

Planowanie i realizacja opieki pielęgniarskiej

MAGDALENA ŁOPUSZAŃSKA-WYKROTA

„Zdrowie jest to pełny dobrostan fizyczny, psychiczny, duchowy i społeczny, a nie tylko brak choroby lub niesprawności” – obecnie obowiązująca definicja według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO World Health Organization)

Zdrowie oznacza zdolność funkcjonowania w życiu codziennym z uwzględnieniem aktualnego stanu organizmu oraz osiąganie satysfakcji z pełnionych ról i interakcji społecznych.



Zdrowie a działania pielęgniarские

Pielęgniarka skupia się przede wszystkim na działaniach swoistych dla holistycznej koncepcji zdrowia:

- Okazywanie otwartości i akceptacji wobec różnorodnych, także niekonwencjonalnych sposobów udzielania pomocy;
- Zauważanie wyjątkowości i złożonej natury każdego pacjenta;
- Wspomaganie chorego w odnajdywaniu siły i motywacji do walki z chorobą, również poprzez relacje z bliskimi;
- Propagowanie zdrowego stylu życia i profilaktyki chorób poprzez refleksję nad sposobem, w jaki ludzie funkcjonują na co dzień.



Zdrowie a działania pielęgniarские

- Pobudzanie wewnętrznych zasobów pacjenta oraz rozwijanie jego umiejętności w zakresie samodzielnej pielęgnacji i leczenia;
- Nauczanie chorego, jak dbać o siebie oraz jak skutecznie radzić sobie z osobistymi trudnościami;
- Tworzenie sprzyjających i komfortowych warunków do procesu chorowania, takich jak opieka w małych placówkach medycznych czy w domowym otoczeniu.



Czynniki warunkujące zdrowie

- **Czynniki biologiczne:** predyspozycje wrodzone, cechy systemu immunologicznego, ocena anatomiczna i fizjologiczna jednostki
- **Zachowania indywidualne:** zwyczaje dietetyczne, palenie tytoniu, picie alkoholu, prowadzenie pojazdów, używanie pasów bezpieczeństwa, ogólna skłonność do ryzyka, podejmowanie działań zapobiegawczych
- **Środowisko fizyczne:** warunki mieszkaniowe, cechy środowiska pracy, cechy bliższego i dalszego środowiska człowieka
- **Środowisko psychospołeczne:** status społeczny, status ekonomiczny, podatność na informację zewnętrzną, w tym reklamę, dojrzałość grup wsparcia społecznego

Czynniki warunkujące zdrowie

- **System opieki zdrowotnej:** odnosi się wyłącznie do czynników indywidualnych i biologicznych, jest mniej ważnym czynnikiem w porównaniu do innych
- **Praca lub jej brak:** jest ważna determinanta zdrowia psychicznego i fizycznego, składają się na nią pełnione funkcje w pracy, stosunki społeczne i jakość życia w miejscu pracy
- **Społeczności.** Każda społeczność ma swoje wartości, systemy, standardy, systemy wsparcia i sieć współpracy
- **Środowisko przekształcone przez człowieka-** rozumiane jako proces urbanizacji i uprzemysłowienia poprzez stosowanie nowoczesnych technologii hodowli roślin i zwierząt, wzrost stopnia zanieczyszczenia fizycznego, chemicznego i biologicznego wody, powietrza, gleby i żywności, postępujący proces degradacji środowiska życia człowieka

Styl życia



Styl życia to zespół zachowań, postaw, ogólna filozofia życia jednostki i grupy. Zależy on od środowiska, norm społecznych i kulturowych obowiązujących w nim oraz od osobistych przekonań, wartości i umiejętności wyboru

(Kulik 1997)

Styl życia obejmuje typowe dla człowieka zachowania, które odzwierciedlają jego osobistą filozofię i podejście do życia. Choć jednostka ma możliwość samodzielnego kształtowania swojego sposobu życia, znaczący wpływ na jej wybory wywiera środowisko, w którym funkcjonuje.

ZDROWY STYL ŻYCIA

- ❖ Zdrowy styl życia obejmuje nie tylko troskę o ciało i sprawność fizyczną.
- ❖ Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), oznacza on zachowanie równowagi pomiędzy wszystkimi aspektami zdrowia człowieka – fizycznym, psychicznym oraz społecznym.
- ❖ Na zdrowy styl życia składa się kilka kluczowych elementów, takich jak:
 - prawidłowe odżywianie,
 - regularna aktywność fizyczna,
 - unikanie czynników szkodliwych dla organizmu,
 - umiejętność regeneracji oraz pozytywne nastawienie do życia.

Zachowania zdrowotne

Zachowania zdrowotne to wszystkie działania, które w sposób bezpośredni lub pośredni wpływają na zdrowie człowieka lub jego samopoczucie.

Pozytywne zachowania zdrowotne to działania sprzyjające utrzymaniu dobrego stanu zdrowia, takie jak regularna aktywność fizyczna, racjonalne odżywianie, budowanie prawidłowych relacji z innymi ludźmi oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami.

Z kolei zachowania negatywne mogą prowadzić do pogorszenia zdrowia, zaburzeń emocjonalnych, fizycznych i psychospołecznych.

W literaturze przedmiotu wyróżnia się zachowania prozdrowotne ukierunkowane na utrzymanie, poprawę bądź odzyskanie równowagi w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej.

Na sposób kształtowania się tych zachowań wpływa wiele czynników – zarówno indywidualnych, jak i wynikających z otoczenia, w którym funkcjonuje człowiek.

Istotnym elementem w tej dziedzinie jest wychowanie zdrowotne, które odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu postaw sprzyjających zdrowiu.

Zachowania zdrowotne

Do zachowań sprzyjających zdrowiu zalicza się między innymi:

- unikanie stosowania używek;
- dbanie o bezpieczeństwo w ruchu drogowym, np. poprzez ostrożną jazdę i korzystanie z pasów bezpieczeństwa;
- kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych, takich jak spożywanie odpowiedniej ilości warzyw i owoców oraz ograniczanie tłuszczów bogatych w cholesterol;
- podejmowanie działań prozdrowotnych, w tym regularną aktywność fizyczną, utrzymywanie higieny osobistej i czystości otoczenia;
- uczestniczenie w działaniach profilaktycznych, takich jak systematyczne wizyty kontrolne u lekarza i stomatologa oraz samodzielne monitorowanie stanu zdrowia.

Wychowanie zdrowotne

Wychowanie zdrowotne jest całościową postawą wobec zdrowia na którą składają się głównie:

- Racjonalny i emocjonalnie zrównoważony stosunek do choroby, kalectwa i śmierci
- Poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie i współodpowiedzialności za zdrowie publiczne
- Gotowość i umiejętność niesienia pomocy innym

To świadome współtworzenie warunków sprzyjających zdrowiu oraz aktywny udział w pracy wychowawczej, kształtującej postawy i zachowania, czyli tworzenie kultury zdrowotnej

Wychowanie zdrowotne przebiega na trzech szczeblach:

heteroedukacja

autoedukacja

heteroedukacja odwrócona

Fazy wychowania zdrowotnego:

1. **Faza heteroedukacji** – zabiegi typu pielęgnacyjnego, opieki, profilaktyki (wiek wczesnego dzieciństwa).
2. **Faza pośrednia** – wzrasta udział w staraniu się o jego zdrowie, rozwija się świadomość i poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie (wiek przedszkolny i szkolny); nawyki i przyzwyczajenia.
3. **Faza autoedukacji** – uczeń jako świadomy wytwórca własnego zdrowia (okres dojrzewania i dorastania); zainteresowania, wiedza, styl życia.
4. **Faza heteroedukacji odwróconej** – osoby dojrzałe, występujące w roli wychowawców innych

Etapy wychowania zdrowotnego

- Działania ukierunkowane na ochronę zdrowia i zapobieganie jego utracie obejmują między innymi: dbałość o higienę osobistą i higienę otoczenia, właściwe odżywianie, utrzymanie higieny pracy i wypoczynku, troskę o bezpieczeństwo, zdrowie psychiczne, walkę z nałogami oraz profilaktykę chorób zakaźnych.
- W obszarze ratownictwa istotne znaczenie ma znajomość zasad udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach, umiejętność współpracy z personelem medycznym w procesie leczenia i rehabilitacji pacjenta, a także świadomość zasad prawidłowego przyjmowania leków.
- Na działania sprzyjające aktywnemu doskonaleniu zdrowia składają się m.in. hartowanie organizmu (również w wymiarze psychicznym), rozwijanie umiejętności samokontroli i stymulowania własnego rozwoju fizycznego, motorycznego i psychicznego. Obejmują one także świadome wykonywanie ćwiczeń ruchowych, edukację seksualną oraz przygotowanie do samodzielnego życia i pracy w kontekście zdrowotnym.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD CZŁWOWIEKIEM ZDROWYM



OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD DZIECKIEM ZDROWYM

Profilaktyka zdrowotna

Profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi sprawują lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) (pediatra lub lekarz rodzinny) we współpracy z pielęgniarką POZ (rodzinna, pediatryczna) na podstawie pisemnej deklaracji wyboru zarówno lekarza, jak i pielęgniarki POZ przez rodziców lub opiekunów dziecka.

Aktualnie dokumentem regulującym zadania lekarza i pielęgniarki POZ w zakresie profilaktycznej opieki nad populacją w wieku rozwojowym jest **Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2015 r. (Dz.U. 2016 poz. 86]**

System profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dzieckiem do lat 5 charakteryzuje się ciągłością opieki, co oznacza, że **ten sam lekarz sprawuje opiekę nad dzieckiem zdrowym i chorym**

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD DZIECKIEM ZDROWYM

Wyszczególniono zakres świadczeń wykonywanych w ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi do lat 5 oraz wymieniono osoby, które je realizują:

- ❖ wizyta patronażowa u noworodka (lekarz):
 - ❖ badania lekarskie niemowląt (lekarz);
 - ❖ testy przesiewowe (pielęgniarka, lekarz);
 - ❖ postępowanie poprzemiesiowe (lekarz);
 - ❖ szczepienia ochronne (lekarz, pielęgniarka):
- ❖ wizyta patronażowa w domu u niemowlęcia w wieku 3 miesięcy (pielęgniarka)
- ❖ bilanse zdrowia w wieku 2, 4 i 5 lat (lekarz):
- ❖ edukacja zdrowotna rodziców i dzieci (lekarz, pielęgniarka): wywiady środowiskowe u dzieci z problemami zdrowotnymi i społecznymi (pielęgniarka).

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD DZIECKIEM ZDROWYM – TESTY PRZESIEWOWE

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), testy przesiewowe służą wczesnemu wykrywaniu dotychczas nierozpoznanych chorób, zaburzeń lub wad. Opierają się one na zastosowaniu standaryzowanych testów oraz szybkich metod diagnostycznych, które umożliwiają wstępną ocenę stanu zdrowia. Dzięki nim można określić, czy u danej osoby istnieje prawdopodobieństwo występowania określonej choroby lub zaburzenia (wynik dodatni), bądź też jego brak (wynik ujemny).

Głównym zadaniem testów przesiewowych jest obserwacja i ocena rozwoju dziecka oraz wczesne wykrywanie nieprawidłowości rozwojowych. Wczesna interwencja pozwala w wielu przypadkach odwrócić negatywne skutki zaburzeń lub spowolnić ich postęp.

W sytuacji uzyskania wyniku dodatniego, czyli podejrzenia występowania zaburzenia lub choroby, konieczne jest przeprowadzenie pogłębionej diagnostyki w celu potwierdzenia bądź wykluczenia rozpoznania (tzw. postępowanie poprzemiesiewowe) oraz wdrożenie odpowiedniego leczenia lub działań wspomagających.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD DZIECKIEM ZDROWYM – TESTY PRZESIEWOWE

Testy przesiewowe realizowane w ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą mają na celu wczesne wykrywanie różnego rodzaju zaburzeń rozwojowych. Obejmują one ocenę:

- rozwoju fizycznego,
- rozwoju psychoruchowego,
- funkcjonowania narządu wzroku,
- narządu słuchu,
- układu ruchu,
- a także pomiar i kontrolę poziomu ciśnienia tętniczego krwi.

Badania przesiewowe przeprowadza się w określonych grupach wiekowych, czyli w takich etapach rozwoju, w których istnieje największe ryzyko wystąpienia lub pogłębiania się danego zaburzenia.

PIELĘGNIARSKA NAD DZIECKIEM ZDROWYM

TESTY PRZESIEWOWE

Testy przesiewowe przeprowadzane są przez pielęgniarkę w środowisku szkolnym lub w poradni, a wyniki badań powinny być każdorazowo odnotowane w dokumentacji zdrowotnej dziecka. Zakres testów obejmuje m.in. wykrywanie fenyloketonurii, wrodzonej niedoczynności tarczycy, dysplazji stawów biodrowych, a także ocenę rozwoju fizycznego (masa ciała, wzrost, dojrzewanie) i psychoruchowego (funkcje wzroku i słuchu). Ponadto badania te pozwalają na wczesne rozpoznanie zaburzeń układu ruchu, nadciśnienia tętniczego oraz ocenę stanu uzębienia i ewentualnych wad zgryzu.

W trakcie wykonywania testów przesiewowych możliwe jest również zauważenie symptomów mogących wskazywać na przemoc wobec dziecka lub uzależnienie.

W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości lub podejrzenia problemów zdrowotnych, dziecko kierowane jest pod opiekę specjalistyczną bądź obejmowane jest czynnym poradnictwem.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD DZIECKIEM ZDROWYM – SZCZEPIENIA OCHRONNE

Szczepienia ochronne stanowią najskuteczniejszy sposób zapobiegania chorobom zakaźnym, które mogą zagrażać życiu. Najbardziej aktualnym źródłem wiedzy na temat szczepień jest Program Szczepień Ochronnych, opracowywany przez Głównego Inspektora Sanitarnego, w którym znajduje się aktualny kalendarz szczepień.

Szczepienia przeprowadzane są przede wszystkim w gabinetach lekarzy rodzinnych. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki mają obowiązek przekazywania rodzicom pełnych informacji dotyczących możliwości ochrony dziecka przed chorobami dzięki szczepieniom. Informacje te obejmują m.in. stopień zagrożenia konkretnymi chorobami, ryzyko wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP) oraz konieczność dokumentowania wykonanych szczepień w karcie szczepień i książeczce zdrowia dziecka.

Podawanie szczepionek w pierwszych dwóch latach życia dziecka jest szczególnie istotne, ponieważ umożliwia jak najszybsze nabycie odporności na groźne choroby.

Kalendarz szczepień dzieci i młodzieży na 2025 rok

Szczepionka przeciw	24h*	2 miesiąc**	3 miesiąc	4 miesiąc	5 miesiąc	6 miesiąc	7 miesiąc	13-15 miesięcy	16-18 miesięcy	6 lat	9 lat	14 lat	19 lat***
Gruźlica	BCG												
Wirusowemu zapaleniu wątroby typu B	HBV	HBV					HBV						
Rotawirusom		RV											
Błonicy, tężcowi, krztuścowi		DTP	DTP		DTP				DTP	DTaP		Tdap	Td
Poliomyelitis			IPV		IPV				IPV	IPV			
Hib		Hib	Hib		Hib				Hib				
Pneumokokom		PCV		PCV				PCV					
Odrze, śwince, różyczce								MMR		MMR			
Ludzkiemu wirusowi brodawczaka											HPV****		
Meningokokom		MenB i MenACWY											
Grypie							IIV (po ukończeniu 6 m.ż.) lub LAIV (po ukończeniu 24 m.ż. do 18 lat)						
Ospie wietrznej								VZV					
COVID-19							COVID-19						
Kleszczowemu zapaleniu mózgu								KZM					
Wirusowemu zapaleniu wątroby typu A								HAV					

* szczepienie powinno być przeprowadzone przed wypisaniem dziecka z oddziału noworodkowego

** szczepienia można rozpocząć po ukończeniu przez dziecko 6 tyg.

*** Td bezpłatne lub Tdap odpłatne

**** szczepienia bezpłatne po ukończeniu 9 lat do 14 lat oraz refundacja dla jednej szczepionki w grupie po ukończeniu 9 lat do 18 lat.

szczepienia obowiązkowe, bezpłatne

szczepienia zalecane, bezpłatne

szczepienia zalecane, odpłatne

BCG – szczepionka przeciw gruźlicy; **HBV** (Hapatitis B Vaccine) – szczepionka przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B; **DTP** – szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi, całokomórkowa; **RV** – szczepionka przeciw rotawirusom; **DTaP** – szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi, bezkomórkowa; **Tdap** – szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi, bezkomórkowa, z obniżoną zawartością składników błonicy i krztuśca; **IPV** (Inactivated Polio Vaccine) – szczepionka przeciw poliomyelitis, inaktywowana; **Hib** – szczepionka przeciw Haemophilus infl uenzae typu b; **MMR** – szczepionka przeciw odrze, śwince i różyczce; **PCV** – szczepionka przeciw pneumokokom, skoniugowana; **IIV** (Inactivated Influenzae Vaccine) – szczepionka przeciw grypie, inaktywowana; **LAIV** (Live Attenuated Infl uenzae Vaccine) – szczepionka przeciw grypie (żywa, donosowa); **MenB** – szczepionka przeciw meningokokom grupy B; **MenACWY** – szczepionka przeciw meningokokom grupy A, C, W, Y; **HPV** – szczepionka przeciw ludzkiemu wirusowi brodawczaka; **VZV** – szczepionka przeciw ospie wietrznej; **HAV** (Hapatitis A Vaccine) – szczepionka przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu A; **KZM** – szczepionka przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu; **COVID-19** – szczepionka przeciw SARS-CoV-2.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD DZIECKIEM ZDROWYM – SZCZEPIENIA OCHRONNE

W Polsce zalecane są dodatkowe szczepienia dzieci przeciwko:

- pneumokokom (obowiązkowe tylko dla dzieci urodzonych po 1 stycznia 2017 roku) i meningokokom wywołującym posocznicę i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych
- ospie wietrznej, prowadzącej do bardzo ciężkich powikłań dotyczących układu nerwowego
- rotawirusom, powodującym biegunki o ciężkim przebiegu, niejednokrotnie wymagające hospitalizacji
- wirusowemu zapaleniu wątroby typu A
- odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowych
- grypie
- wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV), odpowiedzialnego m.in. Za zachorowania na raka szyjki macicy u kobiet

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD DZIECKIEM ZDROWYM – SZCZEPIENIA OCHRONNE

Zgodnie ze standardem postępowania do zadań pielęgniarki wykonującej szczepienia ochronne w ramach POZ należy:

- zaopatrzenie punktu szczepień w szczepionki w najbliższej powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej i ich transport oraz dalsze przechowywanie zgodne ze wskazówkami producenta szczepionek i obowiązującymi przepisami prawa
- zabezpieczenie dokumentacji szczepień (karty uodpornienia) będącej w posiadaniu świadczeniodawcy;
- sprawdzenie aktualnego wyniku badania kwalifikacyjnego przeprowadzonego przez lekarza przed przystąpieniem do szczepienia:
- wykonanie szczepienia zgodnie z PSO i zaleceniami producenta szczepionki:
- udokumentowanie szczepienia w karcie uodpornienia, książeczce zdrowia dziecka i książeczce szczepień:

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD DZIECKIEM ZDROWYM – SZCZEPIENIA OCHRONNE

Zgodnie ze standardem postępowania do zadań pielęgniarki wykonującej szczepienia ochronne w ramach POZ należy:

- poinformowanie rodziców o konieczności pozostania z dzieckiem w poradni przez co najmniej 30 minut po szczepieniu w celu wychwycenia ewentualnego niepożądanego odczynu poszczepiennego (NOP): w przypadku jego wystąpienia natychmiastowe powiadomienie lekarza, udzielenie pomocy dziecku i zgłoszenie NOP do państwowego inspektora sanitarnego
- zabezpieczenie zużytego sprzętu jednorazowego, materiałów oraz niewykorzystanych szczepionek (uszkodzonych bądź przeterminowanych) zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi postępowania z materiałem zakaźnym
- ponowne informowanie o konieczności wykonania szczepień u dziecka rodziców, którzy mimo powiadomienia (drogą telefoniczną, pocztową, przez wywiad środowiskowy) nie zgłaszają się na szczepienia ochronne.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD DZIECKIEM ZDROWYM – SZCZEPIENIA OCHRONNE

Rodzaje i kryteria rozpoznawania niepożądanych odczynów poszczepiennych określa Załącznik nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. (poz. 1711).

Dzielą się one na odczyny miejscowe, niepożądane odczyny poszczepienne ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz inne niepożądane odczyny poszczepienne.

Do najczęściej występujących odczynów należą miejscowe niepożądane odczyny poszczepienne.

- To zazwyczaj odczyny łagodne, które trwają od kilku godzin do kilku dni i ustępują bez pozostawienia trwałych następstw. Należą do nich: odczyny miejscowe po szczepieniu BCG, obrzęk i zaczerwienienie w miejscu podania szczepionki, miejscowe powiększenie okolicznych węzłów chłonnych, a także ból lub ropień w miejscu wstrzyknięcia.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD DZIECKIEM ZDROWYM – SZCZEPIENIA OCHRONNE

- W większości przypadków nie wymagają żadnego postępowania.
- Przeciwbólowo można zastosować paracetamol lub ibuprofen, miejscowo zimne okłady, okłady z sody oczyszczonej (płaska łyżeczka na szklankę wody) lub Altacetu (1 tabletka na szklankę wody).
- Z tzw. ogólnych niepożądanych odczynów poszczepiennych, pojawiających się zwykle wkrótce po szczepieniu, najczęściej występują: złe samopoczucie, drażliwość i gorączka, rzadziej ciągły płacz lub odczyny anafilaktoidalne.
- W przypadku gorączki można zalecić rodzicom schładzanie organizmu dziecka mokrymi okładami lub zastosowanie kąpeli leczniczej w temperaturze niższej o 1-2°C niż temperatura organizmu dziecka.
- Pielęgniarka powinna poinformować rodziców o konieczności zgłaszania zaobserwowanych niepokojących objawów lekarzowi podczas kolejnej wizyty.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD DZIECKIEM ZDROWYM – EDUKACJA ZDROWOTNA

Edukacja zdrowotna polega na rozwijaniu umiejętności podejmowania decyzji i zachowań sprzyjających zdrowiu oraz wzmacniających je.

W kontaktach indywidualnych edukacja zdrowotna powinna odbywać się m.in. podczas wykonywania testów przesiewowych, szczepień ochronnych, udzielania porad w przypadku choroby oraz innych form interakcji z rodzicami i dziećmi. Takie spotkania pozwalają dopasować przekazywane informacje do konkretnej sytuacji oraz potrzeb odbiorcy. Dodatkowo, przy każdej rozmowie z rodzicem warto poruszać różne kwestie związane ze zdrowiem, takie jak prawidłowe żywienie, aktywność fizyczna, bezpieczeństwo oraz styl życia całej rodziny.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD DZIECKIEM ZDROWYM – EDUKACJA ZDROWOTNA

Do zasadniczych edukacyjnych działań pielęgniarki POZ należą:

- Udzielanie porad dotyczących zapobiegania wypadkom w środowisku domowym.
- Wsparcie i doradztwo dla kobiet karmiących piersią.
- Przeprowadzanie instruktażu w zakresie higieny jamy ustnej.
- Informowanie i wspieranie rodziców w przypadku karmienia sztucznego.
- Edukacja dotycząca znaczenia aktywności fizycznej dla zdrowia.
- Udzielanie informacji na temat szczepień ochronnych i ich znaczenia w profilaktyce chorób.
- Edukacja w zakresie profilaktyki chorób przyzębia i zdrowia jamy ustnej.
- Wsparcie w modyfikacji zachowań zdrowotnych w celu poprawy stylu życia.

Opieka nad człowiekiem dorosłym

Dla dorosłego człowieka kluczowe jest dbanie o kondycję zdrowotną. Utrzymanie zdrowia wymaga przede wszystkim świadomości własnego organizmu, wzmacniania odporności, regularnej aktywności fizycznej, właściwego odżywiania, hartowania ciała, umiejętności radzenia sobie ze stresem, rezygnacji z używek, okazywania życzliwości innym oraz zdolności radzenia sobie w trudnych sytuacjach.

Współczesny człowiek jest narażony na problemy zdrowotne głównie z powodu stylu życia i pracy zawodowej. To właśnie te czynniki determinują potrzeby w zakresie profilaktyki oraz działań na rzecz promocji zdrowia.



OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD OSOBĄ STARSZĄ

Starzenie się to proces prowadzący do określonych zmian fizycznych i psychicznych w organizmie człowieka. Nie zawsze przebiega on w sposób typowo fizjologiczny, a często wiąże się z rosnącym zapotrzebowaniem na usługi medyczne, szczególnie te o charakterze opiekuńczym. Świadczenia te powinny być dostosowane do potrzeb biologicznych, psychicznych i społecznych osoby starszej.

Opieka pielęgniarska w środowisku domowym powinna traktować seniora zarówno jako jednostkę, jak i członka rodziny. Większość osób starszych ma lub będzie mieć opiekunów wśród swoich bliskich, a wsparcie ze strony rodziny jest dla nich najważniejsze. Rolą pielęgniarki rodzinnej jest wspieranie zarówno osoby starszej, jak i jej najbliższych.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD OSOBĄ STARSZĄ

Biologiczne oznaki starzenia obejmują zmiany zachodzące na wszystkich poziomach organizmu – od kodu DNA, przez komórki i tkanki, aż po narządy i cały organizm. Wraz z wiekiem zmienia się sylwetka i sposób poruszania się, a narządy ulegają procesom zwyrodnieniowym, atroficznym oraz odwodnieniu tkanek, przy jednoczesnym wzroście ilości tkanki tłuszczowej. Pojawiają się również zaburzenia funkcji organizmu, które osłabiają zdolności adaptacyjne poszczególnych układów, mechanizmy regeneracji i autoodnowy, a także metabolizm.

OPIEKA PIELEŃNIARSKA NAD OSOBĄ STARSZĄ

Psychologiczne cechy starzenia się dotyczą głównie osobowości i funkcji intelektualnych. W tym okresie życia zmieniają się zainteresowania, spada sprawność intelektualna oraz pojawiają się modyfikacje charakteru. Występuje osłabienie pamięci, zwłaszcza krótkotrwałej, trudności z koncentracją i podzielnością uwagi, myślenie staje się bardziej konkretne i dosłowne, a najlepsza pozostaje inteligencja utrwalona w przeszłości. Osłabieniu ulega wyobraźnia, a krytycyzm staje się mniej wyraźny.

Najkorzystniejsze dla seniora jest przyjęcie postawy akceptującej proces starzenia, natomiast niekorzystne są postawy agresywne wobec siebie lub otoczenia. Osoby starsze mogą także przyjmować postawy obronne, przejawiające się nadmierną aktywnością w życiu rodzinnym lub społecznym, albo postawę zależną, polegającą na poszukiwaniu ochrony i wsparcia.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD OSOBĄ STARSZĄ- ASPEKTY SPOŁECZNE

Proces starzenia się może prowadzić do osłabienia poczucia własnej wartości. Utrata roli zawodowej czy zmiana pozycji w rodzinie mogą skutkować izolacją społeczną, znaną także jako „syndrom pustego gniazda”. Zachowanie niezależności w codziennym życiu jest kluczowe dla utrzymania wysokiej jakości życia. Dlatego tak istotne jest aktywne uczestnictwo w życiu społecznym, rozwijanie pasji i zainteresowań poza pracą zawodową oraz udział w zajęciach organizowanych przez Uniwersytet Trzeciego Wieku.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD OSOBĄ STARSZĄ- Przystosowanie do starości

Opieka nad osobą starszą powinna skupiać się na tworzeniu warunków umożliwiających jak najdłuższe samodzielne funkcjonowanie oraz pozostanie we własnym domu i środowisku rodzinnym. Działania pielęgniarki powinny koncentrować się na zapobieganiu lub łagodzeniu zaburzeń fizycznych, psychicznych oraz powikłań wynikających z interwencji medycznych.

Seniorzy często borykają się z różnymi dolegliwościami, które można złagodzić dzięki wczesnej profilaktyce starzenia się, prowadzeniu zdrowego trybu życia i regularnej aktywności fizycznej. Pomoc powinna być udzielana jedynie w sytuacjach, gdy osoba starsza nie jest w stanie samodzielnie zadbać o siebie, częściowo lub całkowicie utraciła zdolność do samoopieki i wymaga wsparcia innych.

CHOROBA

Pojęcie powszechnie używane, ale nadal niezdefiniowane jednoznacznie ze względu na trudności w zdefiniowaniu pojęcia zdrowia. Chorobą można określić w ujęciu:

- Patomorfologicznym jako obiektywnie stwierdzone odchylenia od stanu prawidłowego (normy) w narządach lub tkankach,
- Klinicznym jako charakterystyczny zespół objawów subiektywnych i obiektywnych oraz nieprawidłowości w badaniach dodatkowych, uwzględniając przyczynę i umiejscowienie zmian narządowych i podając jej nazwę.
- Chorego jako zbiór objawów powodujących „złe samopoczucie”, które jest przeciwieństwem zdrowia określonego przez WHO jako dobrostan
- Holistycznym (całościowym, systemowym) jako dynamiczne zaburzenie stanu równowagi organizmu (homeostazy) w co najmniej jednej z trzech sfer jego funkcjonowania, tj biologicznej (przewaga katabolizmu lub anabolizmu), psychicznej (przewaga procesów integracji lub dezintegracji) lub społecznej.

Choroba charakterystyka kliniczna

W ujęciu klinicznym chorobę charakteryzują:

1. Nazwa;
2. Przyczyna, czyli etiologia (np. choroba infekcyjna, autoimmunizacyjna, genetycznie uwarunkowana);
3. Czas powstania (choroba wrodzona lub nabyta);
4. Mechanizm powstania, czyli patogeneza;
5. Początek (nagły lub powolny),
6. Przebieg (ostra, podostra, przewlekła);
7. Zasięg zmian (choroba ogólnoustrojowa, układowa, miejscowa);
8. Charakter zmian (organiczne, czynnościowe);
9. Zejście (pomyślne wyzdrowienie, niepomyślne niepełnosprawność lub zgon).

EDUKACJA ZDROWOTNA I PROMOCJA ZDROWIA



EDUKACJA ZDROWOTNA I PROMOCJA ZDROWIA

Pojęcie edukacja (łac. *educatio, education*) odnosi się do rozwoju intelektualnego i zdobywania wiedzy przez człowieka. Obejmuje cały zakres procesów związanych z wychowaniem, kształceniem i oświatą, których celem jest kształtowanie ludzi – szczególnie dzieci i młodzieży – zgodnie z wartościami i celami przyjętymi w danym społeczeństwie.

Edukacja jest rozumiana jako proces zdobywania wiedzy i może przyjmować różne formy:

- Edukacja formalna – realizowana w systemie szkolnym.
- Edukacja nieoficjalna – obejmująca działania poza systemem szkolnym, ale mające charakter uporządkowany.
- Edukacja nieformalna – oparta na praktycznych doświadczeniach i działalności pozaszkolnej.
- Edukacja akcydentalna – wynikająca z przypadkowych sytuacji i doświadczeń życiowych.

EDUKACJA ZDROWOTNA I PROMOCJA ZDROWIA

Edukacja pacjenta (ang. *patient education*) to celowy, wieloetapowy proces skierowany do osoby korzystającej z systemu opieki zdrowotnej oraz, w razie potrzeby, jej otoczenia. Proces ten obejmuje działania wychowawcze i edukacyjne, mające na celu kształtowanie lub utrwalanie postaw i motywacji w kierunku sprzyjającym zdrowiu. Działania te są zgodne z celami społecznie akceptowanymi w ramach programów promocji zdrowia, wychowania zdrowotnego, oświaty zdrowotnej oraz profilaktyki.



EDUKACJA ZDROWOTNA I PROMOCJA ZDROWIA

Edukacja pacjenta (ang. *patient education*) to celowy, wieloetapowy proces skierowany do osoby korzystającej z systemu opieki zdrowotnej oraz, w razie potrzeby, jej otoczenia. Proces ten obejmuje działania wychowawcze i edukacyjne, mające na celu kształtowanie lub utrwalanie postaw i motywacji w kierunku sprzyjającym zdrowiu. Działania te są zgodne z celami społecznie akceptowanymi w ramach programów promocji zdrowia, wychowania zdrowotnego, oświaty zdrowotnej oraz profilaktyki.

EDUKACJA ZDROWOTNA I PROMOCJA ZDROWIA

Edukacja zdrowotna (ang. *health education*) ma na celu wyposażenie zarówno osób zdrowych, jak i chorych w wiedzę i umiejętności niezbędne do podejmowania działań sprzyjających zdrowiu.

- U osób zdrowych edukacja zdrowotna służy utrzymaniu i wzmacnianiu zdrowia oraz zapobieganiu chorobom.
- U osób chorych ma na celu zahamowanie postępu choroby, ograniczenie jej konsekwencji oraz przywrócenie i utrzymanie zdrowia na jak najwyższym poziomie.

EDUKACJA ZDROWOTNA I PROMOCJA ZDROWIA

Promocja zdrowia to proces, który pozwala ludziom przejąć kontrolę nad własnym zdrowiem oraz kształtować warunki sprzyjające jego utrzymaniu i poprawie. Wspiera rozwój osobisty jednostki oraz rozwijanie umiejętności współżycia społecznego.

Cel promocji zdrowia:

Zapewnienie równego dostępu do zasobów i działań wspierających zdrowie oraz umożliwienie każdemu człowiekowi zwiększania własnego potencjału zdrowotnego poprzez wpływ na czynniki, które je warunkują.

EDUKACJA ZDROWOTNA I PROMOCJA ZDROWIA

Promocja zdrowia – zakres działań:

- Tworzenie warunków środowiskowych sprzyjających zdrowiu.
- Zapewnienie dostępu do rzetelnych informacji zdrowotnych.
- Rozwijanie praktycznych umiejętności wspierających zdrowy styl życia.
- Stwarzanie możliwości podejmowania decyzji korzystnych dla zdrowia.

EDUKACJA ZDROWOTNA I PROMOCJA ZDROWIA

PROMOCJA ZDROWIA fazy działania

1. Rozpoznanie problemu przez określenie: zagrożeń zdrowia, barier utrudniających likwidację zagrożeń, przekazanie do publicznej wiadomości informacji o istniejących zagrożeniach;
2. Pozyskanie sojuszników do prowadzenia zmian: rozpoznanie środowiska pod względem możliwości działań oraz zasobów ludzkich i rzeczowych dla realizacji zmian, uzgodnienie wspólnej płaszczyzny działania;
3. Uzgodnienie strategii działania: analiza dotychczasowych doświadczeń, ustalenie całościowego podejścia, określenie priorytetów, ustalenie celów i zadań, określenie niezbędnych zasobów do realizacji ustalonych zadań, pozyskanie zasobów;
4. Realizacja programu działania; tworzenie pozytywnego wzorca, wzajemnego wspierania, dążenie do uzyskania szybkiego sukcesu, przeciwdziałanie inicjatywom grup, które mają poczucie zagrożenia w wyniku promocji zdrowia (np. producenci papierosów, palacze), ocena działań, informacja o postępach promocji zdrowia

UDZIAŁ PIELEŃGNIARKI W OPIECE PALIATYWNEJ



PODSTAWOWE POJĘCIA

Opieka paliatywna (wg WHO) to aktywna, kompleksowa i całościowa forma opieki nad pacjentami z nieuleczalnymi, postępującymi chorobami w końcowym okresie życia.

Termin pochodzi od greckiego słowa *paliumm* oznaczającego „płaszcz” – symbol ochrony i osłony. W opiece paliatywnej „płaszcz” otacza zarówno pacjenta, jak i jego cierpiącą rodzinę.

Celem opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia chorych i ich bliskich. Obejmuje ona m.in.:

- łagodzenie bólu trudnego do opanowania oraz innych objawów somatycznych,
- zmniejszanie cierpienia psychicznego, duchowego i społecznego,
- wspieranie rodzin pacjentów w czasie choroby i po śmierci bliskiego.

Opieka paliatywna jest specjalistycznym świadczeniem medycznym, które wymaga wysokich kwalifikacji personelu.

PODSTAWOWE POJĘCIA

Stan terminalny to ostatni etap życia pacjenta (łac. *terminus* – granica, kres), w którym diagnostyka i leczenie przyczynowe często tracą znaczenie, chyba że nagłe pogorszenie stanu chorego wynika z przyczyny, której skorygowanie przyniesie wymierne korzyści kliniczne.

W opiece paliatywnej świadczenia zdrowotne są udzielane w zależności od potrzeb pacjenta przez wielodyscyplinarny zespół specjalistów przygotowanych do opieki nad osobami umierającymi. Pacjenci z chorobami nowotworowymi stanowią około 90% osób objętych tego typu opieką.

Jakie choroby uprawniają pacjentów do objęcia opieką paliatywną?

Opieką paliatywną i hospicyjną objęte są głównie osoby z:

- nowotworami
- AIDS
- następstwami chorób ośrodkowego układu nerwowego
- niektórymi rodzajami niewydolności oddechowej
- kardiomiopatią
- ranami przewlekłymi, owrzodzeniami od odleżyn.

FORMY OPIEKI PALIATYWNEJ W POLSCE

Opieka domowa – świadczona pacjentom przebywającym we własnym środowisku domowym, sprawowana przez rodzinę lub opiekunów, przy wsparciu zespołu domowej opieki paliatywnej lub hospicjum domowego.

Opieka ambulatoryjna – udzielana w poradniach opieki paliatywnej lub poradniach leczenia bólu dla pacjentów, którzy są w stanie samodzielnie zgłosić się do placówki.

Opieka stacjonarna – realizowana w oddziałach opieki paliatywnej lub hospicjach dla osób z objawami niemożliwymi do złagodzenia w warunkach domowych lub wymagających tymczasowej opieki zastępczej. Uwzględnia indywidualne potrzeby pacjentów, charakter pomieszczeń oraz obecność najbliższych i wsparcie rodzinne.

FORMY OPIEKI PALIATYWNEJ W POLSCE

Opieka dzienna – przeznaczona dla chorych przebywających w domach, ale zdolnych do opuszczenia ich na kilka-kilkanaście godzin kilka razy w tygodniu. W ośrodkach dziennych prowadzone są zajęcia i zabiegi poprawiające jakość życia pacjentów, jednocześnie odciążając rodzinę.

Zespół wspierający osieroconych – udziela wsparcia osobom, które nie radzą sobie z utratą bliskiej osoby.

Szpitalny zespół wspierający opiekę paliatywną – działa w szpitalach lub innych placówkach, pełni funkcje edukacyjne i konsultacyjne. W jego skład wchodzi specjaliści opieki paliatywnej, w tym lekarz i pielęgniarka (w Polsce system ten jest słabo rozwinięty).

FORMY OPIEKI PALIATYWNEJ W POLSCE

Pediatryczna opieka paliatywna skierowana jest do dzieci z nieuleczalnymi chorobami zagrażającymi życiu, w sytuacjach, gdy nie ma szans na wyleczenie ani poprawę stanu zdrowia. Ze względu na dłuższe przebiegi chorób u dzieci, opieka ta wymaga specyficznego podejścia, chociaż uniwersalne zasady opieki paliatywnej są takie same dla dorosłych i dzieci.

W ramach pediatrycznej opieki domowej nad dzieckiem i jego rodziną stosuje się model wsparcia wielospecjalistycznego. Warunkiem objęcia dziecka opieką paliatywną jest rozpoznanie choroby ograniczającej życie zgodnie z wykazem określonym przez Ministra Zdrowia. Decyzję o objęciu opieką podejmuje lekarz hospicjum na podstawie wskazań medycznych.

Opieka sprawowana jest w domu dziecka przez przygotowany zespół medyczny, przy aktywnym udziale rodziców i innych członków rodziny. W ostatnich latach wprowadzono także perinatalną opiekę paliatywną oraz utworzono pierwsze stacjonarne hospicja i oddziały dla dzieci.

FORMY OPIEKI PALIATYWNEJ W POLSCE

Opiekę paliatywną zapewniają pielęgniarki i lekarze w trybie całodobowej dyżurnej dostępności. Pozostali członkowie zespołu, tacy jak psycholog czy fizjoterapeuta, realizują swoje działania w zależności od potrzeb pacjenta.

W domowej opiece paliatywnej standardowo jedna pielęgniarka na pełen etat sprawuje opiekę nad piętnastoma pacjentami, wykonując co najmniej dwie wizyty tygodniowo. Lekarz na pełen etat obejmuje opieką trzydzieści osób, przeprowadzając co najmniej dwie wizyty w miesiącu.

Liczba wizyt zwiększa się w przypadku pogarszania stanu zdrowia pacjenta, zwłaszcza w fazie agonii. Ponadto wizyty rosną w ramach całodobowej dyspozycyjności zespołu, również w dni wolne od pracy i w nocy, np. w sytuacjach nagłych, takich jak zmiana zestawu do podawania leków podskórnych lub inne nagłe zdarzenia w opiece paliatywnej.

FORMY OPIEKI PALIATYWNEJ W POLSCE

W stacjonarnej opiece paliatywnej pielęgniarka sprawuje opiekę nad pacjentami zgodnie z wyliczonymi minimalnymi normami zatrudnienia.

Wsparcie rodziny chorego w czasie trwania opieki oraz w okresie osierocenia jest integralnym elementem opieki paliatywnej. Praca interdyscyplinarnego zespołu powinna być prowadzona w ścisłej współpracy z podstawową opieką zdrowotną oraz specjalistami z innych dziedzin medycyny.

Zadania opieki paliatywnej

- Zwalczanie bólu
- Leczenie objawowe innych dolegliwości somatycznych
- Pielęgnacja
- Łagodzenie cierpień psychicznych i duchowych
- Pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych
- Przygotowanie pacjenta do spokojnej śmierci

Zadania opieki paliatywnej

- Wspieranie rodzin w trakcie choroby pacjenta oraz w okresie osierocenia.
- Prowadzenie edukacji zdrowotnej osób objętych opieką, ich rodzin oraz pracowników zespołu.
- Poszanowanie autonomii i godności pacjenta.
- Ceni życie, traktując proces umierania jako naturalny etap życia człowieka.
- Nie przyspiesza ani nie opóźnia momentu śmierci pacjenta.

OPIEKA PALIATYWNA NIE PROWADZI DO WYLECZENIA, JEJ
CELEM JEST NIESIENIE POMOCY UMIERAJĄCYM

Rola pielęgniarki w opiece paliatywnej

W opiece paliatywnej pielęgniarka realizuje szeroki zakres zadań zawodowych:

- Rozpoznaje i ocenia potrzeby biopsychospołeczne oraz duchowe pacjentów w zaawansowanym stadium choroby i podejmuje działania zmierzające do ich zaspokojenia.
- Organizuje i kieruje zespołami opieki paliatywnej, pełniąc funkcje takie jak pielęgniarka oddziałowa, koordynująca, przełożona pielęgniarek, dyrektor ds. pielęgniarstwa, kierownik jednostki opieki paliatywnej czy konsultant w zakresie pielęgniarstwa paliatywnego.
- Współpracuje ze wszystkimi członkami zespołu terapeutycznego oraz specjalistami z innych dziedzin medycyny w rozwiązywaniu problemów pojawiających się podczas opieki nad pacjentem i jego rodziną.
- Udziela konsultacji pielęgniarkom innych specjalności w zakresie opieki paliatywnej.
- Prowadzi kształcenie pielęgniarek oraz przedstawicieli innych zawodów medycznych w obszarze opieki paliatywnej.
- Realizuje badania naukowe dotyczące pielęgniarstwa paliatywnego.
- Promuje idee opieki paliatywnej wśród pracowników ochrony zdrowia, administracji lokalnej oraz w społeczeństwie.

Udział pielęgniarki w opiece paliatywnej

Objawy i dolegliwości pacjenta paliatywnego:

Osłabienie objawia się zarówno zmęczeniem fizycznym, jak i wyczerpaniem psychicznym. W miarę pogarszania się stanu zdrowia pacjenta spada jego wydolność w zakresie samoopieki, maleją siły życiowe, a zainteresowanie otoczeniem ulega zmniejszeniu.

Udział pielęgniarki w opiece paliatywnej

Działania pielęgniarskie:

- ✓ Zapewnić wypoczynek w ciągu dnia i spokojny sen w nocy,
- ✓ Do minimum ograniczyć wysiłek,
- ✓ Zabiegi pielęgnacyjne wykonywać z przerwami, jeżeli odwiedziny męczą pacjenta, należy je skrócić do minimum, nie obciążać pacjenta długimi rozmowami,
- ✓ Tak długo jak to możliwe pacjent powinien wstawać z łóżka, szczególnie przy spożywaniu posiłków i korzystaniu z toalety
- ✓ Należy pacjenta często układać w pozycji siedzącej na łóżku lub w odpowiednim krześle.
- ✓ Jeżeli pacjent musi pozostawać w łóżku należy zapewnić mu wygodę, komfort fizyczny i czystość.
- ✓ Chronić przed odleżynami poprzez zastosowanie materaca p/odleżynowego, zmianę ułożenia, oklepywanie i nacieranie miejsc narażonych na odleżyny, zachęcać do ćwiczeń oddechowych i poruszania się w łóżku.
- ✓ Konieczne zabezpieczyć prawidłowe zaspokojenie potrzeby wydalania poprzez intymność, czystość oraz taktowność.

Udział pielęgniarki w opiece paliatywnej

Obniżone łaknienie z różnych powodów: ból, nudności, wymioty, przygnębiecie, apatia.

Działania pielęgniarskie:

- ✓ Należy zaproponować posiłki w małej ilości, częste, o dużej wartości odżywczej,
- ✓ Jeżeli jest konieczność należy karmić chorego.

Zwiększone pragnienie- należy dbać o odpowiednią ilość płynów.

Należy pamiętać, że głód i pragnienie mogą pojawić się również w nocy !

Udział pielęgniarki w opiece paliatywnej

Ból- wyzwala lęk, obniża nastrój, wzmacnia drażliwość, prowadzi do rezygnacji, podwyższa ciśnienie krwi, przyspiesza akcję serca, uniemożliwia normalne funkcjonowanie pacjenta.

Zwalczanie bólu jest priorytetem w opiece terminalnej, ważnym nie tylko dla chorego, ale również dla jego rodziny. Cierpienie chorego może zwiększać poczucie bezradności i być przeszkodą w udzieleniu efektywnej pomocy.

Działania pielęgniarskie:

- ✓ Pielęgniarka powinna umieć określić rodzaj bólu, charakter, umiejscowienie, czas trwania oraz reakcję pacjenta.
- ✓ W minimalizowaniu bólu należy wykorzystać czynniki podwyższające próg bólowy (wsparcie, terapia zajęciowa, dobre warunki snu i odpoczynku), stosować środki i zabiegi pielęgnacyjne, fizjoterapię, psychoterapię i środki farmakologiczne.

Udział pielęgniarki w opiece paliatywnej

Bezsenna- przyczyny: ból, duszność, lęk, hałas. Likwidacja zaburzeń snu jest konieczna dla lepszego stanu psychicznego i fizycznego chorego, dlatego należy wykorzystać różne sposoby likwidacji przyczyn bezsenności oraz stosować środki odprężające. W razie konieczności należy stosować środki nasenne lub uspakajające.

Lęk przed utratą godności osobistej z powodu przykrych objawów, nieestetycznego wyglądu, bezradności, utraty kontroli nad funkcjami biologicznymi i umysłowymi. Bardzo ważna jest akceptacja chorego oraz gotowość do niesienia ulgi w cierpieniach.

Zaburzenia psychiczne- (okresy świadomości i nieświadomości), pacjent jest zagubiony, bezradny, kontakt z nim jest utrudniony, a czasem wręcz niemożliwy przez co wymaga specjalnej troski,

Udział pielęgniarki w opiece paliatywnej

Należy pacjenta często układać w pozycji siedzącej na łóżku lub w odpowiednim krześle. Jeżeli pacjent musi pozostawać w łóżku należy zapewnić mu wygodę, komfort fizyczny i czystość. Chronić przed odleżynami poprzez zastosowanie materaca p/odleżynowego, zmianę ułożenia, oklepywanie i nacieranie miejsc narażonych na odleżyny, zachęcać do ćwiczeń oddechowych i poruszania się w łóżku.

Konieczne zabezpieczyć prawidłowe zaspokojenie potrzeby wydalania poprzez intymność, czystość oraz taktowność.

Obniżone łaknienie z różnych powodów: ból, nudności, wymioty, przygnębienie, apatia. Należy zaproponować posiłki w małej ilości, częste, o dużej wartości odżywczej, jeżeli jest konieczność należy karmić chorego.

Zwiększone pragnienie- należy dbać o odpowiednią ilość płynów.

Należy pamiętać, że głód i pragnienie mogą pojawić się również w nocy !

Udział pielęgniarki w opiece paliatywnej

Ból- wyzwała lęk, obniża nastrój, wzmacnia drażliwość, prowadzi do rezygnacji, podwyższa ciśnienie krwi, przyspiesza akcję serca, uniemożliwia normalne funkcjonowanie pacjenta.

Zwalczanie bólu jest priorytetem w opiece terminalnej, ważnym nie tylko dla chorego, ale również dla jego rodziny. Cierpienie chorego może zwiększać poczucie bezradności i być przeszkodą w udzieleniu efektywnej pomocy.

Pielęgniarka powinna umieć określić rodzaj bólu, charakter, umiejscowienie, czas trwania oraz reakcję pacjenta.

W minimalizowaniu bólu należy wykorzystać czynniki podwyższające próg bólowy (wsparcie, terapia zajęciowa, dobre warunki snu i odpoczynku), stosować środki i zabiegi pielęgnacyjne, fizjoterapię, psychoterapię i środki farmakologiczne.

Udział pielęgniarki w opiece paliatywnej

Bezsenna- przyczyny: ból, duszność, lęk, hałas. Likwidacja zaburzeń snu jest konieczna dla lepszego stanu psychicznego i fizycznego chorego, dlatego należy wykorzystać różne sposoby likwidacji przyczyn bezsenności oraz stosować środki odprężające. W razie konieczności należy stosować środki nasenne lub uskakające.

Lęk przed utratą godności osobistej z powodu przykrych objawów, nieestetycznego wyglądu, bezradności, utraty kontroli nad funkcjami biologicznymi i umysłowymi. Bardzo ważna jest akceptacja chorego oraz gotowość do niesienia ulgi w cierpieniach.

Zaburzenia psychiczne- (okresy świadomości i nieświadomości), pacjent jest zagubiony, bezradny, kontakt z nim jest utrudniony, a czasem wręcz niemożliwy przez co wymaga specjalnej troski,

Udział pielęgniarki w opiece paliatywnej

Wyznanie – pielęgniarka powinna wiedzieć jakiego wyznania jest pacjent, aby zapewnić mu kontakt z duchownym, gdyż w tym czasie wiara jest bardzo ważna. Nie należy jednak robić nic na siłę, poszanowanie wolności sumienia jest obowiązkiem pielęgniarki.

Ból totalny- obejmuje ból fizyczny, psychiczny, duchowy i społeczny.

Ból psychiczny spowodowany lękiem, poczuciem bezradności i beznadziejności.

Ból społeczny- utrata ról społecznych, samotność, utrata prywatności, obawa o los bliskich.

Ból duchowy (lęk egzystencjonalny)- utrata sensu życia, obawa przed unicestwieniem i śmiercią

Udział pielęgniarki w opiece paliatywnej

Pacjent paliatywny potrzebuje również rozmowy o swoich przeżyciach, lęku i poczuciu samotności, ponieważ istnieje ścisły związek między dolegliwościami fizycznymi a stanem psychicznym. Nasilenie objawów somatycznych może wywoływać silne reakcje emocjonalne, takie jak lęk, cierpienie czy osamotnienie, które z kolei nasilają dolegliwości fizyczne, pogarszając jakość życia.

Niepewność osoby umierającej często wynika z braku informacji o stanie zdrowia, rokowaniu i podejmowanych działaniach. Udostępnienie pełnych informacji sprzyja otwartym relacjom pacjenta z personelem medycznym i rodziną, przy czym należy pamiętać, że pacjent ma prawo odmówić przyjęcia informacji.

W sytuacji niepomyślnego rokowania pacjent powinien wiedzieć, że nie rezygnuje się z dalszego leczenia i pielęgnacji, jednak nie należy wprowadzać go w nadmierną nadzieję.

Etapy, przez które przechodzi człowiek, zanim zaakceptuje nadchodzącą śmierć:

1. Etap zaprzeczania- poznanie prawdy o swojej chorobie-
2. Etap gniewu i buntu, często zwrócony jest przeciw pielęgniarcom, lekarzom, którzy późno rozpoznali chorobę, źle leczyli, coś zaniedbali, ale również przeciw całemu społeczeństwu. Pacjent w tym czasie wymaga dużo cierpliwości i zrozumienia
3. Targowanie się z losem, z Bogiem. Na tym etapie chory jest wyciszony, modli się, jest zamknięty w sobie i osamotniony w swoim nieszczęściu. Nie docierają do niego słowa i czasami jedyną możliwość utrzymania więzi z chorym stanowi troskliwe pielęgnowanie i bycie z chorym.

Etapy, przez które przechodzi człowiek, zanim zaakceptuje nadchodzącą śmierć:

4. Depresja związana z poczuciem straty, żalu z powodu rozstawania się z życiem. Pacjent zamyka się w sobie, popada w apatię i bierność, nie jest zainteresowany otoczeniem, nie chce przyjmować posiłków i leków. Pacjent często w tym czasie nie oczekuje pocieszenia, ale wysłuchania, uczucia można wyrazić dotykiem lub milczeniem.

5. Pogodzenie się z faktem śmierci, pacjent zaprzestaje walki o życie, poddaje się i czeka na to co jest nieuniknione. Pacjent jest wyczerpany, słaby, śpiący, zmniejsza się krąg jego zainteresowań, kontakty odbywają się zazwyczaj bez słów, istnieje potrzeba obecności kogoś, niektórzy wyrażają ostatnie prośby i życzenia, które mają być wykonane po ich śmierci. Wspólne omówienie śmierci i jej następstw ma wielkie znaczenie dla przebiegu żałoby.

Opieka nad rodziną umierającego

Najbardziej odpowiednim miejscem dla osoby umierającej jest własny dom. Rolą zespołu opieki paliatywnej jest wspieranie rodziny zarówno podczas sprawowania opieki nad bliskim, jak i po jego śmierci, w okresie żałoby.

Jeżeli rodzina nie radzi sobie z opieką, może liczyć na wsparcie zespołu hospicyjnego. Dla wielu osób, które po raz pierwszy spotykają się z człowiekiem umierającym, konieczność opieki nad nim wiąże się z dużym stresem, a myśl o śmierci bliskiego wywołuje szczególnie silne cierpienie.

Opieka nad rodziną umierającego

Rodzina często potrzebuje wsparcia, ponieważ sprawowanie opieki nad chorym może przekraczać jej możliwości fizyczne i psychiczne. Formy pomocy obejmują m.in.:

- regularne wizyty lekarskie i pielęgniarские,
- wsparcie w sprawach socjalnych,
- odciążanie rodziny w wykonywaniu niektórych prac domowych,
- czasowe przejęcie opieki nad chorym poprzez pobyt w oddziale hospicyjnym,
- edukację w zakresie czynności pielęgnacyjnych oraz postępowania z pacjentem przeżywającym silny stres, smutek, rozgoryczenie lub depresję,
- specjalistyczną pomoc pielęgniarскую,
- wsparcie duszpasterskie.

Rodzina w czasie agonii chorego

Rodzinę należy uprzedzić o zbliżającej się agonii pacjenta, ponieważ często oczekuje ona podejmowania działań ratunkowych. Trzeba wyjaśnić, że takie czynności nie przedłużają życia, lecz jedynie wydłużają proces umierania, dlatego należy z nich zrezygnować. Ważne jest także omówienie z rodziną samego procesu umierania – stopniowego zaniku świadomości, oddychania, pracy serca oraz funkcjonowania zmysłów. W tym czasie należy być przy pacjencie, trzymać go za rękę, delikatnie głaskać i, jeśli pacjent lub rodzina tego pragnie, wspólnie się modlić. Sposób postępowania powinien uwzględniać kontekst kulturowy i religijny rodziny. Należy pamiętać, że osoba osierocona musi przeżyć smutek i żal po utracie bliskiego, aby stopniowo przystosować się do nowej sytuacji i wrócić do normalnego życia.

Opieka nad człowiekiem zmarłym

Postępowanie z pacjentem po stwierdzeniu zgonu:

Pacjenta należy ułożyć na wznak, zamknąć oczy, usunąć dreny i cewniki, wymienić opatrunki na czyste, zdjąć bieliznę, umyć ciało i założyć pampers, a także włożyć sztuczne uzębienie i podwiązać żuchwę bandażem. Ciało pozostawia się na około 2 godziny w odpowiednio przeznaczonym pomieszczeniu, po czym jest przekazywane do kostnicy lub zakładu pogrzebowego. Procedury te mogą różnić się w zależności od regulacji szpitalnych.

Podczas wykonywania wszystkich czynności pielęgniarka powinna postępować taktownie, okazując szacunek dla zmarłego i jego rodziny, a także respektować prawo bliskich do przeżywania żalu i wyrażania emocji w indywidualny sposób.