Opieka pielęgniarska nad dzieckiem oparzonym

Nursing care of the child with burns

Agnieszka Markowska[1], Maria T. Szewczyk[2]

[1]Oddział Chirurgii Dziecięcej z Pododdziałami Urologii i Leczenia Oparzeń, Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dr. J. Biziela w Bydgoszczy
[2]Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2009; 1: 14-19

Adres do korespondencji:
dr hab. n. med. **Maria T. Szewczyk**, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu
Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dr. J. Biziela, ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz, e-mail: mszewczyk@cm.umk.pl

Streszczenie

Najważniejszą zasadą w przypadku wszystkich rodzajów oparzeń u dzieci jest indywidualizowanie postępowania w doborze metod leczenia i pielęgnowania w zależności od wieku pacjenta, rozległości, umiejscowienia i głębokości rany oparzeniowej. W pracy przedstawiono kluczową rolę pielęgniarki w powrocie do zdrowia oparzonego dziecka.

Słowa kluczowe: dziecko, oparzenie, proces pielęgnowania, rola pielęgniarki.

Summary

Individualizing activities, concerning the choice of treatment methods depending on the age of patients and on the intensiveness, place and depth of the injury, is the most important principle applying to all kinds of burns in children. The work presents the nurse's key role in the child's recovery from burns.

Key words: child, burns, nursing process, nurse's role.

Wstęp

Oparzenie określane jest jako uszkodzenie tkanek powstające na skutek kontaktu z ogniem, gorącymi płynami, parą wodną, środkami chemicznymi, prądem elektrycznym, energią promienistą czy wyładowaniami atmosferycznymi.

Podstawowym problemem w leczeniu i pielęgnowaniu oparzeń jest utrata czynności biologicznej skóry, do której należy w szczególności utrzymanie termoregulacji i równowagi wodno-elektrolitowej. Zaburzenie tych funkcji prowadzi do ucieczki płynów ustrojowych, utraty energii i rozwoju zakażenia. Oparzenie znacznej powierzchni skóry narusza równowagę najważniejszych procesów fizjologicznych koniecznych do przeżycia organizmu. Stan ten nazywa się chorobą oparzeniową, która charakteryzuje się zmniejszeniem objętości osocza krwi, rzutu serca, objętości wydalanego moczu, przepływu obwodowego krwi, szybkim narastaniem obrzęków uogólnionych. Wszelkie następstwa przedłużającego się wstrząsu oparzeniowego znane są jako zespół niewydolności wielonarządowej (*multiorgan dysfunction syndrome* – MODS) [1].

Klasyfikacji oparzeń dokonuje się na podstawie następujących kryteriów:

- rozległość wyrażająca odsetek całkowitej powierzchni ciała objętej oparzeniem,
- głębokość, która jest równoznaczna z zakresem uszkodzeń:
  – oparzenie pierwszego stopnia (uszkodzenie powierzchownych warstw skóry),
  – oparzenie drugiego stopnia (uszkodzenie głębszych warstw skóry),
  – oparzenie trzeciego stopnia (uszkodzenie skóry w pełnej jej grubości),
- stopień ciężkości, wyznaczany przez rozległość i głębokość oparzenia, jak również jego umiejscowienie.

Na podstawie powyższych kryteriów oparzenia dzieli się na ciężkie, średnie i lekkie. Stanowi to wyznacznik specjalizacji ośrodków, do których dziecko oparzone powinno być skierowane do dalszego leczenia. Oparzenie ciężkie powinno być leczone na specjalistycznym oddziale oparzeniowym, oparzenie średnie wymaga leczenia szpitalnego, a oparzenie lekkie może być leczone ambulatoryjnie [2]. Leczenie rany oparzeniowej polega na definitywnym zamknięciu rany oparzeniowej – przeszcze-

pie skóry własnej, pośredniej grubości, przeszczepie skóry pełnej grubości, przeszczepie namnożonych komórek własnego naskórka oraz stosowaniu opatrunków biologicznych [1, 2].

Istnieją trzy główne sposoby leczenia oparzenia:
- leczenie zachowawcze bez opatrunku (metoda otwarta),
- leczenie zachowawcze z opatrunkiem zamkniętym, wielowarstwowym, przetłuszczonym (metoda zamknięta),
- pierwotne wczesne wycięcie rany oparzeniowej (chirurgiczne wycięcie tkanek martwiczych) [2–4].

Choroba oparzeniowa dla dziecka i jego rodziny jest zazwyczaj nowym, ciężkim, traumatyzującym doświadczeniem. Pielęgniarka podejmuje zatem wobec chorego dziecka i jego rodziny działania pielęgnacyjne w ramach procesu pielęgnowania, oparte na rozpoznaniu stanu biologicznego, psychicznego społecznego i duchowego. Proces pielęgnowania pociąga za sobą także konieczność:
- zgromadzenia istotnych dla pielęgnowania danych oraz analizowania ich w celu sformułowania rozpoznania pielęgniarskiego,
- ustalenia indywidualnego planu pielęgnowania,
- zrealizowania planu pielęgnowania zgodnie z przyjętymi ustaleniami,
- dokonania oceny uzyskanych wyników pielęgnowania w relacji do założonych indywidualnych celów opieki [5, 6].

Zasadniczym elementem procesu pielęgnowania jest diagnoza pielęgniarska, stanowiąca ocenę aktualnych i potencjalnych problemów związanych ze zdrowiem oraz reakcji człowieka na te problemy. Rozpoznanie pielęgniarskie dostarcza podstaw do planowania i podejmowania skutecznych działań opieki wielokierunkowej. Właściwie postawiona diagnoza definiuje sposób postępowania i radzenia sobie z problemem, w znacznym stopniu decydując o jakości opieki pielęgniarskiej [6, 7].

Przedstawiony poniżej plan opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem oparzonym został opracowany na podstawie doświadczeń własnych oraz wnikliwej analizy piśmiennictwa w tym zakresie.

Plan opieki nad dzieckiem oparzonym – wybrane problemy pielęgnacyjne

Każde oparzone hospitalizowane dziecko powinno mieć zapewnioną profesjonalną opiekę pielęgniarską.

I. Diagnoza pielęgniarska: *Ból wywołany raną oparzeniową*

Cel opieki pielęgniarskiej: *uśmierzenie bólu.*

Postępowanie pielęgnacyjne [8–17]:

1. Chłodzenie rany oparzeniowej mające na celu zmniejszenie ingerencji ciepła w głąb tkanek, ograniczenie głębokości oparzenia, a tym samym zmniejszenie dolegliwości bólowych.
2. Zapewnienie dostępu żylnego na obwodzie, aby pewnie i skutecznie podać leki w dawce ustalonej przez lekarza.
3. Podawanie leków przeciwbólowych w regularnych odstępach czasu (3–6 godz.), aby uniknąć dolegliwości bólowych.
4. Ułożenie dziecka w pozycji minimalizującej ból i z zastosowaniem wszelkich udogodnień (materac przeciwodleżynowy, podkłady żelowe itp.) i zabezpieczeń.
5. Podanie dziecku do oddychania nawilżonego tlenu przez maseczkę w przepływie 3 ml/godz. Umiejętne posługiwanie się skalami określającymi ból (behawioralną, fizjologiczną – pomiar określonych parametrów, psychologiczną).
6. Obserwacja dziecka w kierunku zapotrzebowania na lek przeciwbólowy (ból oparzeniowy charakteryzuje się dużą zmiennością, a rany wywołują różne doznania bólowe).
7. Monitorowanie dziecka pulsoksymetrem bądź dysponowanie podstawowym sprzętem resuscytacyjnym (podczas stosowania silnych leków przeciwbólowych).
8. Wykorzystywanie niefarmakologicznych metod zwalczania bólu, takich jak techniki wyobrażeniowe, rozrywka w formie zabawy, odwracanie uwagi itp.
9. W miarę możliwości ograniczanie liczby zabiegów powodujących ból.

II. Diagnoza pielęgniarska: *Niepokój i pobudzenie dziecka*

Cel opieki pielęgniarskiej: *uspokojenie dziecka i zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa.*

Postępowanie pielęgnacyjne [10]:

1. Rozmowa i wyjaśnienie dziecku wykonywanych przy nim czynności i zabiegów (wyjaśnienie zasadności i kolejności wykonywanych czynności pozwoli zmniejszyć niepokój dziecka).
2. Zachęcenie rodziców/opiekunów dziecka do pozostania przy dziecku (obecność rodzica uspokaja dziecko i pozwala na szybszą adaptację do warunków szpitalnych).

III. Diagnoza pielęgniarska: *Ryzyko zaburzeń objętości płynów ustrojowych*

Cel opieki pielęgniarskiej: *utrzymanie prawidłowego stanu nawodnienia dziecka.*

Postępowanie pielęgnacyjne [8–10, 15]:

1. Zapewnienie dostępu żylnego, najlepiej na dużej żyle obwodowej (pozwoli to na szybkie wyrównanie niedoborów elektrolitowych).
2. Pielęgnacja wkłucia dożylnego lub centralnego, gdy stan dziecka tego wymaga.

3. Prowadzenie resuscytacji płynowej wg jednej z reguł, np. Parklanda. Płynoterapię ustala lekarz (pozwala ona na uzupełnienie strat płynowych przez ranę oparzeniową oraz na pokrycie fizjologicznego dobowego zapotrzebowania organizmu na płyny).
4. Kontrola diurezy przez cewnik założony do pęcherza moczowego (pozwala na dokładną obserwację ilości moczu wydalanego przez dziecko – ilość moczu nie może być mniejsza niż 1 ml/kg m.c./godz.).
5. Prowadzenie godzinowej zbiórki moczu, zwłaszcza w okresie wstrząsu oparzeniowego (może to ograniczyć powikłania).
6. Prowadzenie bilansu płynów przyjętych i wydalonych – założenie karty intensywnego nadzoru (pozwala to na regulowanie podaży płynów, zapobieganie ich niedoborom lub nadmiernej ilości przyczyniającej się do powstania obrzęków).
7. Codzienne ważenie małego pacjenta i obserwacja w kierunku wystąpienia obrzęków (dzięki monitorowaniu ciężaru ciała można ocenić ilość wody traconej przez skórę na skutek parowania oraz ilość płynu zatrzymanego w tkankach).
8. Kontrola szybkości przetaczanych płynów na podstawie obserwacji ilości diurezy, wartości ciśnienia żylnego, hematokrytu, sodu i potasu (zapobieganie niedoborowi płynów oraz powstaniu obrzęku płuc i mózgu).

IV. Diagnoza pielęgniarska: *Zaburzona termoregulacja*

Cel opieki pielęgniarskiej: *utrzymanie prawidłowej temperatury ciała.*

Postępowanie pielęgnacyjne [2, 10, 14]:

1. Unikanie sytuacji narażających dziecko na utratę ciepła.
2. Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych i obserwacja w kierunku następstw wychłodzenia organizmu dziecka.
3. Zapewnienie stałej temperatury (28–33°C) i wilgotności w pokoju oparzonego dziecka.
4. Dbanie o suchość podłoża, na którym leży dziecko.
5. Ogrzanie gabinetu zabiegowego/sali operacyjnej przed przystąpieniem do zmiany opatrunków.

V. Diagnoza pielęgniarska: *Upośledzona perfuzja tkanek*

Cel opieki pielęgniarskiej: *utrzymanie na prawidłowym poziomie funkcji fizjologicznych w dystalnych odcinkach kończyn objętych oparzeniem.*

Postępowanie pielęgnacyjne [2, 3, 10, 13, 14]:

1. Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych dziecka.
2. Wnikliwa obserwacja pod kątem wystąpienia objawów niewydolności oddechowej (poruszanie skrzydełkami nosa, wystąpienie brzusznego toru oddechowego, kaszel, trudność wdechowa, niepokój), wstrząsu oparzeniowego (przyspieszona czynność serca i oddychania, słabo wyczuwalne lub nitkowate tętno na obwodzie, wydłużony czas powrotu włośniczkowego, oziębienie kończyn), zaburzeń równowagi wodno-elektrolitowej (przyspieszenie tętna, zmniejszenie wydalanego moczu, niepokój).
3. Sprawowanie opieki nad dzieckiem przez stały zespół pielęgniarski w celu szybkiego zaobserwowania niepokojących objawów.
4. Dokładne prowadzenie dokumentacji pielęgniarskiej.
5. Kontrolowanie ucisku (upośledzenie czucia, mrowienie, zmianę barwy i ucieplenia skóry. W tym celu można zastosować żelowe podkłady pod kończyny).
6. Unikanie opatrunków wywierających ucisk np. na oparzoną kończynę.
7. Ułożenie kończyny powyżej poziomu serca, co ułatwia odpływ płynu ustrojowego i zmniejsza uczucie rozpierania (dziecko nie będzie odczuwało dyskomfortu i dolegliwości bólowych).
8. Nauczenie również rodziców/opiekunów układania np. oparzonych kończyn dziecka.

VI. Diagnoza pielęgniarska: *Ryzyko wystąpienia zakażenia*

Cel opieki pielęgniarskiej: *zapobieganie zakażeniu.*

Postępowanie pielęgnacyjne [2, 3, 10, 14, 16, 17]:

1. Obserwacja oparzonego dziecka w celu wczesnego wykrycia objawów zakażenia rany oparzeniowej. Zwrócenie uwagi na zwiększone ocieplenie i obrzęk tkanek, zmianę zabarwienia rany z czerwonej na fioletową, ciemnobrązową aż do czarnej (dochodzi do rozwoju martwicy), zapach wydzielający się z rany, ból, wzrost temperatury ciała.
2. Dokładne mycie i dezynfekcja rąk.
3. Zmiana opatrunków z zachowaniem wszelkich zasad aseptyki (jednorazowy sprzęt, praca w ubraniu z krótkim rękawem, stosowanie odzieży ochronnej jednorazowego użytku). W ten sposób nie dopuszcza się drobnoustrojów do rany oparzeniowej.
4. Stosowanie przez personel opiekujący się dzieckiem wymogów sali operacyjnej (mycie rąk, czapki, maski, rękawiczki, fartuchy). Dzięki temu nie przenosi się bakterii i nie zakaża oparzonego dziecka.
5. Wyeliminowanie personelu będącego nosicielem bakterii, poprzez regularne pobieranie wymazów z gardła i nosa.
6. Właściwa wentylacja w celu zmniejszenia liczby bakterii nagromadzonych w pomieszczeniu, gdzie przebywa oparzone dziecko.
7. Codzienna zmiana pościeli w łóżeczku dziecka, a gdy jest taka konieczność stosowanie pościeli wyjałowionej (ogranicza to możliwość zakażenia rany i sprzyja gojeniu).

8. Dokładne i codzienne sprzątanie pokoju dziecka oraz częste wynoszenie worka na odpadki, aby ograniczyć możliwość namnażania się bakterii.
9. Zmywanie pomieszczeń środkami antyseptycznymi.
10. Dbanie o higienę skóry dziecka, wykonywanie dokładnej toalety całego ciała, w tym krocza (zachowanie pedantycznej higieny zmniejsza ryzyko przeniknięcia bakterii z powierzchni skóry do rany oparzeniowej).
11. Powstrzymanie dziecka przed drapaniem się (krótko obcięte paznokcie, na zlecenie lekarza można podać lek o działaniu przeciwświądowym i łagodzącym).
12. Niedopuszczenie, aby oparzone dziecko kontaktowało się z osobami chorymi zakaźnie i zainfekowanymi.
13. Częsta zmiana opatrunków przy wkłuciach na obwodzie i centralnych, cewnikach i drenach. Zapobieganie kolonizacji w tych miejscach grzybów i bakterii.

VII. Diagnoza pielęgniarska: *Ryzyko wystąpienia powikłań na skutek unieruchomienia – zapalenie płuc, odleżyny*

Cel opieki pielęgniarskiej: *zapobieganie wystąpieniu powikłań.*

Postępowanie pielęgnacyjne [2, 9, 10, 14, 17–19]:

1. Obserwacja w kierunku pierwszych objawów sugerujących początek rozwijania się powikłań (trudności w oddychaniu, sapka, przyspieszony oddech, podwyższona temperatura, niepokój, niższy poziom saturacji, bolesność w miejscach narażonych na powstanie odleżyny, zaczerwienienie, pieczenie, dyskomfort).
2. Ułożenie dziecka w pozycji półsiedzącej, tak aby głowa nie była przygięta do klatki piersiowej. Powoduje to obniżenie się przepony i tym samym zwiększa wydolność oddechową płuc.
3. Utrzymanie optymalnej temperatury i wilgotności powietrza w pokoju dziecka. Zbyt wysoka temperatura powietrza wysusza śluzówki nosa i jamy ustnej, a tym samym utrudnia dziecku oddychanie.
4. Przygotowanie reduktora tlenu, aby w razie konieczności móc podać dziecku do oddychania tlen nebulizowany, który poprawi utlenowanie organizmu, zmniejszy uczucie duszności, niepokoju oraz nawilży śluzówki nosa i jamy ustnej.
5. Prowadzenie gimnastyki oddechowej, zachęcenie dziecka do ćwiczeń oddechowych.
6. Prowadzenie ćwiczeń biernych lub czynnych stosownie do stanu dziecka.
7. Zachęcanie rodziców/opiekunów do usprawnienia dziecka.
8. W miarę możliwości zachęcenie dziecka do zabawy z rówieśnikami.
9. Zapewnienie udogodnień w łóżeczku (kółka, podkłady żelowe itp.).
10. Ułożenie dziecka na materacu przeciwodleżynowym.
11. Częsta zmiana pozycji ułożenia (co najmniej co 1–2 godz.), w celu uniknięcia odleżyn.
12. Dbanie o higienę ciała dziecka, czystość i suchość bielizny pościelowej i osobistej, stosowanie lekkiej bawełnianej piżamki.

VIII. Diagnoza pielęgniarska: *Niedostateczne odżywianie w stosunku do zapotrzebowania organizmu*

Cel opieki pielęgniarskiej: *zapewnienie prawidłowego odżywiania dziecka.*

Postępowanie pielęgnacyjne [2, 9, 10, 14, 15, 20]:

1. Stosowanie w ciągu pierwszych dwóch dni odżywiania pozajelitowego poprzez zastosowanie podaży płynów jedną z reguł, np. Parklanda (przetoczenie w ciągu 24 godz. 2–4 ml płynów na 1 kg m.c. na każdy 1% oparzonej powierzchni ciała. Powierzchnię oparzeń ocenia się szacunkowo wg reguły dziewiątek, ilość i rodzaj ustala lekarz).
2. Przyjmowanie posiłków i płynów drogą doustną (najczęściej od 2. doby) pozwala na zmniejszenie ilości płynów przyjmowanych drogą dożylną.
3. Zachęcanie dziecka do przyjmowania pokarmów doustnie i samodzielnego spożywania posiłków.
4. Założenie zgłębnika żołądkowego (dziecku z zaburzeniami łaknienia, z rozległymi oparzeniami). W ten sposób zapewnia się właściwą podaż płynów i pokarmów o odpowiedniej kaloryczności. Prawidłowa podaż białka o wysokiej wartości biologicznej zapewnia odbudowę komórek i tkanek. Dzięki temu gojenie się rany oparzeniowej można przyspieszyć.
5. Zapewnienie diety wysokokalorycznej i bogatobiałkowej.
6. Regularne podawanie posiłków (częściej, ale w mniejszych ilościach) nie prowadzi do zaburzeń metabolicznych, a tym samym ułatwia przyswajanie.
7. Zapewnienie posiłków lubianych i tolerowanych przez dziecko.
8. Zapisywanie liczby i objętości posiłków przyjmowanych przez dziecko.
9. Poinformowanie rodziców/opiekunów o sposobie odżywiania dziecka, unikania przekarmienia, rodzaju pokarmów, jakie mogą podawać dziecku oraz o zapisywaniu ilości wszelkich pokarmów i płynów podanych dziecku.

IX. Diagnoza pielęgniarska: *Zaparcia wynikające z braku ruchu, nieprawidłowej diety bądź niedrożności porażennej*

Cel opieki pielęgniarskiej: *uregulowanie częstości wypróżnień.*

Postępowanie pielęgnacyjne [9, 10, 18, 20]:

1. Kontrolowanie posiłków przyjmowanych przez dziecko (zwłaszcza dostarczanych przez rodzinę).

2. Modyfikacja diety dziecka poprzez wprowadzenie do niej świeżych owoców i warzyw w celu pobudzenia perystaltyki jelit, co ułatwia wydalanie.
3. Zachęcenie do picia wody mineralnej niegazowanej, soków owocowych, herbat, gdyż wpływają na upłynnienie stolca.
4. Zwiększenie aktywności ruchowej w miarę możliwości dziecka poprzez siadanie, zmianę pozycji w łóżeczku, wstawanie, zabawę z rówieśnikami.
5. Regularne spożywanie posiłków.
6. Stosowanie farmakologicznych środków rozluźniających stolec, pobudzających perystaltykę jelit, ułatwiających wypróżnienie (na zlecenie lekarza).

X. Diagnoza pielęgniarska: *Ograniczenie ruchomości części ciała*

Cel opieki pielęgniarskiej: *przywrócenie optymalnej sprawności fizycznej i ograniczenie bliznowacenia.*

Postępowanie pielęgnacyjne [10, 18]:

1. Stosowanie ćwiczeń zwiększających zakres ruchów (ćwiczenia wykonywane po konsultacji z rehabilitantem).
2. Zachęcanie dziecka do częstego poruszania, np. oparzoną kończyną.
3. Uruchomienie dziecka tak wcześnie, jak to jest możliwe.
4. Mobilizowanie dziecka do samodzielnego wykonywania ćwiczeń.
5. Zapobieganie przykurczom poprzez stosowanie szyn utrzymujących kończynę dziecka w pozycji wyprostowanej oraz opatrunku uciskowego po wygojeniu się rany oparzeniowej.
6. Obecność i pomoc w trakcie fizykoterapii.
7. Zachęcanie rodziców do wspólnych ćwiczeń z dzieckiem.
8. Stosowanie materiału opatrunkowego przytrzymującego, takiego jak np. Codofix, w celu wykonywania swobodnych ruchów przez dziecko bez obawy, że opatrunek się zsunie.
9. Wprowadzanie działań fizykoterapeutycznych i rehabilitacyjnych po podaniu środków przeciwbólowych, szczególnie wówczas, gdy dziecko skarży się na ból podczas rehabilitacji.

XI. Diagnoza pielęgniarska: *Problemy emocjonalne dziecka i rodziców*

Cel opieki pielęgniarskiej: *zapewnienie wsparcia emocjonalnego.*

Postępowanie pielęgnacyjne [2, 10, 21, 22]:

1. Pozytywne, życzliwe podejście zespołu terapeutycznego. Rodzicom dziecka może być potrzebne wsparcie, osoba, której mogą wyjawić swe uczucia i problemy. Dlatego ważna jest otwartość i życzliwość pielęgniarek, pomoc może polegać na udzieleniu wsparcia emocjonalnego w chwili kryzysu lub napięcia emocjonalnego, a także na dostarczeniu odpowiednich informacji. Daje to poczucie pewności i bezpieczeństwa rodzicom w podejmowaniu decyzji. Okazane wsparcie sprzyja zdrowieniu i mobilizowaniu rodziców do walki z chorobą dziecka.
2. Częste rozmowy z dzieckiem i jego rodzicami.
3. Nauczenie rodziców, w jaki sposób mogą zapewnić komfort psychiczny dziecku, np. poprzez okazywanie mu bliskości, zainteresowania, czuwanie przy nim, zabawę.
4. Ułatwianie kontaktów dziecka z rówieśnikami w miarę możliwości.
5. Nakłanianie dziecka do wyrażania swoich uczuć i dyskutowanie o nich.
6. Przygotowanie rodziców i dziecka do ewentualnej zmiany wyglądu ciała, do dalszego postępowania leczniczego lub rehabilitacji psychicznej w przypadku blizn, przykurczów po oparzeniu.
7. Rozwiązywanie problemów *stygmatyzacji*, rozmowa z psychologiem i podejmowanie działań wspierających, zaproponowanie np. modelu wspierającego i strategii radzenia sobie. W procesie dostosowywania, akceptacji wyglądu ciała ważne będzie poza rodziną grupowe wsparcie społeczne.

Podsumowanie

Pielęgniarka w procesie opieki nad dzieckiem oparzonym odgrywa znaczącą rolę. Sprawia, że po oparzeniu dziecko zostaje otoczone profesjonalną opieką. Działając w sposób zaplanowany i zindywidualizowany, zapobiega mogącym wystąpić powikłaniom. Z przedstawionego planu opieki pielęgniarskiej wynika także, że pielęgnowanie to nie wyłącznie dbałość o ciało pacjenta, ale także udział np. w lekoterapii, rehabilitacji, usprawnianiu i innych. Podtrzymywanie więzi emocjonalnej, wiary w lepsze jutro (dziecka i jego rodziny) oraz zachęcanie do wysiłku na drodze do uzyskania zdrowia.

Podejmowane i usystematyzowane działania pielęgniarskie służą ratowaniu, przywracaniu i poprawie stanu biopsychospołecznego. Sprzyjają zmniejszeniu stanów zagrożenia życia i czynią hospitalizację dla dziecka i jego rodziców mniej stresującym przeżyciem.

Piśmiennictwo

1. Puchała J. Wczesne postępowanie w oparzeniach u dzieci. W: Wczesne leczenie oparzeń. Strużyna J (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006; 259-70.
2. Muscari M. Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne. Bernat K (red.). Czelej, Lublin 2005; 123.
3. Rolka H, Baranowska A. Standard opieki pielęgniarskiej nad chorym oparzonym. W: Dermatologia i wenerologia dla pielęgniarek. Krajewska-Kułak E (red.). Czelej, Lublin 2006; 352-9.
4. Matuszczak E, Kruk J, Lenkiewicz T. Oparzenia chemiczne – skutki braku nadzoru nad małymi dziećmi. Rocznik Dziecięcej Chirurgii Urazowej 2006; 34: 105-8.
5. Górajek-Jóźwik J. Podstawy i założenia zindywidualizowanego pielęgnowania. W: Pielęgniarstwo – podręcznik dla studiów medycznych. Zahradniczek K (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006; 140-3.

6. Szewczyk MT. Diagnoza pielęgniarska. Przew Lek 2006; 1: 86-9.
7. Szewczyk MT, Cierzniakowska K, Stodolska A i wsp. Proces pielęgnowania jako metoda pracy. Przew Lek 2005; 4: 84-91.
8. Kaźmierski M, Mańkowski P, Jankowski A. Rola lekarza rodzinnego w leczeniu oparzeń. Magazyn Medyczny – Lekarz Rodzinny 2002; 11: 33-40.
9. Puchała J, Spodaryk M, Jarosz J. Oparzenia u dzieci – od urazu do wyleczenia. Wyd. I. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagielońskiego, Kraków 1998; 11: 14-21, 22-4, 30-1, 34-6.
10. Cierzniakowska K, Szewczyk MT, Barczykowska E. Postępowanie pielęgniarskie wobec dziecka hospitalizowanego z powodu oparzenia. W: Pielęgniarstwo w pediatrii. Barczykowska E, Ślusarz R, Szewczyk MT (red.). Borgis, Warszawa 2006; 91-102.
11. Pasemko A, Olejnik B, Lenkiewicz T. W: Postępowanie pielęgnacyjne z pacjentem po urazie wielonarządowym w klinice chirurgii dziecięcej. Rocznik Dziecięcej Chirurgii Urazowej 2004; 32: 111-3.
12. Kobylarz K, Szlachta-Jezioro I, Maciejewska-Sałata M. Leczenie bólu oparzeniowego u dzieci. W: Wczesne leczenie oparzeń. Strużyna J (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006; 274-6.
13. Osmola A, Stadnik H, Mańkowski B. Ból w chorobie oparzeniowej. Roczniki Oparzeń 2000; 11: 29-34.
14. Kania B, Raczkowska-Mikołajczk L, Maślanka B, Sandecka R. Kompleksowa opieka pielęgniarska nad oparzonym dzieckiem. Roczniki Oparzeń 1999; 10: 107-10.
15. Kaczmarek K, Kuraś I. Ocena stanu odżywienia i żywienie dojelitowe ciężko oparzonych. Roczniki Oparzeń 1999; 10: 111-3.
16. Chrapusta-Klimeczek A, Puchała J, Szlachta-Jezioro I. Rola materiałów opatrunkowych ze srebrem jonowym w aspekcie zakażeń ran oparzeniowych u dzieci. Zakażenia 2007; 3: 104-8.
17. Żyburt J, Bartoszewicz E, Dumin B, Hołubek L. Pielęgnacja ciężko oparzonych. Roczniki Oparzeń 1996; 7/8: 237-8.
18. Adamczyk W, Jaworska A. Rehabilitacja oparzonych. Roczniki Oparzeń 1999; 10: 63-7.
19. Kaczmarek K, Kuraś I, Perdoch M. Opieka pielęgniarska w różnych okresach choroby oparzeniowej. Roczniki Oparzeń 1996/1997; 7/8: 231-5.
20. Sirek J. Leczenie rany oparzeniowej. Poradnik Farmaceuty 2005; 5: 16-8.
21. Kaczmarek K, Kuraś I. Psychologiczne aspekty opieki pielęgniarskiej nad chorym oparzonym. Roczniki Oparzeń 1999; 10: 103-5.
22. Malesińska M, Dębek W. Edukacja zdrowotna rodziców dzieci oparzonych. Rocznik Dziecięcej Chirurgii Urazowej 2005; 33: 100-4.