

PROFILAKTYKA ODLEŻYN U PACJENTKI UNIERUCHOMIONEJ PO PRZEBYTYM UDARZE NIEDOKRWIENNYM

Prevention of bedsores in an immobilised stroke patient

Izabela Kuberka, Aleksandra Aduła, Joanna Rosińczuk

Zakład Chorób Układu Nerwowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: izabela.kuberka@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Odleżyny stanowią poważny problem kliniczny, społeczny i ekonomiczny. Najwyższy odsetek występowania odleżyn odnotowuje się u pacjentów unieruchomionych. Zmniejszenie skali problemu jest możliwe dzięki wdrożeniu działań profilaktycznych, które są priorytetem w pielęgnacji pacjenta z grupy ryzyka.

Celem pracy jest przedstawienie roli pielęgniarki w profilaktyce odleżyn u pacjentki unieruchomionej, po przebytych udarze niedokrwinnym mózgu. Przedstawione w pracy problemy badawcze to problemy pielęgnacyjne wynikające ze specyfiki opieki nad osobą unieruchomioną. W pracy posłużono się metodą indywidualnego przypadku, z wykorzystaniem procesu pielęgnowania oraz wyróżniono najważniejsze problemy pielęgnacyjne. Do oceny ryzyka powstania odleżyn posłużono się skalami Norton oraz Waterlow. Innymi narzędziami badawczymi wykorzystanymi w pracy są: skala natężenia bólu VAS i skala odżywienia MNA. Informacje dotyczące pacjentki zostały uzyskane za pomocą wywiadu, obserwacji i przeprowadzonych powyższymi skalami badań. **Słowa kluczowe:** profilaktyka odleżyn, udar niedokrwienności.

SUMMARY

Bedsore is an important clinical, social, and economic problem. The highest percentage of bedsores are found among immobilised patients. The decrease in the scale of the problem is possible because of prophylactic measures, which constitute the priority in the treatment of a patient in risk group.

The aim of this paper is to present the role of a nurse in prevention of bedsores in an immobilised stroke patient. Research problems discussed in the paper are treatment-connected problems resulting from the character of care of an immobilised person. In this research, the case study method and the use of nursing process were used as well as the most significant nursing problems were highlighted. The Norton Scale and the Waterlow Scale were used to assess the risk of bedsores. In addition, the VAS and the MNA scales are another research tools used in this paper. Information concerning the patient was gathered by means of interview, observation and abovementioned scales.

Key words: prevention of bedsores, ischaemic stroke.

WSTĘP

Występowanie odleżyn stanowi niezmiernie ważny problem terapeutyczny, pielęgnacyjny i ekonomiczny. Według badań 3–17% pacjentów przebywających w szpitalach oraz 17–28% chorych objętych opieką domową jest narażonych na rozwój odleżyn [1]. Problem ten dotyczy zwłaszcza osób, których choroba zmusiła do długotrwałego przebywania w łóżku czy też na wózku inwalidzkim. Dotyczy to zarówno pacjentów, którzy znajdują się w szpitalach (oddziały geriatryczne, neurologiczne, leczenia paliatywnego), jak i przebywających w domu. Wysokie ryzyko powstania odleżyn odnotowuje się szczególnie u chorych nieprzytomnych, z porażeniami, niedowładami (np. po udarze mózgu), którzy ze względu na swój stan muszą pozostać w łóżku [2].

W Europie udary są pierwszą przyczyną inwalidztwa u osób powyżej 45. roku życia i trzecią pod względem częstości przyczyną zgonów. Unieruchomienie na skutek przebytego udaru mózgu jest bardzo często przyczyną powstawania powikłań, takich jak: zakrzepica żył głębokich, zapalenie płuc, przykurcze oraz omawiane szerzej odleżyny [3]. Zmniejszenie problemu, jakim są odleżyny, jest możliwe dzięki wdrożeniu u osób z grupy ryzyka działań profilaktycznych, a u chorych z odleżynami – kompleksowego leczenia [4].

Odleżyna to uszkodzenie skóry oraz głębszych tkanek prowadzące do ich obumierania, ubytku i w konsekwencji owrzodzenia. American National Pressure Ulcer Advisory (NPUAP) i European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) definiują odleżynę jako obszar miejscowego uszkodzenia skóry i znajdujących się pod nią tkanek, spowodowane uciskiem i/lub napięciem tkanek [1, 2, 5].

W celu zapamiętania czynników opóźniających leczenie odleżyn opracowano mnemotechnikę składającą się z angielskich

nego wyrażenia DIDN'T HEAL (nie leczą się), gdzie kolejne litery oznaczają: D – cukrzyca (diabetes); I – infekcja (infection); D – leki (drugs); N – niedożywienie (non nutrition); T – tkanka martwicza (tissue necrotic); H – niedotlenienie tkanek (hypoxia); E – napięcie na brzegach rany (excessive tension); A – inna rana (another wound); L – niska temperatura (low temperature) [6].

Na podstawie głębokości uszkodzenia skóry, obecności tkanek martwiczych i charakteru wysięku dokonano wielu klasyfikacji pod postacią różnorodnych skal, które ujednolicią ocenę rany odleżynowej. Najczęściej wykorzystywanymi w praktyce skalami są: Guttmana oraz Thorrance'a [7]. Pozwalają one na ocenę stopnia zaawansowania zmiany i minimalizowanie powikłań [8].

OPIS PRZYPADKU

Kobieta lat 70, przebywająca w domu pod opieką rodziny. Została wypisana ze szpitala po przebytych udarze niedokrwinnym mózgu w lipcu 2016 r. Pacjentka w stanie ciężkim, lecz stabilnym (III stopień kategorii opieki), wymagająca stałej, całodobowej opieki w warunkach domowych. Jest pacjentką leżącą z powodu utrzymującej się hemiplegii prawostronnej.

Choroby zasadnicze to cukrzyca typu 2 (choruje od 15 lat) oraz nadciśnienie tętnicze (stwierdzone 5 lat temu) – obecnie normotensja uzyskana przez regularne zażywanie leków. W momencie wystąpienia udaru u chorej stwierdzono, jako podstawowy czynnik etiologiczny, miażdżycowe zmniejszenie tętnic domózgowych oraz podwyższone stężenie cholesterolu LDL.

W wywiadzie pacjentka podaje, iż matka chorowała na nadciśnienie tętnicze, przeszła dwa zawały serca, zmarła na skutek trzeciego zawału serca. Ojciec chorował na niedoczynność tarczycy oraz miażdżycę, dodatkowo był też otyły i palił papierosy, zmarł na skutek przebytego udaru mózgu. W przeszłości pacjentka paliła papierosy – przez 10 lat po 20 papierosów dziennie.

Chora samodzielnie przyjmuje pokarmy, wcześniej przygotowane przez męża. Łaknienie oraz pragnienie w ostatnim czasie zmniejszone, w wywiadzie podaje, że od dłuższego czasu przyjmuje znacznie mniej płynów. W skali MNA otrzymuje 19 punktów, co oznacza ryzyko niedożywienia. Pacjentka jest na diecie cukrzycowej, jednak przyznaje, że zdarza jej się nie przestrzegać zasad diety cukrzycowej. BMI = 35.94. Dolegliwości bólowe zgłaszane przez pacjentkę są wynikiem zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa nasilających się okresowo. Występuje sporadycznie nietrzymanie moczu. Ilość wydalanego moczu nieco zmniejszona. Pacjentka jest w grupie wysokiego ryzyka powstania odleżyn. Skala Norton – 11 pkt., skala Waterlow – 25 pkt. W każdej ze skal występuje wysokie ryzyko rozwoju odleżyn. Chora nie posiada zaopatrzenia w podstawowy sprzęt do profilaktyki odleżyn (brak łóżka, materaca przeciwoodleżynowego i innych udogodnień), tak więc pielęgnacja jej w środowisku domowym nie jest dostateczna.

PROCES PIELEGNOWANIA

1. Diagnostyka pielęgniarska

Długotrwałe unieruchomienie spowodowane przebytym udarem niedokrwiennym (hemiplegia prawostronna).

Cel działań pielęgniarskich:

- wczesne rozpoznanie zagrożenia odleżynami;
- zapobieganie powikłaniom (odleżyny, zakrzepica żył głębokich, zapalenie płuc, przykurcze);
- edukacja pacjentki i rodziny w zakresie profilaktyki zapobiegania powikłaniom.

Plan działań:

- zapobieganie powstaniu odleżyn:
 - ocena ryzyka wystąpienia odleżyn za pomocą dostępnej skali,
 - obserwacja powłok skórnych oraz dokumentowanie patologicznych zmian na skórze,
 - unikanie ucisku z zewnątrz (różne przedmioty w łóżku, guziki, fałdy),
 - dobór zastosowania bezpiecznej techniki przemieszczania pacjentki w łóżku (zastosowanie łatwoślizgu),
 - zastosowanie materaca przeciwoodleżynowego zmienności ciśnieniowego oraz udogodnień – wałków, klinów, poduszek stabilizujących, dobranych odpowiednio do stopnia zagrożenia odleżynami,
 - stosowane sprzętu umożliwiającego prawidłowe rozproszenie ucisku – podkładki żelowe, owcza skóra, podpórki poliuretanowe pod łokcie oraz pięty,
 - zmiana pozycji ułożenia w łóżku co 2 godziny,
 - pielęgnacja skóry – wykonywanie toalety całego ciała minimum 2 razy na dobę, stosowanie preparatów do mycia o neutralnym pH, dokładne osuszanie skóry,
 - pielęgnacja przy użyciu preparatów zapobiegających dehydratacji skóry,
 - wykonywanie czynności higienicznych,
 - zmiana bielizny osobistej i pościelowej,
 - aktywizowanie ręki objętej niedowładem,
 - zachęcanie i motywowanie pacjentki do wykonywania ćwiczeń ogólnousprawniających,
 - edukacja chorej i rodziny w zakresie obserwacji i pielęgnacji skóry;
- zapobieganie powstaniu zakrzepicy i przykurczów:
 - ewaluacja kończyn,
 - poprawa ukrwienia skóry przez masaż, oklepywanie,
 - zwiększenie aktywności pacjentki – rehabilitacja bierna,
 - dobór i zastosowanie pończoch uciskowych,
 - wdrożenie kompresji pneumatycznej,
 - unikanie przegrzewania kończyn,
 - ułożenie kończyn zapobiegające wystąpieniu przykurczy, ułatwienie kontaktu z rehabilitantem oraz zachęcanie do współpracy,
 - dostosowanie ćwiczeń do aktualnego stanu ogólnego pacjentki,

- edukacja pacjentki i rodziny w zakresie niepokojących objawów, np. obrzęk i ból kończyny;
- zapobieganie powikłaniom ze strony układu oddechowego:
 - w przypadku zalegania wydzieliny pomoc w jej usunięciu,
 - w przypadku nasilenia zalegania wydzieliny i kłopotów z jej odkrztuszeniem stosowanie pozycji drenażowych,
 - oklepywanie pleców (bez użycia spirytusu) omijając wyniosłości kostne,
 - ćwiczenia oddechowe torem piersiowym,
 - użycie przyrządów pomocniczych podczas ćwiczeń, np. butelka z płynem i rurką, gwizdek Fluter, Spiroflo,
 - nauka efektywnego odkrztuszania,
 - częste wietrzenie pokoju.

Uzasadnienie podjętych działań

Długotrwałe unieruchomienie, zwłaszcza u pacjentów neurologicznych, jest częstą przyczyną rozwoju odleżyn i innych powikłań wynikających z braku ruchu. W dostępnym piśmiennictwie podaje się, że większe nakłady na profilaktykę procentują w praktyce zmniejszeniem ryzyka odleżyn, zapobiegają powikłaniom ze strony układu oddechowego oraz wystąpienia zakrzepicy żył głębokich. Działania podjęte u pacjentki są zgodne z polskimi rekomendacjami PTLR (Polskie Towarzystwo Leczenia Ran) dotyczącymi profilaktyki i leczenia odleżyn. Edukacja natomiast uświadomiła zagrożenia związane z unieruchomieniem i pomogła w zaangażowaniu rodziny do procesu pielęgnowania pacjentki [9].

2. Diagnostyka pielęgniarska

Nietrzymanie moczu spowodowane zaburzeniami neurologicznymi.

Cel działań pielęgniarskich:

- zapobieganie powikłaniom (infekcje dróg moczowych, odparzenia);
- wzmacnianie mięśni krocza.

Plan działań:

- obserwacja powłok skórnych;
- właściwa pielęgnacja skóry – kilkakrotna toaleta krocza w ciągu dnia przy użyciu preparatów o neutralnym pH;
- zastosowanie tylko jednorazowych środków chłonących mocz – pieluchomajtki, wkładki urologiczne;
- zastosowanie luźnych, lekkich i łatwych w praniu ubrań;
- częsta zmiana bielizny pościelowej;
- zapobieganie infekcji układu moczowego przez zakwaszanie moczu – przyjmowanie soku żurawinowego, witaminy C;
- zastosowanie ćwiczeń zwiększających napięcie mięśni dna miednicy oraz wzmocnienie napięcia mięśni zwieraczy cewki moczowej:
 - ćwiczenia ogólnie usprawniające,
 - ćwiczenia Kegla,
 - elektrostymulacja,
 - trening pęcherza moczowego;
- eliminacja niekorzystnych nawyków, które sprzyjają nietrzymaniu moczu – ograniczenie spożycia kawy, herbaty, napojów gazowanych;
- ograniczenie spożycia płynów jedynie w godzinach wieczornych;
- promowanie prawidłowych nawyków ułatwiających kontrolę wydalania moczu – ściśle przestrzeganie godzin oddawania moczu, wydalanie moczu po nocnym wypoczynku;
- polecenie chorej, aby prowadziła dzienniczek samokontroli – notowanie godzin oddawania moczu;
- motywowanie chorej i rodziny do współpracy.

Uzasadnienie podjętych działań

Ze względu na duże ryzyko infekcji dróg moczowych spowodowane zaburzeniami w jego wydalaniu wdrożono czynności pielęgnacyjne oraz stymulujące mięśnie dna miednicy. Działania zostały podjęte między innymi na podstawie wytycznych Zespołu Ekspertów dotyczących postępowania diagnostyczno-

-terapeutycznego u kobiet z nietrzymaniem moczu. Szczególny nacisk kładzie się na modyfikację stylu życia, zastosowanie fizykoterapii oraz pielęgnacji skóry w celu niedopuszczenia do rozwoju powikłań. Powyższe interwencje pielęgniarskie uwzględniają te działania, w celu zapobiegania wystąpienia infekcji dróg moczowych, odparzeń oraz odleżyn. Edukacja chorej, jej rodziny oraz uświadomienie zagrożenia w związku z nietrzymaniem moczu zmotywowowało pacjentkę i jej rodzinę do lepszej współpracy [10].

3. Diagnoza pielęgniarska

Niedożywienie spowodowane zmniejszonym łaknieniem.

Cel działań pielęgniarskich:

- odżywienie chorej;
- poprawa łaknienia;
- identyfikacja niedoborów żywieniowych;
- identyfikacja zaburzeń połykania.

Plan działań:

- ocena nawodnienia oraz stanu odżywienia za pomocą skali MNA;
- pomoc w przygotowywaniu i przyjmowaniu pokarmów:
 - posiłki podawane często, lecz w małych porcjach,
 - odstępy między kolejnymi posiłkami – minimum 3 godziny,
 - ostatni posiłek 3 godziny przed snem,
 - przyjmowanie pokarmów w pozycji siedzącej;
- zwiększenie energetyczności diety – dobór odżywek specjalnego, medycznego przeznaczenia, np. Nutridrink, Cubitan;
- zwiększenie podaży białka w porozumieniu z lekarzem prowadzącym – 1,5–2 g białka/kg m.c.;
- ułatwienie kontaktu z lekarzem prowadzącym celem wykonania badań diagnostycznych (np. białko, albuminy);
- ułatwienie kontaktu z dietetykiem klinicznym celem ustalenia jadłospisu uzupełniającego niedobory białkowo-witaminowe;
- obserwacja objawów związanych z zaburzeniami połykania, np. kaszel, zmiana barwy głosu i wypływanie śliny z ust;
- edukacja chorej i rodziny dotycząca diety wysokobiałkowej, przekazanie informacji o kaloryczności poszczególnych produktów i zawartości w nich białka, witamin i mikroelementów.

Uzasadnienie podjętych działań

W wytycznych Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran dotyczących profilaktyki i leczenia odleżyn zwraca się szczególną uwagę na niedożywienie jako ważny czynnik ryzyka powstawania odleżyn. Dlatego też z powodu braku prawidłowego odżywienia oraz ryzyka wystąpienia powikłań, takich jak osłabienie siły mięśniowej oraz odporności, wysokiej podatności na infekcje, zmian ukrwienia skóry i tworzenia się odleżyn, wdrożono czynności związane z identyfikacją niedożywienia oraz jego eliminacją. Edukacja pacjentki oraz rodziny uświadomiła zagrożenia związane z niedoborami pokarmowymi. Podjęte działania zostały indywidualnie zaplanowane do potrzeb pacjentki [11, 12].

4. Diagnoza pielęgniarska

Cukrzyca typu 2.

Cel działań pielęgniarskich:

- uzyskanie normoglikemii;
- edukacja pacjentki oraz jej rodziny.

Plan działań

- obserwacja pacjentki pod kątem wystąpienia wczesnych powikłań cukrzycowych (hipoglikemia, hiperglikemia);
- regularny pomiar stężenia glukozy w krwi za pomocą glukometru;
- utrzymanie stężenia glukozy w krwi w granicach 60–99 mg%;
- w przypadku wystąpienia hipoglikemii podanie do wypicia słodkiej herbaty;

- w przypadku wystąpienia hiperglikemii podanie dodatkowej dawki insuliny na zlecenie lekarza;
- polecenie prowadzenia dzienniczka samokontroli;
- insulinoterapia zgodnie ze zleceniem specjalisty;
- spożywanie posiłków o stałych porach;
- przygotowywanie posiłków o niskim indeksie glikemicznym;
- ograniczenie spożycia cukrów prostych przez zastąpienie ich cukrami złożonymi;
- motywowanie chorej i rodziny do przestrzegania diety cukrzycowej;
- zwiększenie aktywności pacjentki przez opracowanie odpowiednio dobranych ćwiczeń aktywizujących;
- umożliwienie kontaktu ze specjalistą diabetologicznym oraz edukatorem w diabetologii – kontrola skuteczności insulinoterapii, nauka stosowania wymienników węglowodanowych;
- edukacja pacjentki w zakresie profilaktyki powikłań późnych (nefropatia, neuropatia, retinopatia, angiopatia) – codzienna toaleta stóp, skracanie paznokci, noszenie bezuciskowych skarpetek, unikanie skaleczeń i otarc stóp, codzienna kontrola skóry stóp, dobór kosmetyków do pielęgnacji stóp, regularne kontrole lekarskie u specjalistów.

Uzasadnienie podjętych działań

Cukrzyca typu 2 niesie z sobą szereg powikłań. Szczególnie niewyrównana cukrzyca, objawiająca się wahaniem poziomu glukozy w krwi, nieprzestrzeganie diety cukrzycowej i unieruchomienie w łóżku, sprzyjają wystąpieniu hipoglikemii bądź hiperglikemii. W celu niedopuszczenia do powikłań wczesnych i późnych podjęto szereg działań w celu uzyskania normoglikemii, zgodnie z najnowszymi zaleceniami klinicznymi dotyczącymi postępowania u chorych na cukrzycę. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne kładzie szczególny nacisk na rolę aktywności fizycznej, zastosowanie diety cukrzycowej oraz insulinoterapii, co zostało bezwzględnie uwzględnione w procesie pielęgnowania. W celu uzyskania normoglikemii u pacjentki zostały wykonane regularne pomiary stężenia glukozy w krwi. Edukacja natomiast uświadomiła zagrożenia, jakie niesie z sobą niewyrównana cukrzyca, jakie mogą być skutki wahania poziomu glukozy w krwi i do jakich powikłań mogą one doprowadzić [13, 14].

5. Diagnoza pielęgniarska

Dolegliwości bólowe kręgosłupa spowodowane zmianami zwyrodnieniowymi.

Cel działań:

- zmniejszenie lub całkowita eliminacja bólu.

Plan działań:

- obserwacja charakteru i natężenia bólu za pomocą skali VAS;
- podawanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza;
- ułożenie pacjentki w łóżku, w wygodnej dla niej pozycji, stosowanie udogodnień;
- stosowanie ciepłych i wilgotnych kompresów;
- odwrócenie uwagi pacjentki od bólu przez rozmowę, czytanie gazety, oglądanie telewizji;
- umożliwienie kontaktu z rehabilitantem celem dostosowania ćwiczeń i masażu do stanu ogólnego pacjentki;
- edukacja pacjentki oraz rodziny w zakresie przyjmowania leków przeciwbólowych oraz współpracy z rehabilitantem.

Uzasadnienie podjętych działań

Zmiany zwyrodnieniowe, szczególnie u pacjentów w podeszłym wieku, są często przyczyną występowania dolegliwości bólowych, które powodują dyskomfort i ogólne osłabienie. Optymalne leczenie bólu zostało ukierunkowane na przyczynę bólu. Wdrożono również program leczenia wielokierunkowego, uwzględniającego farmakoterapię, fizjoterapię, rehabilitację oraz psychologiczne metody leczenia bólu. Podjęte działania mają na celu zmniejszenie dolegliwości bólowych i poprawę samopoczucia. Szczególny nacisk został położony na farmako-

logiczne leczenie bólu oraz zastosowanie technik rehabilitacyjnych zgodnie z dostępną literaturą. W celu doboru optymalnego leczenia farmakologicznego dokonano wnikliwej oceny charakteru bólu, a częste rozmowy i organizowanie wolnego czasu spowodowały odwrócenie uwagi od nieprzyjemnych doznań bólowych. Dodatkowo edukacja uświadomiła, jakie znaczenie ma przyjmowanie leków przeciwbólowych w leczeniu bólu [15].

DYSKUSJA

Odleżyny stanowią istotny problem zdrowotny dotyczący głównie osób przewlekle chorych, unieruchomionych oraz niedożywionych. Narażeni są szczególnie chorzy z deficytem samoopieki, samotni i bez wsparcia osób przebywających w domu. Występowanie ran odleżynowych wiąże się z cierpieniem oraz obniżeniem jakości życia w różnych jego sferach. Opieka nad osobami przewlekle chorymi, unieruchomionymi wymaga szczególnej opieki ze strony pielęgniarki. Odgrywa ona znaczącą rolę w profilaktyce odleżyn. Głównym zadaniem personelu pielęgniarskiego jest zdobywanie kwalifikacji i kompetencji zawodowych, niezbędnych do zapewnienia opieki na jak najwyższym poziomie w zakresie profilaktyki i leczenia ran przewlekłych. Kompetencje te mają wynikać z zakresu uprawnień i pełnomocnictw nadanych w celu podejmowania działań, wydawania sądów, opinii i decyzji w określonym obszarze działalności zawodowej [8].

W celu identyfikacji ryzyka powstania odleżyn należy uwzględnić, jakie czynniki ma dany pacjent, a następnie dążyć do ich zmiany. Nie zawsze jednak jest to możliwe, należy wtedy dążyć do uzyskania jak najszybszej poprawy [16]. Szewczyk i wsp. potwierdzają również fakt, iż wraz z wiekiem tendencje wzrastają, gdyż następuje zmniejszenie gęstości zarówno tkanki łącznej, jak i unaczynienia skórno [17]. W artykule Bazaliński i wsp. twierdzą, iż obserwuje się narastającą liczbę osób starszych z odleżynami nabytymi w ciągu pierwszego roku od wypisu ze szpitala [18].

Istotnym i pierwszym elementem w działaniach profilaktycznych, mających na celu zapobieganie wystąpieniu odleżyn, jest ocena ryzyka rozwoju odleżyn. W artykule Cierzniańskiej i wsp. szczególną rolę w praktyce przypisuje się stosowaniu różnego rodzaju skal punktowych. Według autorów, najpowszechniejszą jest skala Norton, która jest najbardziej ogólną skalą zawierającą ocenę pięciu parametrów: stanu fizycznego, stanu świadomości, aktywności, samodzielności przy zmianie

pozycji ciała oraz funkcjonowaniu zwieraczy odbytu i cewki moczowej. Inne zaś skale (Waterlow, Braden, CBO, Douglas) są znacznie dokładniejsze i obejmują większą liczbę czynników ryzyka [9]. Sopata w swojej publikacji pisze, iż najprostszą a zarazem najbardziej użyteczną skalą w opiece nad pacjentem przewlekle chorym jest skala Norton. Wymienia też inne skale przydatne do oceny ryzyka rozwoju odleżyn m.in. skala Gosnell, Knoll, Waterlow i Braden [19].

W dostępnej literaturze podkreśla się konieczność zwracania szczególnej uwagi na sposób ułożenia wszystkich elementów ciała. Rodzaje ułożenia, jakie wymieniają, to pozycja na plecach, na boku oraz na brzuchu. Godną zastosowania uważają pozycję na brzuchu. U kobiety ostatnia pozycja jest niemożliwa do zastosowania, ze względu na otyłość pacjentki [9, 20].

Według Krysiak sprzęt przeciwoodleżynowy to nie tylko zastosowanie materaca, ale również używanie pomocniczych środków ułatwiających przemieszczanie chorego. W profilaktyce uwzględnia wózki do przewozu, żurawiki, podnośniki suwnicowe, rękawy oraz rolki poślizgowe. U badanej chorej zastosowano łatwoślizg celem zmniejszenia tarcia podczas przemieszczania oraz zapobiegania mechanicznym uszkodzeniom skóry [21].

Właściwa pielęgnacja skóry według Szewczyk i wsp. to przede wszystkim utrzymanie skóry całego ciała w czystości i suchości oraz stosowanie środków zapobiegających dehydratacji naskórka. Ciekawym rozwiązaniem dla pacjentów, w związku z zaburzeniami zwieraczy odbytu i/lub cewki moczowej, jest zastosowanie membrany. Specjalnego przeznaczenia powłoki charakteryzują się dobrą przepuszczalnością powietrza i pary wodnej, co chroni skórę przed maceracją [9].

Cierzniańska i wsp. uważają, iż stan odżywienia chorych może przyczynić się do występowania odleżyn. U chorych z niedożywieniem wiąże się to z brakiem odpowiedniej ilości tkanki, co powoduje wzmocnienie ucisku powierzchniowego [1].

Białoń-Janusz uważa, że to właśnie dieta z dużą zawartością białka, witamin i soli mineralnych powinna być zastosowana w ramach profilaktyki przeciwoodleżynowej [22]. Aby poprawić warunki gojenia, w porozumieniu z lekarzem prowadzącym u pacjentki, zwiększono podaż białka.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Cierzniańska K, Łabuńska A, Szewczyk MT. Analiza wybranych czynników wpływających na rozwój odleżyn. *Leczenie Ran* 2010; 7(3-4): 71-77.
2. Cierzniańska K, Szewczyk MT. Odleżyny – problem złożony. *Zakażenia* 2012; 12(2): 83-86.
3. Stróżyńska E, Ryglewicz D. Czynniki ryzyka udaru mózgu u kobiet. *Pol Prz Neurol* 2013; 9(4): 135-140.
4. Stafiej JM. Gdy zawiedzie profilaktyka... Odleżyny – problem nie tylko szpitalny. *Pielęg Chir Angiol* 2011; 3: 171-174.
5. Krupińska E. Ocena ryzyka powstawania odleżyn przy użyciu dostępnych skal – opis przypadku. *Probl Pielęg* 2012; 20(3): 380-384.
6. Sopata M, Głowacka A, Tomaszewska E. Odleżyny – profilaktyka i nowoczesne metody leczenia zachowawczego (cz. 2). *Zakażenia* 2008; 8(5): 44-90.
7. Kędziora-Kornatowska K, Muszałik M, Skolmowska E. *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010.
8. Bazaliński D, Fafara A, Ząbek P, i wsp. Profilaktyka i leczenie odleżyn w praktyce personelu pielęgniarskiego oddziałów neurologicznych w odniesieniu do wytycznych Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Doniesienia Wstępne. *Leczenie Ran* 2015; 12(4): 179-186.
9. Szewczyk MT, Sopata M, Jawień A, i wsp. Zalecenia profilaktyki i leczenia odleżyn. *Leczenie Ran* 2010; 7(3-4): 79-106.
10. Radziszewski P, Baranowski W, Nowak-Markwitz E, i wsp. Wytyczne Zespołu Ekspertów odnośnie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u kobiet z nietrzymaniem moczu i pęcherzem nadreaktywnym. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. *Ginekol Pol* 2010; 81: 789-793.
11. Biernat J, Wyka J. Stan odżywienia w aspekcie stanu zdrowia. *Now Lek* 2011; 80(3): 209-212.
12. Joško-Ochojska J, Spandel L, Brus R. Odwodnienie osób w podeszłym wieku jako problem zdrowia publicznego. *Hygeia Public Health* 2014; 49(4): 712-717.
13. Gumprecht J, Młynarski W, Strojek K, i wsp. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Diabetol Klin* 2016; 5(Supl. A): 1-73.
14. Grabańska K, Bogdański P. Miejsce leczenia nefarmakologicznego w prewencji i terapii nadciśnienia tętniczego. *Forum Zab Metabol* 2010; 1(2): 115-122.
15. Dobrogowski J, Zajackowska R, Dutka J, i wsp. Patofizjologia i klasyfikacja bólu. *Pol Prz Neurol* 2011; 7(11): 20-30.
16. Rosińczuk J, Uchmanowicz I. *Odleżyny – profilaktyka i leczenie*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2014.
17. Szewczyk MT, Cwajda-Biaślik J, Cierzniańska K, i wsp. Czynniki ryzyka rozwoju odleżyn u chorych po amputacji kończyny dolnej. *Leczenie Ran* 2011; 8(2): 47-52.
18. Bazaliński D, Zmora M, Przybek-Mita J, i wsp. Przygotowanie pielęgniarki do opieki nad pacjentem z przewlekłą raną odleżynową z uwzględnieniem rodzaju ich kwalifikacji zawodowych. *Pielęg Chir Angiol* 2017; 11(1): 13-19.
19. Sopata M. *Nowoczesne sposoby profilaktyki i leczenia odleżyn*. W: Walden-Gałuszko K, Ciałkowska-Rysz A, red. *Opieka paliatywna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2015: 194-213.
20. Malinowska K, Mikołajewska E. Odleżyny – wspólna płaszczyzna działań pielęgniarskich i rehabilitacyjnych u pacjenta leżącego. *Pielęg Chir Angiol* 2009; 2: 60-64.
21. Krysiak I. *Odleżyny*. W: Wieczorowska-Tobis K, Talarowska D, red. *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008: 283-288.

22. Białoń-Janusz A. *Problemy skórne*. W: Walden-Gałuszko K, Kaptacz A, red. *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. Warszawa:

Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005: 145–151.

Adres do korespondencji:

Mgr Izabela Kuberka
Zakład Chorób Układu Nerwowego
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
ul. Bartła 5
51-617 Wrocław
Tel.: 71 784 18 39
E-mail: izabela.kuberka@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 05.09.2017 r.

Po recenzji: 05.10.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 02.11.2017 r.