



KATARZYNA CIERZNIAKOWSKA<sup>1</sup>, ALEKSANDRA POPOW<sup>1</sup>, ELŻBIETA KOZŁOWSKA<sup>1</sup>, KATARZYNA MERTIN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

<sup>2</sup>Studenckie Koło Naukowe Katedry Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

## OPIS PRZYPADKU

# EFEKTYWNA PROFILAKTYKA ODLEŻYN U CHORYCH Z LICZNYMI CZYNNIKAMI RYZYKA

## Effective prevention of pressure ulcers in patients with multiple risk factors

### STRESZCZENIE

W pracy poruszono ponadczasowy problem, jakim jest występowanie odleżyn u chorych. Treść ukierunkowana jest na możliwe sposoby obniżenia ryzyka pojawienia się tego rodzaju ran. Omawiane zagadnienia przedstawiane są w literaturze jako istotne problemy medyczne, pogarszające stan ogólny chorego. Ryzyko rozwoju odleżyn uwarunkowane jest między innymi liczbą czynników ryzyka, które występują u chorego oraz jakością sprawowanej nad nim opieki. Celem pracy jest podkreślenie znaczenia profilaktyki przeciwoodleżynowej na podstawie aktualnych danych zaczerpniętych z piśmiennictwa oraz opis pacjenta obciążonego wieloma czynnikami ryzyka. Praca wskazuje na czynności prewencyjne wraz z ich pozytywnym wpływem na stan pacjenta. Zaprezentowany wachlarz procedur pielęgnacyjnych stwarza możliwość indywidualnego dopasowania ich do potrzeb konkretnego pacjenta.

### SŁOWA KLUCZOWE

czynniki ryzyka, odleżyny, profilaktyka

### ABSTRACT

The paper deals with the timeless problem of the occurrence of pressure ulcers in patients. The paper focuses on possible ways to reduce the risk of developing this type of wound. The discussed issues are presented in the literature as significant medical problems that worsen the patient's overall condition. The risk of developing pressure ulcers is determined by the number of risk factors present in the patient and the quality of care provided, among other factors. The aim of the study is to emphasize the importance of decubitus ulcer prevention based on the current literature and the patient's description with multiple risk factors. The paper points to preventive actions and their positive influence on the patient's condition. The presented range of nursing procedures creates the possibility of individual adjustment to the needs of the individual patient.

### KEY WORDS

risk factors, pressure ulcers, prevention

### ADRES DO KORESPONDENCJI

dr n. med. Katarzyna Cierzniańska, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Wydział Nauk o Zdrowiu *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, e-mail: [katarzyna.cierznianska@biziel.pl](mailto:katarzyna.cierznianska@biziel.pl)

## WSTĘP

Odleżyny pomimo ciągłego rozwoju medycyny nadal utrzymują swoje miejsce w rankingu najczęściej występujących problemów medycznych i społecznych na całym świecie. Bezsprzecznie uznano je za problemy zdrowotne generujące wysokie koszty leczenia, wynikające z ich przewlekłości i częstości występowania [1].

Pojawienie się odleżyny jest zależne od stanu ogólnego pacjenta, liczby czynników ryzyka występujących

u pacjenta, pracy zespołu medycznego oraz zaangażowania rodziny w opiekę nad osobą chorą [2].

Prawidłowa opieka nad chorym wymaga zastosowania w czynnościach leczniczo-pielęgnacyjnych ugruntowanej i uaktualnionej wiedzy na temat prawidłowych zasad postępowania [3, 4]. Stworzony plan opieki powinien być ukierunkowany na konkretnego pacjenta (praktyka skoncentrowana na osobie), powinien być klarowny, spójny oraz udostępniony wszystkim

kim osobom sprawującym opiekę nad pacjentem w celu oceny efektów. Szczególnie ważna jest dokumentacja medyczna, z której można uzyskać informacje na temat stosowanych zabiegów, efektów tych czynności oraz ewentualnych korekt planu terapii [5].

## CEL PRACY

Przeprowadzenie całościowej analizy biopsychospołecznej sytuacji pacjenta obciążonego wieloma czynnikami ryzyka, których zlekceważenie może doprowadzić do rozwoju rany odleżynowej.

## OPIS PRZYPADKU

Mężczyzna 24-letni w wyniku urazu doznał przerwania ciągłości rdzenia kręgowego na poziomie Th5–Th6. W Klinice Neurochirurgii wykonano stabilizację zniszczonego poziomu rdzenia kręgowego. Obecnie występuje u pacjenta porażenie prawej kończyny dolnej i niedowład lewej kończyny dolnej. Z tego tytułu został hospitalizowany w Klinice Rehabilitacji w trybie planowym w celu wdrożenia leczenia poprawiającego sprawność.

Stan pacjenta w chwili przyjęcia do szpitala był dobry. Brak objawów infekcji, temperatura ciała 36,8°C. Tętno miarowe, równomiernie wypełnione, 77 uderzeń/min. Ciśnienie zmierzone w momencie przyjęcia chorego na oddział i po przyjęciu leków na nadciśnienie było podwyższone, wynosiło 150/80 mm Hg. Oddech prawidłowy, miarowy, głęboki, bezwonnny i wykonywany bez czynności dodatkowych mięśni międzybrownych. Waga pacjenta w chwili przyjęcia wynosiła 110 kg przy wzroście 175 cm. Wskaźnik masy ciała (*body mass index* – BMI) pacjenta wynosił 35,92 (otyłość drugiego stopnia). Młody mężczyzna nie zgłosił uczulenia na jakikolwiek lek, środki chemiczne ani kosmetyki. Nie leczył się również na sezonowe alergię. W trakcie oceny bólu z wykorzystaniem skali wzrokowo-analogowej (*visual analog scale* – VAS) pacjent nie zgłaszał dolegliwości bólowych. Podkreślił brak odczuwania bólu, temperatury oraz zaburzenia czucia w kończynach dolnych.

W chwili przyjęcia pacjent reagował logicznie, rozumiał polecenia, nie miał problemów z zapamiętywaniem. Została zachowana pełna świadomość.

Niepokojącym elementem był obniżony nastrój. Podczas wywiadu pielęgniarskiego i wykonywanych czynności higienicznych pacjent odpowiadał na zadawane pytania krótkimi komunikatami. Unikał tematów związanych ze swoim stanem zdrowia. Spoglądał na siebie przez przyzmat niepełnosprawności. Dodatko-

wo był sfrustrowany brakiem możliwości odwiedzin ze strony rodziny i znajomych, co wynikało z sytuacji epidemiologicznej w kraju. Młody mężczyzna nie zgłaszał problemów z zasypianiem, lecz z budzeniem się w nocy i szybkim wybudzaniem się w godzinach porannych.

Skóra pacjenta była czysta. Widoczne były oznaki stosowanej wcześniej steroidoterapii w postaci rozstępów w okolicy podbrzusza i ramion. Prawe przedramię pokryte licznymi tatuażami. W okolicy kręgosłupa piersiowego widoczna blizna pooperacyjna. Jama ustna z widocznymi owrzodzeniami w kącikach ust.

Ociążony nadciśnieniem pacjent przyjmuje na stałe leki obniżające jego wartości. Dotychczas nie wykonywał kontrolnych pomiarów ciśnienia, ponieważ nie odczuwał takiej potrzeby. Przed przyjęciem zalecanej dawki leku wartości ciśnienia wynosiły do 200/100 mm Hg.

Pacjent zmagał się z otyłością drugiego stopnia, dodatkowo niedawno zdiagnozowano u niego cukrzycę typu 2 i niedoczynność tarczycy. W związku z młodym wiekiem lekarz rodzinny zalecił mu zmianę nawyków żywieniowych i uprawianie sportu. Mężczyzna poznał zasady prawidłowego odżywiania, jednak nie zauważał potrzeby wdrożenia ich w życie. Starał się wypijać 2 litry wody dziennie. W trakcie pobytu na oddziale szpitalnym niechętnie przyjmował posiłki. Jeśli je spożywał, to w małych ilościach. Przebywając wcześniej w domu, nie ograniczał kolorowych, słodzonych napojów i słodyczy. Przyjmował głównie posiłki typu *fast food* i z dużą zawartością tłuszczu. Warzywa i owoce spożywał w niewielkiej ilości. Nie dokonywał kontrolnych pomiarów poziomu glukozy we krwi, mimo że znał zasady działania glukometru.

Wskutek doznanej uszczerbku na zdrowiu u mężczyzny pojawiły się nieprawidłowości ze strony układu moczowego. Pacjent zgłaszał częste sytuacje zalegania dużej ilości moczu w pęcherzu oraz niemożność całkowitego opróżnienia pęcherza (pęcherz neurogenny). W celu obniżenia ciśnienia w pęcherzu moczowym zastosowano tymczasowo cewnik Foleya, który ogranicza bierne ruchy chorego podczas ćwiczeń rehabilitacyjnych.

Od chwili urazu i operacji pacjent przebywał na stałe w łóżku. U mężczyzny występowały zaburzenia koordynacji ruchowej. Nie był w stanie zmienić ułożenia z pleców na bok i na odwrot. Praca nóg nie była spójna z pracą reszty ciała. Niedowład kończyn dolnych zwiększał poczucie ciężkości ciała, wskutek czego pacjent nie widział potrzeby mobilności w łóżku. Młody mężczyzna potrafił samodzielnie wykonać toaletę ciała

tylko w ograniczonym zakresie. Przy właściwym ułożeniu z pomocą personelu medycznego był w stanie się ogolić, umyć zęby, twarz, okolice brzucha i rąk.

Pacjent zgłaszał problemy z oddawaniem stolca. Odczuwał parcie, jednak nie był w stanie się wypróżnić. Ponadto sygnalizował występowanie wzdęć i zaleganie gazów.

## ISTOTNE PROBLEMY PIELĘGNACYJNE CHOREGO I INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE

Zmniejszona reakcja na otoczenie, obniżone samopoczucie i problemy ze snem

*Cel:* Odbudowanie afektu, poprawa zdrowia psychicznego oraz jakości snu.

*Działania pielęgniarskie:*

- ocena stanu psychicznego pacjenta,
- obserwowanie reakcji chorego na otoczenie podczas wykonywania czynności pielęgniarskich,
- budowanie zaufania i poczucia wsparcia,
- przeprowadzenie uszczegółowionej rozmowy na temat przyczyn obniżonego nastroju i występowania dodatkowych problemów zdrowotnych,
- rozważenie we współpracy z lekarzem konieczności zastosowania farmakoterapii,
- obserwacja pacjenta pod kątem pojawienia się ewentualnych działań niepożądanych leków,
- monitorowanie parametrów życiowych pacjenta,
- umożliwienie mężczyźnie rozmowy z psychologiem, terapeutą zajęciowym lub inną osobą przez niego wskazaną,
- poinformowanie chorego o możliwości zgłaszania wszelkich niepokojących objawów.

*Realizacja planu opieki z uzasadnieniem:* Podczas wykonywanych czynności terapeutycznych zaobserwowano obojętność ze strony pacjenta. Na twarzy widoczne oznaki zmęczenia i przygnębienia, postawa ciała lekko pochylona. Oceniono samopoczucie pacjenta za pomocą wskaźnika dobrego samopoczucia (test WHO-5). Młody mężczyzna uzyskał 5 punktów na 25 możliwych, co oznacza, że bardzo nisko ocenił jakość swojego życia.

Przekazano pacjentowi informacje o uzyskanym wyniku i zapewniono o dyskrecji w zakresie powierzanych problemów i smartwień oraz możliwości rozmowy, budując w ten sposób prawidłowy kontakt z chorym [5].

Przeprowadzono rozmowę z mężczyzną na temat przyczyn obniżonego nastroju. W trakcie udzielania odpowiedzi przez chorego jego głos był pozbawiony kolorytu. Mężczyzna nie modulował tonu. Zaobserwo-

wano pesymistyczne podejście do założonego procesu leczenia oraz obawy dotyczące pozostania osobą niepełnosprawną do końca życia. Spostrzeżono dużą więź z bliskimi i poczucie tęsknoty wywołanej brakiem możliwości odwiedzin z ich strony. Dodatkowo odnotowano problemy ze snem określane jako serie krótkich przebudzeń w ciągu nocy i wybudzeń we wczesnych godzinach porannych.

Poproszono pacjenta o wypełnienie kwestionariusza skali Becka oraz określenie intensywności zawartych w niej objawów. Skala ta weryfikuje obecność depresji i jej stopień. Mężczyzna uzyskał 12 punktów co oznacza depresję w stopniu łagodnym [6].

Po przeanalizowaniu sytuacji zdrowotnej pacjenta przekazano lekarzowi informacje o zgłaszanych problemach ze snem i wynikach przeprowadzonych badań psychologicznych.

Choremu polecono ograniczenie korzystania z telefonu i innych urządzeń elektronicznych, które pobudzają układ nerwowy, zakłócając w ten sposób zasypianie. Dodatkowo zalecono unikanie dużych porcji posiłków na 2 godziny przed planowanym zaśnięciem, ponieważ zaleganie treści pokarmowej w żołądku wpływa niekorzystnie na sen. Zapewniono odpowiednie warunki do snu, zaciemniono salę [7].

Wdrożono leczenie farmakologiczne hydroksyzyną w dawce 25 mg przed snem. Podano pacjentowi lek zgodnie ze zleceniem w celu poprawy jakości snu i wyciszenia. Uprzednio przekazano choremu informacje na temat objawów, które mogą wystąpić po zażyciu leku. Zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego najczęściej pojawia się uczucie senności, które w tej sytuacji jest pożądane. Poza tym bardzo częste są ból głowy, ogólne zmęczenie oraz suchość w jamie ustnej [8].

Dokonano kontroli ciśnienia, które po podaniu leków wynosiło 120/70 mm Hg – uznano je za prawidłowe.

Zasygnalizowano pacjentowi możliwość rozmowy ze szpitalnym psychologiem. Zgodnie z wynikami przeprowadzonych dotychczas badań naukowych sama identyfikacja pacjenta z depresją nie daje oczekiwanych rezultatów leczenia. Należy zasięgnąć pomocy specjalistów w tym zakresie już od pierwszych niepokojących objawów [6].

*Ocena:* Zastosowanie w konsultacji z lekarzem leków nasennych poprawiło jakość snu, pacjent nie wybudza się w ciągu nocy. Mężczyzna nie zgodził się na rozmowę z psychologiem, jednak otworzył się na zawieranie nowych kontaktów z innymi pacjentami. Nadal unikał tematu choroby.

**Wnioski:** Założony cel został zrealizowany częściowo. Problemy ze snem wyeliminowano dzięki wdrożeniu przez pacjenta zaleceń pielęgniarskich i zastosowanej farmakoterapii. Stan psychiczny uległ nieznacznej poprawie ze względu na niechęć pacjenta do podjęcia współpracy z psychologiem. Konieczna będzie konsultacja z lekarzem specjalistą w celu wdrożenia farmakoterapii.

Zmniejszony apetyt i ryzyko rozwoju odleżyn na skutek zaburzeń gospodarki białkowej

**Cel:** Przywrócenie prawidłowego łaknienia i przeprowadzenie profilaktyki przeciwoleżynowej w zakresie odżywiania.

**Działania pielęgniarskie:**

- zainicjowanie rozmowy z pacjentem na temat przyczyn zmniejszonego apetytu,
- określenie stopnia ryzyka niedożywienia oraz ocena kliniczna chorego, pomiary antropometryczne,
- po konsultacji z lekarzem i na jego zlecenie wykonanie badań laboratoryjnych,
- przekazanie informacji na temat wyników badań i ich wpływu na stan zdrowia i proces dalszego leczenia,
- wprowadzenie regularnych pomiarów masy ciała i wskaźnika BMI.

**Realizacja planu opieki z uzasadnieniem:** W trakcie rozmowy z chorym odnotowano główne przyczyny zmniejszenia ilości przyjmowanych posiłków. Młodemu mężczyźnie nie smakowały potrawy przygotowywane przez kuchnię szpitalną. Dodatkowo od tygodnia nie odczuwał głodu. Przyjmował małe ilości posiłków z poczucia obowiązku. Pacjent nie był w stanie określić swojej obecnej masy. W chwili przyjęcia ważył 110 kg, co wskazywało na otyłość. Sygnalizował wcześniej wzdęcia i trudności z wydalaniem stolca. Problem ten został złagodzony. Dodatkowo chory skarżył się na łamliwość paznokci i utrzymujące się od kilku dni owrzodzenia w kąciakach ust. Mężczyzna zgłaszał uczucie przyspieszonej akcji serca podczas minimalnego wysiłku.

Podczas obserwacji dostrzeżono bladość i suchość skóry, nadmierne zaczerwienienie siatkówki oka oraz problemy z jej wysychaniem. Odnotowano obecną wagę pacjenta – 97 kg, co oznacza spadek o 12% w ciągu 2 miesięcy. Zmierzono tętno w spoczynku i po wykonaniu zmiany pozycji. Odnotowano szybki wzrost z 77 uderzeń/min do 120 uderzeń/min. Świadczy to o pojawieniu się tachykardii po niewielkiej dawce wysiłku. Ze skali subiektywnej globalnej oceny stanu odżywienia (*Subjective Global Assessment – SGA*) wynika podejrzenie niedożywienia. Pobrano krew w celu

sprawdzenia poziomu stężenia żelaza, witaminy B<sub>12</sub>, albumin, elektrolitów oraz skontrolowania morfologii. Otrzymane wyniki badań laboratoryjnych i wygląd chorego wskazywały na anemię.

Poinformowano pacjenta o ryzyku powikłań wynikających z niedożywienia. Przekazano wiadomości na temat zaburzonych procesów naprawczych skóry i ryzyka powstania odleżyn [9].

Rozszerzono dietę pacjenta o doustny suplement Nutridrink, który stosowany jest m.in. u osób ze zmniejszonym apetytem o nieokreślonej przyczynie. Udowodniono naukowo, że dodatkowe wsparcie produktami, które zawierają skondensowane duże ilości białka i węglowodanów oraz argininę, cynk, miedź i witaminę C i A, korzystnie wpływa na procesy regeneracyjne skóry [1, 10].

Zastosowano krople do oczu z hialuronianem sodu (2 mg/ml) w celu nawilżenia powierzchni oczu i złagodzenia uczucia suchości.

Wprowadzono profilaktykę wzmacniającą integralność skóry. Zastosowano na powierzchnię skóry oliwę z oliwek, która wzmacnia właściwości ochronne i regeneracyjne skóry dzięki zawartości dużej ilości nienasyconych kwasów tłuszczowych [1].

**Ocena:** Wprowadzenie dodatkowego źródła pokarmu sukcesywnie poprawiało stan odżywienia pacjenta. Mężczyzna stopniowo odzyskiwał siły. Owrzodzenia w kąciakach ust się wygoiły i wzmocniła się struktura paznokci.

Chory nie zgłaszał problemów z suchością oczu. Zastosowanie regenerującego produktu na skórę pacjenta wzmocniło jej strukturę.

**Wnioski:** Założone cele zostały zrealizowane, jednak w trosce o dobro pacjenta nadal powinny być stosowane czynności zabezpieczające skórę przed uszkodzeniem. Ważne jest utrzymanie właściwego poziomu opieki, tak aby nie dopuścić do patologicznego procesu, jakim jest rozwój odleżyny. Należy wprowadzić systematyczną kontrolę stanu odżywienia pacjenta. Dzięki wdrożeniu dobrze opracowanego planu opieki i zastosowaniu produktów farmakologicznych zgłaszane przez chorego problemy zostały wyeliminowane.

Niebezpieczeństwo rozwoju odleżyn wywołane zmniejszoną ruchomością pacjenta

**Cel:** Obniżenie ryzyka pojawienia się odleżyny.

**Działania pielęgniarskie:**

- ocena ryzyka rozwoju odleżyn za pomocą wybranej skali,

- określenie i codzienna ocena miejsc zagrożonych rozwojem odleżyny,
- zastosowanie materaca przeciwoleżynowego eliminującego nadmierny nacisk na tkanki,
- udzielenie pomocy pacjentowi w zmianie pozycji ułożeniowej,
- toaleta ciała, stosowanie środków ochronnych,
- wykonanie na zlecenie lekarskie kontrolnych badań krwi,
- kontynuowanie wdrożonej suplementacji doustnej (Nutridrink),
- sporządzanie dokumentacji, w której opisywane będą zastosowane działania profilaktyczne i ich rezultat.

*Realizacja planu opieki z uzasadnieniem:* Oceniono ryzyko wystąpienia odleżyny u pacjenta za pomocą skali Waterlow. Pacjent uzyskał 22 punkty, co oznacza wysokie ryzyko rozwoju odleżyn. Określono najbardziej narażone miejsca. Z uwagi na stan pacjenta najbardziej wyeksponowana jest okolica pośladków, pięt i łokci.

Dobrano odpowiedni materac przeciwoleżynowy, biorąc pod uwagę masę ciała pacjenta, jego wzrost oraz cel zastosowania materaca. Użyto materaca zmienności ciśnieniowego z mikrowentylacją, który zapewnia eliminację nadmiernego ucisku na poszczególne partie ciała, pozwalając na swobodny dopływ krwi do tkanek. Dodatkowo zmienne ciśnienie, którym się charakteryzuje, ogranicza nadmierne napięcie mięśni, sztywność stawów i ból. Ponadto ten rodzaj materaca reguluje temperaturę. Jest doskonały dla pacjenta z cukrzycą i zaburzeniami krążenia, ponieważ jest dodatkowo wyposażony w otwory, które w sposób ciągły napowietrzają ciało, eliminując nadmiar potu [2].

Dokonywano systematycznej zmiany pozycji pacjenta co 2 godziny z zachowaniem ostrożności i eliminacji niepotrzebnych sił tarcia. Dodatkowo zadbane o to, aby bielizna pościelowa była sucha oraz aby prześcieradło było dobrze napięte. Udzielano codziennej pomocy w czynnościach pielęgnacyjnych. Zadbane o odpowiednie nawilżenie skóry, stosując preparaty nawilżające. Stworzono ochronę ciała przed zanieczyszczeniami, stosując podkłady membranowe, które ułatwiają zachowanie czystości [11].

W ciągu kolejnych dni u pacjenta zastosowano kontrolę stanu skóry. Dokonywano codziennej oceny uczucia, aktywności pacjenta, jego ruchliwości, stanu odżywienia oraz działania sił tarcia [2].

Wykonano na zlecenie lekarskie kontrolne badania krwi, aby sprawdzić stan ogólny mężczyzny oraz jego

stopniowy powrót do zdrowia po zdiagnozowanej uprzednio anemii. Podjęto decyzję o kontynuacji wspomagania odżywiania. Zastosowano doustny preparat odżywczy Nutridrink.

*Ocena:* Wdrożenie czynności profilaktycznych zabezpieczających chorego przed rozwojem odleżyny przyniosło oczekiwane efekty. U mężczyzny dotychczas nie zauważono pojawienia się jakichkolwiek zmian. Zastosowany materac spełnił swoje zadania. Pacjent z dodatkową pomocą rzetelnie realizował obowiązek zmiany pozycji. Czynności pielęgnacyjne w zakresie skóry są kontynuowane, aby stwarzać całodobową ochronę skóry. W dokumentacji medycznej odnotowano pozytywny wpływ tych czynności na stan chorego.

*Wnioski:* Zaplanowany cel został w pełni zrealizowany. Dzięki dobrze określonym działaniom profilaktycznym i współpracy pacjenta z pielęgniarką dotychczas nie pojawiły się odleżyny. Należy kontynuować czynności profilaktyczne w trosce o pacjenta.

Uciążliwe zaparcia i wzdęcia brzucha

*Cel:* Poprawa systematyczności wypróżnień.

*Działania pielęgniarские:*

- przeprowadzenie szczegółowego wywiadu dotyczącego zgłaszanych dolegliwości,
- wykonanie badania przedmiotowego, w skład którego wchodzi palpacyjne badanie powłok brzusznych, badanie *per rectum* oraz osłuchiwanie perystaltyki,
- wykonanie badań zleconych przez lekarza,
- korekta dotychczasowych nawyków żywieniowych po zapoznaniu się z dietą pacjenta,
- polecenie mężczyźnie wypijania większej ilości wody i innych płynów,
- przekazanie pacjentowi informacji na temat odpowiedniej pozycji podczas oddawania stolca i technik relaksacji ułatwiających defekację,
- zainicjowanie przesuwu treści pokarmowej poprzez masaż brzucha i zastosowanie ciepłych okładów,
- w przypadku braku oddania stolca mimo zastosowania metod niefarmakologicznych podanie zgodnie ze zleceniem lekarskim np. leków przeczyszczających, wlewki doodbytniczej lub czopków,
- obserwacja pacjenta po podaniu leków,
- użycie rurki doodbytniczej w celu ewakuacji zalegających gazów.

*Realizacja planu opieki z uzasadnieniem:* Przeprowadzono dodatkowy wywiad dotyczący zgłaszanych dolegliwości. Odnotowano informacje przekazane przez



mężczyznę o braku czynności defekacyjnych od kilku dni oraz o przewlekłości tego problemu od momentu unieruchomienia. Wydaleni niewielkich ilości twardego stolca towarzyszy duży wysiłek podczas defekacji.

W badaniu klinicznym stwierdzono obecność zalegającego stolca i zwolnienie ruchów perystaltycznych. Wykonano pobranie krwi do podstawowych badań laboratoryjnych zleconych przez lekarza.

Chory podjada duże ilości słodkich przekąsek dostarczanych przez bliskich. Podkreślono ważność błonnika w diecie. Poinformowano o zalecanej profilaktycznej dobowej dawce błonnika, która wynosi 12 g, i jego pozytywnym wpływie na pasaż jelitowy. W sytuacji zahamowanego wypróżniania, w której znajduje się pacjent, zwiększono jego ilość do 25–30 g na dobę. Zalecono regularne przyjmowanie płynów powyżej 2 litrów na dobę, aby wzmocnić działanie dostarczanego błonnika [12].

W momencie odczuwania sił parcia ułożono pacjenta na boku z jednoczesnym zgięciem nóg w taki sposób, aby kolana były powyżej linii bioder. Taki układ ciała pozwala na zmniejszenie kąta odbytowo-odbytniczego i ewakuację zalegającego stolca [12]. Zastosowano zmianę pozycji ułożeniowej pacjenta oraz masaż brzucha kilka razy w ciągu dyżuru, ponieważ istnieją dowody naukowe potwierdzające zasadność tych czynności w okresie problemów z defekacją [5, 7].

Podano pacjentowi doustne środki przeczyszczające [12]. Okresowo wprowadzono suchą rurkę doodbytniczą w celu eliminacji gazów zalegających w jelitach.

*Ocena:* Zastosowanie nefarmakologicznych metod ułatwiających wypróżnianie, czyli odpowiedniej diety, właściwego ułożenia pacjenta, z dodatkowym podaniem leku przeczyszczającego przyniosło oczekiwany rezultat. Mężczyzna mógł się wypróżnić. Zastosowanie rurki doodbytniczej pozwoliło na ewakuację nagromadzonych gazów w jelitach.

*Wnioski:* Założony cel został spełniony dzięki zastosowanemu leczeniu, interwencjom pielęgniarstwu oraz współpracy pacjenta z pielęgniarką. Ustąpiły problemy z oddawaniem stolca, wypróżnienia stały się regularne, ustąpiły też pozostałe objawy gastryczne.

Ryzyko zakażenia układu moczowego

*Cel:* Zabezpieczenie pacjenta przed rozwojem zakażenia układu moczowego (ZUM).

*Działania pielęgniarstwie:*

- kontrola diurezy,
- wymiana cewnika zgodnie z zaleceniami producenta i stanem technicznym cewnika,

- zastosowanie w trakcie toalety krocza odpowiednich środków myjących,
- codzienna wymiana worka na mocz z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki,
- przeprowadzenie zleconych badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych,
- obserwowanie oznak powrotu automatyzmu pęcherzowego,
- zaproponowanie pacjentowi metody samocewnikowania się po konsultacji z lekarzem i rehabilitantem.

*Realizacja planu opieki z uzasadnieniem:* Przeprowadzono rozmowę z pacjentem. Chory przekazał informacje na temat wcześniejszego zalegania moczu i braku możliwości prawidłowej mikcji oraz zastosowania przez zespół medyczny cewnika, który miał złagodzić nieprzyjemne objawy. Cewnik utrudniał mu wykonywanie czynności rehabilitacyjnych. Obecnie pacjent zauważył wyciekanie małej ilości moczu poza cewnik. Zaobserwowano wilgotną bieliznę. Cewnik został wymieniony.

U chorego zastosowano cewnik Foleya i worek w systemie zamkniętym. Zgodnie z badaniami naukowymi takie rozwiązanie gwarantuje największe bezpieczeństwo w kontekście rozwoju ZUM. Cewnik jest wyposażony w zawór antyzwrotny, który ogranicza cofanie się moczu i zabezpiecza przed infekcją drogą wstępującą [13].

Poproszono pacjenta o natychmiastowe informowanie, jeśli sam zauważy ponownie taki problem. Podkreślono negatywny wpływ wilgotnego środowiska na skórę. Może to doprowadzić do zapalenia skóry i jej uszkodzenia, rozwoju infekcji oraz powstania odleżyny [1].

Podczas toalety wykorzystano płyny myjące, które z składzie mają kwas mlekowy ograniczający rozwój drobnoustrojów. Poinformowano chorego o konieczności dbania o odpływ moczu z pęcherza do worka, kontrolując umiejscowienie worka poniżej poziomu pęcherza moczowego [5].

Pobrano mocz do badania ogólnego w celu skontrolowania występowania ewentualnych nieprawidłowości mimo braku objawów klinicznych zapalenia. Zmodyfikowano dietę pacjenta, zwiększając zawartość witaminy C w przyjmowanych posiłkach w celu zakwaszenia moczu i zahamowania rozwoju bakterii.

Dokonywano systematycznej obserwacji powrotu funkcji pęcherza moczowego.

Wstępnie przedstawiono choremu metodę samocewnikowania się, która ma na celu zwiększenie

mobilności pacjenta w łóżku. Polega ona na wprowadzeniu cewnika, np. Nelatona, do pęcherza moczowego przez cewkę moczową i opróżnieniu pęcherza. Natychmiast po tej czynności cewnik zostaje usunięty. Czynność tę wykonuje się kilka razy w ciągu doby w zależności od ilości przyjmowanych płynów. Udowodniono naukowo, że stosowanie cewników pokrytych związkami srebra zmniejsza częstość ZUM [14]. Przekazano pacjentowi informacje o możliwości przemyślenia tej decyzji, która może poszerzyć jego zakres ruchów.

*Ocena:* Stosowanie czynności zawartych w planie opieki przyniosło pozytywne efekty. U mężczyzny nie doszło dotychczas do ZUM. Pacjent zwiększył ilość posiłków bogatych w witaminę C. Nadal analizuje dobre i złe skutki samocewnikowania się. Obecnie nie podjął jeszcze decyzji.

*Wnioski:* Opieka pielęgniarska przyniosła oczekiwane rezultaty. U mężczyzny dotychczas nie doszło do rozwoju ZUM. Zastosowana forma profilaktyki powinna być dodatkowo rozszerzona o edukację na temat zagrożenia rozwojem rany odleżynowej.

Otyłość powodująca nadmierny ucisk na tkanki

*Cel:* Sukcesywne zmniejszanie masy ciała pacjenta. Eliminacja czynnika ryzyka rozwoju odleżyn.

*Działania pielęgniarskie:*

- przeprowadzenie dodatkowego wywiadu z pacjentem na temat diety stosowanej przed hospitalizacją,
- zapoznanie się z dotychczasowymi problemami chorego związanymi z układem pokarmowym,
- ocena apetytu pacjenta, wdrożenie regularnego spożywania posiłków,
- dobór odpowiedniej diety z uwzględnieniem chorób przewlekłych pacjenta i jego obecnego stanu zdrowia,
- wprowadzanie stopniowych zmian w kaloryczności posiłków po konsultacji z dietetykiem,
- przedstawienie negatywnych skutków nadwagi z uwzględnieniem jej jako czynnika ryzyka rozwoju odleżyn,
- systematyczne dokonywanie pomiarów masy ciała,
- zwiększanie aktywności pacjenta we współpracy z rehabilitantem.

*Realizacja planu opieki z uzasadnieniem:* Podczas wywiadu chory nakreślił dietę stosowaną przed hospitalizacją. Młody mężczyzna spożywał głównie szybko przygotowywane posiłki z dużą zawartością tłuszczu. Nie ograniczał spożywania wysoce przetworzonych

produktów, m.in. słodczy. Przyjmował je kilka razy dziennie. Niechętnie jadł owoce i warzywa.

Przeanalizowano dotychczas zgłaszane problemy. W trakcie pobytu w szpitalu apetyt pacjenta się obniżył. Dodatkowo wykryto anemię. Występowały zaparcia. Zgłaszane problemy zostały rozwiązane.

W porozumieniu z dietetykiem szpitalnym przekazano pacjentowi informacje o zasadach dotyczących diety, którą zastosowano w szpitalu, i potrzebie jej kontynuowania po opuszczeniu szpitala. Ograniczono do minimum przyjmowanie węglowodanów prostych, takich jak słodczy czy kolorowe napoje i soki z dużą ilością cukru. Spośród węglowodanów wdrożono produkty zbożowe o niskim indeksie glikemicznym, biorąc pod uwagę cukrzycę występującą u mężczyzny. Zminimalizowano przyjmowanie tłuszczów nasyconych i zastąpiono je wielonienasyconymi. W szczególności przeanalizowano zalecaną podaż białka z uwzględnieniem cukrzycy i ryzyka odleżyn [15]. Posiłki podawano choremu regularnie, dbając o ich właściwą temperaturę i estetykę.

Przedstawiono negatywne skutki otyłości oraz dane Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization* – WHO), według której ze wzrostem BMI wzrasta liczba zgonów na świecie. Otyłość powoduje dodatkowe problemy z prawidłowym przebiegiem procesów leczenia oraz skraca życie pacjentów i pogarsza jego jakość [16]. Zbyt duża masa ciała uznawana jest za czynnik ryzyka powstania odleżyny ze względu na nadmierny ucisk tkanek na podłoże.

Dokonywano kontrolnych pomiarów masy ciała pacjenta z uwzględnieniem prawidłowości jej spadku w stosunku do czasu.

Przedstawiono we współpracy z rehabilitantem pozytywne skutki systematycznie wykonywanych ćwiczeń rehabilitacyjnych i zachęcono do ich zastosowania. Ćwiczenia będą miały na celu przede wszystkim poprawę sprawności pacjenta, stopniowy powrót do stanu przed hospitalizacją i zmniejszenie masy ciała.

*Ocena:* Pacjent stosował zalecaną dietę. Chętnie uczestniczył w przedstawionych ćwiczeniach rehabilitacyjnych. Dzięki tej postawie oczekuje się systematycznej utraty masy ciała w fizjologiczny sposób.

*Wnioski:* Założone cele są sukcesywnie realizowane dzięki zastosowaniu zmian w diecie pacjenta. W celu zabezpieczenia pacjenta przed rozwojem odleżyn należy kontynuować czynności przedstawione w opracowanym planie opieki.

Ryzyko upadku, oparzeń i drobnych urazów

*Cel:* Ograniczenie ryzyka drobnych uszkodzeń ciała.

*Działania pielęgniarские:*

- podkreślenie zwiększonego ryzyka urazów wywołanych dysfunkcją kończyn dolnych,
- zarysowanie niebezpiecznych sytuacji, które mogą wywołać uszczerbek na zdrowiu, np. oparzenie,
- zabezpieczenie pacjenta przed upadkiem z łóżka,
- zwrócenie uwagi na integralność skóry podczas czynności higienicznych,
- współpraca z fizjoterapeutą.

*Realizacja planu opieki z uzasadnieniem:* Przeprowadzono rozmowę z pacjentem na temat jego czasowej niepełnosprawności. Wyliczone problemy, z którymi zmagają się chore. Zaliczono do nich utratę kontroli nad kończynami dolnymi, brak odczuwania temperatury i zaburzone czucie. Wspólnie wysunięto wnioski, że dysfunkcja kończyn dolnych wynika z naruszenia ciągłości rdzenia kręgowego, natomiast wdrożona rehabilitacja ma za zadanie stopniowe przywracanie czucia i sprawności kończyn dolnych.

Dokonano analizy zdarzeń, które mogą być niebezpieczne dla chorego. Zagrożeniem okazała się możliwość doznania oparzenia wskutek rozlania gorącego napoju, np. kawy, herbaty. Zabezpieczono pacjenta przed taką sytuacją – unoszono wezwłowie do 90 stopni przed podaniem kubka, sprawdzano temperaturę każdego płynu, aby ten nie uszkodził skóry pacjenta. Zadbano również o odpowiednią temperaturę wody wykorzystywanej do czynności higienicznych. Skracało paznokcie pacjenta w taki sposób, aby nie naruszyć struktury sąsiadującej, delikatnej skóry i ograniczyć ryzyko samozadrapania u chorego.

Zabezpieczono pacjenta przed upadkiem, stosując drabinki ochronne. Systematycznie kontrolowano ułożenie pacjenta. Czynność ta miała na celu uniknięcie zakleszczania stóp mężczyzny w poręcze łóżka. Zaproponowano wizytę rehabilitanta, który przedstawił wpływ masażu na poprawę ukrwienia i unerwienia poszczególnych partii ciała.

*Ocena:* Zaplanowane czynności są sukcesywnie wykonywane. Pacjent zgodził się na wdrożenie części terapeutycznej zaproponowanej przez rehabilitanta. Trzy razy w tygodniu u chorego wykonywany jest masaż kończyn dolnych. Pacjent zauważa już pierwsze oznaki powrotu czucia.

*Wnioski:* Dzięki pracy zespołu medycznego u pacjenta nie doszło do urazu ani upadku z łóżka. Założony cel został zrealizowany w pełni.

Brak kontrolnych pomiarów ciśnienia i glikemii w środowisku domowym

*Cel:* Zachęcenie pacjenta do wykonywania kontrolnych pomiarów po opuszczeniu szpitala.

*Działania pielęgniarские:*

- przeprowadzenie wywiadu na temat przyczyn niestosowania się do zaleceń,
- dokonanie kontrolnych pomiarów ciśnienia i glikemii w celu zweryfikowania ryzyka powikłań nadciśnienia tętniczego i cukrzycy,
- ocena stanu wiedzy pacjenta na temat własnego zdrowia,
- wykorzystanie źródeł naukowych w celu edukacji pacjenta na temat negatywnych konsekwencji zaniedbania zdrowia,
- motywowanie chorego do zachowań prozdrowotnych.

*Realizacja planu opieki z uzasadnieniem:* Przeprowadzono rozmowę z pacjentem w celu poznania przyczyn niestosowania się do zaleceń lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Zanotowano brak odczuwania przez pacjenta takiej potrzeby ze względu na jego młody wiek. Mężczyzna sądził, że u osób w jego wieku nie występują choroby przewlekłe, a diagnoza lekarska jest błędna, jednak przyjmował przepisane leki.

Zadano kilka podstawowych pytań dotyczących istoty, mechanizmu powstawania oraz zaleceń leczniczych w zakresie cukrzycy i nadciśnienia. Odpowiedzi pacjenta wskazywały na średni poziom wiedzy na temat chorób przewlekłych. Wymienił przyczyny rozwoju cukrzycy i nadciśnienia. Znał zasady działania glukometru oraz automatycznego ciśnieniomierza, jednak nie widział sensu dokonywania kontrolnych pomiarów.

Przeprowadzono pomiar ciśnienia przed zażyciem leków na nadciśnienie. Uzyskano wartość 190/90 mm Hg. Poziom glikemii na czczo wynosił 145 mg/dl.

Na podstawie źródeł naukowych przedstawiono choremu negatywne skutki nadciśnienia i niewykonywania kontrolnych pomiarów. Wymieniono problemy z układem sercowo-naczyniowym, do których zaliczono ryzyko udaru, miażdżycy tętnic, niewydolności serca i nerek. Udowodniono, że szybko zastosowane działania polegające na systematycznej ocenie ciśnienia krwi pozwalają na opanowanie wysokich wartości poprzez zmianę diety oraz wdrożenie większej aktywności fizycznej bez konieczności wprowadzania leczenia farmakologicznego. Jak wynika z analiz, istnieje dysproporcja pomiędzy deklarowaną wiedzą Polaków na temat nadciśnienia a faktycznym poziomem tej wie-



dzy. W celu zwiększenia świadomości skutków tej choroby personel medyczny powinien zwiększyć edukację w tym zakresie [17].

Nieprawidłowo kontrolowana cukrzyca sprzyja rozwojowi groźnych powikłań, takich jak zespół stopy cukrzycowej, zaburzenia pracy nerek czy zaburzenia wzroku. Wszystkie wymienione jednostki są skutkiem zaniedbania lub niewłaściwego wypełniania zalecanych czynności kontrolnych – braku rutynowych pomiarów glikemii. Najbardziej rekomendowanymi czynnościami zabezpieczającymi pacjenta przed skutkami choroby przewlekłej są utrzymanie prawidłowej wartości glikemii poprzez dokonywanie jej pomiarów oraz zgłoszenie się do lekarza po zauważeniu u siebie pierwszych niepokojących zmian [15].

*Ocena:* Pacjent uświadomił sobie, jak ważne jest dokonywanie pomiarów. Założył, że po opuszczeniu szpitala chce zmniejszyć masę ciała i wdrożyć aktywność fizyczną w celach rehabilitacyjnych. Mężczyzna postanowił wykonywać systematycznie pomiary w celu zwiększania samokontroli stanu zdrowia.

*Wnioski:* Pacjent zadeklarował wykonywanie pomiarów glikemii i ciśnienia po opuszczeniu szpitala w celu zwiększenia kontroli. Założony cel został zrealizowany dzięki dobrze opracowanym planom opieki. Po opuszczeniu szpitala zaleca się konsultację z diabetologiem i kardiologiem w celu rozważenia ewentualnej modyfikacji leczenia. Zwiększanie aktywności fizycznej chorego zaplanowane w porozumieniu z rehabilitantem odzwierciedla możliwości wynikające z jego stanu.

#### **Omówienie podejmowanych interwencji w świetle badań**

Obecność odleżyny u pacjenta niezależnie od oddziały szpitalnego, na jakim się znajduje, stanowi duży problem natury fizycznej oraz psychicznej. Chory może cierpieć z powodu odczuwania bólu, obniżonej jakości życia oraz zakłopotania wywołanego sytuacją, w której się znajduje. Dlatego tak ważne jest zastosowanie czynności zabezpieczających pacjenta przed tego typu zdarzeniem [3, 11, 18].

Osoby z urazami rdzenia kręgowego są przez całe życie narażone na zwiększone ryzyko wystąpienia odleżyn, a do 95% z nich doświadcza odleżyn [19]. Z tego powodu u pacjenta obarczonego ryzykiem rozwoju rany odleżynowej zaprezentowanego w pracy wdrożono elementy profilaktyki przeciwoodleżynowej, a jej efekty systematycznie odnotowywano w dokumentacji medycznej. Wykorzystano kartę profilaktyki odleżyn, która uwzględnia zastosowane udogodnienia, typ uru-

chamiania, środki farmakologiczne stosowane miejscowo oraz zmianę pozycji. Zastosowanie elementu monitorującego usprawniło pracę zespołu medycznego, a jednocześnie pozwoliło na kontrolę uzyskiwanych efektów z równoczesną eliminacją czynności, które nie przynosiły oczekiwanego rezultatu.

Odpowiednie monitorowanie pacjentów zagrożonych wystąpieniem odleżyn może zapobiec powstawaniu zmian odleżynowych [11, 20, 21].

Niedobór składników odżywczych i niewystarczające spożycie posiłków są kluczowymi czynnikami ryzyka rozwoju odleżyn [22]. W celu zabezpieczenia chorego przed rozwojem odleżyny zadbano o jego właściwy stopień odżywienia. Początkowe czynności pielęgnacyjne opierały się na ocenie stanu odżywienia pacjenta. Wykorzystano w tym celu skalę SGA, biorąc pod uwagę m.in. wiek, wzrost, płeć, masę ciała, rodzaj stosowanej dotychczas diety, ewentualne zmiany w diecie i wydolność fizyczną oraz wyniki przeprowadzonego uprzednio badania fizykalnego [4, 9]. Następnie zastosowano suplementację doustnymi preparatami odżywczymi. Miało to uchronić mężczyznę przed niedoborami kalorycznymi, ponieważ pojawienie się ewentualnych nieprawidłowości w gospodarce białkowej zwiększa ryzyko powstania zaburzeń struktury skóry. Wczesne podjęcie działań zwiększających bezpieczeństwo chorego przed uszkodzeniami przyniosło pozytywne skutki. Podczas hospitalizacji u pacjenta nie doszło do rozwoju odleżyny dzięki wdrożeniu skutecznej profilaktyki.

Stosowanie diet opartych na produktach zawierających optymalne ilości białka, cynku, witamin ma znaczenie w profilaktyce przeciwoodleżynowej oraz wywiera istotny wpływ na procesy regeneracji skóry [10, 23].

Równie ważna jak wspomaganie żywieniowe w profilaktyce i leczeniu odleżyn jest gospodarka wodna. Odpowiednia podaż płynów wpływa na elastyczność skóry i zapobiega jej uszkodzeniu oraz wspiera przepływ krwi do zranionych tkanek. Odwodnienie zaburza metabolizm komórkowy i gojenie się ran. Uzupełnianie płynów zależy od wielkości strat poniesionych przez pacjenta (np. obfity wysięk z rany, wzmożona potliwość, zaburzenia żołądkowo-jelitowe) oraz jego ogólnego stanu zdrowia (np. choroby nerek lub serca) [22].

W opiece nad pacjentem zastosowano udogodnienia, których celem było zmniejszenie ucisku na tkanki ciała. Wykorzystano w tym celu materac przeciwoodleżynowy oraz zmianę pozycji ułożeniowej co dwie godziny. Dodatkowo zadbano o zminimalizowanie występowania sytuacji zwiększonego tarcia podczas

wykonywania czynności pielęgnacyjnych. Zaprezentowany sposób opieki nad pacjentem zabezpieczył go przed rozwojem rany przewlekłej.

Czynności, o których wspomniano powyżej, są rekomendowane przez Polskie Towarzystwo Leczenia Ran. Naukowcy opracowujący szereg wytycznych podczas wykonywania badań zauważyli, że zastosowanie metod odciążających ogranicza rozwój rany odleżynowej u pacjentów. Autorzy wytycznych podkreślają, że minimalizowanie epizodów długotrwałego nacisku poprzez zastosowanie odciążenia narażonych okolic lub częste zmiany pozycji ciała zmniejszają ryzyko zaburzeń perfuzji i potencjalnych uszkodzeń skóry [3, 11, 18].

Ograniczenie mobilności pacjenta wskutek na przykład zastosowanego leczenia, występowania niedowładów, urazów kończyn, przebytego zabiegu chirurgicznego czy rozwoju powikłań związanych z chorobami podstawowymi zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się odleżyny [1, 3]. Według badań wczesne uruchamianie pacjentów poprzez rehabilitację przyłóżkową zmniejsza odsetek osób leżących, u których pojawiają się odleżyny. Plan ćwiczeń rehabilitacyjnych powinien być dobrany indywidualnie do pacjenta z uwzględnieniem rodzaju jego schorzenia, siły mięśni, stanu przytomności i okresu czasowej niepełnosprawności [10]. Jeśli sytuacja zdrowotna pacjenta na to pozwala, zaleca się częste zmiany ułożenia jako pierwszą formę aktywności, która jest podstawą profilaktyki odleżyn [2].

Model opieki pielęgniarskiej bardziej skoncentrowany na pacjencie ma kluczowe znaczenie dla aktywnego zaangażowania pacjentów, którzy stają się partnerami w procesie podejmowania decyzji i skutecznie przestrzegają zaleceń [24].

## PODSUMOWANIE

W celu zweryfikowania zgłaszanych przez chorego objawów wykonano czynności diagnostyczne, wykorzystując metody wywiadu i badania fizykalnego w zakresie kompetencji pielęgniarskich.

Głównym przesłaniem pracy jest podkreślenie wagi czynności profilaktycznych, które niejednokrotnie zabezpieczają pacjenta przed bólem oraz długofalowymi skutkami występowania odleżyn, zwiększają jego bezpieczeństwo i komfort w trakcie hospitalizacji.

Profilaktyka jest skomplikowanym procesem. Podkreślono, że zrozumienie istoty problemu przez zespół terapeutyczny pozwala na właściwe dobranie działań

pielęgnacyjnych wobec konkretnego pacjenta, w tym również wobec zaprezentowanego w opisie przypadku chorego obciążonego licznymi czynnikami ryzyka, takimi jak nadwaga, unieruchomienie, występowanie pęcherza neurogennego, cukrzyca, obniżony nastrój, zaburzony stan odżywienia.

## OŚWIADCZENIE

Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bazaliński D, Kózka M (red.) Odleżyny w praktyce klinicznej – zapobieganie i leczenie. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2021.
2. Rosińczuk J, Uchmanowicz I. Odleżyny – profilaktyka i leczenie. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2014.
3. Szewczyk M, Kózka M, Cierzniańska K i wsp. Profilaktyka odleżyn – zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Część I. Leczenie Ran 2020; 17: 113-146.
4. Cierzniańska K, Popow A, Kozłowska E, Kubiak J. Wykonywanie badań fizykalnych w zakresie kompetencji pielęgniarskich. Leczenie Ran 2021; 18: 1-7.
5. Płaszewska-Żywko L, Kózka M (red.). Diagnostyka i interwencje w praktyce pielęgniarskiej. Wyd. 2. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2021.
6. Białobrzaska B. Nursing problems associated with depression in patients treated with renal replacement. Forum Nefrol 2013; 6: 177-185.
7. Ackley BJ, Ladwig GB. Podręcznik diagnoz pielęgniarskich. Zarzycka D, Ślusarska B (redakcja naukowa wydania polskiego). GC Media House Sp. z o.o., Warszawa 2011.
8. <https://www.polfawarszawa.pl/products/chpl/smpc-hydroxyzinum-pph-tabl-2017-05pl.pdf>.
9. Ostrowska J, Jeznach-Steinhagen A. Hospital malnutrition. Methods for assessing nutritional status. Forum Med Rodz 2017; 11: 54-61.
10. Szewczyk M, Cwajda-Białasik J, Mościcka P i wsp. Leczenie odleżyn – zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Część II. Leczenie Ran 2020; 17: 151-184.
11. Cwajda-Białasik J, Mościcka P, Szewczyk M. Wybrane aspekty profilaktyki ran odleżynowych. Piel Chir Angiol 2017; 11: 41-48.
12. Daniluk J. Przewlekłe zaparcia – niedoceniany problem kliniczny. Gastroenterol Klin 2018; 10: 1-13.
13. Babska K. Prevention of urinary tract infections in patients with a urinary catheter. Forum Nefrol 2020; 13: 98-102.
14. Białobrzaska B. The prevention of urinary tract infection in patients after renal transplantation. Forum Nefrol 2011; 4: 266-271.
15. Fabian W, Zozulińska-Ziółkiewicz D; Zespół ds. Zaleceń KLRwP, Zespół ds. Zaleceń PTD. Zasady postępowania w cukrzycy. Zalecenia dla lekarzy POZ – 2019. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego zalecane przez konsultantów krajowych w dziedzinie medycyny rodzinnej i w dziedzinie diabetologii. Choroby Serca i Naczyń 2019; 16: 73-111.
16. Kłosiewicz-Latoszek L. Obesity as a social, medical and therapeutic problem. Probl Hig Epidemiol 2010; 91: 339-343.
17. Suligowska K, Gajewska M, Stokwiszewski J i wsp. Insufficient knowledge of adults in Poland on criteria of arterial hypertension and its complications – results of the NATPOL 2011 Survey. Nacisn Tętn 2014; 18: 9-18.
18. Haesler E (Ed.); European Pressure Ulcer Advisory Panel; National Pressure Injury Advisory Panel; Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. EPUAP/NPIAP/PPPIA 2019.

19. Soegaard K. Pressure ulcers in people with spinal cord injury – exploring the patient perspective. <https://epuap2022.org/wp-content/uploads/sites/12/2022/09/Abstract-Book-FINAL.pdf>
20. Włodarczyk B. Prevention and treatment of pressure ulcers in patients with hematological malignancies. *Hematologia* 2011; 2: 349-362.
21. Kielbasa L. Procedura profilaktyki odleżyn jako narzędzie do oceny jakości opieki pielęgniarskiej. *Piel Chir Angiol* 2010; 3: 85-89.
22. Saghaleini SH, Dehghan K, Shadvar K i wsp. Pressure ulcer and nutrition. *Indian J Crit Care Med* 2018; 22: 283-289.
23. Sibilska M, Markowska D, Zadka K i wsp. Zastosowanie dojelitowej diety immunomodulującej w leczeniu odleżyn u osób w wieku podeszłym – opis przypadku. *Leczenie Ran* 2021; 18: 173-179.
24. Ledger L. How to integrate a person-centered approach into pressure ulcer prevention practice? The 22<sup>nd</sup> Annual Meeting of the European Pressure Ulcer Advisory Panel. EPUAP, Prague 2022.