skróci czas pracy pielęgniarki przeznaczony na prowadzenie dokumentacji medycznej [27].

Wnioski

1. W stanie zagrożenia życia działania pielęgniarstkie oparte na modelu opieki pielęgniarstkiej wg Virginii Henderson, w ujęciu holistycznym zaspokoily problemy ciężko oparzonego pacjenta.

2. W fazie współdziałania z pacjentem przydatnym był system wspomagająco-edukacyjny wg Orem.

3. Plan opieki z zastosowaniem ICNP pozwolił na ujednoczenie nazewnictwa poszczególnych diagnoz i zastosowanych interwencji pielęgniarstkich, a w przyszłości wpłynie także na uporządkowanie obszarów związanych z dokumentowaniem pracy pielęgniarki.

10. Henderson V. Excellence in nursing. *Am J Nurs* 1990; 90: 76-77.
11. Greenfield E. The pivotal role of nursing personnel in burn care. *Indian J Plast Surg* 2010; 43: 94-100.
12. Kozłowska E, Cierzniańska K, Szewczyk MT. Wybrane diagnozy i działania pielęgniarstkie u chorych z oparzeniem termicznym. *Pielęg Chir Angiol* 2013; 1: 28-35.
13. Camuci MB, Martins JT, Cardeli AA, Robazzi ML. Nursing Activities Score: nursing work load in a burns. *Intensive Care Unit Rev Lat Am Enfermagem* 2014; 22: 325-331.
14. Rafla K, Tredget EE. Infection control in the burn unit. *Burns* 2011; 37: 5-15.
15. Orem DE, Vardiman EM. Orem's nursing theory and positive mental health: practical considerations. *Nurs Sci Q* 1995; 8: 165-173.
16. Clark DE, Lowman JD, Griffin RL i wsp. Effectiveness of an early mobilization protocol in a trauma and burns intensive care unit: a retrospective cohort study. *Phys Ther* 2013; 93: 186-196.
17. Suder A, Jaśkiewicz J, Dorożyńska L. Kompleksowe postępowanie rehabilitacyjne po urazie oparzeniowym u dzieci. *Pielęg Chir Angiol* 2013; 4: 118-124.
18. Landolt MA, Buehlmann C, Maag T, Schiestl C. Brief Report: Quality of Life Is Impaired in Pediatric Burn Survivors with Posttraumatic Stress Disorder. *J Pediatr Psychol* 2009; 34: 14-21.
19. Stoddard FJ, Ronfeldt H, Kagan J i wsp. Young burned children: The course of acute stress and physiological and behavioral responses. *Am J Psychiatr* 2006; 163: 1084-1090.
20. Kramer DN, Landolt MA. Early psychological intervention in accidentally injured children ages 2-16: a randomized controlled trial. *Eur J Psychotraumatol* 2014; 27: 5.
21. Habel A, Cierzniańska K, Grabowska H i wsp. Propozycja realizacji diagnoz pielęgniarstkich z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgnoiarskiej u chorego operowanego z powodu przepukliny pachwinowej. *Pielęg Chir Angiol* 2011; 4: 187-202.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Toon M, Maybauer D, Arceneaux L i wsp. Children with burn injuries-assessment of trauma, neglect, violence and abuse. *J Inj Violence Res* 2011; 3: 98-110.
2. Chrapusta-Klimeczek A, Puchała J. Farmakoekonomika leczenia oparzeń u dzieci w aspekcie stosowania nowoczesnych opatrunków specjalistycznych; *Leczenie Ran* 2007; 4: 39.
3. American Burn Association. Hospital and prehospital resources for optimal care of patients with burn injury: guidelines for development and operation of burn centers. American Burn Association. *J Burn Care Rehabil* 1990; 11: 98-104.
4. Puchała J. Ocena ciężkości oparzenia. *Oparzenia u dzieci od urazu do wyleczenia*. 1998; 3: 29-39.
5. Committee on trauma American College of Surgeons. Guidelines for Trauma Centers Caring for Burn Patients. Resources for Optimal Care of the Injured Patient 2014; 106-107.
6. Drozd Ł, Mądry R, Strużyna J. Wstrząs oparzeniowy, diagnostyka, monitorowanie i leczenie płynowe ciężkich oparzeń – nowe spojrzenie. *Wiadomości Lekarskie* 2011; 14: 288-293.
7. Spodaryk M. Skrajnie ciężkie urazy termiczne u dzieci – model leczenia żywieniowego. *Post Żyw Klin* 2007; 2: 19-21.
8. Schiestl C. Treatment of scald injuries in infants and toddlers: the Zurich concept. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 2007; 39: 356-359.
9. Szewczyk MT, Cierzniańska K, Ślusarz R i wsp. Modele opieki pielęgniarstkiej. *Przewodnik Lekarza* 2005; 2: 82-86.