

OPIEKA NAD DZIECKIEM Z ZAPALENIEM PŁUC – OPIS PRZYPADKU

Nursing care of a child with pneumonia – a case report

Beata Konecka¹, Agnieszka Zborowska², Victoria Haaßengier², Anna Rozensztrauch³

¹ Studentka kierunku Pielęgniarstwo, Niepubliczna Wyższa Szkoła Medyczna we Wrocławiu

² Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

³ Zakład Pediatrii Społecznej, Katedra Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: anna.rozensztrauch@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Opieka pielęgniarska nad dzieckiem z zapaleniem płuc w oparciu o proces pielęgnowania pozwala na indywidualne podejście pielęgniarki do chorego dziecka i jego opiekunów. Współczesne pielęgniarstwo utrzymuje, że pielęgniarka jest aktywnym członkiem zespołu terapeutycznego. Takie spojrzenie wymaga od pielęgniarki przygotowania merytorycznego oraz wyznacza nowe zadania, ale też daje szersze kompetencje i wzmacnia znaczenie jej roli w opiece nad pacjentem pediatrycznym. Warunkiem efektywnego leczenia i pielęgnacji jest aktywność i współpraca całego zespołu terapeutycznego.

Słowa kluczowe: zapalenie płuc, opieka pielęgniarska, edukacja.

SUMMARY

Nursing care of a child with pneumonia based on a nursing process allows an individual approach to a sick child and his caregivers. Modern nursing maintains that a nurse is an active member of the therapeutic team. Such approach requires nurses to display a higher level of competence and sets new goals for them, but also gives a nurse wider authority and stress the importance of her role in the care of pediatric patients. The activity and cooperation of all members of the therapeutic team is a prerequisite for successful treatment and effective nursing care.

Key words: zapalenie płuc, opieka pielęgniarska, edukacja.

WSTĘP

Zakażenia układu oddechowego są najczęstszą przyczyną porad ambulatoryjnych. Stanowią one około 50–60% wszystkich zakażeń pozaszpitalnych oraz są najczęstszą przyczyną gorączki u niemowląt i młodszych dzieci [1, 2]. Dzieci młodsze, w wieku do 5 lat, są grupą szczególnie narażoną na zakażenia układu oddechowego ze względu na fizjologiczną niedojrzałość układu odpornościowego, a także środowiskowe czynniki ryzyka (ośrodki opieki dziennej – żłobek, przedszkole) oraz coraz powszechniej występujące alergię [2]. Zapalenie płuc może być zakażeniem pierwotnym albo występować wtórnie w przebiegu innych chorób lub zakażeń. Czynniki etiologicznymi mogą być również wirusy, grzyby, pierwotniaki, reakcje immunoalergiczne czy też aspiracja [3].

CEL PRACY

Celem pracy jest ukazanie właściwego sposobu doboru metod opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem cierpiącym z powodu zapalenia płuc przez wskazanie na wielowymiarowość działalności pielęgniarskiej.

MATERIAŁ I METODY

W pracy posłużono się następującymi technikami badawczymi: wywiad, obserwacja i analiza dokumentacji medycznej pacjenta. Uzyskano świadomą zgodę opiekunów prawnych dziecka na udział w badaniu.

OPIS PRZYPADKU

Dziecko płci żeńskiej w 5 r.ż., masa ciała 16,9 kg, zostało przyjęte na oddział pediatriczny z rozpoznaniem zapaleniem płuc. Dziewczynka z ciąży I, urodzona siłami natury, 10 pkt. w skali Apgar, poród przebiegł bez powikłań, karmiona mlekiem matki do 6. miesiąca życia. Rozwój psychomotoryczny i fizyczny adekwatny do wieku. W 12. miesiącu życia przebyła zapalenie ucha środkowego. Rodzice dziecka zdrowi, bez nałogów. Oboje posiadają wyższe wykształcenie, pracują. Wywiad rodzinny w kierunku chorób alergicznych i innych chorób przewlekłych – nieobciążony. Warunki mieszkaniowe dobre. Dom jednorodzinny, wolnostojący jest jasny, suchy, wyposażony w bieżącą wodę i centralne ogrzewanie. Sytuacja materialna rodziny do-

bra. Dziewczynka uczęszcza do przedszkola od 3. r.ż. Relacje w rodzinie wydają się być prawidłowe. Widoczna jest silna więź emocjonalna między członkami rodziny. Powodem skorzystania z porady ambulatoryjnej było: utrzymująca się podwyższona temperatura ciała (38,5°C), utrudnione oddychanie, kaszel napadowy, czasami prowokujący wymioty. Przy przyjęciu dziewczynka uskarżała się na nudności oraz ból głowy i brzucha. Ponadto zaobserwowano napadowy kaszel z odksztuszaniem plwociny, duszność, tachypnoe.

W badaniu za pomocą termometru elektronicznego bezdotykowego stwierdzono temperaturę ciała na poziomie 39,0°C. W badaniach laboratoryjnych, które zostały wykonane na zlecenie lekarza przyjmującego, stwierdzono podwyższone wskaźniki stanu zapalnego – białko C-reaktywne (CRP, *C-reactive protein*) = 89 mg/l, OB = 68, prokalcytonina > 10, leukocyty = 26,20 tys./ml. Badanie gazometryczne krwi tętniczkowej ujawniło hipoksemię PO_2 = 61,8 mm Hg oraz obniżoną saturację SO_2 = 88,0%. W pozostałych badaniach odchyłań od normy nie stwierdzono. W badaniu radiologicznym klatki piersiowej występowały liczne zmiany zapalne w środkowym polu płucnym prawym według opisu lekarza radiologa.

Rozpoznanie postawione przez lekarza prowadzącego to chłamydrowe zapalenie płuc. W leczeniu zastosowano doustny antybiotyk z grupy makrolidów (preparat klarytromycyny) oraz nebulizację glikokortykosteroidu z krótko działającym beta-2-mimetykiem. Po konsultacji z zespołem fizjoterapeutycznym wdrożono ćwiczenia oddechowe, które przyczyniły się do poprawy oddychania i rozprężenia płuc. Leczenie przebiegało bez powikłań, stopniowo uzyskiwano poprawę stanu ogólnego pacjentki. Zmiany osłuchowe w drogach oddechowych oraz objawy choroby systematycznie ustępowały. Dziewczynkę wypisano do domu w 7. dobie pobytu, w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem dalszej doustnej antybiotykoterapii oraz systematycznej kontroli pediatrycznej.

Problemy pielęgnacyjne zdefiniowane dla pacjentki:

- uczucie duszności,
- napadowy, męczący kaszel z plwociną,
- ból głowy i wzmożona potliwość,
- nudności i wymioty,

- niepokój i niemożność podejmowania aktywności adekwatnej do wieku dziecka,
- brak apetytu.

Problemy pielęgnacyjne zdefiniowane dla rodziców pacjentki:

- deficyt wiedzy z zakresu postępowania w opiece w warunkach domowych [4].

PROPONOWANY PROCES PIELĘGNOWANIA

Problem 1. Uczucie duszności.

Cel opieki: ułatwienie oddychania.

Działania pielęgniarские:

- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w pomieszczeniu przez utrzymanie zalecanej temperatury powietrza, tj. 19–21°C, oraz wilgotności, tj. 40–60% (sprzęt: nawilżacz powietrza, wentylacja pomieszczenia; należy udzielić wskazówek osobie zajmującej się czystością i porządkowaniem sali) [5, 6];
- ułożenie dziecka w pozycji półwysokiej z wykorzystaniem udogodnień;
- zapewnienie luźnej i czystej bielizny osobistej;
- obserwowanie i monitorowanie charakteru i częstości oddechu;
- w razie potrzeby podawanie tlenu przez maskę tlenową po konsultacji i na zlecenie pisemne lekarza;
- wykonanie badania gazometrycznego na zlecenie pisemne lekarza;
- wykonanie pomiaru saturacji za pomocą pulsoksymetru;
- wykonanie inhalacji na zlecenie pisemne lekarza.

Ocena: duszność zmniejszyła się znacznie.

Problem 2. Napadowy, męczący kaszel z plwociną. Nieefektywne odkrztuszanie zalegającej wydzieliny.

Cel opieki: ułatwienie odkrztuszania, nauka efektywnego kaszlu, nauka higieny odpływania.

Działania pielęgniarские:

- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w pomieszczeniu;
- zapewnienie właściwej, dogodnej pozycji dla dziecka (j.w.);
- przeprowadzenie działań edukacyjnych w zakresie nauki efektywnego kaszlu;
- obserwowanie charakteru odkrztuszanej wydzieliny (ilości, zapachu, koloru, częstości);
- zaopatrzenie dziecka w ligninę i miskę nerkową;
- usuwanie miski nerkowej ze zużytą ligniną;
- przeprowadzenie edukacji dziecka i rodziców w zakresie higieny jamy ustnej oraz postępowania ze zużytą ligniną;
- wykonanie inhalacji i drenażu żołądkowego;
- nauczanie i zachęcanie dziecka do gimnastyki oddechowej.

Ocena: dziecko efektywnie odkrztusza wydzielinę, kaszel jest mniej uporczywy, dziecko i jego opiekunowie znają i stosują zasady higieny.

Problem 3. Ból głowy i wzmożona potliwość spowodowane podwyższoną temperaturą ciała.

Cel opieki: obniżenie ciepłoty ciała, utrzymanie czystości skóry, zmniejszenie dolegliwości bólowych,

Działania pielęgniarские:

- kontrola temperatury i odnotowanie wyników w indywidualnej karcie opieki;
- podanie zwiększonej ilości płynów do picia; często, ale w małych ilościach;
- stosowanie zabiegów fizykalnych obniżających gorączkę, np. chłodne okłady na czoło, kąpiele ochładzające;
- zapobieganie przegrzewaniu dziecka przez stosowanie lekkiej, bawełnianej bielizny, lekkiego okrycia;
- utrzymanie odpowiedniego mikroklimatu w pomieszczeniu (j.w.);
- zmiana bielizny osobistej i pościelowej zgodnie z zapotrzebowaniem;
- wykonanie codziennej toalety ciała;
- podawanie leków przeciwgorączkowych zgodnie ze zleceniem pisemnym lekarza.

Ocena: ciepłota ciała obniżyła się do wartości fizjologicznych.

Problem 4. Nudności, wymioty.

Cel opieki: zapobieganie nudnościom i wymiotom, zapobieganie wystąpieniu zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej, zapobieganie zachłyśnięciu.

Działania pielęgniarские:

- zapewnienie bezpiecznej pozycji dziecka w łóżku;
- zastosowanie diety lekkostrawnej, w formie niewymagającej intensywnego gryzienia;
- wyeliminowanie czynników powodujących wymioty (potraw tłustych, zbyt słodkich, intensywnych zapachów);
- podawanie pokarmów często, w małej ilości i o temperaturze bezpiecznej do spożycia;
- kontrola ilości i charakteru wymiotów oraz odnotowanie spostrzeżeń w dokumentacji;
- podawanie leków przeciwwymiotnych na zlecenie pisemne lekarza;
- w razie konieczności podawanie płynów parenteralnie na zlecenie pisemne lekarza;
- kontrolowanie poziomu elektrolitów w surowicy krwi za pomocą badań laboratoryjnych na zlecenie pisemne lekarza;
- ocena stopnia nawodnienia organizmu (napięcie i elastyczność skóry, wilgotność błon śluzowych);
- kontrola ilości i częstotliwości wydalanego moczu;
- prowadzenie bilansu płynów;
- przygotowanie zabezpieczenia higienicznego w razie wystąpienia wymiotów, tj. miski nerkowej, płatów ligniny, płynu do płukania ust;
- higiena jamy ustnej.

Ocena: wymioty ustąpiły, brak odczucia nudności.

Problem 5. Niepokój spowodowany hospitalizacją i zabiegami diagnostyczno-leczniczymi oraz niemożność podejmowania aktywności adekwatnej do wieku dziecka.

Cel opieki: zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa, uspokojenie, wyciszenie dziecka, zapewnienie zabaw dostosowanych do wieku pacjenta.

Działania pielęgniarские:

- nawiązanie kontaktu z dzieckiem i zdobycie jego zaufania;
- zapoznanie dziecka i rodziców z topografią oddziału oraz planem dnia;
- zapoznanie dziecka z personelem i rówieśnikami;
- wyjaśnienie celu i istoty przed wykonaniem każdego zabiegu w sposób miły i zrozumiały dla dziecka;
- nauczanie dziecka współpracy w czasie wykonywania inhalacji;
- unikanie sytuacji, które mogłyby dziecko przestraszyć czy zawstydzić;
- właściwe ukierunkowanie aktywności ruchowej dziecka.

Ocena: dziecko wyciszyło się i aktywnie uczestniczy w wykonywaniu np. inhalacji, chętnie współpracuje z personelem.

Problem 6. Brak apetytu, niechęć do przyjmowanych posiłków.

Cel opieki: poprawa apetytu oraz zapobieganie niedożywieniu i odwodnieniu.

Działania pielęgniarские:

- wprowadzenie diety lekkostrawnej, bogatej w białko, witaminy i sole mineralne;
- podawanie dziecku potraw często, w małych ilościach i po woli, nie zmuszanie do spożywania posiłku;
- podawanie posiłków urozmaiconych i o estetycznym wyglądzie wykorzystując talerze i sztucce dostosowane do potrzeb dziecka;
- w razie konieczności zastosowanie pokarmów rozdrobnionych;
- kontrola masy ciała;
- założenie karty bilansu płynów i spożywanych posiłków.

Ocena: dziecko chętniej spożywa proponowane posiłki.

Problem 7. Deficyt wiedzy rodziców na temat choroby oraz pielęgnacji dziecka z zapaleniem płuc. Niepewność w wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych przy dziecku.

Cel opieki: poszerzenie wiedzy rodziców na temat choroby i zasad opieki.

Działania pielęgniarские:

- edukacja rodziców na temat istoty choroby, jej objawów, ewentualnych powikłań;
- zapoznanie z zasadami pielęgnacji dziecka z zapaleniem płuc;
- przygotowanie rodziców do opieki nad dzieckiem w domu;
- nauczanie rodziców zasad i techniki inhalacji;
- nauczanie wykonywania oklepywania klatki piersiowej i drenażu żołądka;
- udzielenie wskazówek w zakresie zaleceń dietetycznych;
- umożliwienie wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych pod nadzorem pielęgniarki w celu korekcji ewentualnych błędów;
- poinformowanie o miejscach, gdzie mogą znaleźć profesjonalną pomoc i wskazówki, tj. przez kontakt z pielęgniarką Podstawowej Opieki Zdrowotnej lub adresy stron internetowych z informacjami dla pacjentów przygotowane przez pracowników ochrony zdrowia.

Ocena: rodzice rozumieją istotę choroby, potrafią sprawować opiekę nad dzieckiem w sposób właściwy, są przygotowani do dalszego postępowania z dzieckiem w domu [4, 7, 8].

DYSKUSJA

Opieka pielęgniarская nad dzieckiem cierpiącym z powodu zapalenia płuc w oparciu o proces pielęgnowania pozwala na indywidualne podejście pielęgniarki do chorego dziecka i jego opiekunów. Współczesne pielęgniarstwo stanowi o tym, że pielęgniarka nie tylko wykonuje zlecenia lekarskie, ale jest członkiem zespołu terapeutycznego, bierze czynny udział w diagnozowaniu, badaniu pacjenta, jego terapii i rehabilitacji. Takie spojrzenie wymaga od pielęgniarki w jej pracy dużej wiedzy i umiejętności opartych na faktach (*evidenced-based nursing practice* – EBNP), wyznacza nowe zadania, ale też daje szersze kompetencje i wzmacnia jej znaczenie w opiece nad pacjentem. Na skuteczność leczenia ma wpływ właściwa pielęgnacja chorego dziecka i współpraca całego zespołu terapeutycznego oraz komunikacja z rodzicami dziecka [9]. Rola pielęgniarki jest tutaj szczególna. Jak wskazuje Jakubik i wsp. [10], szpital jest specyficznym środowiskiem, które przyporządkowuje dziecko do roli pacjenta i całkowicie uzależnia go od decyzji personelu medycznego. Z przeglądu piśmiennictwa wynika, że rola pielęgniarki w adaptacji dziecka do warunków szpitalnych uzależniona jest od wieku dziecka. Wiek przedszkolny, w porównaniu z wcześniejszymi okresami rozwojowymi, cechuje wzbogacanie

i różnicowanie życia uczuciowego. „Myślenie magiczne” powoduje, że przedszkolaki postrzegają hospitalizację jako karę, a oddzielanie od rodziców – jako brak miłości. Postępowanie pielęgniarские umożliwiające dziecku w tym okresie adaptację do warunków szpitalnych powinno polegać na zapewnieniu komfortu fizycznego i poczucia bezpieczeństwa (zezwoleń dziecku na kontrolowanie fizjologicznych funkcji własnego ciała), rozwijaniu funkcji poznawczych (wykorzystując zabawę jako redukcję lęku).

Proces przyjęcia dziecka na oddział szpitalny powinien odbywać się w miłej atmosferze, dającej małemu pacjentowi i jego opiekunom poczucie bezpieczeństwa. Rozmowa, w której pielęgniarka rozwieje wątpliwości i niepokoje, odpowie w sposób wyczerpujący na pytania, wpłynie uspokajająco oraz pomoże uzyskać zaufanie. Zdobycie zaufania jest konieczne do prawidłowego przeprowadzenia zabiegów pielęgnacyjnych i terapeutycznych [10].

Pielęgniarka chcąc oddziaływać na stan psychiczny dziecka, musi przede wszystkim nawiązać z nim kontakt zarówno werbalny, jak i niewerbalny (przez dotyk, mimikę, ton głosu, postawę ciała). Przez dotyk (trzymanie za rękę, głaskanie) okazuje dziecku wsparcie i troskę, pomaga w redukowaniu napięcia i niepokoju, stosując w kontakcie z dzieckiem techniki, takie jak bajkoterapia czy wizualizacja oraz częściowo zaspokaja potrzebę bliskości [11]. Możliwość obecności rodziców w szpitalu to zdobycie ostatnich kilku lat, wcześniej mogli oni odwiedzać swoje dzieci tylko w ściśle określonych dniach i godzinach. Panował powszechny pogląd, że rodzice są źródłem infekcji, wytrącając małych pacjentów z równowagi i po ich odejściu dzieci płaczą. Hospitalizowane dzieci po okresie czynnego protestu zamykały się w sobie, milkły, nierzadko cofały się w rozwoju. Następnie prezentowały cechy choroby sieroczej pod postacią odrzucenia matki. W związku z przedstawionymi zaletami korzystne jest, aby rodzice przebywali w szpitalu razem z dzieckiem [12]. Jednym z ważniejszych zadań pielęgniarki jest przeprowadzenie szczegółowego wywiadu z rodzicami dziecka oraz z samym dzieckiem w obecności rodziców. Dokładny wywiad, zgromadzenie jak największej liczby danych, konieczne jest do postawienia diagnozy pielęgniarской, a także sformułowania celów opieki i działań pielęgniarских. Pielęgniarka oprócz danych o stanie bio-psychospołecznym dziecka, gromadzi dane pozwalające jej scharakteryzować stan wiedzy i świadomości zdrowotnej małego pacjenta, reakcje na chorobę, zabiegi, osoby pielęgnujące dziecko i hospitalizację [13].

BIBLIOGRAFIA

1. Armstrong G, Pinner R. Outpatients visits for infectious diseases in the United States, 1980 through 1996. *Arch Intern Med* 1999; 159: 2531–2536.
2. Hryniewicz W, i wsp. *Rekomendacje postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach układu oddechowego*. Warszawa: Narodowy Instytut Leków; 2010.
3. Kulus M, red. *Choroby układu oddechowego u dzieci*. Kraków: Wolters Kluwer; 2010.
4. Kyle T. *Essentials of pediatric nursing*. In: *Nursing care of the child with a respiratory disorder*. Orlando: Lippincott Williams & Wilkins; 2008: 19.
5. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie. Dz.U. nr 75, poz. 690, z późn. zm.
6. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy. Dz.U. z 2003 r. nr 169, poz. 1650, z późn. zm.
7. *Guideline for the diagnosis and management of Nursing Home Acquired Pneumonia (NHAP)*. Alberta CPG Working Group 2008.
8. Hutt E, Kramer AM. Evidence-based guidelines for management of nursing home-acquired pneumonia. *J Fam Pract* 2002; 51(8): 709–716.
9. Uchmanowicz I. *Evidence Based Nursing (EBN), czyli Praktyka Pielęgniarska Oparta na Faktach*. W: *Styl życia i choroby nowotworowe*. VIII Dolnośląska Konferencja Szkoleniowo-Naukowa Pielęgniarek i Położnych Onkologicznych. Piechowice, 23–25.04.2010: 33.
10. Jakubik M, Kierys A, Bednarek A. Udział pielęgniarki w adaptacji dziecka do warunków szpitalnych. *Probl Pielęgn* 2011; 19(4): 545–550.
11. Matecka M. Wsparcie emocjonalne i informacyjne jako formy oddziaływania pielęgniarki na stan psychiczny dziecka hospitalizowanego. *Pielęgn Pol* 2004; 1(17)–2(18): 22–28.
12. Łukasik R, Woś H. Postawy personelu medycznego wobec pobytu rodziców w szpitalu wraz z chorym dzieckiem. *Probl Pielęgn* 2009; 17(2): 98–104.
13. Frampton S, Guastello S, Brady C, et al. *Patient-centered care improvement guide*. Planetree, Picker Institute; 2008: 77–91.

Adres do korespondencji:

Mgr Anna Rozensztrauch
Katedra Pielęgniarstwa Pediatrycznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
Tel.: 503 585 939
E-mail: anna.rozensztrauch@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 13.10.2014 r.

Po recenzji: 23.11.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 24.11.2014 r.