

**Mariusz Wysokiński, Wiesław Fidecki, Maciej Łukasz Buczek**

---

**Analiza problemów opiekuńczych  
pacjenta zagrożonego wystąpieniem  
odleżyn**

---

Acta Scientifica Academiae Ostroviensis nr 28, 145-159

---

2007

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

**Mariusz Wysokiński<sup>1</sup>, Wiesław Fidecki<sup>2</sup>, Maciej Łukasz Buczek<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości  
w Ostrowcu Świętokrzyskim*

<sup>2</sup> *Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa  
Akademii Medycznej im. Prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie*

## **ANALIZA PROBLEMÓW OPIEKUŃCZYCH PACJENTA ZAGROŻONEGO WYSTĄPIENIEM ODLEŻYN**

### **Wstęp**

Odleżyny są jednym z najczęstszych problemów w oddziałach szpitalnych, zakładach opiekuńczych, hospicjach, a także innych placówkach leczniczych. Mimo iż problem odleżyn znany jest od wieków, nie wyjaśniono do końca wszystkich mechanizmów, które związane są z ich powstawaniem, pielęgnacją i leczeniem. W ujęciu Misiuny i Sendeckiej odleżyna jest to martwica tkanek wywołana długotrwałym uciskiem i zaburzeniami ukrwienia. W efekcie powstaje owrzodzenie ulegające często zakażeniu. Odleżyny stanowią jedno z najpoważniejszych powikłań, które występuje u pacjentów hospitalizowanych. Najczęściej pojawiają się u chorych w bardzo złym stanie ogólnym, wyniszczonych. Dużą grupę chorych stanowią także osoby w podeszłym wieku, ze złamaniami kończyn dolnych, nieprzytomni, oraz pacjenci po urazach rdzenia kręgowego. Odleżyny to nie tylko problem polegający na wystąpieniu trudno gojącej się rany. Ponieważ prowadzą one również do innych powikłań, takich jak: odwodnienie, zaburzenia elektrolitowe, zapalenia kości, posocznicy. Zdarza się niekiedy, że powikłaniem może być nawet śmierć [1].

### **Główne przyczyny powstawania odleżyn**

Głównymi przyczynami powstawania odleżyn są działania sił mechanicznych. Można tutaj wyróżnić ucisk powierzchniowy, siły poprzecznie tnące, a także siły tarcia.

**Ucisk powierzchniowy** jest to długotrwały nie zmieniający się ucisk kości, a także twardego podłoża na tkankę miękką. Jeśli ucisk przekracza ciśnienie w naczyniach włosowatych, które wynosi 32 mm Hg, może powodować zamknięcie ich światła. Jest to główny czynnik decydujący o powstaniu niedokrwienia [2, 3, 4].

**Siła tarcia** pojawia się najczęściej wtedy, gdy tkanka przesuwa się względem podłoża. Może to prowadzić do pofałdowanej skóry, co w następstwie może powodować skręcanie i zamykanie światła naczyń. Najczęściej dochodzi do takiej sytuacji podczas podnoszenia pacjenta, przywracania pozycji siedzącej pacjenta przez ciągnięcia go po prześcieradle, zamiast unoszenia do góry. Siły tarcia mogą wystąpić podczas zsuwania się chorego wzdłuż łóżka w czasie, gdy chory ułożony jest w pozycji półwysokiej. Siły te także oddziałują podczas zmiany bielizny pościelowej (wyjmowanie prześcieradła spod pacjenta) [2, 3, 4].

**Siły poprzecznie tnące** pojawiają się, gdy pacjent próbuje poruszyć pewną częścią ciała, kiedy ta pozostaje na powierzchni spoczynku. Siły te mogą prowadzić do uszkodzenia tkanki podskórnej. Może ona zostać zniekształcona, a w następstwie tego dochodzi do śródbłonkowych uszkodzeń w mikrokrażeniu, powodując siniaki. Popękane naczynia nie są w stanie zaopatrzyć komórki w tlen oraz składniki odżywcze. Efektem tego jest obumieranie tkanek [2, 3, 4].

### **Czynniki sprzyjające powstawaniu odleżyn**

Istnieje bardzo wiele czynników sprzyjających występowaniu odleżyn. Możemy podzielić je na wewnętrzne, które uzależnione są od stanu zdrowia pacjenta i zewnętrzne, które nie są zależne od kondycji zdrowotnej chorego, a uwarunkowane otoczeniem.

Do czynników wewnętrznych zaliczamy: czasowy lub nadmiernie przedłużony czas unieruchomienia, wyniszczenie organizmu, stosowanie leków z grupy cytostatyków, sterydów, podeszły wiek, macerację skóry spowodowaną zbyt dużą jej wilgotnością, nietrzymanie moczu i stolca, płeć (odleżyny występują 2 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn), zmniejszoną odporność organizmu, uogólnione obrzęki, nadmierną masę ciała pacjenta, niedowagę (zbyt mała ilość tkanki podskórnej prowadzi

do nadmiernego ucisku), niedobory białka, witamin C, B<sub>12</sub>, zaburzenia gospodarki elektrolitowej (np. odwodnienie), choroby układu nerwowego (np. uszkodzenie rdzenia kręgowego), choroby układu krążenia (np. niskie ciśnienie rozkurczowe krwi), miażdżyca, choroby układu oddechowego (np. astma, zapalenie oskrzeli), zły stan skóry (np. skóra sucha o zmniejszonej elastyczności), choroby psychiczne (np. depresja).

Natomiast do czynników zewnętrznych zaliczamy: zbyt wysoką bądź zbyt niską temperaturę i wilgotność pomieszczenia, w którym znajduje się chory, nadmiernie wykrochmaloną bądź mokrą pościel lub ubranie, brak sprzętu przeciwoodleżynowego, infekcje zakaźne, niktynizm, niski poziom opieki spowodowany brakiem wiedzy personelu na temat profilaktyki przeciwoodleżynowej, zaniedbaniami pielęgnacyjnymi, brakiem opatrunków i środków higienicznych, brakami kadrowymi, złą organizacją pracy, zabieg operacyjny przekraczający czas 2 godzin [4, 5, 6].

### **Profilaktyka odleżyn**

Profilaktyka są to różne działania, zabiegi oraz stosowanie sprzętu mające na celu zminimalizowanie wpływów szkodliwych czynników ryzyka, co w efekcie może doprowadzić do likwidacji ryzyka powstawania odleżyn [7]. W przypadku odleżyn w jej zakres będzie wchodziło stosowanie skal ryzyka rozwoju odleżyn, kontrola i pielęgnacja skóry, zmiana pozycji ciała chorego, stosowanie materacy przeciwoodleżynowych, stosowanie zaleceń dietetycznych oraz działania rehabilitacyjne.

### **Skale ryzyka rozwoju odleżyn**

Podstawową metodą profilaktyki są skale opierające się na czynnikach usposabiających do rozwoju odleżyn. Dzięki nim można szybko rozpoznać pacjentów obarczonych ryzykiem wystąpienia odleżyn, a także wprowadzić odpowiednie postępowanie zapobiegawcze według ustalonego planu. Ryzyko wystąpienia odleżyn zawsze należy ustalić u pacjentów nowo przyjętych, chorych szczególnie leczonych (operacyjnie) oraz u pacjentów, którym stan zdrowia od początku pobytu w placówce zdrowia pogorszył się. Ocenę stanu pacjenta powinno się prowadzić raz na dobę. Najczęściej wykorzystywane do diagnozowania

i obserwacji pacjentów zagrożonych wystąpieniem odleżyn są skale Daren Norton, Douglas, Dutch Consensus Prevention of Bedsores, J. Waterlow [3, 4, 8, 9, 10].

### **Kontrola i pielęgnacja skóry**

Kontrolę skóry należy wykonywać za każdym razem, gdy zmieniamy pozycję ciała pacjenta oraz podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych takich jak np.: przesłanie łóżka, zmiana bielizny osobistej oraz pościelowej. Dzięki kontroli szybko można zauważyć pojawiające się zmiany. Toaleta skóry ma na celu utrzymanie jej elastyczności i suchości, poprawę jej funkcji, zapobieganie odleżynom, a także poprawę samopoczucia pacjenta. Toaletę ciała należy wykonywać co najmniej raz dziennie, a jeżeli pacjent nadmiernie się poci lub zanieczyszcza, toaletę powinno wykonywać się tak często, jak tylko jest to potrzebne. U osób z nietrzymaniem moczu lub stolca należy zastosować pampersy bądź założyć cewnik pęcherzowy lub zewnętrzny. Pocenie się można zmniejszyć ubierając pacjenta w bawełnianą bieliznę. Aby nadmiernie nie podrażniać lub nadmiernie wysuszać skóry należy używać łagodnych mydeł o pH 5,5 lub preparatów do kąpieli zawierających lanolinę. Po kąpieli skórę powinno się dokładnie osuszać, szczególnie w fałdach, używając nie sklejącego się pudru. Przy osuszaniu należy uważać, aby nie trzeć skóry zbyt mocno. Jeśli skóra jest zbyt sucha, można posmarować ją odpowiednim kremem ochronnym. Narażone odleżynami miejsca można delikatnie oklepywać, co poprawia ich ukrwienie. Wyniosłości kostne nie powinny być masowane. Zbyt intensywny masaż może być powodem nasilenia stopnia uszkodzenia tkanek w skutek otarć i ucisku. Należy zwracać uwagę na to, aby pościel zawsze była sucha, czysta, a prześcieradło dobrze naciągnięte. Chory nie powinien leżeć na szwach lub guzikach [11, 12, 13].

### **Zmiana pozycji**

Najważniejszą rzeczą w profilaktyce jest częsta zmiana pozycji ciała chorego. Ucisk trwający dłużej niż 2 - 3 godziny może powodować nieodwracalne zmiany, jakimi są martwica sucha lub rozplywna (w zależności od tkanek, z których powstaje). Częstotliwość zmiany pozycji powinna wynosić maksymalnie co 2 godziny [14]. Często jest tak, że należy dobrać ją indywidualnie do potrzeb chorego, ponieważ każdy pacjent ma inną tolerancję na ucisk. To w jakich odstępach czasu

zmienimy pozycję, jest zależne od szybkości pojawienia się zaczerwienienia w najbardziej zagrożonych miejscach [15]. Do zmiany pozycji chorego wskazane jest, by stosować sprzęt pomocniczy. Mogą to być elektryczne lub hydrauliczne podnośniki albo specjalne śliskie podkłady, poduszki lub deski, które służą do przemieszczania chorych. Pozwalają one na rozłożenie ciężaru ciała chorego, na możliwie największą powierzchnię po to, aby zmniejszyć siłę ucisku na poszczególne części ciała oraz zlikwidowanie tarcia skóry o podłoże, jakim jest materac i prześcieradło. Pomagają one także osobie zmieniającej pozycję chorego, gdyż zmniejszają one wysiłek fizyczny potrzebny do tej czynności. Przy zmianie pozycji można zastosować także tak zwaną technikę „hamaka”, która polega na tym, że nie dotykamy bezpośrednio ciała pacjenta, lecz przenosimy go na podkładzie z płótna. Jeżeli nie posiadamy wyżej wymienionego sprzętu, to zmianę pozycji należy wykonywać w kilka osób: obrócić chorego za przeciwległy brzeg prześcieradła. Bardzo istotna jest tutaj technika wykonania czynności. Prawidłowo wykonana polega na delikatnym unoszeniu pacjenta, tak aby unikać tarcia i pociągania za skórę [4, 15, 16]

Kolejną ważną rzeczą jest ochrona chorego przed zsuwaniem się w dół łóżka lub fotela. Do tego celu stosuje się specjalne podkłady. Do stabilizacji pacjenta możemy użyć wałków, klinów lub poduszek. Pacjent w pozycji półsiedzącej lub półleżącej nie powinien przebywać dłużej niż 30 minut, gdyż predysponuje to do wystąpienia odleżyn w okolicy kości krzyżowej. Należy pamiętać, że są to najbardziej niebezpieczne ułożenia dla chorego. U pacjentów, którzy stale leżą w łóżku, aby przeciwdziałać kontaktowi między wyniosłościami kostnymi, należy stosować poduszki i kliny piankowe. Można także wyłożyć łóżko runem owczym. Podkładki z runa owczego należy układać pod pośladkami, piętami i łokciami, dzięki czemu zmniejsza się tarcie między ciałem, a podłożem. Można także użyć poduszeczek, podkładek i kótek wykonanych z miękkiej tkaniny lnianej i wypełnionych siemieniem lnianym. Są one przydatne szczególnie w upalne dni. Aby odciążać plecy chorego, możemy ułożyć go na brzuchu pod warunkiem, że chory jest wydolny oddechowco [4].

Musimy uważać także na pięty pacjenta, gdyż trudno jest rozłożyć ucisk pod nimi. Najlepszym rozwiązaniem jest całkowite zniwelowanie ucisku na pięty poprzez uniesienie ich nad łóżkiem.

Tę czynność można wykonać za pomocą podwieszenia bądź przez użycie poduszek pod dolną część nóg. Nie należy stosować poduszek typu „obwarzanek”, które sprzyjają odleżynom [4].

### **Materace przeciwoleżynowe**

Materac przeciwoleżynowy jest to taki materac, dzięki któremu otrzymujemy zmniejszenie oraz zmianę ucisku wywieranego na ciało pacjenta. Pobudza on także krążenie i ukrwienie tkanek. Musimy pamiętać, iż materace nie eliminują, lecz ograniczają ryzyko wystąpienia odleżyn, dlatego też stosowanie ich nie zwalnia personelu medycznego od zmiany pozycji chorego. Zmniejszenie ucisku przyspiesza proces leczenia istniejących odleżyn. Poduszki przeciwoleżynowe stosuje się u osób obłożnie chorych. Podkłada się je pod narażone części ciała, jak: potylicą, piętę czy łokcie. Poduszki należy ułożyć bezpośrednio na materacu, a puste miejsca wokół nich należy wypełnić gąbką o tej samej grubości. Ze względu na sposób działania materace przeciwoleżynowe możemy podzielić na: materace statyczne, stałościenniowe, materace dynamiczne, zmiennociśnieniowe [4].

### **Zalecenia dietetyczne**

Niedobory pokarmowe białek, witaminy C i cynku usposabiają do powstawania odleżyn, a także opóźniają gojenie istniejących już ran. Niedobory powinno się uzupełniać dietą wysokobiałkową (1,5 - 2,0 gramów białka/kg/dobę gdzie należy uwzględnić dużą ilość białka zwierzęcego), wysokokaloryczną (3 - 4 tysięcy kcal/dobę, a ich głównym źródłem powinny być węglowodany) oraz pełnowartościową, bogatą w witaminy A, C, B a także bogatą w żelazo i cynk. Podaż cynku musi być potwierdzona jego niedoborem, gdyż podwyższone stężenie zaburza czynność makrofagów. Witamina C i cynk biorą udział w syntezie kolagenu, dlatego ich udział w diecie jest bardzo ważny. Należy unikać potraw ciężkostrawnych, wzdymających, ostro przyprawionych. Posiłki powinno się podawać regularnie, a ich częstość spożywania powinna wynosić 4 - 5 razy na dobę. Dieta wysokobiałkowa jest dietą przejściową. Jest ona stosowana do czasu wygojenia odleżyn. Dalsze żywienie jest zależne od stanu chorego [2, 11, 16].

## **Działania rehabilitacyjne**

Częste obracanie, zmiana pozycji oraz poruszanie się to podstawowe czynniki, które zmniejszają ryzyko wystąpienia odleżyn ze względu na unieruchomienie i bezczynność. Pobudzenie do ćwiczeń czynnych lub biernych, ćwiczeń z obciążeniem, fizykoterapią, jest niezbędne nie tylko do zmniejszenia ryzyka odleżyn, ale także do poprawy samopoczucia oraz uzyskania przez chorego niezależności [2]. Do działań rehabilitacyjnych możemy w przypadku odleżyn zaliczyć również: ćwiczenia zapobiegające powikłaniom ze strony układu oddechowego oraz krążenia, „przyłóżkową” bierną rehabilitację, stosowanie drenażu limfatycznego. Do wykonania tych ćwiczeń potrzebne jest zaangażowanie całego zespołu terapeutycznego, w skład którego powinny wchodzić: pielęgniarki, lekarze, fizykoterapeuci, dietetycy i farmaceuci [4, 16].

## **Cel, pracy, metoda, teren badań**

Celem pracy było przedstawienie problemów pacjenta zagrożonego wystąpieniem odleżyn i sposobów ich rozwiązywania na podstawie studium przypadku.

W pracy zastosowano metodę indywidualnego przypadku. Według T. Pilcha jest to „sposób na analizę jednostkowych losów ludzkich uwikłanych w określone sytuacje wychowawcze przez pryzmat jednostkowych biografii ludzkich [17 s. 86]”. Dla studium przypadku charakterystyczne jest to, że przystępując do badania wybiera się konkretny przypadek, który będzie badany. Przy stosowaniu tej metody należy liczyć się z tym, że nie uprawnia ona do tego, aby generalizować otrzymane wyniki poza badany przypadek. Badanie cały czas koncentruje się jednak wokół tego konkretnego, jednego przypadku [18].

Technikami badawczymi wykorzystanymi w pracy były wywiad pielęgniarski, pomiary parametrów życiowych, obserwacja pacjenta oraz analiza dokumentów.



Badania przeprowadzono w Domu Pomocy Społecznej dla Osób Niepełnosprawnych Fizycznie w dniach 16.04.2007 – 20.04.2007 roku podczas 8 – godzinnych dyżurów od godziny 7.00 do 15.00.

## **Charakterystyka badanego przypadku**

Badaniem objęto pacjenta lat 64. Pacjent jest kawalerem. Mieszka w Domu Opieki Społecznej. Przed chorobą był bezrobotny. Pacjent posiada wykształcenie zawodowe: mechanika maszyn biurowych. Pacjent od 18 roku życia jest inwalidą jeżdżącym na wózku.

Do domu opieki społecznej pacjent został skierowany z poradni ortopedycznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie z rozpoznaniem porażenia kończyn dolnych i niedowładu kończyn górnych spowodowanym gruźliczym zapaleniem opon mózgowych. W domu opieki przebywa od 19.10.2001.

Pacjentowi wykonano pomiary podstawowych parametrów życiowych oraz obserwowano funkcjonowanie poszczególnych układów: *Układ krążenia* - tętno wynosiło 60 uderzeń na minutę. Średnia, prawidłowa wartość tętna u osób dorosłych wynosi 64 – 72 uderzeń na minutę, natomiast zakres jego odchylenia wynosi 50 – 100 uderzeń na minutę. Ciśnienie tętnicze krwi u badanego wynosiło 150 / 95 mmHg. Według WHO prawidłowe ciśnienie tętnicze krwi nie powinno przekraczać wartości 140 / 90 mmHg. Pacjent choruje na nadciśnienie tętnicze krwi. Nie zaobserwowano obrzęków, jak i sinicy skóry.

*Układ oddechowy* - liczba oddechów wynosiła 18 na minutę. Prawidłowa ilość oddechów wynosi około 12 – 20 na minutę. Pacjent oddycha torem brzuszny, nie zaobserwowano duszności, jak i odkształcenia wydzieliny z drzewa oskrzelowego.

*Układ nerwowy* – świadomość pełna, kontakt słowny prawidłowy, u pacjenta występowały trudności ze snem o rodzaju częstego budzenia się.

*Funkcjonowanie zmysłów* – pacjent ma prawidłowy wzrok, a także słuch, występują ubytki czucia i temperatury.

*Układ pokarmowy* – pacjent jest na diecie lekkostrawnej, łaknienie, jak i pragnienie prawidłowe. U pacjenta występują zaparcia

spowodowane brakiem aktywności ruchowej, natomiast nie występują nudności. Pacjent używa protezy.

*Stan odżywienia* – ciężar ciała wynosi 84 kg, wzrost 176 cm, wskaźnik BMI wynosi 27. Prawidłowe wartości BMI wynosi 20 – 24,9. Pacjent ma nadwagę.

*Wydolność samoobsługowa* – Sprawność fizyczna ograniczona. Pacjent porusza się na wózku inwalidzkim. Potrzebuje pomocy osób trzecich przy spożywaniu posiłków, przy utrzymywaniu higieny osobistej, a także przy korzystaniu z toalety. Potrzebuje pomocy przy zmianie pozycji. Skóra, włosy i paznokcie pacjenta są zadbane. Kategoria opieki II według Skali Bartel (umiarkowany zakres pomocy).

*Stan psychiczny* - pacjent na wyrównany nastrój.

*Sytuacja rodzinna* – pacjent mieszka w Domu Pomocy Społecznej dla Osób Niepełnosprawnych Fizycznie, warunki mieszkaniowe dobre.

Podczas badań określono wiodące diagnozy pielęgniarskie w zakresie zagrożenia wystąpieniem odleżyn:

1. Zwiększone ryzyko powstania odleżyn u chorego spowodowane częstym przebywaniem na wózku inwalidzkim.

**Cel opieki:** Zapobieganie powstaniu odleżyn w przeciągu 5 dni.

**Planowane działania pielęgniarskie:**

1. Codzienne stosowanie wybranej skali oceny ryzyka rozwoju odleżyn.
2. Ułożenie pacjenta przebywającego w łóżku na materacu przeciwoodleżynowym.
3. Pomoc w zmianie pozycji złożeniowej co 2 godziny.
4. W czasie korzystania z wózka inwalidzkiego zastosowanie poduszki redukującej ucisk.
5. Staranne ścielenie łóżka, naciąganie prześcieradła, usuwanie spod pacjenta okruszków, guzików szwów oraz innych zanieczyszczeń przy każdej zmianie pozycji złożeniowej.
6. Nacieranie pleców 50 – 70 % roztworem spirytusu po każdej zmianie pozycji ułożeniowej lub przy toalecie całego ciała i smarowanie pleców linomagiem lub oliwką, by zapobiec wysuszeniu skóry.

7. Obserwacja skóry pod kątem zmian odleżynowych po każdej zmianie pozycji złożeniowej i przy toalecie całego ciała.
8. Żywienie dietą bogato białkową,
9. Stosowanie zabiegów poprawiających ukrwienie skóry np. masaż 2 razy dziennie.

**Ocena działań pielęgniarских:** Odleżyna nie powstała.

2. Zaczerwienienie skóry w okolicy krzyżowej spowodowane długotrwałym przebywaniem na wózku inwalidzkim.

**Cel działania:** Likwidacja zaczerwienienia skóry w okolicy krzyżowej w ciągu 3 dni.

**Planowane działania pielęgniarские:**

1. Zastosowanie udogodnień w miejscach narażonych na powstanie odleżyn.
2. Zastosowanie poduszki przeciwoleżynowej pod pośladki.
3. Zmiana pozycji ciała co 2 godziny podczas pobytu w łóżku.
4. Toaleta całego ciała 2 razy dziennie.
5. Masaż okolicy narażonej na powstanie odleżyny 2 razy dziennie po 15 minut.
6. Nacieranie miejsca zaczerwienionego Sudocremem przy każdej zmianie pozycji.
7. Zapewnienie pacjentowi bawełnianej bielizny osobistej i pościelowej.
8. Dokładne ścielenie łóżka 3 raz dziennie.
9. Zastosowanie materaca przeciwoleżynowego w trakcie pobytu w łóżku.

**Ocena działań pielęgniarских:** Zaczerwienienie ustąpiło.

3. Ograniczone możliwości samoobsługowe w zakresie utrzymania higieny ciała spowodowane paraliżem kończyn dolnych i niedowładem kończyn górnych.

**Cel działania:** Pomoc w utrzymaniu higieny osobistej chorego w trakcie pobytu w domu pomocy.

**Planowane działania pielęgniarские:**

1. Toaleta całego ciała w łazience 2 x dziennie.

2. Codzienna zmiana bielizny osobistej i pościelowej.
3. Pomoc w wykonywaniu prostych czynności (ubieranie się).
4. Stosowanie odzieży łatwej do zdjęcia, bez dużej liczby guzików, suwaków, najlepiej łatwo zdejmowane dwuczęściowe dresy.

**Ocena działań pielęgniarских:** Pacjent utrzymuje higienę osobistą na zadawalającym poziomie.

4. Ograniczone możliwości samoobsługowe w zakresie przyjmowania posiłków z powodu niedowładu kończyn górnych.

**Cel działania:** Pomoc w przyjmowaniu posiłków w trakcie pobytu w Domu Pomocy Społecznej.

**Planowane działania pielęgniarских:**

1. Podawanie posiłków zróżnicowanych i chętnie jedzonych przez pacjenta.
2. Przygotowywanie posiłków.
3. Pomoc w przyjmowaniu posiłku polegająca m.in. na robieniu kanapek, podawaniu wody do picia.
4. Podawanie posiłków lekkostrawnych.
5. Zastosowanie talerzy i kubków z podkładkami antypoślizgowymi.
6. Zastosowanie plastikowych talerzy oraz kubków z dużymi uchwytami.

**Ocena działań pielęgniarских:** Pacjent spożywa posiłki w całości.

5. Ograniczone możliwości samoobsługowe w zakresie zmian pozycji i przemieszczania się spowodowane paralizem kończyn dolnych i niedowładem kończyn górnych.

**Cel działania:** Pomoc przy zmianie pozycji ciała chorego oraz przy przemieszczaniu się w ciągu całej doby.

**Planowane działania pielęgniarских:**

1. Zastosowanie sprzętu do przenoszenia pacjenta (drabinki sznurkowe, uchwyty, materac ślizgowy, podnośniki) podczas każdorazowej zmiany pozycji.
2. Udostępnienie środka transportu (wózka inwalidzkiego), aby ułatwić choremu przemieszczanie się.

3. Pomoc choremu przy pionizacji.
  
6. Zaparcia stolca spowodowane ograniczeniem aktywności ruchowej pacjenta.

**Cel działania:** Uzyskanie wypróżnienia pacjenta w ciągu 2 dni.

**Planowane działania pielęgnacyjne:**

1. Przeprowadzenie edukacji pacjenta w kierunku zalecanej diety w zaparciach (spożywanie pokarmów bogatych w błonnik).
2. Spożywanie dużej ilości płynów i soków owocowych tj. około 2 - 3 litrów na dobę.
3. Masaż okrężny w okolicy pępka ruchem przeciwnym do wskazówek zegara 1 x godzinę przez 10 minut.
4. Zalecenie wypicia przed snem szklanki przegotowanego mleka.
5. Zalecenie zjedzenia przed snem 2 – jabłek (należy pamiętać o tym, żeby tego działania nie łączyć z piciem mleka).
6. Zwiększenie aktywności fizycznej chorego poprzez ćwiczenia rehabilitacyjne lub formy terapii zajęciowej.
7. Podanie ziołowej herbatki przeczyszczającej lub podanie czopka.

**Ocena działań pielęgnacyjnych:** Pacjent oddał stolec.

7. Zwiększone ryzyko samookaleczenia, spowodowane ubytkami czucia i temperatury.

**Cel działania:** Wyeliminowanie ryzyka samookaleczenia, które jest spowodowane ubytkami czucia i temperatury w czasie pobytu chorego w Domu Pomocy Społecznej.

**Planowane działania pielęgnacyjne:**

1. Unikanie używania ostrych przedmiotów np. noży.
2. Dostosowanie ubioru pacjenta do temperatury otoczenia.
3. Sprawdzanie temperatury wody przed kąpielą za pomocą termometra kąpielowego, lub przez opiekuna.
4. Kontrola części garderoby przed założeniem w celu odnalezienia obcych przedmiotów (np. kamyk w bucie).
5. Usunięcia z najbliższego otoczenia chorego zapalek, zapalniczek.

## Podsumowanie

Personel pielęgniarski, który sprawuje opiekę nad chorym zagrożonym ryzykiem rozwoju odleżyn powinien znać problemy i potrzeby, które mogą wystąpić u chorego. Analizując najczęściej występujące problemy można wywnioskować, że bardzo ważna jest przede wszystkim odpowiednia ocena ryzyka rozwoju odleżyn i na jej podstawie wdrożenie odpowiednich działań profilaktycznych. Systematyczna zmiana pozycji ciała, większa liczba zabiegów higienicznych z powodu nietrzymania moczu i stolca oraz zabezpieczenie skóry przed zanieczyszczeniem i maceracją, to absolutna konieczność. Zapobieganie powstawaniu odleżyn należy nie tylko do pielęgniarek, ale także do całego zespołu terapeutycznego sprawującego opiekę nad chorym. Z powodu powszechnego braku odpowiednich warunków do pielęgnowania i to zarówno w domach pacjentów, a także w szpitalach oraz domach pomocy społecznej, odleżyny występują bardzo często. Należy pamiętać, że tylko niewielka część odleżyn jest nieuchronnością, która wynika ze stanu zdrowia. Najczęstszą przyczyną odleżyn jest efektem błędów w sztuce pielęgnowania, które najczęściej wynikają z braku wiedzy i warunków. Do ujawnionych problemów opiekuńczych podczas obserwacji pacjenta należały:

1. Zwiększone ryzyko powstania odleżyn u chorego spowodowane częstym przebywaniem na wózku inwalidzkim.
2. Zaczerwienienie skóry w okolicy krzyżowej spowodowane długotrwałym przebywaniem na wózku inwalidzkim.
3. Ograniczone możliwości samoobsługowe w zakresie utrzymania higieny ciała spowodowane paraliżem kończyn dolnych i niedowładem kończyn górnych.
4. Ograniczone możliwości samoobsługowe w zakresie przyjmowania posiłków z powodu niedowładów kończyn górnych.
5. Ograniczone możliwości samoobsługowe w zakresie zmian pozycji i przemieszczania się spowodowane paraliżem kończyn dolnych i niedowładem kończyn górnych.
6. Zaparcia stolca spowodowane ograniczeniem aktywności ruchowej pacjenta.

7. Zwiększone ryzyko samookaleczenia spowodowane ubytkami czucia i temperatury.

### Literatura:

1. Andruszkiewicz A., *Profilaktyka powikłań u pacjentów długotrwale unieruchomionych* (w:): Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K., *Podstawy pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.
2. De Valden-Gałaszko K., Kaptacz A., *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*, PZWL, Warszawa 2005.
3. De Valden-Gałaszko K., *Podstawy opieki paliatywnej*, PZWL, Warszawa 2005.
4. Dudkiewicz W., *Podstawy metodologii badań do pracy magisterskiej i licencjackiej z pedagogiki*, Wydawnictwo Stachurski, Kielce 2000.
5. Galus K. (red.), *Pielęgniarstwo geriatryczne*, Urban & Partner, Wrocław 1998.
6. Galus K., Kocemba J. (red.), *Podręcznik geriatry*, Urban & Partner, Wrocław 1999.
7. Huber A., Karazek-Kreutzinger B., Jobin-Howald U., *Kompendium pielęgniarstwa*, PZWL, Warszawa 1995.
8. Kózka M., *Odleżyny - występowanie, profilaktyka, leczenie*, „Rehabilitacja Medyczna”, 2004: 8 (4), s. 29-38.
9. Kruk-Krupiec G.(red.), *Patogeneza, profilaktyka, leczenie*, ZPW „Plik”, Piekary Śląskie 1999.
10. Krutuł R., *Odleżyna: profilaktyka i terapia. Kompendium*.
11. Lewko J., Sierakowska M., Krajewska-Kułał E., *Problem odleżyn w praktyce pielęgniarstwa*, „Dermatologia Kliniczna”, 2004: 6 (1), s. 37-40.
12. Miłoś B., Woldońska-Okańska M., Filipek J., *Przydatność skali Douglasa do oceny rozwoju ryzyka odleżyn*, „Kwartalnik Ortopedyczny”, 1998 (1), s. 50-57.
13. Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych*, PZWL, Warszawa 1990.
14. Rosińczuk-Tonderys J., Uchmanowicz I., Arendarczyk A., *Profilaktyka i leczenie odleżyn*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2005.
15. Sopata M., Łuczak J., *Profilaktyka i leczenie zachowawcze odleżyn (część I)*, „Zakażenia” 2003: 4, s. 81-88.

16. Szewczyk Maria T., Cwajda J., Cierzniaowska K., (i in.), *Narzędzia oceny ryzyka rozwoju odleżyn*, „Przewodnik Lekarza” 2005: (1), s. 92-97.
17. Widomska-Czekajska T., Górajek-Jóźwik J., *Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek*, PZWL, Warszawa 1996.
18. Zbarańska K., *Odleżyny - patogeneza, profilaktyka i leczenie*, „Nowa Medycyna” 2003: 10 (1), s. 2-8.