

„Podstawy pielęgniarstwa okiem studenta: procedury, zdjęcia i refleksje – przewodnik dla początkujących”

Oliwia Pinkowska



**„Podstawy pielęgniarstwa okiem studenta: procedury, zdjęcia i
refleksje – przewodnik dla początkujących”**

Autor: Oliwia Pinkowska

**Opieka naukowa:
dr Anna Źdanowicz
mgr piel. Edyta Libuda**

„Pielęgniarstwo jest sztuką, a nie nauką. Pielęgniarka musi mieć serce pełne współczucia i
umiejętność dostrzegania potrzeby drugiego człowieka.”

Florence Nightingale

RADA WYDAWNICZA: Donat Mierzejewski (przewodniczący), Joanna Kryza (sekretarz), Paweł Dahlke,
Michał Bania, Katarzyna Orfin -Tomaszewska, Przemysław Frąckowiak, Jarosław Kołodziej,
Sylwester Sieradzki, Wojciech Musiał

RECENZENT:

Dr nauk o zdrowiu Katarzyna Betke



© Copyright by Wydawnictwo Akademii Nauk Stosowanych im. Stanisława Staszica w Pile

Dwieście ósma publikacja Akademii Nauk Stosowanych im. Stanisława Staszica w Pile

Piła 2025

e-ISBN

978-83-67684-06-4

Wprowadzenie

„Podstawy Pielęgniarstwa Okiem Studenta: Procedury, Zdjęcia i Refleksje – Przewodnik dla Początkujących”. Ten skrypt powstał jako rezultat moich doświadczeń i nauki w trakcie studiów pielęgniarских. Moim celem jest stworzenie praktycznego narzędzia, które pomoże innym studentom w nauce podstaw pielęgniarstwa i ułatwi im przyswajanie kluczowych procedur oraz technik.

W podręczniku tym znajdziesz szczegółowy opis podstawowych procedur pielęgniarских, ilustrowanych zdjęciami oraz wzbogaconych o moje osobiste refleksje. Każda sekcja została zaprezentowana w sposób przystępny i przemyślany, z naciskiem na praktyczne aspekty, które są niezbędne w codziennej pracy pielęgniarki.

Skrypt opiera się na moich doświadczeniach zdobytych podczas praktyk klinicznych oraz lekturze literatury fachowej. Dzięki połączeniu teoretycznych informacji z praktycznymi wskazówkami, mam nadzieję, że stanie się on cennym wsparciem w nauce i przyczyni się do lepszego zrozumienia kluczowych zagadnień w pielęgniarstwie.

Chciałabym również podziękować moim wykładowcom, opiekunom praktyk i koleżankom z roku za ich wsparcie i inspirację. Szczególne wyrazy wdzięczności kieruję do osób, które udzieliły mi cennej pomocy w przygotowaniu materiałów fotograficznych do skryptu oraz przy tworzeniu okładki. Jestem przekonana, że ten przewodnik będzie użyteczny dla wszystkich, którzy stawiają pierwsze kroki w tej ważnej i wymagającej dziedzinie.

Spis treści

Wstęp	8
1. Higiena rąk: pierwsza linia ochrony	9
1.1 Technika mycia rąk - krok po kroku, czyli jak to robić poprawnie	9
1.2 Technika dezynfekcji rąk - alkoholowe cudeńko w walce z drobnoustrojami	10
1.3 Pięć momentów higieny rąk – kiedy naprawdę warto to robić	11
2. Dobór rękawiczek: które, kiedy i dlaczego	12
2.1 Niejałowe rękawiczki jednorazowe – niezastąpione przy codziennych czynnościach	12
2.2 Jałowe rękawiczki jednorazowe - jak spełniają swoje zadanie?.....	13
2.3 Jak dobrze posługiwać się rękawiczkami – unikaj typowych błędów, które sama kiedyś popełniałam	14
3. Monitorowanie parametrów życiowych	15
3.1 Pomiar temperatury ciała – kiedy gorączka staje się alarmująca.....	15
3.2 Pomiar tętna – rytm życia: jak uchwycić najważniejszy ruch ścian tętnic.....	16
3.3 Pomiar ciśnienia tętniczego – jak liczby odzwierciedlają stan pacjenta.....	18
3.4 Liczenie oddechów – niezwykle ważny parametr, który łatwo przeoczyć.....	20
3.5 Pomiar glikemii – co poziom cukru mówi o stanie pacjenta?	22
3.6 Karta gorączkowa – pierwsze kroki w rejestrowaniu kluczowych parametrów .	25
4. Toaleta i pielęgnacja pacjenta	27
4.1 Ścielenie łóżka – sztuka codziennej precyzji w pielęgniarstwie	27
4.3 Mycie pacjenta – delikatność i profesjonalizm w działaniu.....	31
4.4 Mycie włosów pacjenta – jak jedno proste działanie może zmienić komfort pacjenta	40
4.5 Czepiec przeciwwszawiczny – jak skutecznie rozwiązać problem.....	43
5. Wydalanie moczu i kału: mało mówimy, dużo robimy	46
5.1 Podawanie basenu i kaczki – praktyka kontra teoria	46
5.2 Pobieranie moczu – o tym co kryją te próbki.....	48
5.3 Dobowa zbiórka moczu (DZM) – niezbędne dla precyzyjnej diagnozy	50
5.4 Bilans płynów – moje pierwsze doświadczenia i wnioski	52
5.5 Cewnikowanie – odpowiedzialność i precyzja w każdym kroku	53
5.6 Zabiegi dorektalne – przygotowanie na wyzwanie	57
6. Komfort i wygoda pacjenta: klucz do dobrego samopoczucia	60
6.1 Udogodnienia i profilaktyka odleżyn – wygodne rozwiązanie w walce z odleżynami	60

6.2 Przenoszenie pacjenta – jak unikać kontuzji (swojej i pacjenta)	64
7. Odżywianie pacjenta: na co zwrócić uwagę?	70
7.1 Pomoc pielęgniarki w spożywaniu posiłków – kluczowe zasady.....	70
7.2 Zakładanie zgłębnika dożołądkowego (sonda) – jak stres przekształca się w doświadczenie	72
7.3 Karmienie przez sondę i odbarczanie – zrozumienie procesu w praktyce	75
8. Wspomaganie oddychania pacjenta	77
8.1 Tlenoterapia – kiedy tlen staje się lekiem.....	77
8.2 Nebulizacja – małe kroki w drodze do lepszego oddechu.....	82
9. Zabiegi płukania: oczyszczenie ciała.....	85
9.1 Płukanie ucha – jak łączyć delikatność z efektywnością	85
9.2 Płukanie oka – sztuka precyzji	87
10. Iniekcje: krok po kroku.....	89
10.1 Materiały jednorazowe – niezbędne w codziennej pracy	89
10.2 Iniekcja śródskórna – pierwsze ułknięcie: wspomnienia z sali ćwiczeń	91
10.3 Iniekcja podskórna – subtelność w działaniu.....	93
10.4 Iniekcja domięśniowa – pewna ręka i zaufanie pacjenta.....	97
10.5 Pobieranie krwi – moje pierwsze pobranie: stres kontra profesjonalizm w działaniu	100
10.6 Pobieranie krwi metodą tradycyjną – historia metody „na igłę”	102
10.7 Pobieranie krwi metodą próżniową – nowoczesne rozwiązanie	104
10.8 Gazometria – o co chodzi z tym badaniem?	106
10.9 Zakładanie wenflonu – jak to zrobić sprawnie i bezpiecznie?	107
10.10 Usuwanie wenflonu – jak uniknąć błędów?	113
10.11 Pobieranie krwi przez wenflon – złożona procedura w praktyce.....	114
11. Podawanie leków: sztuka precyzji	116
11.1 Pobieranie leków - zasady, których warto trzymać się w praktyce.....	116
11.2 Drogi i zasady podawania leków – praktyczna wiedza na co dzień.....	118
11.3 Podawanie leków dożylnie – bezpieczeństwo pacjenta jako priorytet.....	125
11.4 Kroplówka – jak to zrobić sprawnie i efektywnie?	126
11.5 Podawanie leków przez wenflon – szybka interwencja	132
12. Zabiegi przeciwzapalne: ciepło, zimno, kompresy	134
12.1 Bańki lecznicze – tradycyjna metoda w nowoczesnym wydaniu	134
12.2 Kompres żelowy – kiedy ciepło leczy	136

12.3 Kompres rozgrzewający – siła termiki w procesie leczenia	138
12.4 Worek z lodem i okład żelowy: gdy chłód łagodzi ból	139
12.5 Okład chłodzący – siła zimna w terapii.....	142
Bibliografia.....	145

Wstęp

Współczesne pielęgniarstwo rozwija się w bardzo dynamicznym tempie, stawiając przed przyszłymi profesjonalistami nowe wyzwania, które wymagają zarówno solidnego przygotowania teoretycznego, jak i praktycznych umiejętności. W obliczu rosnących wymagań społecznych i postępu technologicznego, pielęgniarki muszą być nie tylko doskonale wyszkolone w zakresie umiejętności klinicznych, ale również wrażliwe na potrzeby psychospołeczne pacjentów. Nowoczesna pielęgniarka nie jest już tylko wykonawcą zleceń lekarskich – pełni rolę aktywnego członka zespołu terapeutycznego, współpracującego w wielodyscyplinarnych zespołach medycznych. Oznacza to, że pielęgniarki muszą nieustannie doskonalić swoje umiejętności, aby nadążać za nowymi technologiami, metodami leczenia oraz standardami opieki.

Podręcznik „Podstawy Pielęgniarstwa Okiem Studenta: Procedury, Zdjęcia i Refleksje – Przewodnik dla Początkujących” powstał z myślą o studentach pielęgniarstwa oraz tych, którzy dopiero zaczynają swoją przygodę z zawodem pielęgniarki. Jego celem jest dostarczenie kompleksowego przewodnika, który łączy w sobie teoretyczne podstawy pielęgniarstwa z praktycznymi wskazówkami, zdjęciami i refleksjami. Dzięki temu podręcznikowi, czytelnik zyska nie tylko wiedzę teoretyczną, ale również zobaczy, jak te zagadnienia wyglądają w praktyce.

Przewodnik ten ma na celu ułatwienie zrozumienia kluczowych procedur pielęgniarstwa, umożliwiając studentom i początkującym pielęgniarkom skuteczne przyswajanie wiedzy poprzez przystępne opisy, fotografie oraz osobiste refleksje, które dodają praktycznego wymiaru do teoretycznych zagadnień.

Zawarte w podręczniku materiały odzwierciedlają aktualne standardy i procedury pielęgniarstwa, oferując czytelnikom solidną wiedzę z podstaw pielęgniarstwa. Stanowi on niezastąpione wsparcie dla studentów przygotowujących się do egzaminów praktycznych, czy praktyk w szpitalu.

1. Higiena rąk: pierwsza linia ochrony

Brak odpowiedniej higieny rąk to główna przyczyna zakażeń w placówkach medycznych – tego nauczyłam się na samym początku moich zajęć. Okazuje się, że chociaż mycie rąk może wydawać się proste, jest to jedna z najważniejszych umiejętności, jaką musimy opanować. Kiedy po raz pierwszy zobaczyłam, jak precyzyjnie wykonać tę procedurę byłam nieco zaskoczona. Przecież wydawałoby się, że nie ma nic prostszego niż umycie rąk. Dopiero później zobaczyłam, że to dokładne 30 sekund ma znaczenie (Wałaszek 2018: 90-98)! Mycie rąk może być nie tylko rutyną, ale prawdziwym rytuałem, który chroni pacjentów i nas samych przed przenoszeniem groźnych drobnoustrojów.

1.1 Technika mycia rąk - krok po kroku, czyli jak to robić poprawnie

Chociaż wszyscy myjemy ręce od dziecka, w pielęgniarstwie to zupełnie nowa liga. Oto jak robi się to "profesjonalnie":

- Namoczenie rąk: zacznij od letniej wody – nigdy gorącej, aby nie podrażnić skóry.
- Dozowanie mydła: łokciem naciśnij ramię dozownika (co na początku wydaje się dziwne), żeby pobrać dokładnie tyle mydła, ile potrzeba. To naprawdę działa, kiedy masz zajęte ręce!
- Rozprowadzenie mydła: teraz zaczyna się zabawa – myjesz dokładnie wszystko: grzbiety dłoni, między palcami i nie zapominasz o nadgarstkach. Na początku łatwo coś przeoczyć, ale to tylko kwestia wprawy.
- Spłukiwanie: czyste ręce pod bieżącą wodą – przyjemne uczucie, prawda?
- Osuszanie: ręczniki jednorazowe to standard, co w praktyce okazuje się szybsze i bardziej higieniczne niż używanie suszarek.



Ryc. 1 Technika higienicznego mycia rąk
Źródło: opracowanie własne

Dlaczego to tak ważne? Przez niewłaściwe mycie rąk przenosimy drobnoustroje, które mogą prowadzić do poważnych chorób i powikłań, szczególnie w szpitalach (Majda, Ślusarska, Zarzycka 2017: 116). Pomyśl o tym przy każdej okazji mycia – naprawdę chronisz życie!

1.2 Technika dezynfekcji rąk - alkoholowe cudeńko w walce z drobnoustrojami

Jeśli mycie rąk to pierwszy krok, to dezynfekcja jest kluczową obroną. WHO (ang. World Health Organization) jasno podkreśla, że dezynfekcja powinna być najczęściej wykonywaną czynnością. Procedura trwa tylko 30 sekund, ale to 30 sekund może uratować zdrowie (Denisiewicz 2019: 299).

- Dozowanie środka dezynfekującego: tak jak z mydłem, naciśnij łokciem dozownik. Nie wydaje się to naturalne, ale po kilku próbach wchodzi w nawyk.
- Rozprowadzenie preparatu: poczuj, jak płyn równomiernie rozprowadza się po grzbietach dłoni, między palcami i na nadgarstkach. Tutaj trzeba być dokładnym.
- Wcieranie aż do wyschnięcia: kluczowy moment! Preparat działa, kiedy się wchłania, więc nie ścierasz go od razu. To chwila, kiedy możesz pomyśleć, że naprawdę dbasz o siebie i swoich pacjentów.

Dzięki dezynfekcji nie tylko minimalizujesz ryzyko zakażeń, ale też dajesz dobry przykład innym (Dyk, Miętkiewicz, Siczyńska 2014: 580-585). Wydaje się to proste, ale w sytuacjach stresowych – uwierz mi, jest to niezastąpione.



Ryc. 2 Technika dezynfekcji rąk

Źródło: opracowanie własne

Preparaty do dezynfekcji rąk mimo, iż wymagają krótkiego czasu do zadziałania usuwają większość drobnoustrojów.

1.3 Pięć momentów higieny rąk – kiedy naprawdę warto to robić

Zgodnie z wytycznymi WHO (ang. World Health Organization) istnieje pięć kluczowych momentów, w których higiena rąk jest absolutnie niezbędna. Te momenty mają na celu ochronę Ciebie jako personelu, pacjentów oraz otoczenia przed rozprzestrzenianiem się drobnoustrojów:

Przed kontaktem z pacjentem, abyś chronił pacjenta przed drobnoustrojami przenoszonymi na Twoich rękach. Na przykład: pomiar ciśnienia tętniczego, pomoc pacjentowi w przemieszczaniu się.

Przed aseptyczną procedurą, abyś chronił pacjenta przed drobnoustrojami, które mogą dostać się do jego organizmu podczas takich zabiegów jak zmiana opatrunku czy wykonanie iniekcji.

Po narażeniu na płyny ustrojowe, abyś chronił siebie oraz otoczenie przed potencjalnym zakażeniem, np. podczas odsysania wydzieliny czy wykonywania iniekcji.

Po kontakcie z pacjentem, abyś chronił siebie oraz otoczenie po zakończeniu interakcji z pacjentem, na przykład po założeniu maski z tlenem lub po pomiarze ciśnienia.

Po kontakcie z otoczeniem pacjentem, abyś chronił siebie oraz otoczenie po dotykaniu powierzchni w otoczeniu pacjenta, takich jak stolik czy pościel (Bulanda i Wójkowska-Mach 2016: 93).

2. Dobór rękawiczek: które, kiedy i dlaczego

2.1 Niejałowe rękawiczki jednorazowe – niezastąpione przy codziennych czynnościach

Niesterylne rękawiczki jednorazowe to podstawowy środek ochrony indywidualnej, który używaj w sytuacjach, gdzie nie potrzebujesz sterylności, ale musisz zabezpieczyć się przed kontaktem z potencjalnie zakaźnymi materiałami.

Rękawiczki niejałowe jednorazowe musisz założyć jeśli masz możliwość kontaktu z krwią, płynami ustrojowymi, wydzielinami czy nawet z przedmiotami, które mogłyby być nimi zabrudzone. Również wtedy, gdy masz bezpośredni kontakt z pacjentem, na przykład podczas pobierania krwi, gdzie ryzyko kontaktu z krwią, błonami śluzowymi czy uszkodzoną skórą jest naprawdę wysokie (Bearman i inni 2019).

Co więcej, nawet pośredni kontakt z pacjentem, jak sprzątanie wymiocin czy przenoszenie i czyszczenie narzędzi, również wymaga użycia rękawiczek.



Ryc. 3 Rękawiczki jednorazowe
Źródło: opracowanie własne

Jednak są sytuacje, w których rękawiczki nie są konieczne. Na przykład podczas pomiaru ciśnienia, temperatury czy pulsu, a także podczas transportu pacjenta,

uzupełniania dokumentacji w karcie pacjenta, czy podawania i odbierania tac z posiłkami (Jaciubek 2021: 11).



Ryc. 4 Technika prawidłowego ściągania rękawiczek
Źródło: opracowanie własne

Wyobraź sobie, jak wiele drobnoustrojów może się znaleźć na naszych dłoniach podczas codziennych działań – dotykając różnych powierzchni, sprzętu medycznego czy bezpośrednio pacjentów. Noszenie rękawiczek stanowi barierę, która chroni przed kontaktem z tymi mikroorganizmami. To niezwykle istotne, zwłaszcza w środowisku szpitalnym, gdzie każdy kontakt może mieć nieść ze sobą poważne konsekwencje. Dzięki nim możemy działać z większą pewnością, wiedząc, że chronimy siebie i naszych pacjentów.

2.2 Jałowe rękawiczki jednorazowe - jak spełniają swoje zadanie?

Jałowe rękawiczki chirurgiczne to specjalistyczne rękawice jednorazowego użytku, które są starannie sterylizowane, aby wyeliminować wszelkie mikroorganizmy. Dzięki temu możesz je bezpiecznie stosować podczas zabiegów, które wymagają najwyższych standardów higieny.

Te rękawiczki są niezwykle istotne w trakcie procedur, takich jak przyjmowanie porodu, zakładanie cewnika, czy w trakcie zabiegów chirurgicznych oraz związanych z dostępem naczyniowym. Używaj ich także w przygotowaniu żywienia pozajelitowego oraz chemioterapeutyków (Ashley i inni 2021:87-95).



Ryc. 5 Technika zakładania jałowych rękawiczek
Źródło: opracowanie własne

Sterylność i wysoka jakość wykonania jałowych rękawiczek chirurgicznych znacząco minimalizują ryzyko zakażeń, zarówno u pacjentów, jak i personelu medycznego. Dzięki tym rękawiczkom możesz działać z większą pewnością, wiedząc, że chronisz zdrowie i życie pacjentów, a także dbasz o bezpieczeństwo własne i całego zespołu medycznego (Creamer, Davis, Rice 2012: 976-980).

2.3 Jak dobrze posługiwać się rękawiczkami – unikaj typowych błędów, które sama kiedyś popełniałam

Oto zasady posługiwania się rękawiczkami które są niezwykle istotne dla zachowania Twojego bezpieczeństwa i higieny:

- rękawiczki musisz nałożyć przed wykonaniem danej czynności w obecności pacjenta,
- rękawiczki musisz zdjąć po wykonaniu czynności w obecności pacjenta,
- wszystkie rękawiczki po użyciu umieszczaj w pojemniku na odpady medyczne,
- nie możesz wielokrotnie wykorzystywać rękawiczek jednorazowych,
- nie możesz nakładać rękawiczek na ręce w punkcie pielęgniarskim (przychodzić do pacjenta w rękawiczkach),
- nie możesz nosić rękawiczek w kieszeni,
- nie możesz pracować w jednych rękawiczkach przy kilku pacjentach,
- nie możesz wychodzić z sali chorych w brudnych rękawiczkach (Jaciubek 2021: 11).

3. Monitorowanie parametrów życiowych

3.1 Pomiar temperatury ciała – kiedy gorączka staje się alarmująca

Pomiar temperatury ciała to bardzo ważny i powszechnie stosowany sposób na ocenę stanu zdrowia. Kiedy pacjent przebywa w szpitalu, temperaturę ciała należy mierzyć dwa razy dziennie. Rano, między 5:00 a 7:00, ponieważ wtedy temperatura jest najniższa, oraz po południu, w godzinach 16:00–17:00, kiedy zazwyczaj osiąga swoje najwyższe wartości. Musisz wiedzieć, że podstawowa temperatura ciała to najniższa temperatura, jaką organizm osiąga podczas odpoczynku (Majda 2001: 222-226). Istnieje wiele kluczowych czynników, na które musisz zwrócić uwagę przy odczytywaniu wyniku.

Możemy wyodrębnić czynniki wpływające na wzrost temperatury ciała:

- fizjologiczne, np. wzmożony wysiłek fizyczny, stany emocjonalne (stres, złość, strach, radość), II faza cyklu miesięczkowego, ciąża,
- patologiczne, np. drobnoustroje chorobotwórcze (infekcje bakteryjne i wirusowe dróg oddechowych, infekcje bakteryjne dróg moczowych, zatrucia pokarmowe, ostre stany zapalne, choroby zakaźne), tzw. ciała gorączkotwórcze, choroby zwiększające przemianę materii, urazy ośrodkowego układu nerwowego (ośrodką termoregulacji), oparzenia, reakcje alergiczne.

Istotne są również czynniki wpływające na obniżenie temperatury ciała:

- fizjologiczne, np. brak wysiłku lub mały wysiłek fizyczny, zimna kąpiel,
- patologiczne, np. wstrząs, wyniszczenie organizmu, odwodnienie (Barbara Nieradko-Iwanicka 2014: 943-956).



Ryc. 6 Pomiar temperatury ciała
Źródło: opracowanie własne

Podczas pomiaru temperatury ciała miej na uwadze, że na wynik wpływają różne czynniki. To m.in. wiek pacjenta, jego płeć, poziom aktywności fizycznej, pora dnia, miejsce, w którym mierzona jest temperatura, oraz rodzaj używanego termometru. Zrozumienie tych wszystkich aspektów pomoże Ci lepiej interpretować wyniki pomiarów temperatury ciała i oceniać stan zdrowia pacjenta (Czarnecka i inni. 2018: 136).

Tabela 1. Rodzaje i miejsce pomiaru oraz prawidłowe wartości temperatury (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 57)

Rodzaj pomiaru	Miejsce pomiaru	Wartość pomiaru
Pomiar zewnętrzny	Pod pachą	36,0-37,0°C
	W pachwinie	36,0-37,0°C
	Na czole	36,0-37,0°C
Pomiar wewnętrzny	W jamie ustnej	36,3-37,3°C
	W odbycie	36,5-37,5 °C
	W pochwie	od 36,3-37,3°C do 37,3-38°C
	W uchu	35,9-37,6 °C

Częstsze pomiary temperatury ciała wykonuj u pacjentów: gorączkujących, w stanie ciężkim oraz w hipotermii.

- Każda wartość ma znaczenie. Gdy temperatura przekracza 38°C, zaczynam podejrzewać gorączkę. Przy 39°C nie tylko informuję lekarza, ale również dopytuję pacjenta o inne objawy: czy występuje kaszel? Czy odczuwa osłabienie? To niezwykle istotne (Barbara Nieradko-Iwanicka 2014: 943-956).

3.2 Pomiar tętna – rytm życia: jak uchwycić najważniejszy ruch ścian tętnic

Tętno, czyli puls, to falisty ruch ścian tętnic, który jest spowodowany napełnianiem ich krwią podczas skurczu serca. Wartość tętna zależy nie tylko od liczby skurczów serca, ale także od elastyczności i sprężystości ścian tętnic. Mierzmy je, podając liczbę uderzeń na minutę. Najczęściej tętno badamy metodą palpacyjną, co oznacza, że po prostu dotykamy tętnicy, aby poczuć puls. Możesz także użyć stetoskopu, aby osłuchać pracę serca, lub zastosować aparaturę monitorującą, na przykład kardiomonitor. Zazwyczaj pomiaru dokonujemy na tętnicy promieniowej, która znajduje się na nadgarstku. W sytuacjach nagłych, kiedy pacjent znajduje się w stanie zagrożenia życia, tętno badamy na większych tętnicach, takich jak tętnica szyjna, udowa czy ramienna - co pozwala szybko ocenić stan pacjenta. W przypadku problemów z krążeniem obwodowym, tętno oceń na tętnicy grzbietowej stopy, podkolanowej lub piszczelowej tylnej. (Jaciubek 2021: 106).

Tabela 2. Prawidłowe wartości tętna w różnych grupach wiekowych (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 72).

Noworodek	130-140 uderzeń/min
Dziecko	95-110 uderzeń/min
Młodzież	80-85 uderzeń/min
Osoba dorosła	66-76 uderzeń/min
Osoba w podeszłym wieku	około 60 lub 90-95 uderzeń/min



Ryc. 7 Pomiar tętna
Źródło: opracowanie własne

Do przeprowadzenia badania potrzebujesz zegarek z sekundnikiem oraz spokój. Pacjent powinien być w pozycji leżącej lub siedzącej. Palce ręki dominującej ułóż wzdłuż tętnicy promieniowej. Częstość tętna mierzymy przez 15 sekund, a następnie wynik mnożymy przez 4 (np. $20 \times 4 = 80$ uderzenia na minutę), przy zachowaniu miarowości tętna (Faściszewska i inni 2015: 268-274).

Osobiście preferuję nadgarstek, bo łatwo tam wyczuć tętnicę. Pamiętaj, by używać palców, a nie kciuków – kciuk ma własne tętno i może zmylić wyniki!

3.3 Pomiar ciśnienia tętniczego – jak liczby odzwierciedlają stan pacjenta

Ciśnienie tętnicze krwi to siła, z jaką krew oddziałuje na ściany tętnic. Ciśnienie skurczowe to wartość, która powstaje w momencie, gdy serce się kurczy. Kiedy mięsień sercowy pracuje i wypompowuje krew do tętnic, ciśnienie w naczyniach osiąga swoją maksymalną wartość. To właśnie wtedy krew „uderza” w ściany tętnic z największą siłą. Z kolei ciśnienie rozkurczowe to wartość, która występuje, gdy serce się rozluźnia. W tym momencie krew nie jest aktywnie wypompowywana, a ciśnienie spada do wartości minimalnej. Można powiedzieć, że to moment „odpoczynku” serca. Ciśnienie tętnicze waha się pomiędzy tymi dwoma wartościami – maksymalnym, kiedy krew jest wypompowywana do tętnic, a minimalnym, które występuje pomiędzy tymi skurczami. Zrozumienie tych dwóch wartości jest naprawdę ważne, bo pozwala nam ocenić stan zdrowia pacjenta. Zwykle zapisujemy je w formacie 120/80 mmHg, gdzie 120 to ciśnienie skurczowe, a 80 to ciśnienie rozkurczowe. Dzięki temu możemy monitorować, jak pracuje serce i jak krążenie wpływa na ogólny stan zdrowia. (Tolarska i Zozulińska-Ziółkiewicz 2018:105).

Zestaw do wykonania pomiaru ciśnienia tętniczego: stetoskop, ciśnieniomierz, preparat do dezynfekcji.

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Przygotuj potrzebny sprzęt.
- Przedstaw się, przeprowadź identyfikację pacjenta.
- Opaska ciśnieniomierza powinna znajdować się 2-3 cm nad zgięciem łokcia, najlepiej na kończynie lewej, pod opaskę powinny wchodzić dwa palce.
- Membranę stetoskopu umieść w dole łokciowym, bezpośrednio nad tętnicą ramienną.
- Napęlnij mankiet powietrzem, napompuj go do około 180-200 mm/Hg na podstawie wcześniejszych wartości pomiarów.
- Po napompowaniu stopniowo i delikatnie spuszczaaj powietrze, obserwując wskazówkę ciśnieniomierza.
- Nasłuchuj stetoskopem dźwięków tętna nad tętnicą ramienną.
- Pierwsze uderzenie, które usłyszysz jest to ciśnienie skurczowe a ostatnie uderzenie jest to ciśnienie rozkurczowe.
- Uporządkuj stanowisko i zdezynfekuj mankiet i stetoskop.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 80-81).
- Udokumentuj wykonanie zabiegu.

Przeciwwskazania:

- nie należy mierzyć ciśnienia na kończynie po stronie wykonanej mastektomii ani po stronie z porażeniem połowicznym,
- nie powinno się mierzyć ciśnienia na stronie na, której podłączony jest wlew dożylny,
- nie wykonuje się pomiaru na kończynie, gdzie założona jest przetoka tętniczo-żylna (Appel, Hall, Pickering 2005:142-161).



Ryc. 8 Ułożenie stetoskopu do pomiaru ciśnienia tętniczego
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 9 Pomiar ciśnienia tętniczego
Źródło: opracowanie własne

Kluczowe jest właściwe założenie mankietu, aby uzyskać prawidłowy wynik. Zbyt luźny mankiet może prowadzić do zafałszowania wyniku, najczęściej w kierunku zaniżenia ciśnienia, ponieważ nie zapewnia on odpowiedniego ucisku na tętnicę. Z kolei mankiet założony zbyt ciasno może powodować nadmierne uciskanie tętnicy, co może prowadzić do zawyżenia wartości ciśnienia.

Tab. 3 Klasyfikacja ciśnienia tętniczego zgodnie z Polskim Towarzystwem Kardiologicznym (Tolarska i Zozulińska-Ziółkiewicz 2018:105)

Kategoria ciśnienia tętniczego	Ciśnienie skurczowe	Ciśnienie rozkurczowe
Optymalne	< 120 mmHg	< 80 mmHg
Prawidłowe	120-129 mmHg	80-84 mmHg
Wysokie prawidłowe	130-139 mmHg	85-89 mmHg
Nadciśnienie tętnicze I stopnia	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Nadciśnienie tętnicze II stopnia	160-179 mmHg	100-109 mmHg
Nadciśnienie tętnicze III stopnia	≥180 mmHg	≥110 mmHg
Izolowane ciśnienie skurczowe	≥140 mmHg	< 90 mmHg

Ciśnieniomierze możemy podzielić na:

- sprężynowe (zegarowe): charakteryzują się dużą dokładnością.
- elektroniczne: występują w dwóch głównych typach naramienne oraz nadgarstkowe, są bardzo łatwe w obsłudze i przeznaczone do samodzielnych pomiarów w warunkach domowych.

3.4 Liczenie oddechów – niezwykle ważny parametr, który łatwo przeoczyć

Oddychanie to niezwykle istotny proces w organizmie, który ma na celu pobranie tlenu oraz usunięcie dwutlenku węgla. Kiedy jesteśmy w spoczynku, wykonujemy rytmiczne ruchy klatką piersiową, które polegają na wdechach i wydechach. Zwykle człowiek wykonuje od dwunastu do dwudziestu oddechów na minutę, a podczas każdego wdechu pobierane jest około pół litra powietrza atmosferycznego (Traczyk 2005: 308-310). Podczas oceny oddychania ważne jest, aby obserwować je bez wiedzy pacjenta, co pozwala na uzyskanie naturalnych i niewymuszonych wyników.

Istnieje wiele czynników, które mogą wpływać na prawidłowość oddychania. Oto kilka z nich:

- wiek badanego – u dzieci i osób starszych wzorce oddychania mogą się różnić,
- temperatura ciała badanego,
- wysiłek fizyczny - intensywna aktywność fizyczna prowadzi do zwiększenia potrzeb tlenowych organizmu, co z kolei wpływa na częstotliwość oddechów,
- choroby współistniejące – mogą znacząco wpłynąć na sposób i częstotliwość oddechów.

Tab. 4 Wartości prawidłowego oddechu w spoczynku (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 63-65)

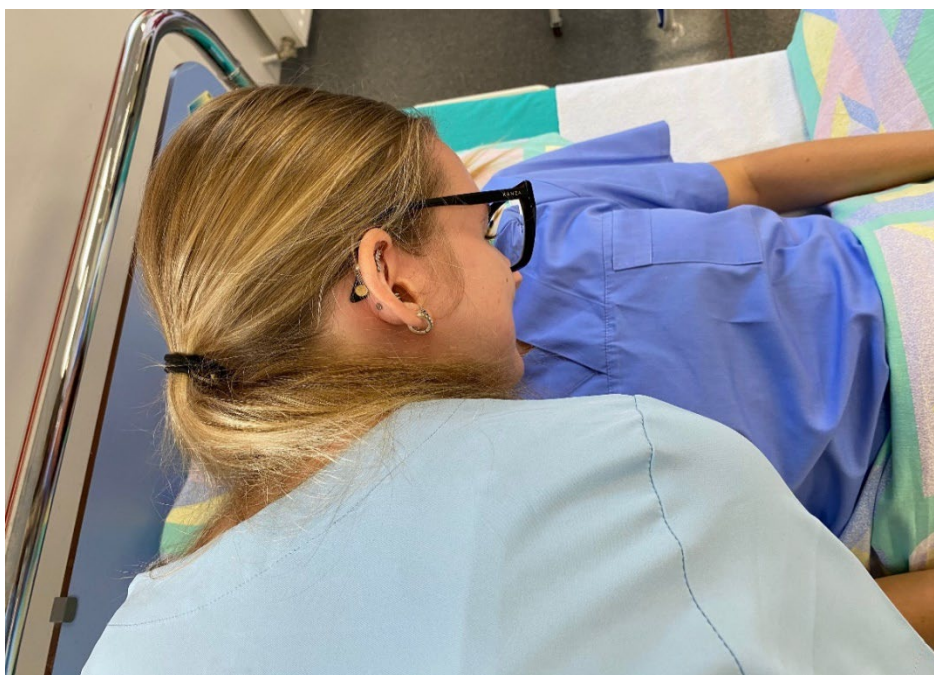
Noworodek i niemowlę	40-50/min
Dziecko	20-25/min
Osoba dorosła	12-20/min

Czynniki wpływające na przyspieszenie oddechu:

- fizjologiczne: wzmożony wysiłek fizyczny, stany emocjonalne (np. stres, złość).
- patologiczne: stany gorączkowe, zmniejszona objętość oddechowa, upośledzone krążenie, zmniejszenie objętości krwi krążącej.

Zwróć uwagę na cechy prawidłowego oddechu:

- miarowy,
- średnio głęboki,
- wykonywany bez wysiłku,
- bezwonny,
- niesłyszalny,
- wydech nieco dłuższy niż wdech (Traczyk 2005: 308-310).



Ryc. 10 Ułożenie głowy do pomiaru oddechów
Źródło: opracowanie własne

Sposób pomiaru oddechów:

Do pomiaru oddechu potrzebujesz zegarek z sekundnikiem. Oddechy mierz przez jedną minutę, obserwując uniesienia klatki piersiowej. Jeden oddech to wykonanie wdechu i wydechu (Czarnecka i inni. 2018: 99).

Zauważyłam, że różne stany zdrowia wpływają na sposób oddychania. Pacjenci z problemami oddechowymi często oddychają szybko i płytko – taki objaw należy natychmiast zgłosić lekarzowi. Czasami można również usłyszeć nietypowe dźwięki, które mogą świadczyć o poważniejszych problemach.

3.5 Pomiar glikemii – co poziom cukru mówi o stanie pacjenta?

Poziom cukru we krwi określany jest mianem glikemii. W ciągu dnia glikemia ulega ciągłym wahaniom, co jest zupełnie normalne. Wartości te zmieniają się w zależności od różnych czynników, takich jak pora dnia, poziom aktywności fizycznej oraz rodzaj i ilość spożywanych posiłków (Tab. 5).

Tab. 5 Rozpoznanie cukrzycy według Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (Araszkiewicz i inni 2023: 1-155)

Glikemia przygodna	≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l)
Glikemia na czczo	≥ 126 mg/dl (7,0 mmol/l) zmierzona dwukrotnie
Na podstawie doustnego testu obciążenia 75 g glukozy	≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) w drugiej godzinie testu
Na podstawie oznaczenia HbA1c	$\geq 6,5\%$ (48 mmol/mol)

Sprzęt (glukometr i paski) należy przechowywać w suchych miejscach, nie narażać go na skrajne temperatury, należy sprawdzić termin ważności pasków.

Zestaw do wykonania pomiaru glikemii: rękawiczki, taca, miska nerkowata, pojemnik twardościenny, paski do pomiaru cukru, glukometr, nakłuwacz lub igła 1,2, gaziki.

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Przygotuj potrzebny sprzęt.
- Przedstaw się, przeprowadź identyfikację pacjenta, załóż rękawice jednorazowe niejałowe.
- Udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Przetrzyj palec (najlepiej serdeczny lub mały, od boku) suchym gazikiem raz.
- Wsuń pasek do glukometru, następnie nakłuj palec i skropl krew na pasek do pomiaru cukru.
- Poczekać na wynik i udokumentuj go.
- Uporządkuj stanowisko.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (Mayer 2001: 67-71).
- Udokumentuj wykonanie zabiegu.



Ryc. 11 Zestaw do pomiaru poziomu glikemii
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 12 Pomiar poziomu glikemii
Źródło: opracowanie własne

Pomiar glukozy we krwi jest kluczowym badaniem diagnostycznym oraz kontrolnym w leczeniu cukrzycy i innych zaburzeń metabolicznych. Regularne monitorowanie poziomu glukozy pozwala na bieżąco oceniać, jak organizm radzi sobie z gospodarką cukrów, a także na wczesne wykrywanie ewentualnych nieprawidłowości (Mayer 2001: 67-71).



Ryc. 13 Nakłuwacze do pomiaru glikemii
Źródło: opracowanie własne

DOBOWY PROFIL CUKRU				
Imię i Nazwisko		wiek		
Data	6:00	11:00	16:00	21:00

Ryc. 14 Karta dobowego pomiaru profilu cukru
Źródło: opracowanie własne

Nakłucie palca w celu pomiaru glukozy wydaje się proste, ale kluczowe znaczenie ma odpowiednia technika. Wybór właściwego miejsca na palcu i unikanie zbyt głębokiego ukłucia pomaga zminimalizować dyskomfort pacjenta. Staraj się unikać ukłuć w palce „chwytne” a wybieraj palec mały i serdeczny.

3.6 Karta gorączkowa – pierwsze kroki w rejestrowaniu kluczowych parametrów

KARTA GORĄCZKOWA OGÓLNA

lekarz prowadzący:.....

L. ks. gt./L. ks. oddz. Nazwisko i imię Wiek Oddział

Rozpoznanie

Data																					
Dzień pobytu																					
Tętno	Ciepl.	R	W	R	W	R	W	R	W	R	W	R	W	R	W	R	W	R	W	R	W
150	41°																				
130	40°																				
110	39°																				
90	38°																				
70	37°																				
50	36°																				
40	35°																				
Dieta																					
Stolec																					
Ocena bólu																					
Zlecenia lekarskie																					
Ciężar ciała																					

A
 brak bólu ból najsilniejszy
 umiarkowany wyobraźalny ból
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ryc. 15 Karta gorączkowa
Źródło: opracowanie własne

KARTA GORĄCZKOWA OGÓLNA

lekarz prowadzący: XYZ
06895 / 2024
L. ks. gt./L. ks. oddz.

XYZ
Nazwisko i imię Wiek 78 Oddział Kardiologia

Rozpoznanie

Data																					
Dzień pobytu																					
Tętno	Ciepl.	R	W	R	W	R	W	R	W	R	W	R	W	R	W	R	W	R	W	R	W
150	41°																				
130	40°																				
110	39°																				
90	38°																				
70	37°																				
50	36°																				
Dieta		<u>aktywna</u> →																			
Stolec																					
Ocena bólu																					
Zlecenia lekarskie		<u>SpO₂ 96%</u>																			
Ciężar ciała		<u>80 kg</u>																			

172,5 cm

A
 brak bólu ból najsilniejszy
 umiarkowany wyobraźalny ból
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ryc. 16 Wypełniona karta gorączkowa
Źródło: opracowanie własne

Karta gorączkowa, znana również jako karta obserwacji, to ważny dokument medyczny. Dzięki niej możemy na bieżąco rejestrować kluczowe parametry życiowe pacjenta. Na karcie notowane są takie wartości jak temperatura ciała, ciśnienie krwi, tętno oraz inne istotne obserwacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta.

Historia choroby:

- numer...../06895/2023, gdzie:
 - 2023 → rok,
 - 06895 → numer książki głównej.

Oznaczanie dni tygodnia:

- sobota - niebieski trójkąt (oznaczamy dobę i datę),
- niedziela i święta - czerwony trójkąt (oznaczamy dobę i datę).

Podział karty:

- karta powinna być podzielona na dwa tygodnie – po siódmym dniu należy ją przeciąć na pół.

Temperatura ciała:

- pomiar co 0,2 wartości.

Tętno:

- pomiar co 0,2 wartości do 50 a od 50 co 0,4 wartości,
- norma tętna 60-80' (optymalne 70-75').

Ciśnienie tętnicze:

- zapisujemy pod literką R/W kolejno RR/wartość/mmHg.

Dieta:

- notowana w rubryce „dieta” np. dieta cukrzycowa.

Stolec:

- obecny – „I”,
- biegunka np. – „III” (tyle kresek, ile razy wystąpiła),
- wodnisty stolec - falowana linia,
- brak – „0”,
- zaparcie – „0” przez 3-4 dni.

Wskaźnik BMI (ang. Body Mass Index):

- obliczamy według wzoru: $BMI = \text{masa ciała (kg)} / \text{wzrost (m)}^2$.

Zabiegi operacyjne:

- czerwony symbol „choinki” oznacza dzień zabiegu,
- dzień operacji traktowany jest jako doba 0.

Ocena bólu:

- opiera się na skali VAS (ang. Visual Analog Scale), która pozwala ocenić skuteczność leczenia przeciwbólowego:
 - 0 - brak bólu,

- 1–3 - ból łagodny,
- 4–7 - ból umiarkowany,
- 8–9 - ból silny,
- 10 – najsilniejszy możliwy ból (Furmanik i inni, 2018: 6-11).

Prowadzenie karty gorączkowej jest niezwykle istotne, ponieważ pozwala na bieżąco monitorować stan pacjenta oraz dostrzegać ewentualne zmiany w jego zdrowiu. Regularne zapisywanie tych danych pomaga zespołowi medycznemu w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia oraz oceny skuteczności terapii.

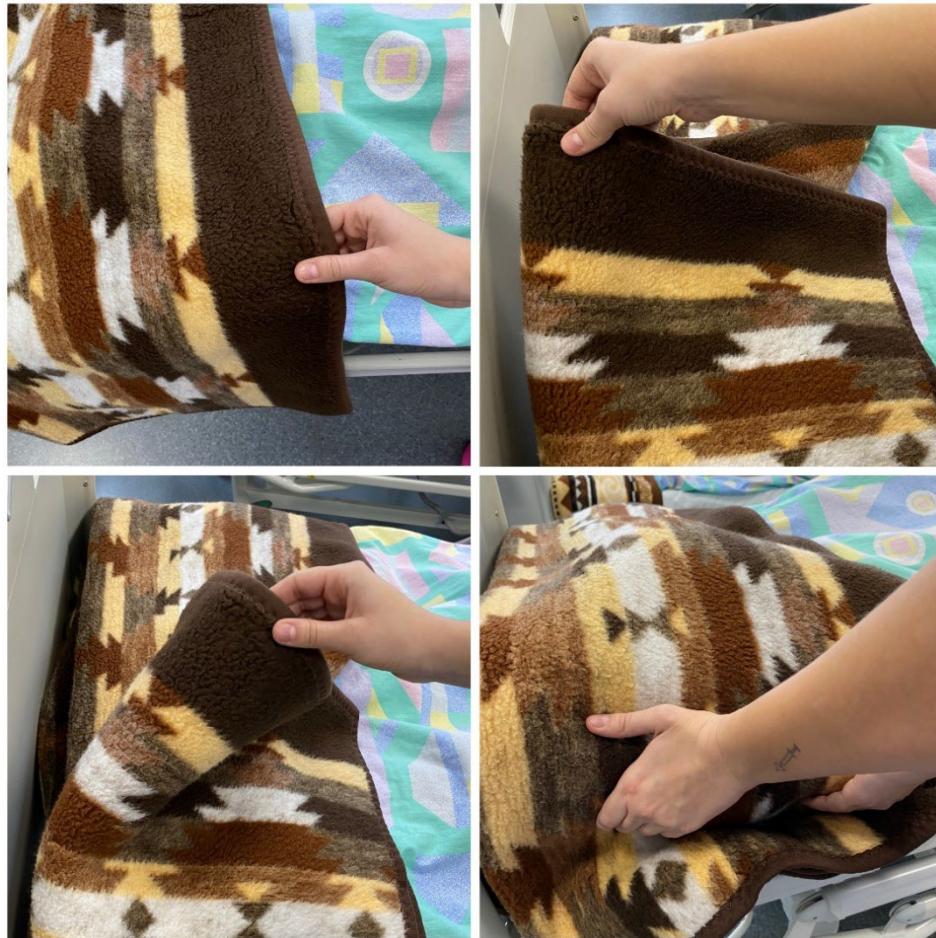
Karta gorączkowa to nie tylko narzędzie do rejestrowania parametrów, ale również kluczowy element komunikacji i współpracy w zespole medycznym. Nawet pozornie drobne szczegóły, takie jak użycie długopisów w kolorze niebieskim i czerwonym, odgrywają istotną rolę w dokładnym i efektywnym prowadzeniu dokumentacji, co przekłada się na jakość opieki nad pacjentem. Dzięki tym doświadczeniom stałam się bardziej świadoma, jak istotne są detale w naszej pracy oraz jak wpływają one na komfort i bezpieczeństwo pacjentów.

4. Toaleta i pielęgnacja pacjenta

4.1 Ścielenie łóżka – sztuka codziennej precyzji w pielęgniarstwie

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Przygotuj sprzęt potrzebny do ścielenia łóżka.
- Przystaw krzesło w dolnej części łóżka i odstaw szafkę przyłózkową.
- Rozpocznij pracę w dolnej części łóżka po prawej stronie, odwiń założenia boczne koca od strony dalszej i bliższej, następnie wyjmij koc spod materaca i odłóż na krzesło.
- Zabierz poduszkę/poduszki z łóżka i odłóż je na krzesło.
- Uchwyć za dolne rogi kołdry i dołóż je do najdłuższych rogów, (czyli na pół do dołu) złóż jeszcze raz na pół i następnie odłóż kołdrę na krzesło.
- Przejdź na prawą stronę łóżka, uchwyc podkład jedną ręką za górny bliższy róg, drugą ręką w połowie szerokości i złóż podkład na pół, zdejmij podkład z łóżka i złóż kolejny raz na pół, odłóż na krzesło.
- Usuń okrucy z łóżka, zbierając je do miski nerkowatej.
- Podłóż rękę pod prześcieradło i unieś je, następnie złóż je do najdalszych rogów, odłóż na krzesło.
- Rozłóż czyste prześcieradło tą samą stroną co poprzednio i wyrównaj brzeg prześcieradła z dolnym brzegiem łóżka.
- Podciągnij nadmiar prześcieradła do wezglowia i podłóż pod materac, następnie wykonaj narożnik kopertowy, podłóż pozostałą część prześcieradła pod materac, gdy prześcieradło jest wystarczająco długie, wykonaj narożnik kopertowy u dołu materaca.
- Ułóż podkład równo z brzegiem materaca, na wysokości dolnego brzegu poduszki, tak aby zewnętrzne (wolne) brzegi podkładu znajdowały się w środkowej części łóżka, następnie odwiń górną część i podłóż pod materac.
- Przejdź na lewą stronę łóżka, naciągnij prześcieradło od dolnego brzegu ku górze, wykonaj u wezglowia łóżka narożnik kopertowy, podłóż pozostałą część prześcieradła pod materac, gdy prześcieradło jest wystarczająco długie, wykonaj narożnik kopertowy u dołu materaca.

- Rozłóż i naciągnij pozostałą część podkładu oraz podłóż pod materac.
- Przejdź na prawą stronę łóżka, zabierz przygotowaną wcześniej kołdrę, ułóż ją około 40cm poniżej wezgłowia łóżka. Rozłóż kołdrę ku dołowi, podłóż i wyrównaj z brzegiem materaca, następnie podwiń ją pod materac u dołu łóżka.
- Przejdź na lewą stronę łóżka, zaczynając od wezgłowia, podłóż i wyrównaj kołdrę z brzegiem materaca, następnie podwiń ją pod materac u dołu łóżka.
- Nałóż koc i podwiń go pod materac, wykonaj narożnik kopertowy (trzy części do góry i ostatni trójkąt pod materac) następnie przejdź na prawą stronę i powtórz czynności.



Ryc. 17 Wykonanie narożnika kopertowego
Źródło: opracowanie własne

- Przenieś poduszkę/poduszki z krzesła na łóżko.
- Przystaw szafkę przyłóżkową i odstaw krzesło.
- Uporządkuj tacę/wózek toaletowy.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 320-323).



Ryc. 18 Ścielenie łóżka bez pacjenta
Źródło: opracowanie własne

4.2 Ścielenie łóżka u pacjenta leżącego – z koleżanką z grupy, czyli synchronizacja na sali

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (pielęgniarka I i II).
- Przygotuj potrzebny sprzęt do ścielenia łóżka.
- Przedstaw się, przeprowadź identyfikację pacjenta.
- Udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Załóż rękawice jednorazowe niejałowe i ewentualnie fartuch jednorazowy ochronny (pielęgniarka I i II).
- Pielęgniarka I pracuje po prawej stronie łóżka, pielęgniarka II - po lewej stronie łóżka.
- Odstaw szafkę przyłóżkową (pielęgniarka I).
- Przystaw krzesło do dolnej części łóżka (pielęgniarka II).
- Rozpocznij pracę w dolnej części łóżka, odwiń założenia boczne koca po obu stronach jednocześnie, następnie wyjmij koc spod materaca, załóż i odłóż na krzesło (pielęgniarka I i II).
- Jednocześnie poluzuj po obu stronach prześcieradło i podkład od dołu łóżka ku górze, poluzuj kołdrę od góry ku dołowi (pielęgniarka I i II).
- Pomóż pacjentowi w przyjęciu pozycji siedzącej (pielęgniarka I i II).

- Ustal, czy występują przeciwwskazania do przyjęcia pozycji leżącej bez poduszki/poduszek pod głową (np. duszność), jeśli nie, odłóż poduszkę/poduszki na krzesło (pielęgniarka I), przytrzymaj pacjenta w pozycji siedzącej (pielęgniarka II).
- Ułóż pacjenta na plecach (pielęgniarka I i II).
- Unieś kołdrę (pielęgniarka I) i pomóż pacjentowi w przyjęciu pozycji na lewym boku, podtrzymaj pacjenta w tej pozycji (pielęgniarka II), w przypadku ciężko chorego pacjenta w zmianie pozycji ułożeniowej pomagają pielęgniarka I i pielęgniarka II.
- Osłoń pacjenta kołdrą (pielęgniarka I).
- Na początku pielęgniarka I wysuwa podkład i prześcieradło spod pacjenta, a pielęgniarka II trzyma pacjenta w pozycji na boku, następuje zmiana strony pacjenta.
- Następnie pielęgniarka I wsuwa prześcieradło i podkład pod pacjenta maksymalnie i poprawia swoją stronę, następuje zmiana strony pacjenta.
- Naciągnij i podłóż prześcieradło pod materac jednocześnie po obu stronach łóżka, wykonaj narożnik kopertowy u góry materaca (pielęgniarka I i II), gdy prześcieradło jest wystarczająco długie, wykonaj narożnik kopertowy u dołu materaca (pielęgniarka I i II).
- Naciągnij i podłóż pod materac podkład jednocześnie po obu stronach łóżka.
- Zmień pościel w kołdrze od dołu nie odkrywając pacjenta.
- Pomóż pacjentowi w przyjęciu pozycji siedzącej (pielęgniarka II), wyrównaj koszulę na plecach pacjenta (pielęgniarka I).
- Ułóż poduszkę pod plecami pacjenta (wypełnieniem do góry), gdy dysponujesz dwoma poduszkami, pierwszą ułóż wypełnieniem do dołu, aby wypełniła krzywiznę lędźwiową, drugą ułóż wypełnieniem do góry (pielęgniarka I).
- Pomóż pacjentowi w przyjęciu pozycji leżącej (pielęgniarka I i II).
- Podłóż i wyrównaj kołdrę z brzegiem materaca jednocześnie po obu stronach łóżka (pielęgniarka I i II).
- Nałóż koc i podwiń go pod materac, wykonaj narożnik kopertowy jednocześnie po obu stronach łóżka (pielęgniarka I i II).
- Przystaw szafkę przyłóżkową (pielęgniarka I) i odstaw krzesło (pielęgniarka II).
- Zapytaj pacjenta o wygodę i komfort (pielęgniarka I i II).
- Zdejmij rękawice jednorazowe niejałowe i fartuch jednorazowy ochronny jeśli został ubrany (pielęgniarka I i II).
- Uporządkuj tacę/wózek toaletowy.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 327-329).



Ryc. 19 Ścielenie łóżka u pacjenta leżącego przez dwie pielęgniarki
Źródło: opracowanie własne

Ścielenie łóżka bez pacjenta wydaje się na pierwszy rzut oka prostą czynnością, ale na zajęciach z podstaw pielęgniarstwa szybko zrozumiałam, że wymaga precyzji, organizacji i odpowiedniej techniki. Ćwiczyliśmy to wielokrotnie w pracowni, dbając o każdy detal – od wygładzenia prześcieradła po odpowiednie ułożenie rogów. Początkowo wydawało mi się to mechaniczne, ale z czasem dostrzegłam, jak ważne jest to dla komfortu pacjenta i efektywności naszej pracy. Ta z pozoru prosta czynność uczy systematyczności, dbałości o detale i pokazuje, jak wielką rolę w pielęgniarstwie odgrywa codzienna rutyna.

4.3 Mycie pacjenta – delikatność i profesjonalizm w działaniu

Kiedy pacjent nie jest w stanie samodzielnie zadbać o higienę, kąpiel w łóżku jest koniecznością, aby zapewnić mu podstawową pielęgnację. Dbanie o higienę pacjenta w tych sytuacjach jest kluczowe dla jego komfortu i zdrowia, a także może wpływać na proces leczenia i rehabilitacji (Salik 2016: 83-86).

Oto kluczowe wskazania do kąpieli pacjenta w łóżku:

- nieprzytomny,
- ciężki stan pacjenta,
- leczenie ostrej niewydolności krążenia,
- opatrunki gipsowe założone na rozległe powierzchnie ciała,
- stosowanie wyciągów,
- po niektórych zabiegach operacyjnych,
- gorączkujący.

Mycie pacjenta zacznij od góry do dołu, od czystych części ciała, kończąc na brudnych-pośladkach!

Mycie twarzy, uszu, nosa i szyi:

- Przygotuj potrzebny sprzęt do ścielenia łóżka.
- Umyj higienicznie i/lub zdezynfekuj ręce, załóż rękawice jednorazowe niejałowe i ewentualnie jednorazowy fartuch ochronny.
- Przedstaw się, przeprowadź identyfikację pacjenta.
- Udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Ustaw miednicę z wodą na krzesło, przybory toaletowe na tacy na stoliku przyłóżkowym lub na wózku toaletowym oraz zawieś ręczniki na poręczy krzesła.
- Połóż wierzchnie przykrycie pacjenta na łóżku (rozwiń zwinięty koc w nogach).
- Zdejmij pacjentowi koszulę/piżamę i zawieś ją na poręczy łóżka.
- Podłóż pod głowę pacjenta cienki ręcznik (podnieś prawą ręką od strony dalszej głowę pacjenta, a lewą od strony bliższej wsuń ręcznik, tak aby jego końce znalazły się na barkach pacjenta).
- Sprawdź ponownie temperaturę wody w misce i zmyj powiekę dalszą, w kierunku od zewnętrznego do wewnętrznego kącika oka.
- Zmyj powiekę bliższą, w przypadku sklejonnych powiek i obecności zaschniętej wydzieliny, pozostaw na około 30 s zwilżony wodą gazik, a następnie zmyj powiekę.
- Oczyszczaj za pomocą patyczków higienicznych jamę nosową dalszą, a następnie bliższą (jeśli jest to konieczne).
- Umyj twarz pacjenta, stosując ruchy okrężno-posuwiste, z zachowaniem następującej kolejności: czoło, policzek dalszy, nos, policzek bliższy, broda, okolica pod nosem i usta (zgodnie z życzeniem pacjenta myj wacikami, nasączonymi np. tonikiem, lub myjką bądź gąbką przy użyciu samej wody albo wody i preferowanych przez pacjenta środków).
- Osusz ręcznikiem umytą twarz.
- Nałóż na usta i okolice wejścia jam nosowych maść pielęgnacyjną, np. witaminową (wykorzystaj w tym celu gaziki).
- Oczyszczaj widoczną część przewodu słuchowego zewnętrznego ucha dalszego za pomocą zmoczonego gazika i patyczków higienicznych w tym celu lekko skłoń głowę pacjenta w bok, czynność powtarzaj aż do momentu, gdy wymieniane gaziki i patyczki będą czyste.
- Umyj za pomocą gąbki lub myjki z mydłem wewnętrzną i zewnętrzną stronę dalszej małżowiny usznej i osusz ją, umyj w ten sam sposób ucho bliższe.
- Umyj i osusz szyję pacjenta.

- Usunąć lewą ręką ręcznik spod głowy pacjenta (prawą ręką podnieść od strony dalszej jego głowę).
- Zmienić wodę w miednicy - należy ją zmieniać częściej, jeśli jest ona brudna, chłodna lub zawiera zbyt dużo mydlin (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 352-360).



Ryc. 20 Mycie uszu, nosa, twarzy i szyi pacjenta
Źródło: opracowanie własne

Mycie kończyn górnych:

- Odsłoń kończynę górną dalszą pacjenta.
- Podłóż ręcznik kąpielowy w taki sposób, aby w okolicy pachy można go było założyć na wierzchnie przykrycie.
- Sprawdź temperaturę wody w misce i ustaw pod dłoń pacjenta miednicę z wodą, a obok mydelniczkę.
- Umyj kończynę górną od dłoni do pachy
- Umyj kończynę górną - najpierw od strony zewnętrznej przedramienia i ramienia, a następnie od strony wewnętrznej - stosuj silniejszy nacisk myjką lub gąbką podczas mycia.
- Umyj okolice dołu pachowego - unosząc kończynę pacjenta w stawie barkowym ponad jego głowę.
- Umyj dłonie pacjenta (pamiętaj o użyciu szczoteczki do paznokci w razie potrzeby).
- Odstaw mydelniczkę na tacę, podnieś kończynę pacjenta (niedominującą ręką) oraz zsuń w dół łóżka miednicę (dominującą ręką).
- Ułóż kończynę pacjenta na ręczniku i odstaw miednicę na krzesło.

- Osusz kończynę ręcznikiem znajdującym się pod nią, a następnie nakryj wierzchnim przykryciem.
- Umyj kończynę górną bliższą (powtórzenie czynności jak powyżej) (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 352-360).



Ryc. 21 Mycie kończyn górnych pacjenta
Źródło: opracowanie własne

Po umyciu kończyn górnych pacjenta dokładnie obejrzyj jego paznokcie. Jeśli ich stan tego wymaga, przytnij je, aby zapewnić komfort oraz zapobiec ryzyku zadrapań.



Ryc. 22 Obcinanie paznokci u dłoni pacjenta
Źródło: opracowanie własne

Mycie klatki piersiowej i brzucha:

- Ułóż na wierzchnim przykryciu ręcznik kąpielowy.
- Zdejmij wierzchnie przykrycie i nałóż jednocześnie na klatkę piersiową pacjenta ręcznik.
- Umyj klatkę piersiową pacjenta od strony dalszej i bliższej (wsuń namydloną myjkę pod ręcznik, tak aby nadmiernie nie odsłonić klatki piersiowej, szczególnie u kobiet).
- Oceń stan skóry pod piersiami, szczególnie u kobiet.
- Osusz klatkę piersiową pacjenta ręcznikiem (szczególnie pod piersiami u kobiet).
- Umyj brzuch, pępek i okolice bioder (w taki sam sposób jak klatkę piersiową) (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 352-360).

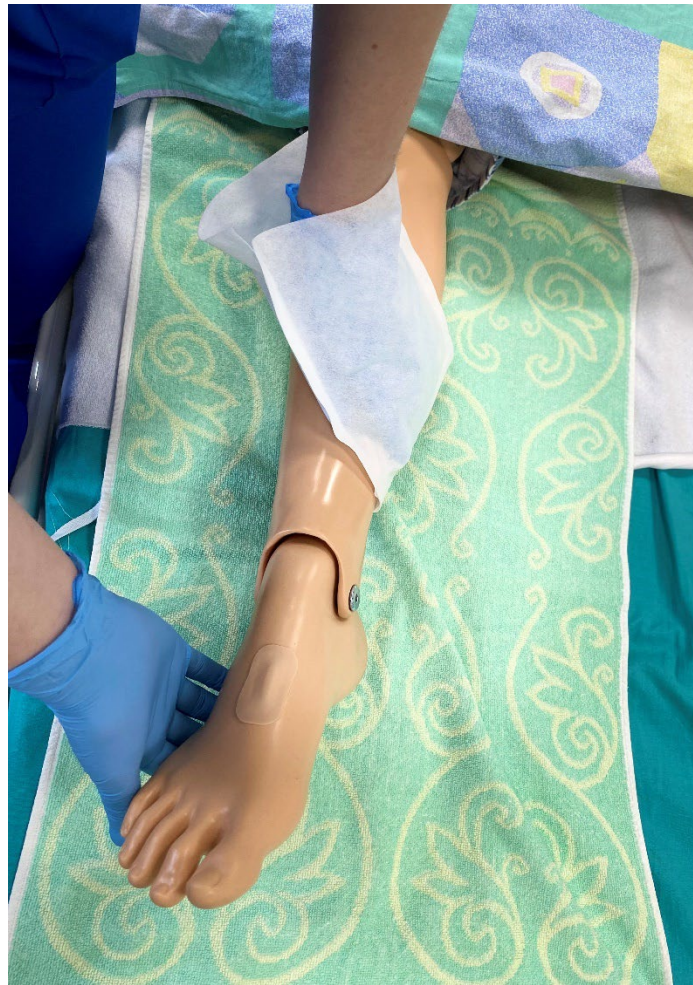


Ryc. 23 Mycie klatki piersiowej i brzucha pacjenta
Źródło: opracowanie własne

Mycie kończyn dolnych:

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce, załóż rękawice jednorazowe niejałowe.
- Zachowaj intymność pacjenta, zamknij drzwi od sali chorego i przygotuj parawan.
- Ułóż kończyny dolne pacjenta w odwiedzeniu.
- Uchwycić dolną część wierzchniego przykrycia w fałd i umieść go pomiędzy kończynami pacjenta, tak aby została odkryta dalsza kończyna dolna (zwróć uwagę na równoczesne osłonięcie krocza).
- Ugnij kończynę dolną dalszą pacjenta w kolanie i połóż ręcznik w poprzek poniżej uda.
- Umyj, spłucz i wytrzyj uda.
- Włóż ręcznik pod podudzie i stopę.
- Zaczynij mycie od stopy stopniowo przechodząc do podudzia, uda i pachwiny.

- Umyj stopę - podczas jej mycia mocno naciskaj na jej podeszwę (masaż) oraz użyj szczoteczki do paznokci, jeżeli istnieje konieczność, zastosuj pumeks w celu usunięcia zrogowaciałego naskórka.
- Umyj i spłucz udo, zwracając szczególną uwagę na okolicę pachwiny.
- Wytrzyj podudzie oraz stopy pacjenta, szczególnie dokładnie między palcami.
- Umyj drugą kończynę dolną (powtórz czynności jak powyżej).
- Zmień wodę w miednicy (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 352-360).



Ryc. 24 Mycie kończyn dolnych pacjenta
Źródło: opracowanie własne

Mycie pleców i pośladków:

- Ułóż pacjenta na boku.
- Załóż wierzchnie przykrycie na pacjenta, tak aby zostały uwidocznione plecy.
- Ułóż wzdłuż pleców pacjenta ręcznik i podsuń go jak najbliżej pod ciało pacjenta.
- Umyj plecy, pośladki, a na końcu szparę pośladkową.
- Osusz umyte części ciała, dodatkowo możesz posmarować balsamem.
- Odwróć pacjenta na wznak. Załóż mu koszulę lub piżamę.
- Zmień wodę w miednicy (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 352-360).



Ryc. 25 Mycie pleców i pośladków pacjenta
Źródło: opracowanie własne

Mycie krocza i zewnętrznych narządów płciowych:

- Ustaw w odwiedzeniu kończyny dolne pacjenta i ugnij je w stawach kolanowych.
- Podłóż pod pośladki podkład.
- Wykonaj z wierzchniego przykrycia tzw. budkę (na ugięte kończyny dolne w stawach kolanowych podciągnij dolną część wierzchniego przykrycia do wysokości kolan pacjenta, po bokach kołdra powinna być opuszczona na materac i podwinięta pod stopy).



Ryc. 26 Wykonanie budki
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 27 Mycie krocza i zewnętrznych narządów płciowych pacjenta
Źródło: opracowanie własne

Kobieta:

- Podłóż ręcznik pod pośladki pacjenta.
- Umyj pachwinę dalszą i bliższą (namydloną myjką, ruchami w kierunku od spojenia łonowego do odbytu).
- Umyj spojenie łonowe (powtórz czynność tyle razy, ile jest to konieczne).
- Umyj jednym ruchem zewnętrzne narządy płciowe w kierunku od wżgórka łonowego do odbytu.
- Polej niewielką ilością wody o temperaturze 37-40°C wewnętrzną powierzchnię uda pacjentki, która określa, czy przygotowana woda nie jest dla niej za zimna lub za gorąca.
- Spłucz wodą z dzbanka umyte okolice zewnętrznych narządów płciowych.
- Osusz krocze za pomocą ręcznika (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 352-360).

Mężczyzna:

- Podłóż ręcznik pod pośladki.
- Odciągnij delikatnie napletek, umyj (delikatnie i ostrożnie) żołądź gazikiem lub wacikiem zwilżonym wyłącznie wodą, po umyciu naciągnij napletek w ułożenie fizjologiczne, tak aby pokrywał on żołądź.
- Umyj skórę okolicy dołu pachwinowego od strony dalszej i bliższej, umyj worek mosznowy.
- Umyj okolicę krocza i osusz ręcznikiem (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 352-360).

Mycie pacjenta to jedna z tych czynności, która wymaga nie tylko technicznej sprawności, ale przede wszystkim empatii i delikatności. Podczas zajęć w pracowni pielęgniarstwa nauczyłam się, że każdy ruch powinien być przemyślany, a kontakt z pacjentem pełen szacunku. To moment, w którym można zadbać nie tylko o higienę, ale także o komfort i poczucie godności chorego. Zrozumiałam, jak ważne jest dostosowanie tempa do potrzeb pacjenta oraz zachowanie ciepłego, uspokajającego tonu głosu. Profesjonalizm w pielęgniarstwie to nie tylko umiejętności, ale również umiejętność budowania relacji opartych na trosce i zrozumieniu.

Wanna mobilna do mycia pacjentów to specjalistyczne urządzenie przeznaczone do zapewnienia higieny osobom, które z powodu stanu zdrowia nie mogą samodzielnie korzystać z tradycyjnego natrysku. Jest to przenośna, często regulowana wanna, która umożliwia przeprowadzenie pełnej kąpieli pacjenta w warunkach szpitalnych. Dzięki niej możliwa jest kompleksowa pielęgnacja, która nie tylko zapewnia higienę, ale także wspomaga komfort psychiczny pacjenta, dając mu poczucie pełnej opieki i komfortu.



Ryc. 28 Wanna mobilna
Źródło: opracowanie własne

Podczas moich praktyk w szpitalu miałam okazję uczestniczyć w kąpieli pacjentów, co było niezwykle pouczającym doświadczeniem. Dbanie o higienę pacjenta, szczególnie gdy nie jest on w stanie wykonać tego samodzielnie, ma kluczowe znaczenie nie tylko dla jego komfortu, ale także dla zdrowia i ogólnego samopoczucia.

Miałam również okazję obserwować i brać udział w różnych metodach mycia pacjentów – zarówno w łóżku, jak i w mobilnej wannie. Z perspektywy moich doświadczeń w szpitalu mogę stwierdzić, że mycie pacjenta w łóżku jest niezbędne w sytuacjach kryzysowych, jednak mobilna wanna stanowi doskonałe rozwiązanie, które znacząco podnosi komfort pacjenta. Każda z tych metod wymaga jednak profesjonalnego podejścia, empatii oraz szacunku dla pacjenta.

4.4 Mycie włosów pacjenta – jak jedno proste działanie może zmienić komfort pacjenta

Regularna higiena skóry głowy nie tylko pomaga w utrzymaniu czystości, ale także zmniejsza ryzyko powstawania zmian skórnych, które mogą przyczynić się do powstania odleżyn w okolicach głowy. Dbałość o higienę w tej okolicy, szczególnie u pacjentów leżących lub z ograniczoną mobilnością, jest niezbędna, by zapewnić im komfort psychiczny i fizyczny. Ponadto, mycie włosów wpływa na ogólny stan zdrowia skóry, poprawiając jej ukrwienie, co wspomaga gojenie się mikrouszkodzeń, a także zapobiega nadmiernemu poceniu się i rozwojowi bakterii. Mycie włosów to prosty, ale bardzo istotny element codziennej opieki, który wpływa na zdrowie fizyczne i psychiczne pacjenta.

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Przedstaw się, przeprowadź identyfikację pacjenta.

- Udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Umyj higienicznie i/lub zdezynfekuj ręce, załóż rękawice jednorazowe niejałowe i ewentualnie jednorazowy fartuch ochronny.
- Pod wanianką ułóż podkład jednorazowy a na nim ręcznik.
- Ułóż pacjenta - w pozycji leżącej na plecach z głową wewnątrz wanianki.
- Skieruj odpływ rynienki/wanianki do stojącego obok wiadra.
- Zapewnij pacjentowi wygodną pozycję ciała.
- Wyszczotkuj włosy (włosy ze szczotki zbierz w papier lub woreczek i wrzuć do czerwonego worka).
- Skontroluj temperaturę wody.
- Polej włosy wodą z dzbanka (od strony dalszej do bliższej).
- Rozprowadź szampon (w ilości małej łyżeczki) na dłoni, rozmieszaj z wodą i rozetrzyj go i nanieś na skórę głowy oraz włosy (zaczynając od tyłu głowy) pacjenta.
- Masuj w różnych kierunkach opuszkami palców, ruchy powinny być delikatne, ale zdecydowane.
- Polewaj włosy wodą.
- Oczekaj, aż woda z włosów spłynie do rynienki (szczególnie przy długich włosach).
- Unieś pacjenta do pozycji siedzącej.
- Zabezpiecz głowę pacjenta ręcznikiem, szczególnie szczelnie w okolicy szyi (wykonaj turban).
- Wysuń rynienkę/waniankę spod głowy pacjenta.
- Podłóż poduszkę pod głowę pacjenta.
- Rozłóż suchy ręcznik na poduszkę.
- Ułóż pacjenta w wygodnej pozycji.
- Rozczesz włosy pacjenta - od końcówek do nasady.
- Pozostaw włosy na ręczniku lub wysusz suszarką.
- Ułóż pacjenta w wygodnej pozycji.
- Odstaw parawan i krzesło na miejsce.
- Zdezynfekuj/umyj/uporządkuj sprzęt po zakończeniu procedury mycia.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 360-365).



Ryc. 29 Mycie włosów pacjenta
Źródło: opracowanie własne

Podczas moich praktyk w szpitalu miałam okazję zapoznać się z różnymi metodami mycia głowy pacjentów, które były dostosowane do ich indywidualnych potrzeb i stanu zdrowia. Oto kilka z nich:

1. Mycie włosów na sucho: Używa się specjalnych szamponów w sprayu lub chusteczek do mycia, które nie wymagają użycia wody. Ta metoda jest szczególnie przydatna do szybkiej higieny pacjentów leżących lub tych, którzy nie mogą mieć kontaktu z wodą.
2. Mycie głowy w pozycji siedzącej: Umożliwia pacjentom leżącym w łóżku podniesienie głowy, co sprawia, że mycie jest bardziej komfortowe. Stosuje się do tego miski do mycia, które zbierają wodę i szampon.
3. Mycie głowy przy użyciu natrysku: Ta metoda jest stosowana w szpitalach, gdzie pacjenci mogą być przenoszeni do łazienki. Umożliwia to dokładne mycie włosów pod bieżącą wodą, co jest najbliższe domowemu doświadczeniu.

Każda z tych metod ma swoje zastosowanie w zależności od potrzeb, a ich skuteczność wpływa na poprawę samopoczucia i komfortu pacjentów, szczególnie tych którzy przebywają dłuższy okres czasu w szpitalu.

Zestaw do wykonania czepeca przeciwwszawicowego: taca, środek przeciwwszawiczny, przygotowany według zaleceń producenta, ilość wyznaczona do długości i gęstości włosów, wata-warstwa dostosowana do powierzchni głowy, waciki, folia plastikowa lub czepec do założenia na owiniętą w watę głowę, ręczniki, miska nerkowata, wazelina z łopatką, grzebień.

- Umyj higienicznie i/lub zdezynfekuj ręce, załóż rękawice jednorazowe niejałowe oraz jednorazowy fartuch ochronny.
- Przygotuj potrzebny sprzęt.
- Dokonaj identyfikacji pacjenta, ustaw parawan na sali w celu zachowania intymności pacjenta.
- Udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Pomóż pacjentowi przyjąć pozycję siedzącą.
- Zabezpiecz ramiona pacjenta ręcznikiem frotté, peleryną fryzjerską lub jednorazowym ręcznikiem (szczelnie okrywając okolicę szyi).
- Wlej niewielką ilość płynu przeciwwszawicznego do miski nerkowatej i wykonaj próbę uczuleniową za uchem lub na wewnętrznej stronie przedramienia pacjenta.
- Wazeliną posmaruj całą linię skóry.
- Podziel włosy na pasma (jeśli są długie, rozłóż je na ręczniku), rozczesz włosy grzebieniem, rozpoczynając od końcówek włosów.
- Nasącz wacik w misce nerkowatej z preparatem i rozprowadź płyn przeciwwszawiczny na włosy, rozpoczynając od nasady włosa, a kończąc na pasmach włosów.
- Powtórz czynności kilkakrotnie, nałóż czepek a na to ręcznik.
- Poinformuj pacjenta o czasie utrzymania czepeca przeciwwszawicznego na głowie (informacja na ulotce leku) oraz o konieczności zgłaszania swoich odczuć podczas działania leku (np. pieczenia skóry, bólu).
- Usuń czepec po upływie wyznaczonego czasu działania leku (zdejmując w kierunku od siebie) i wyczesz pasma.
- Umieść ręczniki w szczelnie zawiązanym foliowym czerwonym worku, należy podpisać „WSZAWICA” i zanieść do brudownika.
- Czepek i pozostałe rzeczy w czerwony worek podwójnie zapakowany.
- Uporządkuj stanowisko.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 365-369).



Ryc. 31 Zestaw do wykonania czepka przeciwwszawiczowego
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 32 Sposób ułożenia waty we włosach pacjenta
Źródło: opracowanie własne

Preparaty przeciwwszawicze są dostępne w różnych formach, co ułatwia ich stosowanie w zależności od potrzeb. Możemy je znaleźć w postaci płynów, szamponów, żeli, pianek oraz sprayów. Wszawica, choć często bagatelizowana, stanowi poważny problem zdrowotny i higieniczny. Podczas moich praktyk nauczyłam się, iż szybka reakcja, zastosowanie odpowiednich środków oraz edukacja pacjenta to klucz do skutecznego rozwiązania problemu. Czepek przeciwwszawiczy okazał się niezastąpionym narzędziem w leczeniu, a dodatkowo pomógł w ograniczeniu ryzyka przeniesienia pasożytów na inne osoby.

5. Wydalanie moczu i kału: mało mówimy, dużo robimy

5.1 Podawanie basenu i kaczki – praktyka kontra teoria

Basen to specjalny pojemnik, który służy zarówno do oddawania moczu, jak i kału z kolei kaczka to pojemnik, który przeznaczony jest wyłącznie do oddawania moczu. Kaczki mają różne wersje, zarówno dla mężczyzn jak i dla kobiet, a ich kształt jest dostosowany do anatomii obu płci, co ułatwia korzystanie. Można spotkać kaczki metalowe i plastikowe, przy czym są zarówno wielorazowe, jak i jednorazowe (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 829-835). Podczas korzystania z basenu lub kaczki bardzo ważne jest, aby zadbać o intymność pacjenta. Dlatego otaczamy łóżko parawanem lub zasłoną, jeśli tylko stan zdrowia na to pozwala, warto też zostawić pacjenta na chwilę samego. Pod basen czy kawkę zawsze kładziemy jednorazowy podkład, aby zadbać o czystość. Pamiętaj o komforcie pacjenta!



Ryc. 33 Basen i kaczka
Źródło: opracowanie własne

Pojemników takich jak baseny i kaczki używa się dla pacjentów, którzy są unieruchomieni w łóżku i nie mają możliwości samodzielnego poruszania się do toalety.



Ryc. 34 Podkładanie basenu i kaczki
Źródło: opracowanie własne

Często są to pacjenci długoterminowo leżący, w stanie terminalnym lub Ci, którzy nie mogą się poruszać z powodu kontuzji, choroby lub operacji.

Podawanie basenu i kaczki to jedna z tych czynności, która w teorii wydaje się prosta, ale w praktyce wymaga wprawy, delikatności i wyczucia. Na zajęciach omawialiśmy technikę krok po kroku, jednak dopiero podczas zajęć praktycznych i praktyk zawodowych zrozumiałam, jak ważne jest odpowiednie ułożenie pacjenta, zapewnienie mu intymności i wsparcia. Ułożenie pacjenta w wygodnej, lekko uniesionej pozycji może pomóc zminimalizować dyskomfort i ułatwić proces wydalania.

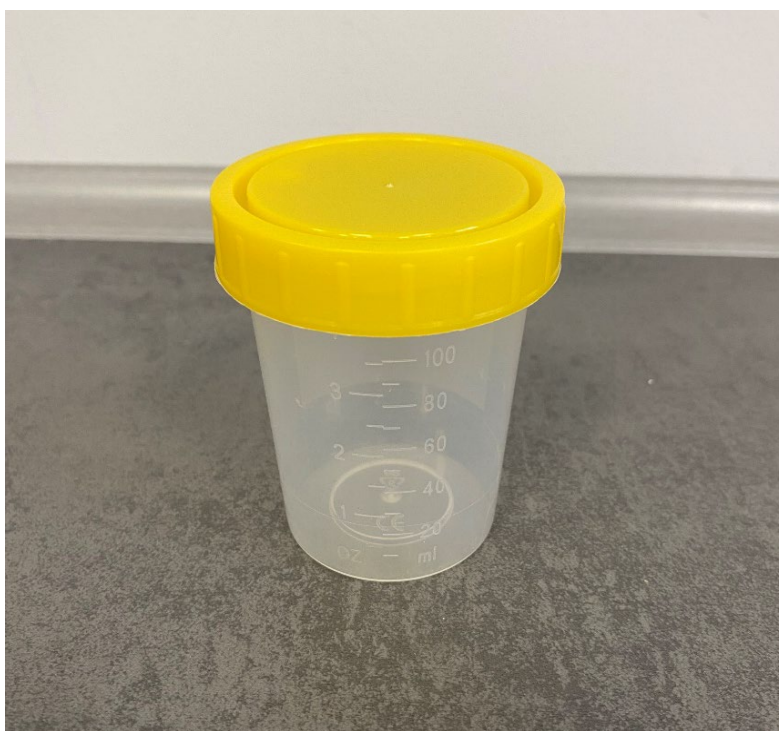
Początkowo obawiałam się, czy wykonam to dobrze, czy pacjent nie będzie odczuwał dyskomfortu, ale z każdą kolejną próbą nabierałam pewności siebie. To doświadczenie pokazało mi, że w pielęgniarstwie liczy się nie tylko znajomość procedur, ale także umiejętność ich zastosowania z empatią i szacunkiem dla pacjenta.

5.2 Pobieranie moczu – o tym co kryją te próbki

W sytuacji, gdy pacjent musi oddać próbkę moczu do badania, kluczowe jest jego odpowiednie przygotowanie przez pielęgniarkę. Przede wszystkim trzeba pacjentowi wyjaśnić, jak prawidłowo się podmyć, ponieważ czystość w tym procesie jest niezwykle ważna. Szczególną uwagę należy zwrócić na umycie okolic ujścia cewki moczowej, aby uniknąć zanieczyszczenia próbki.

Kiedy pacjent jest gotowy do oddania moczu, musi pobrać go ze środkowego strumienia. Co to znaczy? Pierwszy strumień moczu oddajemy do toalety, zatrzymujemy na chwilę, a następnie oddajemy mocz do przygotowanego pojemnika. Jeśli pacjent ma założony cewnik, to mocz należy pobrać bezpośrednio z cewnika. Jak to zrobić? Zaciskamy na chwilę przepływ cewnika, odłączamy go od worka i pozwalamy, by mocz spłynął prosto do pojemnika. Ważne, by zrobić to w sposób sterylny, żeby próbka była odpowiednia do badania.

Cała procedura wymaga dokładności, ale dzięki temu możemy uzyskać rzetelne wyniki badań, które są kluczowe dla dalszej diagnostyki (Czarnecka i inni. 2018: 125).



Ryc. 35 Pojemnik na mocz
Źródło: opracowanie własne

Jest to pojemnik wykorzystywany do badania ogólnego moczu, zaleca się pobranie 50-100 ml moczu (Bil-Lula i inni 2019: 145-198).



Ryc. 36 Pojemnik na posiew mocz
Źródło: opracowanie własne

Jest to mniejszy pojemnik, zapakowany jeszcze w folie, jest jałowy, przy świeżo założonym cewniku jest to najbardziej wiarygodne badanie. Zaleca się pobranie 10-20 ml moczu (Bil-Lula i inni 2019: 145-198).



Ryc. 37 Pobieranie moczu z cewnika
Źródło: opracowanie własne

Podczas miesiączki nie pobieramy moczu do badania ogólnego i posiewu.

Każda próbka moczu dostarcza cennych informacji, które mogą znacząco wpłynąć na dalszy przebieg leczenia pacjenta. Choć sama procedura pobierania próbki wydaje się prosta, to wymaga skrupulatności i profesjonalizmu na każdym etapie, aby wyniki były wiarygodne i precyzyjne. Jak wygląda to w praktyce?

1. **Próbka ze środka strumienia** – To jedna z najczęściej stosowanych metod, jednak aby wyniki były dokładne, kluczowe jest przestrzeganie kilku zasad. Pacjent powinien najpierw wykonać higieniczne mycie okolic intymnych, a następnie oddać mocz w sposób, który pozwoli na zebranie próbki ze środkowej części strumienia. To pozwala uniknąć zanieczyszczeń, które mogą pochodzić z początkowej części moczu, a także z otoczenia.
2. **Pobranie z cewnika** – Ta metoda jest stosowana u pacjentów, którzy nie są w stanie oddać moczu samodzielnie. Pobranie próbki z cewnika wymaga wyjątkowej uwagi, ponieważ procedura musi być przeprowadzona w warunkach sterylnych, aby zapobiec infekcjom. Mocz należy pobrać wyłącznie przy świeżo założonym cewniku. Próbkę pobiera się bezpośrednio z końcówki cewnika – nie należy pobierać moczu z worka na mocz. Po pobraniu próbki należy szczelnie zamknąć pojemnik, a następnie podłączyć zakończenie cewnika do worka na mocz. Po zakończeniu procedury należy zdjąć rękawiczki, umyć i zdezynfekować ręce.
3. **Mocz na posiew** – Pobranie próbki na posiew jest szczególnie ważne w diagnostyce infekcji układu moczowego. Aby wynik był wiarygodny, próbka musi być pobrana w sposób sterylny, tak by nie doszło do zanieczyszczenia próbki bakteriami z otoczenia. Należy zadbać, by naczynie, do którego trafia mocz, było odpowiednio przygotowane (wysterylizowane), a sama procedura przeprowadzona w sposób minimalizujący ryzyko jakichkolwiek nieprawidłowości (Czarnecka i inni. 2018: 125).

Na pierwszy rzut oka pobieranie moczu wydaje się jedynie prostą procedurą diagnostyczną, ale im więcej o tym uczę się w trakcie studiów, tym bardziej dostrzegam, jak wiele cennych informacji kryją te próbki. To nie tylko wskaźnik pracy nerek, ale też sygnał potencjalnych infekcji, odwodnienia czy nawet poważniejszych chorób metabolicznych.

5.3 Dobowa zbiórka moczu (DZM) – niezbędne dla precyzyjnej diagnozy

Pojemnik do dobowej zbiórki moczu to duży słoć z pokrywką, w którym pacjent przez całą dobę gromadzi swój mocz. Kiedy lekarz zleca taką zbiórkę, oznacza to, że trzeba dokładnie kontrolować, ile moczu pacjent oddaje w ciągu 24 godzin. Cały mocz, który pacjent wydali przez ten czas, powinien trafiać właśnie do tego pojemnika. Słoje te można znaleźć w łazience lub przy łóżku pacjenta. Po zakończeniu dobowej zbiórki, mocz należy dokładnie zmierzyć i zgodnie z zaleceniami lekarza, pobrać próbkę do dalszych badań. Może to obejmować np. badanie ogólne moczu, oznaczenie poziomu elektrolitów oraz białka. Pobranie próbki do analizy powinno odbywać się zgodnie z odpowiednimi procedurami, zapewniając sterylność i dokładność, by wyniki były wiarygodne i pomocne w dalszym procesie diagnostycznym. Przed rozpoczęciem procedury należy umyć i zdezynfekować ręce a następnie założyć jednorazowe rękawiczki. Na początku należy wymieszać mocz w słoju, aby równomiernie rozproszyć wszystkie składniki moczu. Następnie z słoja należy pobrać za pomocą strzykawki około 15-20 ml moczu i przelać go do pojemnika na mocz. Po pobraniu

próbki należy szczelnie zamknąć pojemnik, ściągnąć rękawiczki oraz umyć i zdezynfekować ręce. (Cisoń-Apanasewicz 2012: 78-83).



Ryc. 38 Słój do dobowej zbiórki moczu
Źródło: opracowanie własne

Dobowa zbiórka moczu (DZM) pozwala na ocenę wydalania substancji, takich jak kreatynina, białko czy elektrolity. Dzięki DZM lekarze mogą dokładnie ocenić funkcjonowanie nerek i monitorować ewentualne zaburzenia ich pracy. Podczas moich praktyk opiekowałam się pacjentem z podejrzeniem niewydolności nerek, a wynik DZM okazał się kluczowy w postawieniu trafnej diagnozy i ustaleniu dalszego planu leczenia.

Jak przebiega DZM?

1. Rozpoczęcie zbiórki – zbiórkę moczu rozpoczyna się od pominięcia pierwszej porannej porcji moczu. Następnie pacjent zbiera wszystkie próbki moczu w specjalnym pojemniku przez całą dobę. Ważne jest, by każde oddanie moczu w tym czasie trafiło do pojemnika, bez pominięcia jakiegokolwiek próbki, ponieważ brak jednej próbki może zaburzyć wyniki badania.
2. Przechowywanie moczu – podczas całej dobowej zbiórki mocz musi być przechowywany w odpowiednich warunkach. Kluczowe jest, aby pojemnik z moczem był przechowywany w chłodnym miejscu, aby zapobiec jego zanieczyszczeniu lub zmianom chemicznym, które mogą wpłynąć na wyniki badania.
3. Dokładność – dokładność jest absolutnie kluczowa w tym badaniu. Należy zebrać całą ilość moczu oddaną przez pacjenta w ciągu 24 godzin, bez

pominięcia żadnej próbki, ponieważ każda próbka może dostarczyć cennych informacji o stanie zdrowia pacjenta (Czarnecka i inni. 2018: 125).

Wynik DZM jest szczególnie pomocny w diagnostyce chorób nerek, niewydolności nerek, zaburzeń elektrolitowych, czy też w ocenie skuteczności leczenia pacjentów z przewlekłymi schorzeniami układu moczowego.

5.4 Bilans płynów – moje pierwsze doświadczenia i wnioski

Bilans płynów to nic innego jak porównanie ilości płynów, które pacjent przyjmuje, z tym, co wydała w ciągu doby. Kluczowe jest, aby bilans wychodził na zero – to znaczy, że tyle, ile pacjent wypije i przyjmie, powinno zostać wydalone. W rzeczywistości mogą się pojawić drobne wahania, lecz organizm powinien utrzymywać równowagę.

Jeżeli pacjent wydali mniej płynów niż przyjął, może to świadczyć o problemach z filtracją nerkową, a jednym z objawów mogą być obrzęki. Jeśli obrzęki mają pochodzenie nerkowe, to najczęściej pojawiają się wokół kostek, nadgarstków czy powiek.

W bilansie płynów uwzględniamy:

- Przyjęte płyny: to wszystko, co pacjent wypije, czyli np. wodę, herbatę, ale też zupę, jogurt czy płyny podawane dożylnie, jak kroplówki albo leki rozpuszczone w soli fizjologicznej.
- Wydalone płyny: to nie tylko mocz, ale także wymioty, biegunka czy pot.

Dzięki dokładnemu monitorowaniu bilansu płynów możemy ocenić, jak działają nerki i czy organizm utrzymuje właściwą równowagę płynów (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 91-93).

BILANS PŁYNÓW					
.....					
DATA		DOŻYLNIE	DOUSTNE	WYDALONE	UWAGI
	D				
	N				
	RAZEM				
	D				
	N				
	RAZEM				
	D				
	N				
	RAZEM				
	D				
	N				
	RAZEM				

Ryc. 39 Karta bilansu płynów
Źródło: opracowanie własne

Obserwując pacjentów, zdałam sobie sprawę, jak błyskawicznie niedobór lub nadmiar płynów wpływa na ich stan zdrowia oraz jak istotne jest precyzyjne monitorowanie i ocena tych informacji. Jako studentka pielęgniarstwa zauważyłam, że korzystanie z gotowych formularzy do bilansu płynów znacznie ułatwia utrzymanie porządku i analizę danych. Dzięki nim mogę szybciej identyfikować nieprawidłowości, co pozwala na szybszą reakcję i poprawę jakości opieki nad pacjentami.

Dobowa zbiórka moczu (DZM) i bilans płynów to dwa procesy, które na zajęciach wydawały się podobne – oba wymagają dokładności i skrupulatnego zapisu. Jednak w praktyce dostrzegłam ich różnice. DZM skupia się wyłącznie na moczu i ma na celu ocenę pracy nerek oraz wydalanych substancji, podczas gdy bilans płynów obejmuje całość przyjmowanych i wydalanych płynów, co pozwala monitorować gospodarkę wodno-elektrolitową pacjenta. W obu przypadkach kluczowa jest precyzja – nawet niewielkie błędy mogą wpłynąć na diagnozę i leczenie.

5.5 Cewnikowanie – odpowiedzialność i precyzja w każdym kroku

Cewnikowanie pęcherza moczowego to procedura, która polega na wprowadzeniu cienkiej rurki, zwanej cewnikiem, przez cewkę moczową do pęcherza. Dzięki temu mocz odprowadzany jest bezpośrednio do worka, który jest połączony z cewnikiem. Jest to niezwykle przydatne w sytuacjach, kiedy pacjent nie jest w stanie samodzielnie oddać moczu lub trzeba precyzyjnie monitorować ilość wydalanego moczu, tzw. diurezę.

Wskazania do cewnikowania obejmują między innymi:

- pacjentów w ciężkim stanie, nieprzytomnych lub poddawanych zabiegom operacyjnym,
- sytuacje, gdy dochodzi do zatrzymania moczu, np. z powodu przerostu prostaty czy zapalenia pęcherza,
- chemioterapii dopęcherzowej w leczeniu nowotworów układu moczowego,
- konieczność wspomaganie gojenia się dróg moczowych po zabiegach urologicznych, takich jak wycięcie prostaty czy operacja usuwająca zwężenie cewki moczowej (Babska 2020: 98-103).

Warto też pamiętać o ryzyku zakażeń. Mogą to być zakażenia wstępujące, które wynikają z niewłaściwej higieny okolic krocza, lub zakażenia zstępujące, będące konsekwencją innych infekcji, np. dróg oddechowych. Dlatego tak istotne jest zachowanie odpowiednich standardów higieny podczas cewnikowania (Hrynczewicz, Holecki 2015: 20-21).

Ze względu na ryzyko zakażeń i konieczność zachowania sterylności, cewnikowanie przeprowadzane jest w ścisłym reżimie aseptycznym, a w proces ten angażują się dwie pielęgniarki – tzw. pielęgniarka „brudna” oraz pielęgniarka „czysta”. Każda z nich ma określoną rolę, a ich współpraca jest kluczowa dla bezpieczeństwa pacjenta. Pielęgniarka „brudna” przygotowuje stanowisko oraz asystuje, dbając o zachowanie aseptycznych warunków. Nazwa „brudna” nie oznacza braku higieny, ale odnosi się do jej roli w przygotowaniu stanowiska oraz kontaktu z materiałami, które nie wymagają sterylności. Pielęgniarka „czysta” to osoba, która wykonuje kluczową część procedury cewnikowania, mając kontakt wyłącznie z materiałami sterylnymi. Zakłada sterylne

rękawiczki chirurgiczne i wprowadza cewnik do dróg moczowych. Jest to rola wymagająca szczególnej precyzji i dbałości o zachowanie sterylnych warunków.

Zestaw do cewnikowania: rękawiczki jednorazowe niejałowe, rękawiczki jałowe, taca, miska nerkowata, cewnik, worek na mocz z uchwytem, jałowa serweta, jałowa pęseta, jałowe gaziki, strzykawka 20 ml, aqua pro inj., igła, żelowy preparat z lidokainą (lignocainum), sól fizjologiczna.

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (pielęgniarka „brudna” i „czysta”).
- Przygotuj potrzebny sprzęt, pobierz aqua pro inj. na jałowo do strzykawki igłą 1,2, na cewniku jest napisane ile roztworu należy pobrać ok. 5-10 ml, pobieramy maksymalną wartość strzykawką 20 ml. Dobierz odpowiedni rozmiar cewnika do pacjenta, płci i wieku (Czarnecka i inni. 2018: 275-279).
- Przedstaw się, przeprowadź identyfikację pacjenta.
- Udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Załóż rękawice jednorazowe niejałowe (pielęgniarka „brudna”).
- Zachowaj intymność pacjenta, wykonaj „budkę” (pielęgniarka „brudna”).
- Pod pośladki podłóż podkład, następnie wyłóż na niego jałową serwetę (trzymaj ją za końce), na nią połóż miskę nerkowatą i wszystkie jałowe materiały i sprzęty oraz jałowe rękawice (pielęgniarka „brudna”).
- Załóż rękawice jałowe (pielęgniarka „czysta”).

Kobieta:

- Chwyc jałową pęsetą gazik (pielęgniarka „czysta”).
- Polej solą fizjologiczną gazik (pielęgniarka „brudna”).
- Przetrzyj namoczonymi jałowymi gazikami wargi sromowe, wykonując ruchy od góry do dołu. Użyj pięciu gazików – jednym ruchem oczyść kolejno wargi zewnętrzne, wewnętrzne oraz ujście cewki moczowej (pielęgniarka „czysta”).

Mężczyzna:

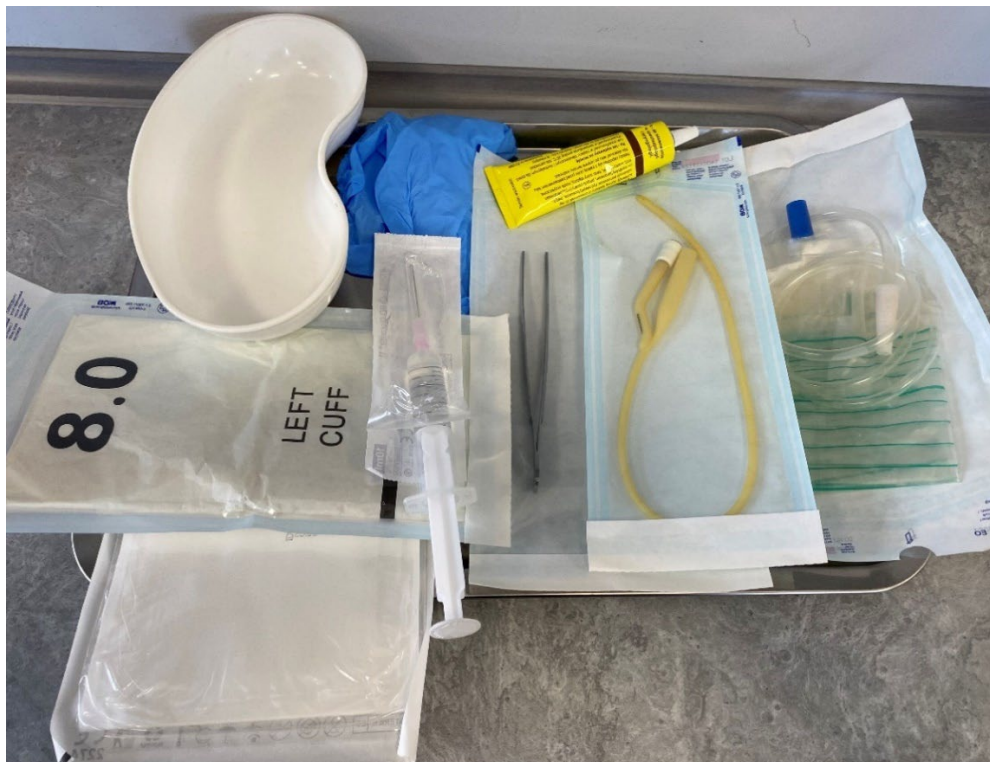
- Chwyc jałową pęsetą gazik (pielęgniarka „czysta”).
- Polej solą fizjologiczną gazik (pielęgniarka „brudna”).
- Przetrzyj namoczonymi jałowymi gazikami narząd płciowy mężczyzny. Użyj trzech gazików – odsuń napletek i jednym ruchem oczyść kolejno okolice napletka, żołądźcia oraz ujście cewki moczowej (pielęgniarka „czysta”).
- Końcówkę cewnika podłącz do worka na mocz (pielęgniarka „brudna”).
- Chwyc cewnik w jednej ręce a drugą delikatnie rozszerz wargi sromowe/odsuń napletek (pielęgniarka „czysta”).
- Zwilż końcówkę cewnika żelowym preparatem z lidokainą (lignocainum) (nie dotykając jej), która będzie wprowadzona do cewki moczowej (pielęgniarka „brudna”).
- Delikatnie wprowadź cewnik do cewki moczowej (pielęgniarka „czysta”).
- Przy prawidłowo założonym cewniku po chwili w drenie worka na mocz zauważysz obecność moczu.
- Wprowadź aqua pro inj. do bocznego ujścia cewnika (końcówka z kolorową otoczką np. zieloną, pomarańczową) w celu zabezpieczenia cewnika w środku cewki przed wysunięciem (pielęgniarka „brudna”).
- Worek na mocz przymocuj do łóżka pacjenta za pomocą uchwyty (pielęgniarka „brudna”).
- Uporządkuj stanowisko.

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (pielęgniarka „brudna” i „czysta”) (Babska 2020: 98-103).
- Udokumentuj wykonanie zabiegu.



Ryc. 40 Cewnik Foley'a
Źródło: opracowanie własne

Przed założeniem cewnika należy dokładnie sprawdzić czy zgadza się rodzaj oraz rozmiar dla danego pacjenta.



Ryc. 41 Zestaw do cewnikowania
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 42 Założenie cewnika z zasadami odpowiedniej higieny
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 43 Zestaw do usunięcia cewnika
Źródło: opracowanie własne

Cewnikowanie to procedura, którą na zajęciach w pracowni pielęgniarskiej ćwiczyliśmy na fantomach, krok po kroku ucząc się techniki, zasad aseptyki i schematu działania. Każdy ruch miał swoje miejsce, a cały proces wydawał się uporządkowany i przewidywalny. Dopiero w szpitalu zrozumiałam, jak dużą rolę odgrywa nie tylko precyzja techniczna, ale i umiejętność pracy z pacjentem. Na praktykach w szpitalu mogłam obserwować jak wygląda cewnikowanie pacjenta. Obie pielęgniarki bardzo starannie przestrzegały zasad aseptyki, korzystając wyłącznie z jałowych materiałów, co miało na celu zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta i uniknięcie infekcji. Współpraca w zespole była niezwykle ważna, ponieważ każda z pielęgniarek pełniła w tym procesie odrębną rolę.

5.6 Zabiegi dorektalne – przygotowanie na wyzwanie

Lewatywa to zabieg polegający na wprowadzeniu środka przeczyszczającego przez odbyt do odbytnicy, jest często stosowana w celu rozluźnienia mas kałowych i wywołania natychmiastowego odruchu wypróżnienia. Zabieg ten pomaga pacjentowi w swobodnym wypróżnieniu się, zwłaszcza w przypadku przewlekłych zaparć. Czasami można spotkać się z określeniem "Enema", co odnosi się do gotowego zestawu do wykonania lewatywy. Lewatywę, znaną także jako wlewkę doodbytniczą, wykonuje się przez odbyt, a jej głębokość zależy od długości wprowadzanego drenu.

Wskazania do wykonania lewatywy obejmują:

- zaparcia,
- stan po zabiegu operacyjnym,
- przygotowanie przewodu pokarmowego przed operacją lub badaniami diagnostycznymi,
- oczyszczenie organizmu z zalegających toksyn (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 847-856).

Zabieg ten jest często wykorzystywany w praktyce medycznej, ponieważ przynosi szybkie rezultaty, pomagając pacjentom w łagodzeniu dolegliwości związanych z zaparciami lub przed różnymi procedurami medycznymi.

Zestaw do wykonania lewatywy: rękawiczki, taca, miska nerkowata, lignina, żelowy preparat z lidokainą (lignocainum), środek przeczyszczający.

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Przygotuj potrzebny sprzęt.
- Przedstaw się, przeprowadź identyfikację pacjenta.
- Udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Zachowaj intymność pacjenta.
- Załóż rękawice jednorazowe niejałowe.
- Pacjenta przełóż na bok i zsuń spodnie od piżamy.
- Podłóż ligninę pod pośladki, ściągnij nasadkę środka przeczyszczającego i posmaruj wokół żelowym preparatem z lidokainą (lignocainum).
- Włóż środek przeczyszczający do odbytu pacjenta i podaj zawartość.
- Przy wyciąganiu podtrzymuj ligninę, poproś pacjenta aby wstrzymał stolec co najmniej przez 10 min (pacjent świadomy), albo załóż pampersa.
- Uporządkuj stanowisko.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (Czarnecka i inni. 2018: 145-151).

- Udokumentuj wykonanie zabiegu.



Ryc. 44 Zestaw do wykonania lewatywy
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 45 Wykonanie lewatywy
Źródło: opracowanie własne

Zestaw do wykonania wlewki doodbytniczej: rękawiczki, taca, miska nerkowata, lignina, żelowy preparat z lidokainą (lignocainum), strzykawka 20 ml, dren.

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Przygotuj potrzebny sprzęt.
- Przedstaw się, przeprowadź identyfikację pacjenta.
- Udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.

- Zachowaj intymność pacjenta.
- Załóż rękawice jednorazowe niejałowe.
- Pacjenta przełóż na bok i zsuń spodnie od pizamy.
- Podłóż ligninę pod pośladki.
- Nałóż dren na strzykawkę i pobierz 20 ml enemy, następnie posmaruj wokół końcówkę żelowym preparatem z lidokainą (lignocainum) i wprowadź dren do odbytu na tyle, aby był opór.
- Jeśli jest potrzeba to zaciśnij dren i podłącz kolejną strzykawkę.
- Przy wyciąganiu trzymaj ligninę przy odbycie i wyciągnij dren, poproś pacjenta aby wstrzymał stolec co najmniej przez 10 min (pacjent świadomy) albo zakładamy pampersa.
- Uporządkuj stanowisko.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (Czarnecka i inni. 2018: 145-151).
- Udokumentuj wykonanie zabiegu.



Ryc. 46 Zestaw do wykonania wlewki doodbytniczej
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 47 Wykonanie wlewki doodbytniczej
Źródło: opracowanie własne

Jako studentka pielęgniarstwa zauważyłam, że zaparcia to istotny problem dla wielu pacjentów, który może znacząco wpłynąć na ich samopoczucie i komfort. Zdarza się, że konieczne jest przeprowadzenie zabiegów dorektalnych, aby złagodzić ten dyskomfort. Te procedury, choć mogą być dla pacjenta krępujące, są kluczowe dla poprawy jego stanu zdrowia. Ważne jest, aby w takich sytuacjach podchodzić do pacjenta z empatią i szacunkiem, zapewniając mu poczucie bezpieczeństwa i zrozumienie.

6. Komfort i wygoda pacjenta: klucz do dobrego samopoczucia

6.1 Udogodnienia i profilaktyka odleżyn – wygodne rozwiązanie w walce z odleżynami

Udogodnienia dla pacjentów to różnego rodzaju krążki oraz wałki, które zapobiegają powstawaniu np. odleżyn. W przypadku braku profesjonalnych krążków, możesz wykonać je samodzielnie z materiałów takich jak wata i bandaż. Ważnym elementem opieki nad pacjentem leżącym jest odpowiednie ułożenie ciała. Zmiana pozycji nie tylko łagodzi ból i zapobiega odleżynom oraz przykurczom, ale także wspiera prawidłowe funkcjonowanie narządów, takich jak układ oddechowy, krążeniowy czy trawienny. Dbłość o zmianę pozycji pomaga w zachowaniu dobrego samopoczucia pacjenta i zmniejsza ryzyko komplikacji związanych z długotrwałym unieruchomieniem. Celem zmiany pozycji ciała jest przeciwdziałanie uciskowi tkanek (Czarnecka i inni. 2018: 170-175).

Odleżyny najczęściej powstają na pośladkach, kostkach, piętach, uszach, głowie (potylica), okolicy łopatek i okolicy kości krzyżowej. Odleżyna w tych miejscach

powstaje na skutek obumierania tkanki w wyniku długotrwałego ucisku i ograniczenia przepływu krwi, może dojść do martwicy a także zakażenia. Odleżyny najczęściej pojawiają się w miejscach, w których ciało chorego bezpośrednio przylega do podłoża i jest do niego dociskane (np. przez kość).

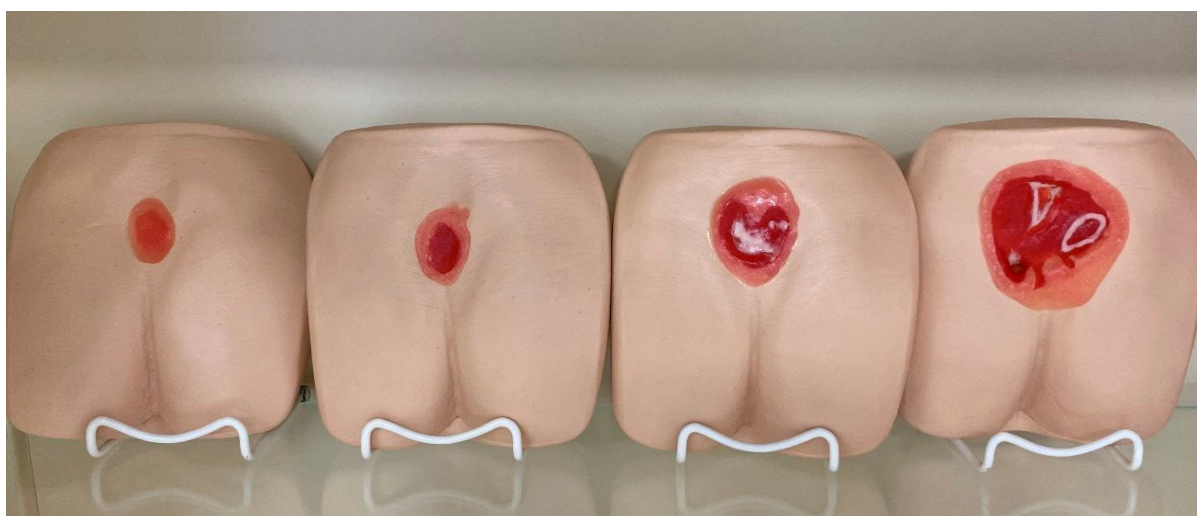
Klasyfikacja stopni odleżyn według wg. EPUAP/NPUAP (ang. European Pressure Ulcer Advisory Panel / National Pressure Ulcer Advisory Panel):

Typ I - nieblednący rumień: zaczerwienienie pojawia się na ograniczonej powierzchni nieuszkodzonej skóry, rumień nie ulega zblednięciu, może występować wrażliwość na dotyk, może być twarde lub miękkie.

Typ II - zmniejszona grubość skóry: wygląd płytkiego, otwartego owrzodzenia z czerwono-różowym dnem, nie występuje tkanka martwicza wilgotna, może mieć formę pęcherza otwartego lub zamkniętego.

Typ III - pełna utrata grubości skóry: może być widoczna podskórna tkanka tłuszczowa, kości, mięśnie i ścięgna nie są widoczne, może występować wilgotna tkanka martwicza, może dojść do podminowania i tunelowania.

Typ IV - pełna utrata grubości tkanki: dochodzi do odsłonięcia kości, ścięgien lub mięśni, może pojawiać się wilgotna tkanka martwicza lub strup, może dojść do podminowania i tunelowania (Talarska, Szałkiewicz i Wieczorowska-Tobis 2011: 211-216).



Ryc. 48 Stopnie odleżyn
Źródło: opracowanie własne

Najważniejsze zasady przy odleżynach:

- Pozycje ciała zmieniaj pacjentowi co 2 godziny.
- Materac przeciwoleżynowy zawsze wkładaj pod prześcieradło.
- Waleczek z koca ułóż wyżej niż kolana, żeby nie powodować ucisku na tętnicach podkolanowych.
- Jeśli opiekujesz się osobą leżącą podłóż rolkę z koca pod stopy żeby nie opadały, koc zawsze owijamy poszewką.
- Gdy pacjent leży na brzuchu ułóż krążki pod kolanem, pod kostką i pod łokciem.

- Pomocne przy leczeniu odleżyn mogą być także: żele hydrożelowe, błony poliuretanowe, maści z allantoiną.



Ryc. 49 Materac przeciwoleżynowy
Źródło: opracowanie własne

Na moich praktykach w szpitalu zauważyłam jak wielką rolę w opiece nad pacjentami unieruchomionymi odgrywa materac przeciwoleżynowy. Pełni kluczową rolę w prewencji i leczeniu odleżyn, które są jednym z najczęstszych i najbardziej bolesnych powikłań związanych z długotrwałym leżeniem. Podczas praktyk miałam okazję obserwować jak materace przeciwoleżynowe, poprzez równomierne rozkładanie nacisku ciała pacjenta na większą powierzchnię, pomagają zmniejszyć ryzyko powstawania tych powikłań. Materac ten jest nieocenionym wsparciem, które znacząco wpływa na jakość opieki.



Ryc. 50 Krążki przeciwoślizgowe
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 51 Prawidłowe ułożenie udogodnień
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 52 Zastosowanie krążków i wałków przeciwodleżynowych
Źródło: opracowanie własne

Zamiast profesjonalnych krążków i wałków możemy posłużyć się np. poduszką, kocem lub prześcieradłem.

Na zajęciach z podstaw pielęgniarstwa dużo mówi się o profilaktyce odleżyn, ale dopiero podczas praktyk w szpitalu zobaczyłam, jak ogromne znaczenie mają nawet najmniejsze działania w codziennej opiece nad pacjentem. Regularna zmiana pozycji, odpowiednie materace przeciwodleżynowe, miękkie poduszki czy specjalistyczne opatrunki to nie tylko udogodnienia – to realne wsparcie w walce z odleżynami. Najważniejsze jednak jest to, by nie traktować tych rozwiązań jako jedynej ochrony, ale łączyć je z codzienną obserwacją skóry pacjenta i indywidualnym podejściem do jego potrzeb. Profilaktyka odleżyn wymaga systematyczności i zaangażowania, ale jest kluczowa dla zachowania komfortu i zdrowia pacjentów.

6.2 Przenoszenie pacjenta – jak unikać kontuzji (swojej i pacjenta)

Przenoszenie pacjenta to proces przemieszczania go z jednego miejsca do drugiego, np. z łóżka na wózek, krzesło lub inny sprzęt medyczny. Prawidłowe techniki przenoszenia są kluczowe, aby zapewnić pacjentowi bezpieczeństwo i wygodę, jednocześnie chroniąc personel medyczny. Obejmują m.in. zapewnienie stabilnej pozycji ciała pacjenta, kontrolowanie ciężaru podczas podnoszenia oraz użycie odpowiedniego sprzętu pomocniczego, takiego jak maty ślizgowe, podnośniki czy wózki inwalidzkie. Kluczowe jest również wsparcie pacjenta w zachowaniu równowagi i komfortu, a także właściwe przygotowanie otoczenia – usunięcie przeszkód oraz zapewnienie odpowiedniej ilości przestrzeni (Jaciubek 2021: 77-82).



Ryc. 53 Rolki do przesuwania pacjenta
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 54 Deski do przenoszenia/przesuwania pacjenta
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 55 Pas do przenoszenia pacjenta
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 56 Podnośnik do przenoszenia pacjenta
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 57 Przenoszenie pacjenta z użyciem podnośnika
Źródło: opracowanie własne

Przenoszenie pacjenta z łóżka na wózek/fotel i na odwrot:

- W ten sposób możesz przenosić tylko świadomych pacjentów, którzy są w stanie współpracować z zespołem medycznym.
- Zbliź pacjenta maksymalnie do krawędzi łóżka. Następnie delikatnie opuść jego nogi na podłogę, pomagając mu usiąść na skraju łóżka.
- Stań przed pacjentem, upewniając się, że masz stabilną pozycję. Wsuń jedną nogę między nogi pacjenta, aby zwiększyć kontrolę nad jego ruchem i zapewnić bezpieczeństwo.
- Pacjent powinien objąć pielęgniarkę rękami na wysokości jej łopatek. Jednocześnie pielęgniarka chwytá pacjenta w pasie lub pod ramionami, zapewniając stabilne podparcie.
- Wszystkie ruchy wykonuj na ugiętych kolanach, aby uniknąć nadmiernego obciążenia kręgosłupa. Przenoszenie powinno być płynne i skoordynowane.
- Jeśli pacjent jest ciężki lub ma trudności z utrzymaniem równowagi, transfer powinny wykonywać dwie pielęgniarki. Każda z nich chwytá pacjenta jedną ręką pod ramię, a drugą oplata jego plecy, zapewniając mu maksymalne oparcie.
- Po uniesieniu pacjenta, delikatnie przesadź go na wózek lub fotel, upewniając się, że siedzi stabilnie i wygodnie (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 178-181).



Ryc. 58 Chwyt pacjenta przy przenoszeniu
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 59 Chwyt pacjenta przy przenoszeniu w dwie pielęgniarki
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 60 Przenoszenie pacjenta z łóżka na wózek przy użyciu deski i pasa
Źródło: opracowanie własne

Przenoszenie pacjenta z łóżka na łóżko:

- Czynność najlepiej wykonywać w 2-4 osoby, w zależności od stanu pacjenta oraz jego masy ciała. Większa liczba osób zapewnia większą kontrolę i bezpieczeństwo podczas przenoszenia.
- Do przenoszenia pacjenta można wykorzystać prześcieradło, rolkę transferową lub specjalną matę ślizgową, co ułatwia przesunięcie pacjenta i minimalizuje ryzyko urazu.
- Pacjenta należy delikatnie ułożyć na boku. Jedna osoba powinna podtrzymywać go w tej pozycji, podczas gdy druga wsuwa prześcieradło pod jego ciało. Następnie pacjenta należy przełożyć na drugi bok i dopasować materiał tak, aby znajdował się równomiernie pod całym ciałem. Zwiń końce prześcieradła tak, aby można było je dobrze złapać, tworząc stabilne uchwyty.
- Łóżko z którego przekładamy pacjenta musi być delikatnie wyżej, ułatwia to płynne przesunięcie pacjenta i redukuje wysiłek zespołu przenoszącego. Oba łóżka powinny znajdować się blisko siebie, a ich hamulce muszą być zablokowane, aby zapobiec przesunięciu się mebli podczas transferu.
- Na umówiony sygnał (np. „raz, dwa, trzy”) cały zespół jednocześnie unosi i przenosi pacjenta na docelowe łóżko, dbając o jego stabilność i komfort.
- Po przeniesieniu pacjenta należy usunąć prześcieradło, upewnić się, że pacjent leży on w wygodnej i bezpiecznej pozycji, poprawić ułożenie kończyn i zapewnić odpowiednie podparcie. (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 178-181).



Ryc. 61 Chwyt leżącego pacjenta przy przenoszeniu

Źródło: opracowanie własne

Pacjenta leżącego nigdy nie przenosimy w mniej niż dwie osoby.

Z mojego doświadczenia jako studentka pielęgniarstwa wiem, jak ważna jest odpowiednia technika przenoszenia pacjenta, aby uniknąć kontuzji. Zgięcie kolan,

utrzymywanie prostej postawy i szeroki rozstaw nóg znacznie zwiększają stabilność oraz pozwalają na optymalne rozłożenie ciężaru. Tego rodzaju techniki pomagają uniknąć obciążeń kręgosłupa, co jest szczególnie ważne w przypadku przenoszenia pacjentów o większej wadze lub w trudniejszych warunkach. W praktyce nauczyłam się, jak kluczowa jest współpraca z zespołem oraz komunikacja z pacjentem. To nie tylko zapewnia mu poczucie komfortu i bezpieczeństwa, ale także pozwala na dokładne zaplanowanie każdego ruchu, co zmniejsza ryzyko kontuzji. Korzystanie z urządzeń pomocniczych, takich jak podnośniki, sprawia, że przenoszenie pacjentów staje się łatwiejsze i bezpieczniejsze, co minimalizuje ryzyko obciążenia dla nas, pielęgniarek.

7. Odżywianie pacjenta: na co zwrócić uwagę?

7.1 Pomoc pielęgniarki w spożywaniu posiłków – kluczowe zasady

Sposób spożywania posiłków przez pacjenta zależy od jego stanu zdrowia oraz stopnia samodzielności. Pielęgniarka odgrywa kluczową rolę w zapewnieniu prawidłowego odżywiania pacjentom, którzy mają trudności z jedzeniem. Jej pomoc może obejmować ułożenie pacjenta w wygodnej pozycji, otwarcie opakowań, rozdrobnienie posiłków oraz ich podanie. Warto zachęcać pacjenta do samodzielnego wykonywania czynności, które nie sprawiają mu trudności. Przed rozpoczęciem posiłku istotne jest przeprowadzenie toalety jamy ustnej, co może poprawić łaknienie i zwiększyć komfort pacjenta. Spożywanie posiłków powinno być dla niego przyjemnością, dlatego należy zachować spokój i cierpliwość. Pacjenta, który nie jest w stanie samodzielnie spożywać posiłków, karmi pielęgniarka. Układa go w pozycji siedzącej i zabezpiecza odzież jednorazowym śliniakiem lub ligniną. Następnie przygotowuje kubki oraz narzędzia ułatwiające przyjmowanie pokarmów. Przed podaniem posiłku należy sprawdzić jego temperaturę, podawać małe porcje oraz regularnie proponować wodę. W trakcie karmienia należy uważnie obserwować pacjenta, dostosowywać tempo spożywania posiłku i robić przerwy w zależności od jego potrzeb. Pielęgniarka nie tylko pomaga w spożywaniu posiłków, ale także dba o bezpieczeństwo pacjenta, zapobiegając ryzyku zadławienia i niedożywienia. Wykorzystanie odpowiednich naczyń i technik karmienia może znacząco poprawić komfort i jakość życia pacjenta (Ciechaniewicz 2007: 312-313).



Ryc. 62 Zestaw do wykonania toalety jamy ustnej
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 63 Przybory do karmienia pacjenta
Źródło: opracowanie własne

7.2 Zakładanie zgłębnika dożołądkowego (sonda) – jak stres przekształca się w doświadczenie

Zgłębnik żołądkowy, znany również jako sonda, to cienka, elastyczna rurka z tworzywa sztucznego, którą wprowadza się przez nos, a następnie przeprowadzona przez gardło i przełyk aż do żołądka. Jej zadaniem jest umożliwienie podawania pacjentowi pokarmu i płynów gdy nie jest on w stanie przyjmować ich doustnie. Zakładanie zgłębnika wymaga uwzględnienia prawidłowej pracy przewodu pokarmowego pacjenta. Wykonuj to delikatnie, aby nie uszkodzić błon śluzowych i zapewnić prawidłowe umiejscowienie rurki. Po założeniu zgłębnika ważne jest sprawdzenie, czy znajduje się on we właściwym miejscu.

Wskazania do założenia zgłębnika dożołądkowego:

- brak możliwości odżywiania doustnego,
- zaburzenia połykania,
- zaburzenia psychiczne,
- choroby jamy ustnej, gardła (Jassem i inni 2016: 436-442).

Zestaw do założenia zgłębnika dożołądkowego: rękawiczki, taca, miska nerkowata, lignina, śliniak, stetoskop, zgłębnik dożołądkowy, strzykawka 100ml, pean, żelowy preparat z lidokainą (lignocainum), plaster, nożyczki.

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Przygotuj potrzebny sprzęt, pobierz do strzykawki 30 ml powietrza.
- Przedstaw się, przeprowadź identyfikację pacjenta.
- Udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Załóż rękawice jednorazowe niejałowe.
- Ułóż pacjenta w pozycji siedzącej, wysokiej.
- Podaj pacjentowi do ręki miskę nerkowatą, osłoń chorego śliniakiem jednorazowym lub ligniną/ręcznikiem.
- Odepnij piżamę chorego i wyznacz miejsce głębokości sondy.
- Wyznaczanie miejsca głębokości zgłębnika: przyłóż zgłębnik około 3 cm poniżej mostka (do wyrostka mieczykowatego mostka), następnie poprowadź zgłębnik w kierunku płatka ucha i przyłóż do czubka nosa, zaznacz plastrem miejsce końcowe.
- Posmaruj końcówkę zgłębnika żelowym preparatem z lidokainą (lignocainum).
- Wprowadź zgłębnik przez jedną z dziurek nosa.
- Gdy zgłębnik dotrze do nosogardzieli (zwykle na wysokości gardła), poproś pacjenta o pochylenie głowy do klatki piersiowej – ułatwia to przejście przez przełyk.
- Zachęć pacjenta do przełykania śliny (lub podaj wodę przez słomkę, jeśli jest to możliwe), co pomaga w dalszym wprowadzeniu zgłębnika.
- Wprowadź zgłębnik do zaznaczonego plastrem miejsca, unikając użycia siły.
- Zaciśnij peanem, otwórz korek i podłącz strzykawkę z 30 ml powietrza.
- Zwolnij pean, przyłóż głowicę stetoskopu do nadbrzusza (okolica żołądka) i gwałtownie wpuść powietrze – powinien być słyszalny charakterystyczny dźwięk „bulgotania”.
- Pobierz z powrotem 30 ml powietrza, zamknij sondę peanem i odłącz strzykawkę.
- Zamknij korek i zwolnij pean.

- Uporządkuj stanowisko.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 806-810).
- Udokumentuj wykonanie zabiegu.



Ryc. 64 Zestaw do założenia zgłębnika dożołądkowego
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 65 Wyznaczenie miejsca głębokości sondy
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 66 Zakładanie sondy
Źródło: opracowanie własne

Miejsce wyznaczamy z tej strony do którego otworu nosa będziemy wprowadzać sondę.

Z własnego doświadczenia jako studentka pielęgniarstwa zauważyłam, że zakładanie zgłębnika dożołądkowego to procedura, która wymaga nie tylko precyzyjnych umiejętności technicznych, ale także dużego zrozumienia emocji pacjenta. W tym przypadku, kluczowe jest odpowiednie przygotowanie pacjenta do procedury. Wyjaśnienie krok po kroku, co się wydarzy i w jaki sposób zabieg będzie przeprowadzony, co pomaga zredukować niepokój i stres, które często towarzyszą pacjentom. Podczas samego zakładania sondy niezwykle ważne jest zachowanie odpowiedniej techniki. Używanie lubrykantów ułatwia wprowadzenie zgłębnika, a równocześnie zmniejsza dyskomfort pacjenta. Kontrolowanie przebiegu wprowadzania sondy, jej prawidłowe ustawienie oraz monitorowanie reakcji pacjenta są kluczowe dla zapewnienia bezpieczeństwa i komfortu w trakcie procedury. Należy również pamiętać o systematycznym kontrolowaniu, czy pacjent nie odczuwa bólu ani innych niepokojących objawów, takich jak kaszel czy duszność. Moje doświadczenie pokazuje, jak wielką rolę odgrywa połączenie skutecznej techniki z empatycznym podejściem. Kiedy pacjent czuje, że jego wątpliwości są wyjaśnione przez pielęgniarkę, a proces jest przeprowadzany delikatnie i profesjonalnie, procedura staje się mniej stresująca i bardziej komfortowa, co ma pozytywny wpływ na jego ogólne samopoczucie.

7.3 Karmienie przez sondę i odbarczanie – zrozumienie procesu w praktyce

Karmienie przez zgłębnik żołądkowy polega na podawaniu pacjentom odpowiednio przygotowanego pokarmu w formie płynnej lub półpłynnej. Ta metoda jest szczególnie istotna w sytuacjach, gdy pacjent nie jest w stanie spożywać pokarmów drogą doustną z różnych przyczyn, takich jak operacje, urazy czy zaburzenia neurologiczne.

Ważne jest, aby pokarm był odpowiednio przygotowany, powinien mieć odpowiednią temperaturę, a także mieć właściwą konsystencję. Odbarczanie to proces, który polega na zmniejszeniu obciążenia żołądka, odbarczeniu zalegającej wydzieliny (Ścisło 2020: 154).

Zestaw do karmienia/odbarczania: rękawiczki, taca, miska nerkowata, pean, kubek z wodą, worek do cewnika Foley'a, strzykawka 100 ml, stetoskop.

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Przygotuj potrzebny sprzęt a następnie pobierz do strzykawki 30 ml powietrza.
- Przedstaw się, przeprowadź identyfikację pacjenta.
- Udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Załóż rękawice jednorazowe niejałowe.
- Ułóż pacjenta w pozycji półwysokiej (co najmniej 30-45°)
- Sprawdź czy sonda znajduje się w żołądku - zaciśnij końcówkę peanem, otwórz korek, podłącz strzykawkę, puść pean i wstrzyknij 30ml powietrza jednocześnie osłuchuj (powinno być słyszalne charakterystyczne „bulgotanie”), po sprawdzeniu odciągnij powietrze, zaciśnij pean, zamknij korek i puść pean.
- Pobierz do strzykawki ustaloną ilość jedzenia z miski, dbając o odpowiednie tempo podawania. Upewnij się, że pokarm nie jest gorący.
- Podawaj pokarm powoli (grawitacyjnie, bez użycia siły), aby uniknąć powikłań takich jak wymioty lub aspiracja treści do płuc.
- Po każdym karmieniu przepłucz sondę zawsze czystą wodą ok. 50 ml, aby zapobiec zatkaniu.
- Pozostaw chorego w pozycji siedzącej na co najmniej pół godziny, aby zapobiec refluksowi i aspiracji.
- Między karmieniem a podaniem płynów odczekaj około godzinę (chyba, że zalecenia medyczne są inne).
- Uporządkuj stanowisko.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (Ciechaniewicz 2007: 316-317).
- Udokumentuj wykonanie zabiegu.



Ryc. 67 Zestaw do karmienia oraz odbarczania wydzieliny przez zgłąbnik
dożołądkowy

Źródło: opracowanie własne

Jednorazowa objętość pokarmu podawanego przez sondę zależy od zaleceń lekarza, stanu pacjenta oraz rodzaju stosowanej diety. Jednak zazwyczaj podaje się około 100–300 ml pokarmu na raz. W przypadku pacjentów z problemami trawiennymi lub niewydolnością narządów, objętość ta może być mniejsza i podawana w mniejszych dawkach, aby uniknąć przeładowania żołądka i umożliwić lepsze wchłanianie. Ważne jest, aby monitorować reakcje pacjenta podczas karmienia sondą, sprawdzając tolerancję pokarmu, oraz upewnić się, że pokarm jest podawany powoli, aby zminimalizować ryzyko wymiotów.

Karmienie przez sondę to nie tylko kwestia techniczna, to także moment, w którym możemy nawiązać kontakt z pacjentem, zapewniając mu komfort i bezpieczeństwo. Kluczowe jest zwracanie uwagi na jego reakcje, co pozwala na bieżąco dostosowywać tempo i objętość podawanych płynów.



Ryc. 68 Odbarczanie treści żołądkowej
Źródło: opracowanie własne

Worek dedykowany do cewnika Foley'a wykorzystujemy do zgłębnika dożołądkowego w celu odbarczania żołądka z treści pokarmowej lub zalegającej wydzieliny. Zaczepiamy go o łóżko poniżej poziomu założonego zgłębnika. Po przyłączeniu worka do końcówki zgłębnika, wydzielina (zwykle o kolorze czarno-brunatnym) od razu powinna zacząć napływać do worka. Na worku znajduje się podziałka umożliwiająca kontrolowanie ilości wydzieliny.

8. Wspomaganie oddychania pacjenta

8.1 Tlenoterapia – kiedy tlen staje się lekiem

Tlenoterapia polega na zwiększeniu stężenia tlenu we wdychanym powietrzu. W normalnych warunkach powietrze, którym oddychamy, zawiera około 21% tlenu, ale są sytuacje, gdy nasz organizm potrzebuje jego znacznie większych ilości. Warto podkreślić, że tlen to lek, który powinien być podawany w określonych dawkach. Do podawania tlenu używa się reduktora, który ma podziałkę od 1 do 15 l/min. Dzięki temu personel medyczny może precyzyjnie dostosować dawkę tlenu zgodnie z zleceniem lekarskim (Jaciubek 2021: 199-201).

Wskazania:

- ostra i przewlekła niewydolność oddechowa,
- astma,
- niewydolność krążenia,
- zmniejszona ilość hemoglobiny,
- zaburzenia wymiany gazowej,

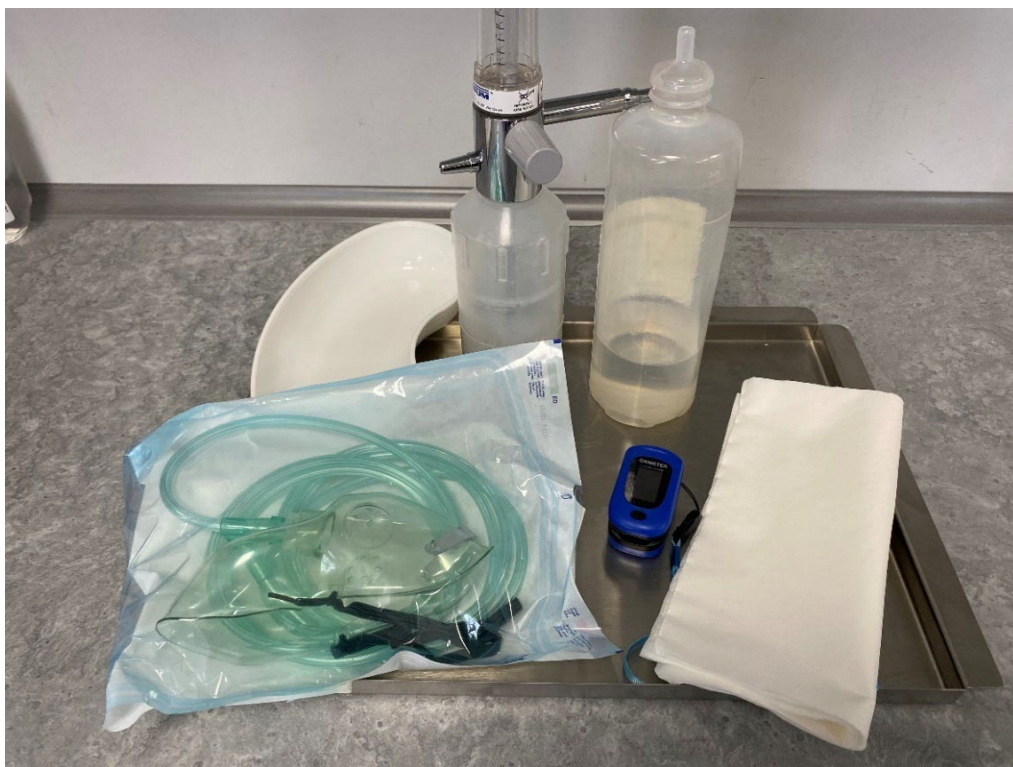
- zatrucie tlenkiem węgla,
- po bronchoskopii,
- ostre zagrożenia życia np. zawał, wstrząs zatorowy, NZK – Nagłe Zatrzymanie Krążenia (Szyszka 2013: 23-28).

Zestaw do tlenoterapii: rękawiczki, taca, miska nerkowata, aqua, reduktor, cewnik do tlenoterapii/maska, butelka, gazik, pulsoksymetr.

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Przygotuj potrzebny sprzęt, wlej aqua do maksymalnej linii na butelce.
- Dobierz odpowiedni sprzęt do zaleconego przepływu tlenu.
- Przedstaw się, przeprowadź identyfikację pacjenta.
- Załóż rękawice jednorazowe niejałowe.
- Ułóż pacjenta w pozycji wysokiej Fowlera, aby ułatwić oddychanie.
- Oczyszć drogi oddechowe z zalegającej wydzieliny.
- Podłącz do reduktora cewnik do tlenoterapii/maskę.
- Wprowadź dłuższą końcówkę do panelu z gazami O₂.
- Sprawdź drożność cewnika/maski do tlenoterapii.
- Załóż cewnik do tlenoterapii/maskę pacjentowi i upewnij się, że jest dobrze dopasowana i nie powoduje dyskomfortu.
- Uporządkuj stanowisko.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (Ciechaniewicz 2007: 461-462).

Istnieje kilka rodzajów urządzeń do podawania tlenu, które są dobierane w zależności od potrzeb pacjenta i stopnia nasilenia zaburzeń oddechowych w tym:

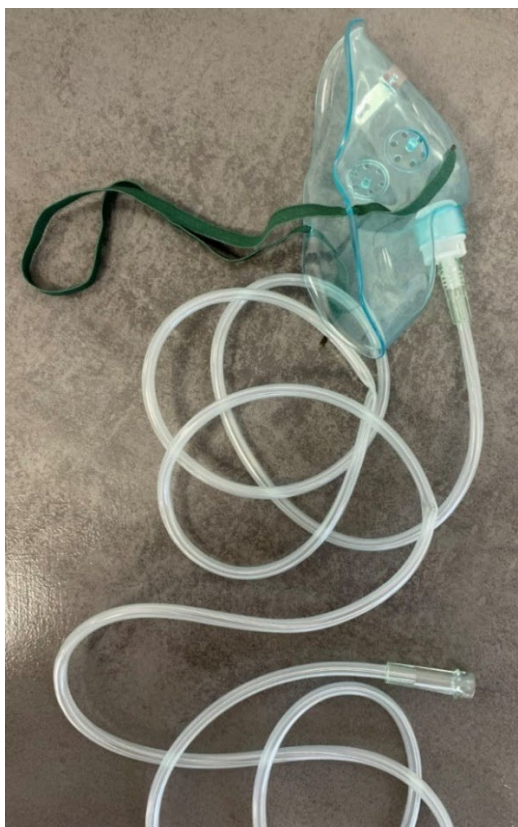
1. Wąsy tlenowe: jest to jedno z najczęściej stosowanych urządzeń do podawania tlenu, szczególnie w przypadkach łagodnych lub umiarkowanych zaburzeń oddechowych. Wąsy tlenowe umożliwiają podawanie tlenu o niskim przepływie, zwykle od 1 do 6 litrów na minutę. Dzięki temu stężenie tlenu w powietrzu może wynosić od 24% do 40%. To rozwiązanie jest wygodne i łatwe do założenia.
2. Maska tlenowa: maska tlenowa jest stosowana, gdy konieczne jest podanie tlenu o wyższych przepływach, wynoszących od 5 do 10 litrów na minutę. W wyniku tego stężenie tlenu we wdychanym powietrzu osiąga przedział od 40% do 60%. Maska zakrywa zarówno nos, jak i usta pacjenta, co pozwala na bardziej efektywne i skoncentrowane podanie tlenu.
3. Maska z rezerwuarem: jest to urządzenie wykorzystywane w przypadkach, gdy konieczne jest dostarczenie tlenu o wysokim stężeniu, w przedziale od 60% do 100%. Maska ta pozwala na przepływ tlenu w zakresie od 10 do 15 litrów na minutę. Jej konstrukcja obejmuje specjalny worek, który gromadzi tlen i zapewnia jego efektywniejsze podawanie podczas wdechu pacjenta. Dzięki temu rozwiązaniu pacjent otrzymuje większe stężenie tlenu, co jest szczególnie przydatne w sytuacjach wymagających intensywnej terapii tlenowej (Górecka 2011: 749–752.).



Ryc. 69 Zestaw do tlenoterapii
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 70 Cewnik do tlenoterapii
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 71 Maska do tlenoterapii
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 72 Maska do tlenoterapii z rezerwuarem
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 73 Podłączenie reduktora tlenowego do panelu medycznego
Źródło: opracowanie własne

Po wprowadzeniu reduktora do panelu z O₂ należy sprawdzić drożność przepływu przykładając dobrany sprzęt do ręki.

Monitorowanie tlenoterapii jest kluczowym elementem terapii oddechowej, mającym na celu zapewnienie skuteczności leczenia oraz bezpieczeństwa pacjenta. Dwa główne aspekty monitorowania to kontrola saturacji tlenem (SpO₂) oraz analiza gazometrii krwi, które dostarczają niezbędnych informacji o stanie pacjenta.

Saturacja tlenem (SpO₂) to wskaźnik poziomu tlenu we krwi, który można łatwo zmierzyć za pomocą pulsoksymetru. Regularna kontrola saturacji pozwala ocenić, czy pacjent otrzymuje wystarczającą ilość tlenu, aby utrzymać prawidłowe funkcjonowanie organizmu. Celem tlenoterapii jest utrzymanie saturacji tlenem w granicach normy, od 95% do 98% (podczas tlenoterapii saturacja może sięgać do 100%), w zależności od stanu zdrowia pacjenta. Spadek poziomu SpO₂ poniżej normy może wskazywać na niewystarczającą efektywność terapii tlenowej.



Ryc. 74 Założenie pulsoksymetru na palec pacjenta
Źródło: opracowanie własne

Gazometria krwi jest bardziej zaawansowanym badaniem, które dostarcza szczegółowych informacji na temat stężenia tlenu, dwutlenku węgla oraz pH we krwi pacjenta. Dzięki gazometrii możliwe jest ocenienie równowagi kwasowo-zasadowej organizmu oraz skuteczności wymiany gazów w płucach. Wyniki gazometrii pomagają w precyzyjnym dostosowaniu parametrów tlenoterapii, takich jak przepływ tlenu czy rodzaj używanego urządzenia do podawania tlenu, co zapewnia optymalizację leczenia (Ciechaniewicz 2007: 461-462).

Regularne monitorowanie saturacji i gazometrii pozwala na szybką reakcję w przypadku jakichkolwiek nieprawidłowości, co jest niezbędne do uniknięcia powikłań związanych z nadmiernym lub niedostatecznym podawaniem tlenu.

Tlenoterapia to temat, który początkowo wydawał mi się prosty – przecież tlen jest niezbędny do życia. Jednak nauczyłam się, że administracja tlenu wymaga precyzyjnego monitorowania parametrów, takich jak saturacja i ciśnienie parcjalne tlenu we krwi. Również ważne jest zrozumienie potencjalnych skutków ubocznych, jak np. toksyczność tlenowa. To doświadczenie pokazało mi, że tlenoterapia, mimo że jest naturalnym procesem, w kontekście medycznym wymaga odpowiedzialności, umiejętności i dbałości o szczegóły, aby skutecznie wspierać pacjenta w jego leczeniu

8.2 Nebulizacja – małe kroki w drodze do lepszego oddechu

Nebulizacja polega na wdychaniu przez pacjenta pary roztworu leczniczego. Dzięki inhalacjom leki działają miejscowo, co oznacza, że docierają bezpośrednio do dróg oddechowych. Podczas nebulizacji, pacjent korzysta z inhalatora, który zamienia roztwór leku w drobną mgłę, umożliwiając jego wdychanie. Nebulizacje często są stosowane w połączeniu z innymi formami leczenia, aby zapewnić kompleksową opiekę nad pacjentem (Czarnecka i inni. 2018: 222-224).

Zestaw do nebulizacji: rękawiczki, taca, miska nerkowata, strzykawka, inhalator, maseczka, przewód do inhalatora, zbiorniczek na lek, roztwór do inhalacji, lek.

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Przygotuj potrzebny sprzęt.
- 2 ml soli fizjologicznej to optymalna ilość płynu do przygotowania roztworu (jeśli nie ma ilości zleconej przez lekarza), a 20 kropli leku odpowiada 1 ml (Haznar, Karolewicz, Pluta 2009: 291-304).
- Przygotuj lek w zbiorniczku zgodnie z zleceniem lekarskim, płyn zawsze wlewaj po ściance zbiorniczka.
- Przedstaw się, przeprowadź identyfikację pacjenta.
- Udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Ułóż pacjenta w pozycji wysokiej Fowlera, aby ułatwić oddychanie i poprawić efektywność nebulizacji.
- Załóż maskę nobilitacyjną lub ustnik i podłącz inhalator – pacjent powinien oddychać głęboko i spokojnie przez usta.
- Czas nebulizacji: zwykle trwa 5-10 minut lub do momentu zużycia płynu.
- Zawsze sprawdzaj reakcję pacjenta na podany lek – niektóre leki mogą powodować skurcz oskrzeli lub inne działania niepożądane.
- Po zakończonej nebulizacji oklepuj plecy pacjenta, jeśli zalega wydzielina. Nie wolno wykonywać oklepywania w przypadku zatorowości płucnej oraz świeżo po zawale serca. Zwróć uwagę, aby oklepywać odpowiedni odcinek pleców – omijaj okolice nerek. Oklepywanie wykonuj od podstawy do szczytu klatki piersiowej, trzymając dłoń ułożoną w „łódeczkę”.
- Jeśli pacjent jest w stanie odkrztusić, podaj miskę nerkowatą i poproś, aby odkrztusił wydzielinę.
- Uporządkuj stanowisko.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (Ciechaniewicz 2007: 428-429).
- Udokumentuj wykonanie zabiegu.

Kolejność podawania leków do inhalacji:

1. Leki rozszerzające oskrzela – podawane jako pierwsze, ponieważ rozkurczają mięśnie oskrzeli.
2. Leki mukolityczne – stosowane po rozszerzeniu oskrzeli, aby rozrzedzić śluz i ułatwić jego odkrztuszenie. Po zastosowaniu leku wykrztuśnego możemy wykonać gimnastykę oddechową.
3. Leki przeciwzapalne – aplikowane na końcu, gdyż wcześniejsze leki poprawiają dostęp do dróg oddechowych, zwiększając skuteczność leczenia (Czarnecka i in., 2018, s. 222–224).



Ryc. 75 Zestaw do nebulizacji
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 76 Przygotowanie roztworu do nebulizacji
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 77 Pozycja pacjenta przy nebulizacji
Źródło: opracowanie własne

Podczas moich praktyk miałam okazję wielokrotnie zobaczyć, jak wykonuje się nebulizację i jak ona znacząco wpływa na leczenie pacjenta. Zrozumiałam, jak ważne jest, aby pacjent znajdował się w odpowiedniej pozycji – w pozycji siedzącej, wysokiej, czyli w pozycji Fowlera, co zapewnia lepszą wentylację płuc i umożliwia skuteczniejsze rozprowadzenie leku. Zauważyłam również, jak ważną rolę w tym procesie odgrywa pielęgniarka, szczególnie w kwestii prawidłowego poinstruowania pacjenta, co zapewnia efektywność całego zabiegu.

9. Zabiegi płukania: oczyszczenie ciała

9.1 Płukanie ucha – jak łączyć delikatność z efektywnością

Płukanie ucha to procedura, która, choć może wydawać się prosta, wymaga szczególnej uwagi i delikatności. Oto kilka kluczowych aspektów, które warto rozważyć podczas tego zabiegu:

- Zakazane jest płukanie ucha gdy występuje zapalenie ucha środkowego lub obrzęk błony bębenkowej.
- Nie możesz doprowadzić do przerwania ciągłości błony bębenkowej.
- Używaj ciepłą, przegotowaną wodę w strzykawce 100 ml.
- Woda powinna mieć około 24°C, nie gorąca - temperatura wyższa niż pokojowa, ale mniejsza niż temperatura ciała.
- Pacjentowi daj ligninę do wytarcia oraz miskę nerkową na ramię.
- Delikatnie odciągnij małżowinę uszną do góry i do tyłu (u dorosłych) lub do tyłu i w dół (u dzieci), aby wyprostować przewód słuchowy.

- Wstrzykuj wodę powoli i pod niskim ciśnieniem, kierując strumień na górną ścianę przewodu słuchowego, nie bezpośrednio na błonę bębenkową!
- Wstrzykuj wodę tak, aby zawartość wypływała na miskę nerkową.
- Możesz pobrać kolejną ilość wody i płukać do skutku (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 933-936).



Ryc. 78 Zestaw do płukania ucha
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 79 Płukanie ucha
Źródło: opracowanie własne

Pacjent po płukaniu ucha powinien unikać zimna i przeciągów, powinien przebywać w ciepłym pomieszczeniu.

9.2 Płukanie oka – sztuka precyzji

Płukanie oka to procedura, która wymaga precyzji i ostrożności, aby skutecznie usunąć zanieczyszczenia i jednocześnie zapewnić bezpieczeństwo pacjenta.

Płukanie oka jest niezbędne w przypadku, gdy do oka dostaną się ciała obce, substancje chemiczne lub zanieczyszczenia, które mogą prowadzić do podrażnienia, bólu lub uszkodzenia narządu wzroku. Szybka interwencja może zapobiec poważnym komplikacjom i ochronić wzrok pacjenta.

- Możesz użyć gotowy zestaw do płukania oka.
- Możesz wykorzystać kieliszek do leków lub strzykawkę.
- Podaj pacjentowi ligninę i miskę nerkową do ręki.
- Poproś o otwarcie oka przy przyłożeniu kieliszka i odchylenie głowy do tyłu.
- Przyłóż kieliszek z płynem delikatnie do oka i poproś o pochylenie głowy do dołu.
- Poproś pacjenta o mruganie w trakcie płukania (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 928-932).



Ryc. 80 Gotowy zestaw do płukania oka
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 81 Zestaw do płukania oka
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 82 Płukanie oka
Źródło: opracowanie własne

Po płukaniu oka pacjent może przez kilka sekund może niewyraźnie widzieć. Jest to naturalna reakcja, ponieważ podczas płukania może dojść do tymczasowego podrażnienia, a także do chwilowego zalania oka płynem, co może wpływać na ostrość widzenia. W takich przypadkach pacjent może również odczuwać łzawienie lub lekkie pieczenie, które zwykle ustępują po krótkim czasie. Ważne jest, aby pacjent wiedział, że takie objawy są przejściowe i nie powinny budzić niepokoju.

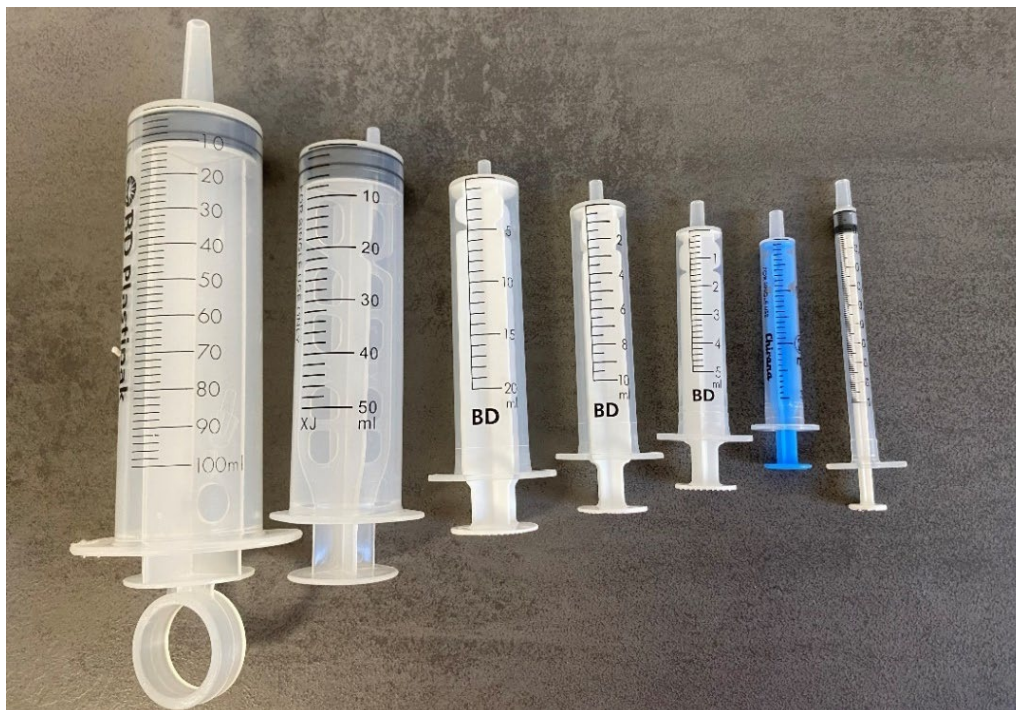
10. Iniekcje: krok po kroku

10.1 Materiały jednorazowe – niezbędne w codziennej pracy

Strzykawki dostępne są w szerokiej gamie pojemności, co pozwala na dostosowanie dawki leku do indywidualnych potrzeb pacjenta. W zależności od wymagań, pojemność strzykawki może wynosić od kilku mililitrów (ml) do większych objętości, co pozwala na precyzyjne dawkowanie zarówno małych, jak i dużych ilości leków.

Przykładowo, do podania leku śródskórnie najczęściej używa się strzykawkę o pojemności 1 ml lub 2 ml, podczas gdy do podania leków dożylnie stosowane są zazwyczaj strzykawki o pojemności 10 ml i 20 ml (Ciechaniewicz 2007: 487).

Wybór odpowiedniej igły to kluczowy element skutecznego i bezpiecznego podania leku. Igły różnią się średnicą - wyrażana w jednostkach gauge (G), oraz długością, które należy dobrać w zależności od rodzaju iniekcji, głębokości wprowadzenia oraz specyficznych potrzeb pacjenta. Długość igły jest istotna, zwłaszcza w kontekście rodzaju iniekcji. Dla iniekcji podskórnych często wystarczają igły o długości 4-6 mm, natomiast dla iniekcji domięśniowych zaleca się dłuższe igły, zwykle 25-40 mm, aby zapewnić dotarcie leku do odpowiedniej warstwy. Wybór odpowiedniej długości zależy również od wieku pacjenta, jego wagi oraz ilości tkanki tłuszczowej w miejscu iniekcji. U dzieci i osób o niższej masie ciała wybiera się zazwyczaj krótsze igły, podczas gdy u osób o większej tkance tłuszczowej mogą być wymagane igły dłuższe. Właściwy dobór zarówno strzykawki, jak i igły ma kluczowe znaczenie dla komfortu pacjenta, efektywności leczenia oraz minimalizacji ryzyka powikłań związanych z niewłaściwym wstrzyknięciem (Ciechaniewicz 2007: 487).



Ryc. 83 Rodzaje strzykawk
Źródło: opracowanie własne

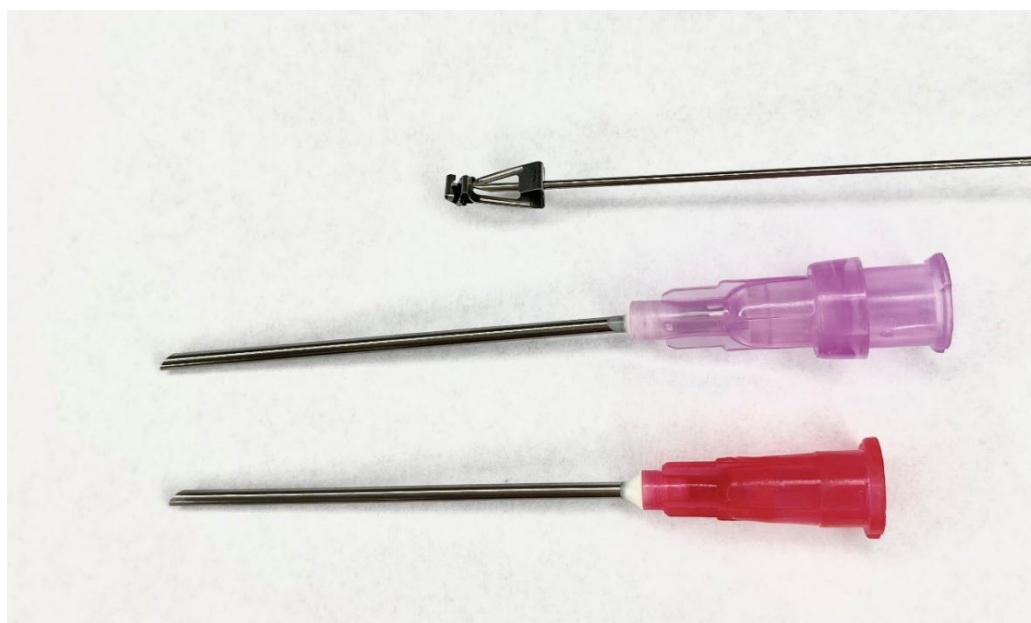


Ryc. 84 Rodzaje igieł
Źródło: opracowanie własne

Tab. 6 Najczęściej wykorzystywane igły (Ciechaniewicz 2007: 487)

Barwa	Przekrój zewnętrzny	G	Zastosowanie
różowa	1,2 mm	18	pobieranie leku z ampułki
żółta	0,9 mm	20	pobieranie leku, pobieranie krwi, iniekcja dożylna
zielona	0,8 mm	21	pobieranie leku, iniekcja domięśniowa, pobieranie krwi, iniekcja dożylna
szara	0,7 mm	22	pobieranie leku, iniekcja podskórna
niebieska	0,6 mm	24	iniekcja podskórna, nakłucie tętnicy promieniowej
pomarańczowa	0,5 mm	25	iniekcja podskórna, iniekcja śródskórna
brązowa	0,45 mm	26	iniekcja podskórna, iniekcja śródskórna

W ostatnich latach na rynku pojawiły się innowacyjne rozwiązania, które znacząco poprawiają bezpieczeństwo i efektywność iniekcji. Jednym z takich rozwiązań są igły z filtrem, które zostały zaprojektowane z myślą o eliminowaniu ryzyka zanieczyszczeń, takich jak cząstki stałe np. kawałek gumowego koreczka. Filtr umieszczony w igle pełni zatrzymuje cząstki stałe, które mogłyby przedostać się do strzykawki i następnie do organizmu pacjenta podczas iniekcji. Igła z filtrem nie tylko zapobiega wprowadzeniu tych zanieczyszczeń do organizmu, ale także chroni przed potencjalnymi powikłaniami wywołanymi przez obce cząstki. Igły tępe, zwane również igłami do ampułek wykorzystywane są do pobierania leków z szklanych ampułek. Igły tępe charakteryzują się szerszą średnicą oraz tępo zakończoną końcówką, co zapobiega łamaniu się szkła lub powstawaniu mikrourazów podczas przekłuwania ampułki. Kolejnym ważnym innowacyjnym rozwiązaniem w zakresie bezpieczeństwa iniekcji są igły bezpieczne. Igły te zostały zaprojektowane w sposób, który minimalizuje ryzyko przypadkowego ukłucia, które może prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych. Igły bezpieczne wyposażone są w osłonki, które automatycznie zakrywają igłę po użyciu. Dzięki takim rozwiązaniom personel medyczny i pacjenci mogą czuć się bezpieczniej, a procedury związane z pobraniem i podawaniem leków stają się bardziej skuteczne i mniej ryzykowne. Wprowadzenie tych innowacji do praktyki medycznej pozwala na zmniejszenie liczby infekcji, urazów oraz poprawia ogólne bezpieczeństwo.



Ryc. 85 Innowacyjne igły
Źródło: opracowanie własne

10.2 Iniekcja śródskórna – pierwsze ukłucie: wspomnienia z sali ćwiczeń

Do podania leku śródskórnie musisz wybrać okolicę wewnętrznej powierzchni przedramienia, w linii kciuka. Jeśli prawidłowo wykonałeś iniekcję zauważysz bąbła o białawym zabarwieniu, średnicy kilku milimetrów, który jest wyraźnie odgraniczony od otoczenia. Iniekcję śródskórną wykorzystuje się np. przy próbach uczuleniowych.

Zestaw do wykonania iniekcji śródskórnej: rękawiczki, taca, miska nerkowata, pojemnik twarościenny, preparat odkażający, dwie igły, gaziki, strzykawka.

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Przygotuj potrzebny sprzęt, igła 0,8 mm służy do pobrania np. soli fizjologicznej a igła 0,45-0,5 mm do iniekcji.
- Podpisz strzykawkę: imię i nazwisko pacjenta, nazwę preparatu, data i godzina.
- Przy iniekcji śródskórnej podajemy około 0,1-0,3 ml.
- Przedstaw się, przeprowadź identyfikację pacjenta.
- Udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Załóż rękawice jednorazowe niejałowe.
- Zdezynfekuj miejsce wkłucia nasączonym gazikiem przesuwając go ku górze - zgodnie z kierunkiem przepływu żylnego.
- Naciągnij lekko skórę palcami.
- Wkłuj igłę 0,45-0,5 mm na głębokość 2-3 mm pod kątem 5-10 stopni równolegle do powierzchni skóry (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 521-525).
- Powoli podaj preparat – powinien utworzyć się wyraźny pęcherzyk (tzw. „bąbel”).
- Nie masuj miejsca wkłucia.
- Szybkim ruchem wyciągnij igłę, przyłóż gazik (ale nie uciskaj).
- Uporządkuj stanowisko.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Udokumentuj wykonanie zabiegu.



Ryc. 86 Zestaw do iniekcji śródskórnej
Źródło: opracowanie własne – inna strzykawka



Ryc. 87 Kąt iniekcji śródskórnej
Źródło: opracowanie własne

Miejsce wkłucia powinno być pozbawione siniaków, blizn, wysypek, zrostów, zaczerwień, czy innych dermatoz skórnych.

Wynik iniekcji, powinien być oceniany pod kątem kilku kluczowych aspektów, które pozwalają na ocenę poprawności wykonania oraz reakcji pacjenta na podany preparat.

1. Wielkość powstałego pęcherzyka – po wykonaniu iniekcji, na skórze powinien pojawić się mały pęcherzyk, który jest wynikiem wprowadzenia niewielkiej ilości płynu. Jeśli pęcherzyk jest dobrze widoczny, oznacza to, że iniekcja została wykonana prawidłowo. Brak pęcherzyka może sugerować, że igła została wprowadzona zbyt głęboko, poza warstwę skóry właściwej, lub że nie podano odpowiedniej ilości preparatu.
2. Reakcja skórna – po wykonaniu iniekcji śródskórnej, reakcja skórna w postaci zaczerwienienia, obrzęku, świądu lub małego bąbla może wystąpić, ale nie powinna być nadmierna. W przypadku silnej reakcji alergicznej lub nietolerancji na preparat, mogą wystąpić bardziej intensywne objawy.
3. Brak krwi – po wykonaniu iniekcji śródskórnej nie powinno pojawić się krwawienie, ponieważ igła została wprowadzona płytko.

10.3 Iniekcja podskórna – subtelność w działaniu

Do podania leków drogą wstrzyknięć podskórnych wybierz obszary ciała z obfitą warstwą luźnej tkanki podskórnej, pozbawione większych naczyń krwionośnych i nerwów. Najczęściej wykorzystuje się następujące okolice:

- ściana jamy brzusznej,
- środkowa część zewnętrznej powierzchni uda,
- środkowa część zewnętrznej powierzchni ramienia.

W ten sposób podawane są szczepionki, insulina, heparyna (Wordliczek, Życzkowska 2009: 153-160).

Zestaw do wykonania iniekcji śródskórnej: rękawiczki, taca, miska nerkowata, pojemnik twardościenny, preparat odkażający, dwie igły, gaziki, strzykawka.

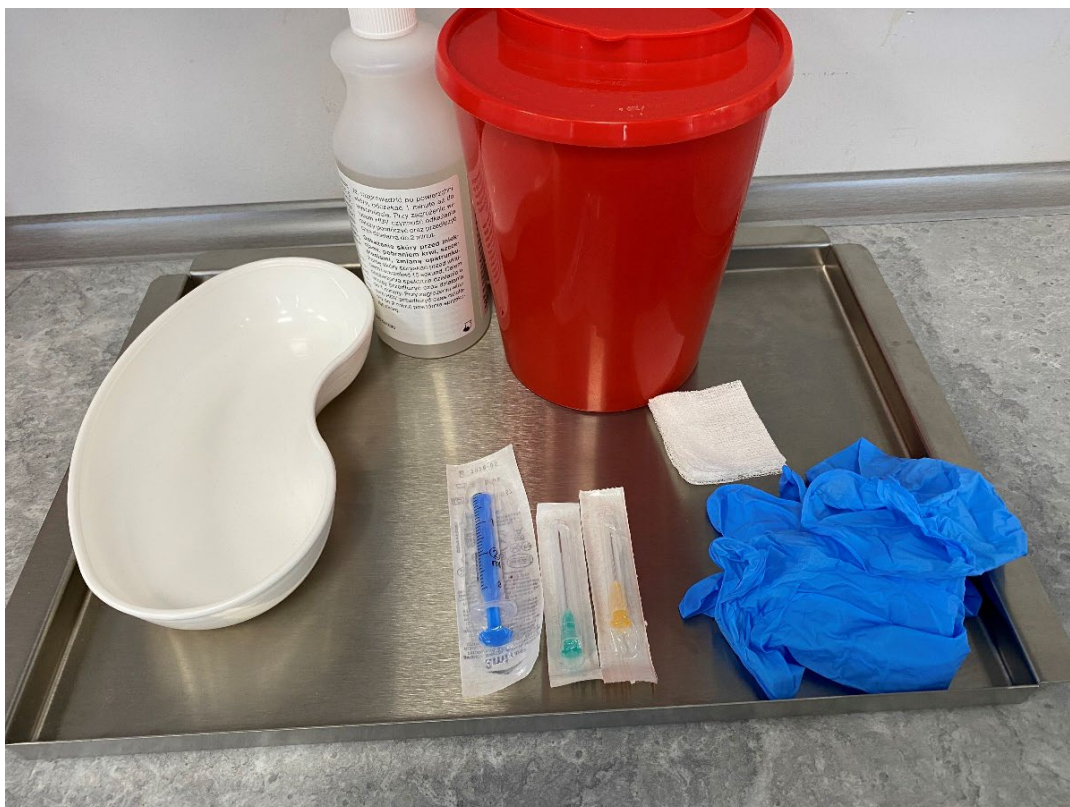
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Przygotuj potrzebny sprzęt, igła 0,8-0,7 mm służy do pobrania np. soli fizjologicznej a 0,45-0,5 mm do iniekcji.
- Podpisz strzykawkę: imię i nazwisko pacjenta, nazwę leku, data i godzina.
- Przy iniekcji podskórnej podajemy maksymalnie 2 ml leku.
- Przedstaw się, przeprowadź identyfikację pacjenta.
- Udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Załóż rękawice jednorazowe niejałowe.
- Zdezynfekuj miejsce wkłucia nasączonym gazikiem przesuwając go ku górze - zgodnie z kierunkiem przepływu żylnego, chyba że podajesz insulinę, wtedy przetrzyj miejsce suchym gazikiem.

Ręka:

- Chwyć fałd skórny (około 2-3 cm) między kciukiem a palcem wskazującym.
- Wkłuj igłę pod kątem 45 stopni, wprowadzając $\frac{3}{4}$ igły (Jaciubek 2021: 263-265).
- Zaaspiruj, aby skontrolować miejsce podania leku, jeśli występuje krew delikatnie wysuń (nie wykluwaj), zmień kąt wkłucia i ponów próbę aspiracji.
- Podaj powoli lek, a następnie szybkim ruchem wyciągnij igłę i przyłóż gazik.
- Uporządkuj stanowisko.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (Ciechaniewicz 2007: 488-489).
- Udokumentuj wykonanie zabiegu

Brzuch:

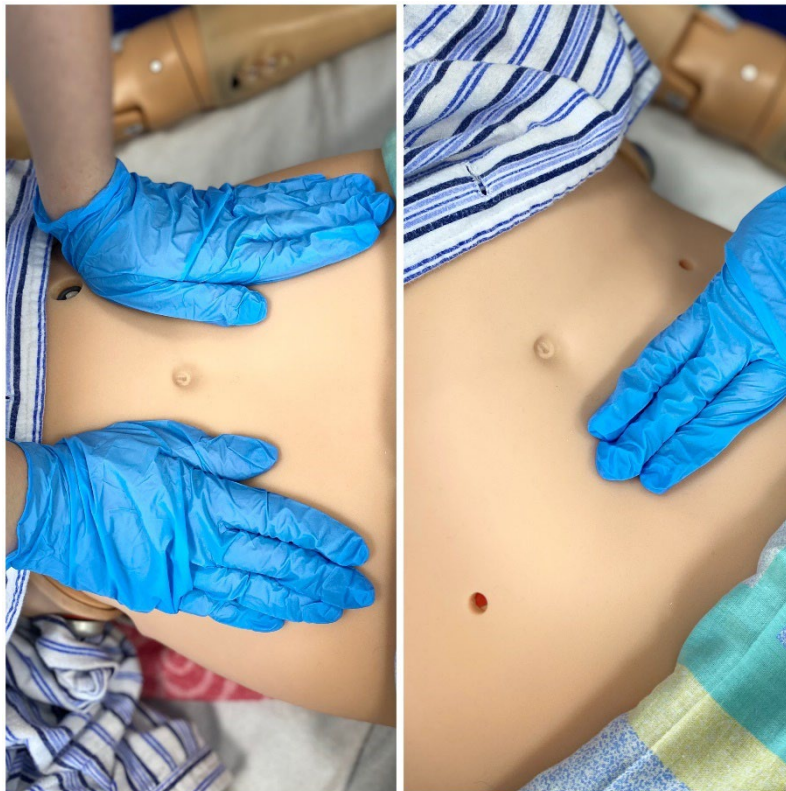
- Chwyć fałd skórny, około 2 cm od pępka, po bokach i poniżej.
- Wkłuj igłę pod kątem 90 stopni, wprowadzając $\frac{3}{4}$ igły (Jaciubek 2021: 263-265).
- Podaj powoli lek, a następnie szybkim ruchem wyciągnij igłę i przyłóż gazik.
- Uporządkuj stanowisko.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (Ciechaniewicz 2007: 488-489).
- Udokumentuj wykonanie zabiegu.



Ryc. 88 Zestaw do iniekcji podskórnej
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 89 Kąt iniekcji podskórnej w ramię
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 90 Wyznaczanie miejsca iniekcji podskórnej w powłoki brzuszne
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 91 Kąt iniekcji podskórnej w powłoki brzuszne
Źródło: opracowanie własne

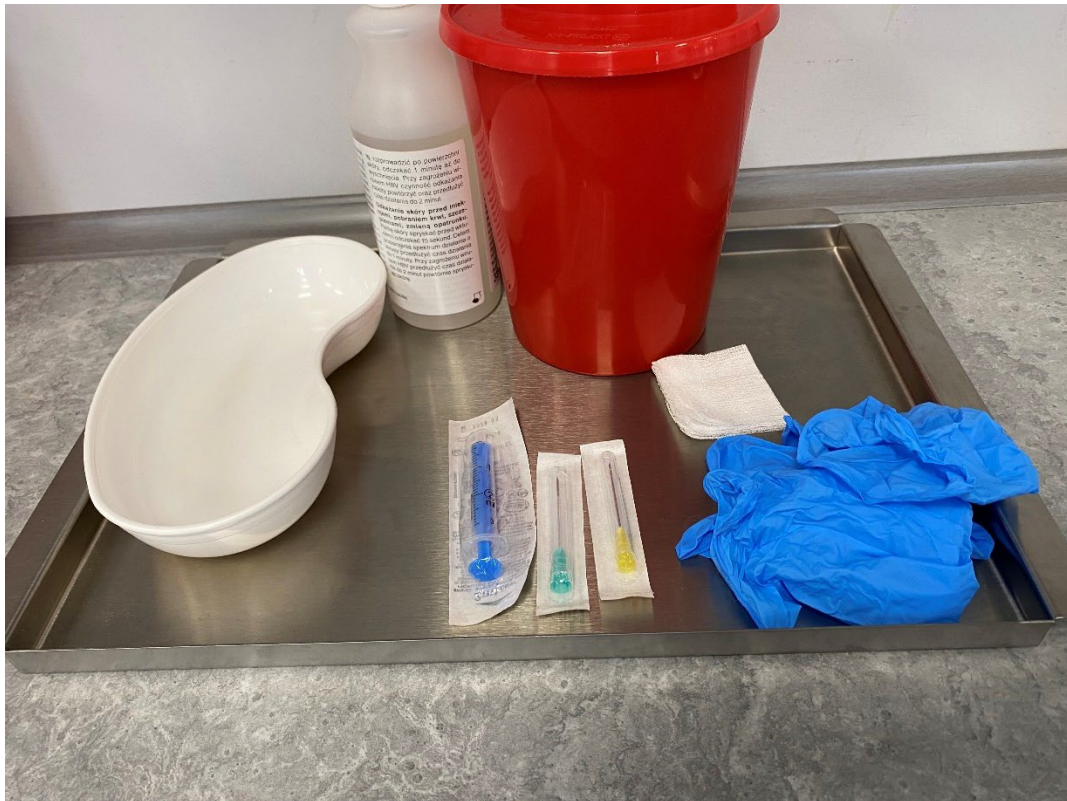
Miejsce wkłucia powinno być pozbawione siniaków, blizn, wysypek, zrostów, zaczerwień, czy innych dermatoz skórnych. Zaciąganie skóry w fałd podczas iniekcji podskórnej to kluczowy element, który zauważyłam jako studentka pielęgniarstwa. Ta technika nie tylko ułatwia wprowadzenie igły, ale także znacząco minimalizuje dyskomfort pacjenta. Przy odpowiednim zaciągnięciu skóry zmniejszamy ryzyko uszkodzenia tkanek i ból związany z wkłuciem. W moim doświadczeniu doceniam, jak małe szczegóły, takie jak ta technika, mogą znacząco wpłynąć na samopoczucie pacjenta.

10.4 Iniekcja domięśniowa – pewna ręka i zaufanie pacjenta

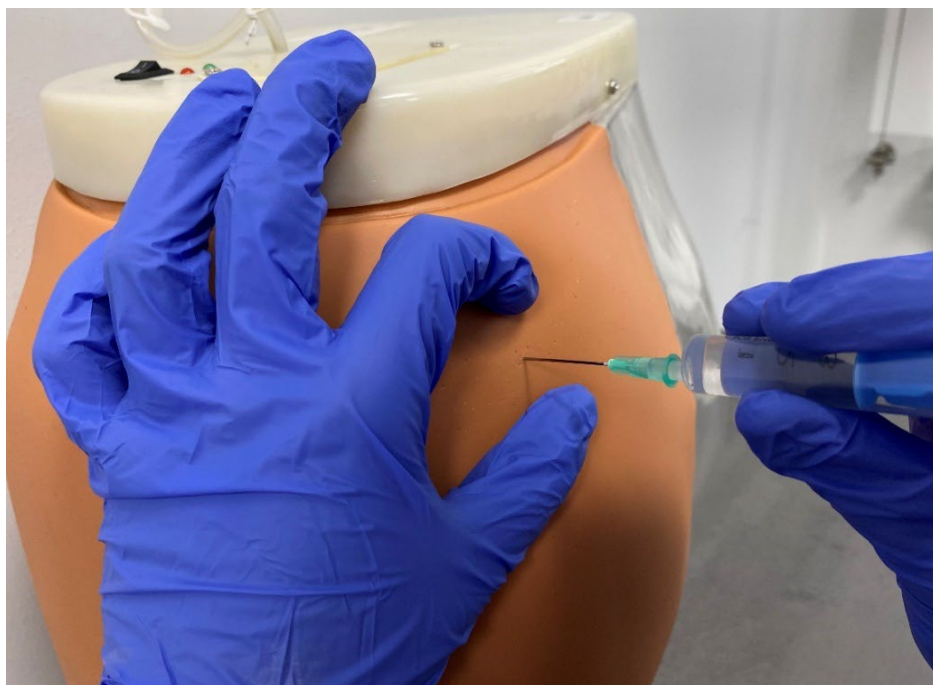
Do podania leku drogą domięśniową wykorzystuj mięśnie o dużej masie. Mięśnie, w które wykonuje się iniekcje domięśniowe, to mięsień czworogłowy uda, mięsień naramienny, mięsień pośladkowy średni oraz mięsień pośladkowy duży. Najczęściej podaje się w ten sposób leki przeciwbólowe i przeciwzapalne (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 529-534).

Zestaw do wykonania iniekcji domięśniowej: rękawiczki, taca, miska nerkowata, pojemnik twardościenny, preparat odkażający, dwie igły, gaziki, strzykawka.

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Przygotuj potrzebny sprzęt, igła 0,9 mm służy do pobrania leku a igła 0,8 mm do iniekcji.
- Przy iniekcji domięśniowej podajemy około 3-4 ml leku.
- Podpisz strzykawkę: imię i nazwisko pacjenta, nazwę leku, data i godzina.
- Przedstaw się, przeprowadź identyfikację pacjenta.
- Udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Załóż rękawice jednorazowe niejałowe.
- Dobierz i wyznacz miejsce podania leku.
- Zdezynfekuj miejsce wkłucia nasączonym gazikiem przesuwając go ku górze - zgodnie z kierunkiem przepływu żylnego.
- Rozszerz palcami miejsce wkłucia, wprowadź $\frac{3}{4}$ igły 0,8 mm pod kątem 90 stopni (Kłapa 2001: 263-264).
- Zaaspiruj, aby skontrolować miejsce podania leku, jeśli występuje krew delikatnie wysuń - nie wykluwaj, zmień kąt wkłucia i ponów aspirację.
- Podaj powoli lek, a następnie szybkim ruchem wyciągnij igłę i przyłóż gazik.
- Uporządkuj stanowisko.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Udokumentuj wykonanie zabiegu.



Ryc. 92 Zestaw do iniekcji domięśniowej
Źródło: opracowanie własne

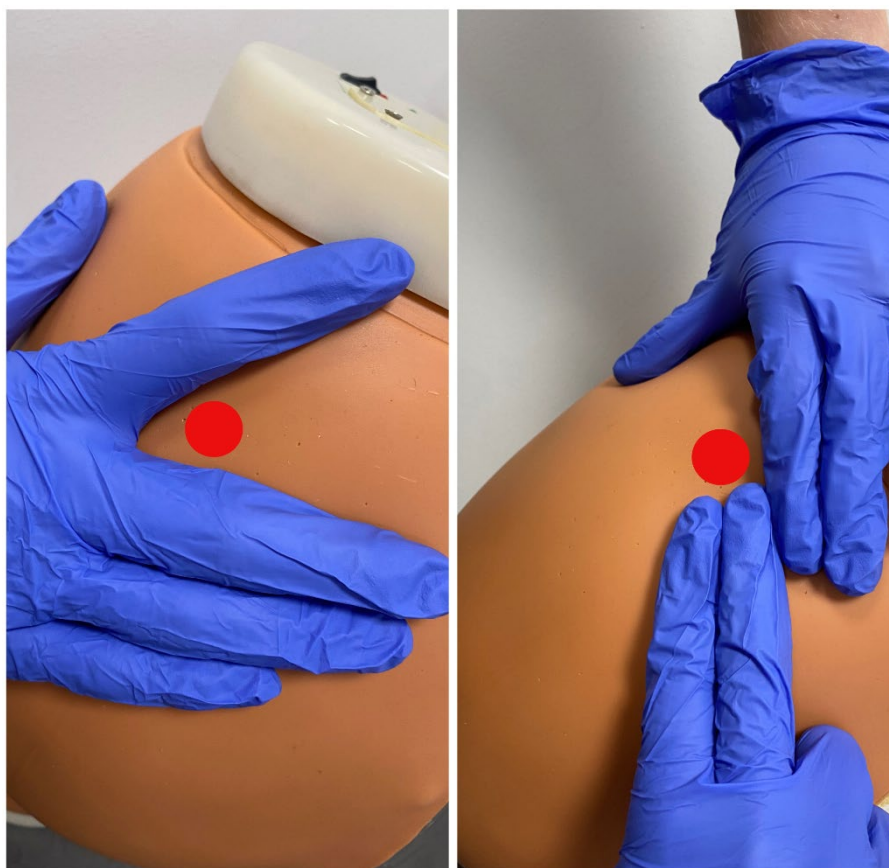


Ryc. 93 Kąt iniekcji domięśniowej
Źródło: opracowanie własne

Wyznaczanie miejsc iniekcji domięśniowej w pośladek:

Pierwszy sposób: jeżeli wykonuje się wkłucie w prawy pośladek, należy położyć opuszkę lewego palca wskazującego na prawy kołec biodrowy przedni górny i odsunąć palec środkowy tej samej ręki wzdłuż grzebienia kości biodrowej ku tyłowi, aż palce będą maksymalnie rozsunięte. Wkłucia dokonuje się w dolnej 1/3 trójkąta utworzonego przez palec wskazujący i środkowy (Ciechaniewicz 2007: 493-495).

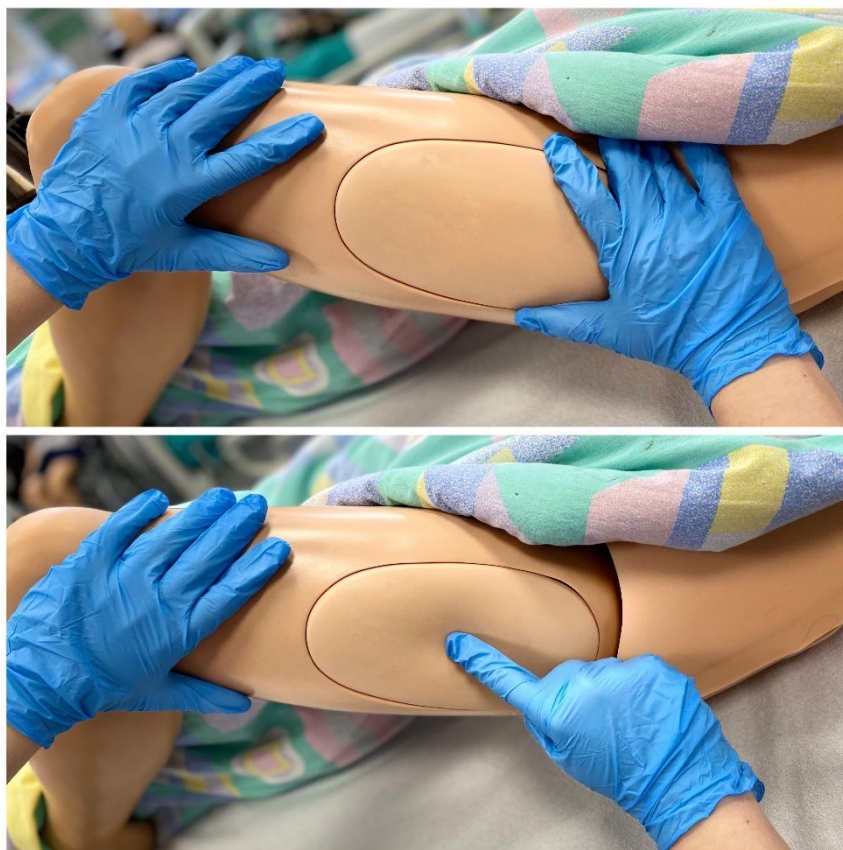
Drugi sposób: pielęgniarka kładzie palec wskazujący prawej ręki na grzebieniu kości biodrowej w taki sposób, żeby kołec biodrowy przedni górny leżał w „C” utworzonym przez palec wskazujący i kciuk. Miejsce wkłucia znajduje się na linii między środkowym stawem palca wskazującego a krętarzem większym poniżej grzebienia kości biodrowej na szerokość: 1 palca (około 2,5 cm) u dzieci o wzroście do 0,75 m, 2 palca (około 5 cm) u dzieci o wzroście do 1,25 m, 3 palca (około 7,5 cm) u dorosłych (Ciechaniewicz 2007: 493-495).



Ryc. 94 Techniki wyznaczanie miejsc iniekcji domięśniowej w pośladek

Źródło: opracowanie własne

Miejsce wkłucia powinno być pozbawione siniaków, blizn, wysypek, zrostów, zaczerwień, czy innych dermatoz skórnych! Nie wolno wykonywać iniekcji w pozycji stojącej. Aby prawidłowo wyznaczyć miejsce iniekcji, należy pamiętać o nerwie kulszowym, który biegnie w okolicy pośladków. Podczas wykonywania iniekcji w mięśniu pośladkowym, najlepiej unikać dolnej części pośladka, aby nie uszkodzić nerwu.



Ryc. 95 Technika wyznaczania miejsca iniekcji domięśniowej w udo
Źródło: opracowanie własne

Z perspektywy studenta, każda z trzech rodzajów iniekcji – śródskórna, podskórna i domięśniowa – jest unikalnym doświadczeniem, które rozwija nasze umiejętności praktyczne i przygotowuje nas do pracy z pacjentami. Co łączy te procedury? Przede wszystkim kluczowe znaczenie precyzji. Każde ukłucie musi być dokładne, aby zapewnić skuteczność terapii i minimalizować dyskomfort dla pacjenta. Wymaga to nie tylko techniki, ale także wyczucia i odpowiedniego podejścia do pacjenta, co jest istotnym aspektem pielęgniarstwa.

10.5 Pobieranie krwi – moje pierwsze pobranie: stres kontra profesjonalizm w działaniu

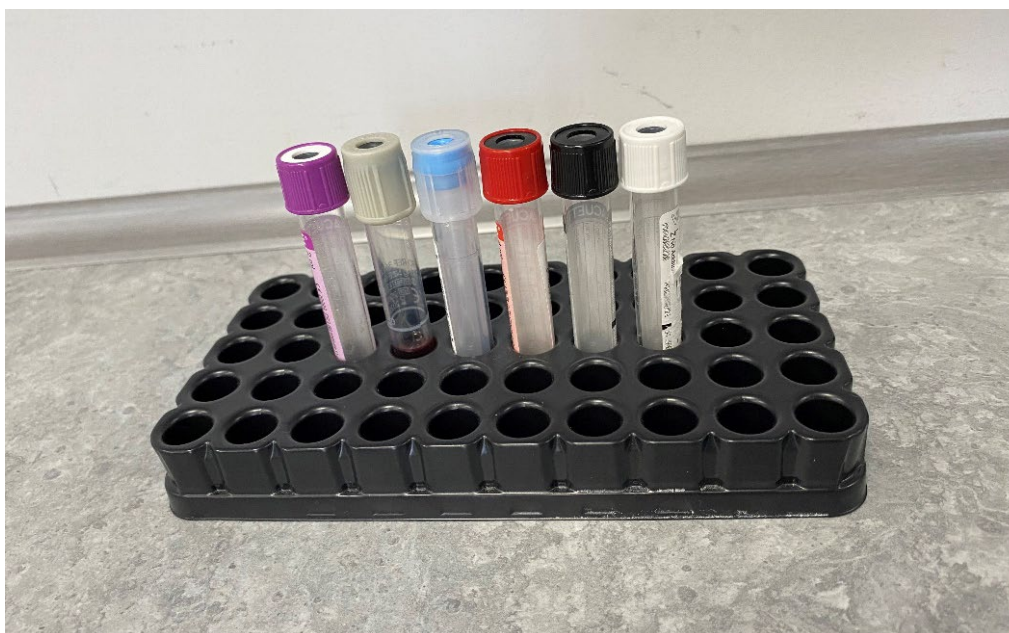
Kolory korków probówek mogą różnić się w zależności od producenta, dlatego należy zawsze zwracać uwagę na etykietę, na której opisane są zastosowane odczynniki. Zazwyczaj krew do badań hematologicznych pobiera się do probówki z fioletowym korkiem, do badań biochemicznych do probówki z czerwonym korkiem, a do badań koagulologicznych do probówki z niebieskim korkiem.

Pamiętam, jak na pierwszym etapie praktyk na studiach miałam niepewność co do koloru probówek, ale szybko zrozumiałam, że w laboratorium nie ma miejsca na błędy!

- Zawsze kieruj się wytycznymi danego laboratorium. Przykładowo - niektóre miejsca wykonują badanie OB. (Odczyn Biernackiego) z krwi pobranej do

próbówki z EDTA (Etylenodiaminotetraoctan) do panelu hematologicznego, a niektóre wymagają specjalnej próbówki do OB.

- Probówki z tym samym podłożem mogą występować w różnej objętości. Jeśli u jednego pacjenta masz do wykonania wiele badań - warto wybrać próbkę o większej objętości.
- Po pobraniu krwi do próbówki koniecznie wykonaj obroty okalające, aby wymieszać krew z odczynnikiem występującym w próbówce (Jaciubek 2021: 288-296).



Ryc. 96 Kolory probówek
Źródło: opracowanie własne

Tab. 6 Najczęściej wykorzystywane próbówki (Jaciubek 2021: 288-296)

Kolor korka system BD	Badania
niebieski	badania koagulacyjne – osocze krwi żyłnej
czerwony	badania biochemiczne, serologiczne – surowica krwi żyłnej
zielony	badania biochemiczne – osocze krwi żyłnej
fioletowy	hematologia (morfologia, OB) – krew żylna pełna
różowy	próba krzyżowa – krew żylna pełna
szary	poziom glukozy i mleczanów – osocze krwi żyłnej

Kolejność napełniania probówek:

1. Krew na posiew.
2. Do badań koagulacji.
3. Surowica z żelalem i bez żelalu.
4. Heparyna z żelalem i bez żelalu.

5. EDTA z żelem i bez żelu.
6. Glukoza.
7. Pozostałe.

10.6 Pobieranie krwi metodą tradycyjną – historia metody „na igłę”

Pamiętam, jak na praktykach miałam okazję zobaczyć, jak wykonywane jest pobranie krwi metodą tradycyjną. Choć często stosuje się metodę próżniową, która jest mniej inwazyjna i szybciej pobiera krew, metoda „na igłę” ma swoje miejsce, zwłaszcza w sytuacjach, gdy dostępność probówek próżniowych jest ograniczona. W moim doświadczeniu, widziałam, jak zarówno metoda tradycyjna, jak i próżniowa mają swoje zalety. Metoda próżniowa pozwala na szybkie i efektywne pobranie próbek, ale metoda tradycyjna z igłą daje większą kontrolę nad procesem, co czasami bywa kluczowe, szczególnie u pacjentów z trudnym dostępem żylnym.

Zestaw do pobrania krwi metodą tradycyjną: rękawiczki, taca, miska nerkowata, gaziki, środek do dezynfekcji, staza, strzykawka (w zależności od ilości krwi jaką mamy pobrać), igła 0,9 mm, pojemnik twardościenny.

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Przygotuj potrzebny sprzęt, połącz igłę ze strzykawką.
- Przedstaw się, przeprowadź identyfikację pacjenta.
- Udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Załóż rękawice jednorazowe niejałowe.
- Pacjent musi mieć rękę opartą albo położoną na swojej nodze, nigdy nie pobieraj gdy ręka pacjenta jest w „powietrzu”.
- Wyczuj palpacyjnie miejsce wkłucia.
- Załóż stazę - na rękę (około 5-7 cm powyżej miejsca wkłucia, można na koszulkę) i zaciśnij, dzięki temu zamykasz odpływ krwi żyłnej, naczynia krwionośne wypełniają się krwią.
- Zdezynfekuj miejsce wkłucia nasączonym gazikiem przesuwając go ku górze - zgodnie z kierunkiem przepływu żylnego.
- Poinformuj pacjenta, że będzie ukłucie.
- Kąt klucia jest różny, zależy od położenia żyły - od 5 do 20 stopni, naciągnij skórę palcem lewej ręki a prawą wkłuj max $\frac{1}{3}$ długości igły.
- Pociągnij tłok.
- Gdy napełnisz odpowiednią ilość strzykawki, odepnij stazę i szybkim ruchem wyciągnij igłę przykładając gazik.
- Igłę wyrzuć do pojemnika twardościennego.
- Poproś pacjenta o uciskanie miejsca wkłucia, lub wykonaj opatrunek jeśli pacjent nie jest w stanie sam uciskać.
- W zabiegowym przeleż krew do probówek, po ścianie.
- Uporządkuj stanowisko.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 590-597).
- Udokumentuj wykonanie zabiegu.



Ryc. 97 Zestaw do pobierania krwi metodą tradycyjną
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 98 Ułożenie dłoni przy pobieraniu krwi metodą tradycyjną
Źródło: opracowanie własne

Pamiętaj, aby nie dotykać miejsca wkłucia oraz igły. Zawsze stosuj odpowiednią technikę aseptyczną i zachowuj czystość rąk, aby zminimalizować ryzyko infekcji.

10.7 Pobieranie krwi metodą próżniową – nowoczesne rozwiązanie

Zestaw do pobrania krwi metodą próżniową: rękawiczki, taca, miska nerkowata, gaziki, środek do dezynfekcji, staza, zestaw do próżniowego pobierania (igła+łącznik), holder, próbówka, pojemnik twardościenny.

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Przygotuj potrzebny sprzęt, połącz łącznik z holderem.
- Przedstaw się, przeprowadź identyfikację pacjenta.
- Udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Załóż rękawice jednorazowe niejałowe.
- Pacjent musi mieć rękę opartą albo położoną na swojej nodze, nigdy nie pobieraj gdy ręka pacjenta jest w „powietrzu”.
- Wycuj palpacyjnie miejsce wkłucia.
- Załóż stazę na rękę (około 5-7 cm powyżej miejsca wkłucia, można na koszulkę) i zaciśnij, dzięki temu zamykasz odpływ krwi żyłnej, naczynia krwionośne wypełniają się krwią.
- Zdezynfekuj miejsce wkłucia nasączonym gazikiem przesuwając go ku górze - zgodnie z kierunkiem przepływu żylnego.
- Poinformuj pacjenta, że będzie ukłucie.
- Kąt klucia jest różny, zależy od położenia żyły - od 5 do 20 stopni, naciągnij skórę palcem lewej ręki a prawą wkłuj max $\frac{1}{3}$ długości igły.
- Podłącz próbówkę do gumowej końcówki w łączniku, trzymając nakładkę, dociśnij kciukiem dno próbówki tak, aby igła przekłuła gumowy korek, jeżeli wkłucie do żyły było prawidłowe, krew zacznie wpływać do próbówki w momencie jej dociśnięcia próżnia zacznie pobierać tyle krwi ile potrzebuje.
- Wyciągnij próbówkę trzymając nakładkę.
- Odepnij stazę i szybkim ruchem wyciągnij igłę przykładając gazik.
- Igłę wyrzuć do pojemnika twardościennego.
- Poproś pacjenta o uciskanie miejsca wkłucia, lub wykonaj opatrunek jeśli pacjent nie jest w stanie sam uciskać.
- Uporządkuj stanowisko.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 590-597).
- Udokumentuj wykonanie zabiegu.



Ryc. 99 Zestaw do pobierania krwi metodą próżniową
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 100 Holder i łącznik do pobierania krwi metodą próżniową
Źródło: opracowanie własne

Pobieranie krwi metodą próżniową, zwane również metodą vacutainerową jest jedną z najczęściej stosowanych metod w szpitalach czy punktach pobrań, ponieważ minimalizuje ryzyko zanieczyszczenia próbek.

10.8 Gazometria – o co chodzi z tym badaniem?

Gazometria to ocena prężności gazów oddechowych (tlenu i dwutlenku węgla) we krwi oraz równowagi kwasowo-zasadowej. Służy również ocenie wydolności oddechowej – wykryciu niewydolności oddechowej i ocenie skuteczności jej leczenia. Do pobierania krwi włosniczkowej wykorzystuje się kapilary, czyli cienkie rurki. Krew najczęściej pobieramy z opuszka palca lub płatka ucha (Smereka 2016: 48-53).

Zestaw do gazometrii: rękawiczki, taca, miska nerkowata, gaziki, środek do dezynfekcji, pojemnik twardościenny, igła 1,2 mm lub nakłuwacz automatyczny, kapilar, opilek metalu, magnes, gumowy koreczek.

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Przygotuj potrzebny sprzęt.
- Przedstaw się, przeprowadź identyfikację pacjenta.
- Udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Załóż rękawice jednorazowe niejałowe.
- Zabezpiecz gumowym koreczkiem jeden koniec kapilara.
- Zdezynfekuj opuszek raz do góry i szybkim ruchem (ściskając go) nakłuj igłą 1,2 mm lub nakłuwaczem (nie za głęboko).
- Kapilar musisz wypełnić całą krwią bez pęcherzyków powietrza (delikatnie trzymamy pod ukosem).
- Jeśli kapilar zostanie cały wypełniony włóż do środka opilek metalu.
- Przyłóż magnes i przesuwaj po kapilarze opilek aby nie spowodować skrzepu.
- Przyłóż czysty gazik do miejsca ukłucia.
- Uporządkuj stanowisko.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 606).
- Udokumentuj wykonanie zabiegu.



Ryc. 101 Zestaw do wykonania gazometrii

Źródło: opracowanie własne

Podczas moich praktyk miałam okazję uczestniczyć w procedurze pobierania krwi do gazometrii, co było dla mnie zupełnie nowym doświadczeniem. Nigdy wcześniej nie brałam udziału w tym procesie, więc byłam bardzo ciekawa, jak przebiega cała procedura. Obserwując pielęgniarkę, która wykonywała to zadanie z dużą precyzją, nauczyłam się, jak istotne jest odpowiednie pobranie próbki, aby wyniki gazometrii były wiarygodne i dokładne. Szczególnie ważne okazało się unikanie powstawania pęcherzyków powietrza w kapilarach podczas pobierania krwi, ponieważ mogłyby one zafałszować wyniki analizy.

10.9 Zakładanie wenflonu – jak to zrobić sprawnie i bezpiecznie?

Wenflon, znany również jako kaniula dożylna, jest plastikową rurką, którą zakłada się w celu uzyskania stałego i ułatwionego dostępu dożylnego. Jego głównym celem jest umożliwienie podawania leków, płynów oraz innych substancji bezpośrednio do krwiobiegu. Dzięki kaniuli można uniknąć wielokrotnego nakłuwania żył, co jest nie tylko wygodne, ale także znacznie zmniejsza dyskomfort pacjenta. Procedura zakładania wenflonu wymaga odpowiedniej aseptyki. Po założeniu, wenflon jest zabezpieczany plastrem, aby zapobiec przypadkowemu usunięciu lub zakażeniu. Regularne monitorowanie stanu wenflonu jest kluczowe, aby zapewnić jego prawidłowe funkcjonowanie i uniknąć ewentualnych powikłań, takich jak zakażenia czy zakrzepy.

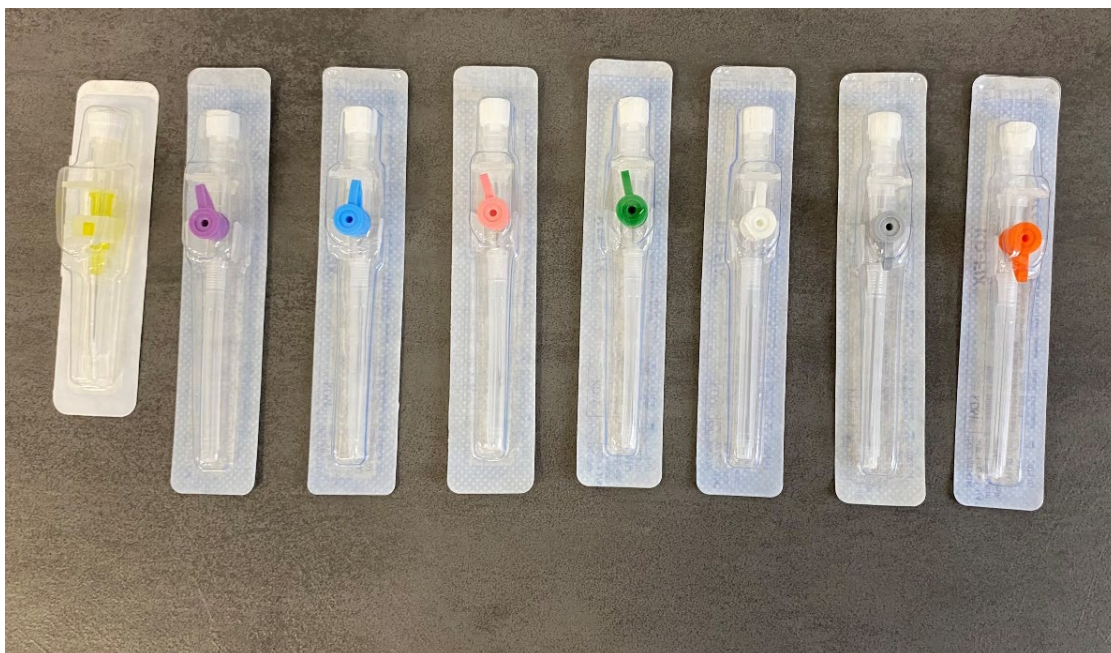
Rodzaje wenflonów:

- niebieskie - optymalne dla dziecka i dorosłego,

- różowe, niebieskie i zielone - dla dorosłego,
- zielony - używa się ich do dożylnego żywienia czy rutynowych transfuzjach krwi bądź płynów – szczególnie tych dużych objętościowo, znajdują one zastosowanie podczas resuscytacji płynowej, u pacjentów po wypadkach oraz poddawanych operacji,
- biały i pomarańczowy- wykorzystywany głównie w ratownictwie medycznym, dla pacjentów znajdujących się w najcięższym stanie, gdy sytuacja wymaga jak najszybszego dostarczenia im leków bądź wykonania transfuzji krwi,
- niebieski – skóra starcza, cienkie i zniszczone naczynia krwionośne, pacjenci onkologiczni,
- fioletowy i żółty - typowo pediatryczne, niemowlęce, neonatologia,
- szary - na sali operacyjnej czy podczas awaryjnych sytuacji (Jaciubek 2021: 305-315).

Tab. 9 Najczęściej wykorzystywane wenflony (Ciechaniewicz 2007: 496)

Barwa	Przekrój zewnętrzny	G	Zastosowanie
pomarańczowa	2,0 mm	14	bardzo szybkie podanie leku, bądź transfuzja krwi
szara	1,75 mm	16	sytuacje nagłe, agresywna resuscytacja płynowa
zielona	1,30 mm	18	żywienie dożylnie, resuscytacja płynowa,
różowa	1,0 mm	20	infuzja dożylna, płynoterapia, wykorzystywane u pacjentów dorosłych
niebieska	0,90 mm	22	infuzja dożylna, płynoterapia, wykorzystywane u pacjentów onkologicznych i osób starszych
żółta	0,70 mm	24	wykorzystywane w pediatrii i neonatologii
fioletowa	0,62 mm	26	wykorzystywane w pediatrii i neonatologii

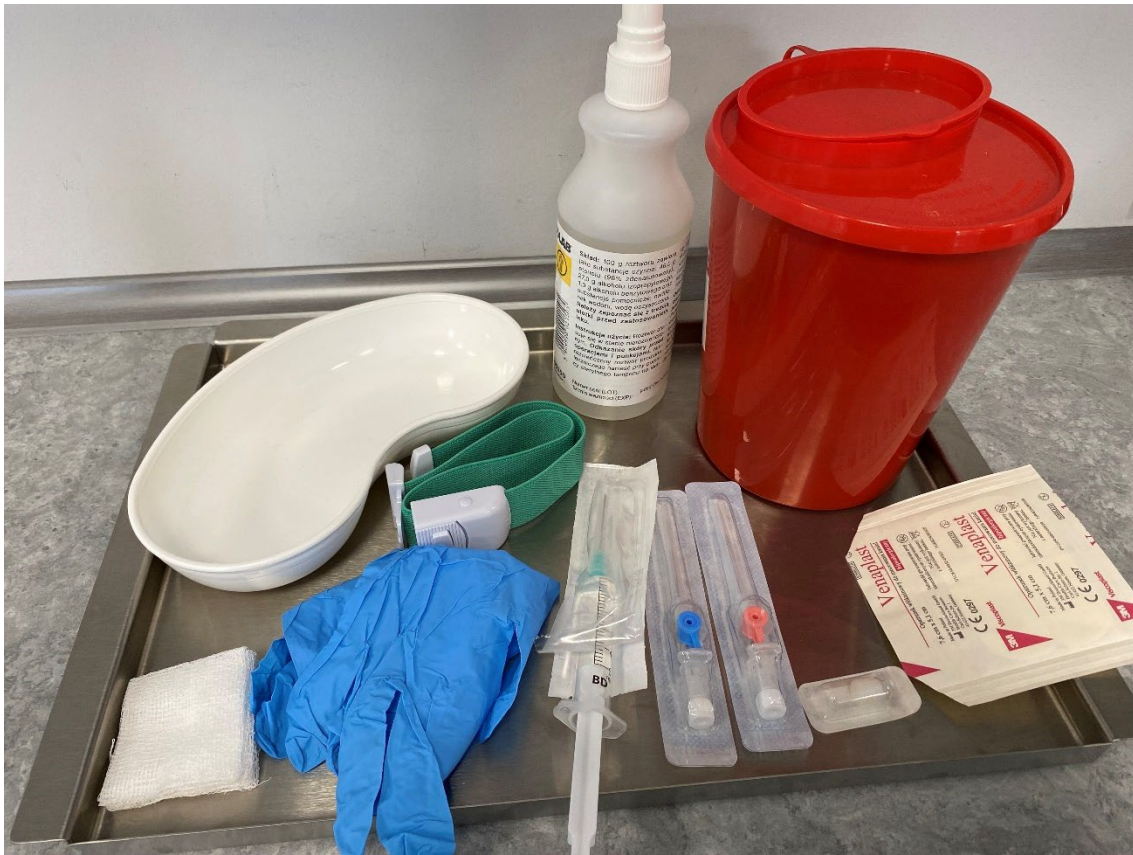


Ryc. 102 Rodzaje wenflonów
Źródło: opracowanie własne

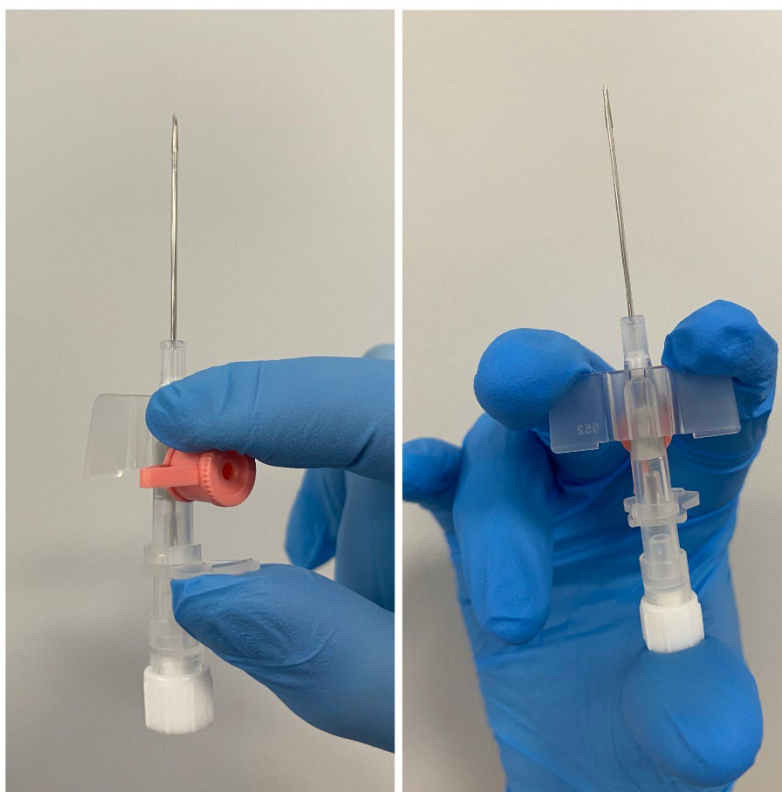
Zestaw do założenia wenflonu: rękawiczki, taca, miska nerkowata, gaziki, środek do dezynfekcji, pojemnik twardościenny, staza, wenflon, strzykawka, igła, sól fizjologiczna, koreczek, plaster.

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Przygotuj potrzebny sprzęt, pobierz sól fizjologiczną do strzykawki około 5-8ml i zabezpiecz ją igłą.
- Przedstaw się, przeprowadź identyfikację pacjenta.
- Udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Otwórz plaster, koreczek oraz wenflon.
- Załóż rękawice jednorazowe niejałowe.
- Palpacyjnie znajdź odpowiednie miejsce wkłucia.
- Załóż stazę (około 5-7 cm powyżej miejsca wkłucia).
- Zdezynfekuj miejsce wkłucia nasączonym gazikiem przesuwając go ku górze - zgodnie z kierunkiem przepływu żylnego.
- Wprowadź wenflon pod kątem 15-20 stopni (w zależności od lokalizacji) do momentu, aż pojawi się krew na końcówce wenflonu.
- Jednym ruchem wsuń wenflon i wyciągaj mandryn.
- Puść stazę w momencie gdy mandryn jest na końcówce wenflonu.
- Igłę wyrzuć do pojemnika twardościennego.
- Podłóż gazik pod wenflon i uciskaj palcem środkowym powyżej miejsca wkłucia a palcem wskazującym trzymaj wenflon.
- Podłącz do końcówki strzykawkę z solą fizjologiczną, puść palec środkowy z ucisku i podaj jej zawartość, jeśli krew się cofa (wpływa do strzykawki) na pewno jesteś w naczyniu żylnym, jeśli nie - poczujesz opór i zauważysz pęcherzyk pod skórą.
- Wyciągnij strzykawkę uciskając palcem środkowym powyżej miejsca wkłucia i zakręć koreczek.

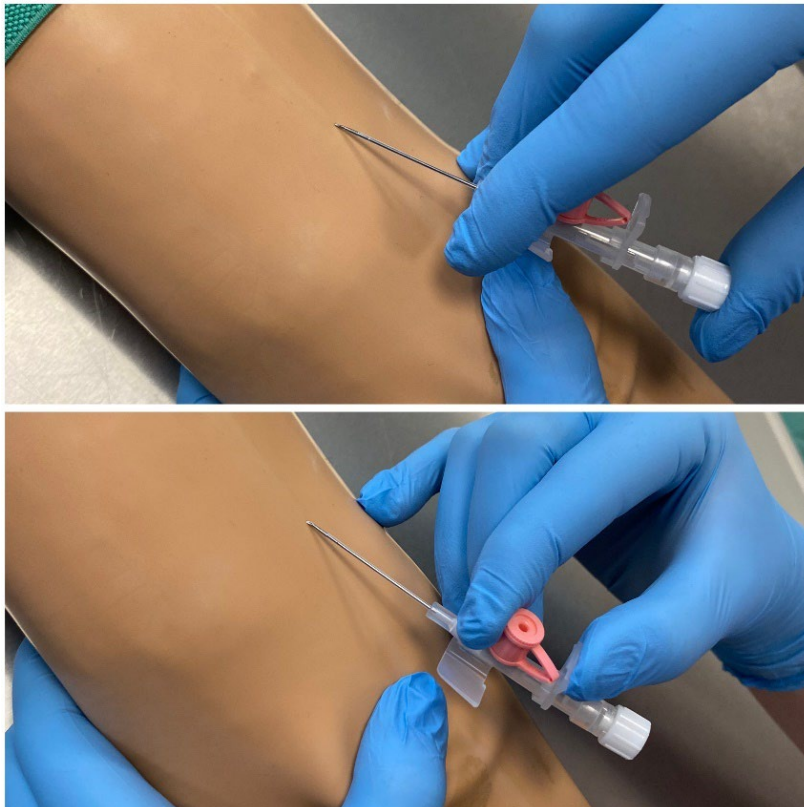
- Gazik kwadratowy z zestawu do zabezpieczenia wenflonu podłoż pod skrzydełka wenflonu w celu uniknięcia odparzeń i naklej plaster od góry do dołu.
- Uporządkuj stanowisko.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (Ciechaniewicz 2007: 496).
- Udokumentuj wykonanie zabiegu.



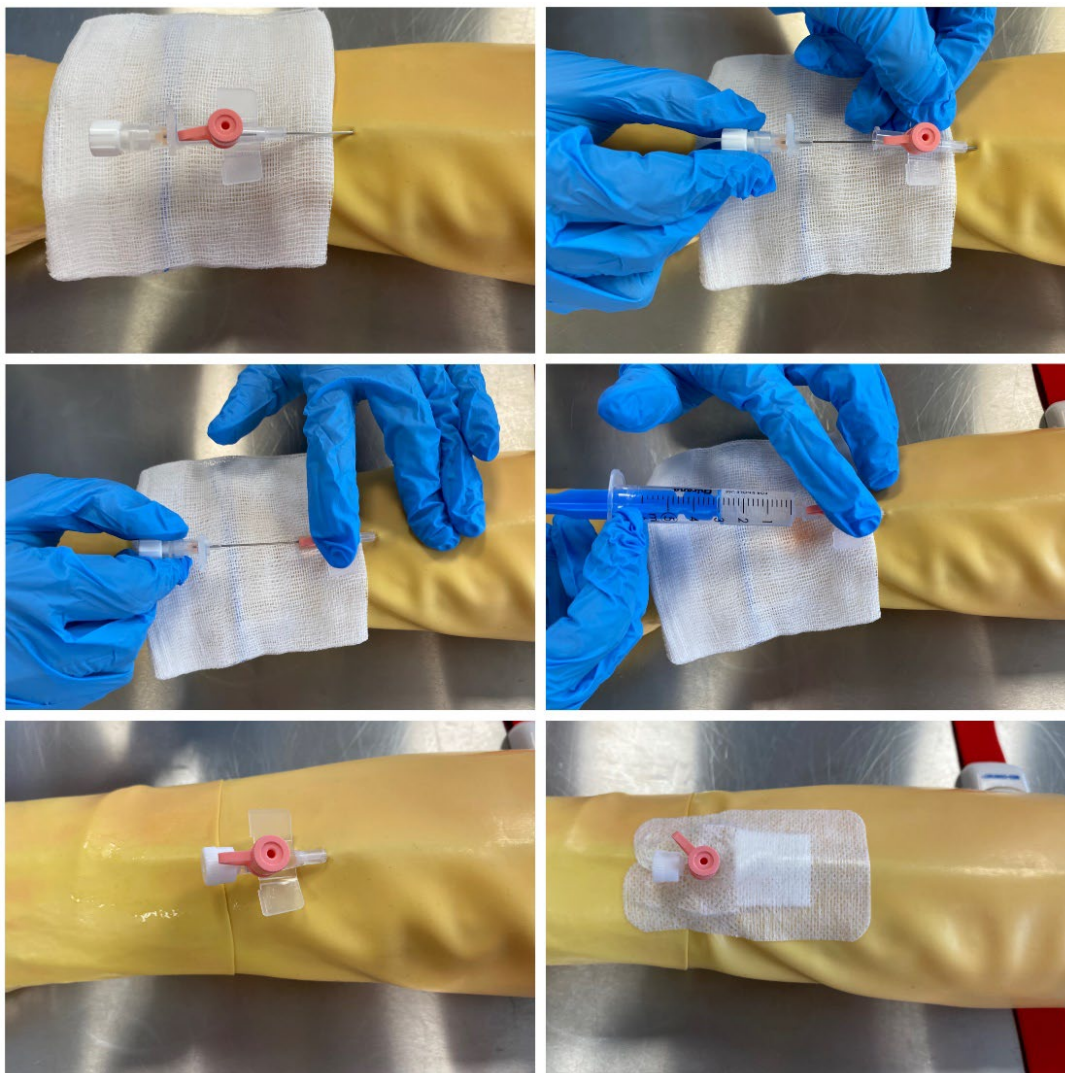
Ryc. 103 Zestaw do założenia wenflonu
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 104 Chwyty wenflonu
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 105 Kąt wkłucia wenflonu
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 106 Założenie wenflonu
Źródło: opracowanie własne

Wenflon należy chwycić tak, aby stabilnie został wprowadzony do żyły pacjenta. Należy pamiętać o tym, aby nie dotknąć igły oraz miejsca wkłucia! Podczas moich ćwiczeń w warunkach symulowanych miałam okazję nauczyć się zakładać wenflony na fantomach, co okazało się niezwykle cennym doświadczeniem. Ćwicząc tę procedurę w bezpiecznych warunkach, mogłam skupić się na doskonaleniu techniki zakładania kaniuli, zwracając szczególną uwagę na aseptykę oraz wybór odpowiedniego miejsca wkłucia. Praca na fantomach pozwalała mi na powtarzanie ruchów i dokładność, co zbudowało moje poczucie pewności przed prawdziwymi zabiegami na pacjentach. Kiedy nadszedł czas na zajęcia praktyczne w szpitalu, w których musiałam zakładać wenflon prawdziwym pacjentom, odczuwałam większy stres i emocje, jednak doświadczenie zdobyte na fantomach znacznie mi pomogło. Zrozumiałam, jak istotne jest zachowanie spokoju i pewności siebie, zarówno w trakcie

samego zabiegu, jak i w kontakcie z pacjentem, aby uspokoić go i zminimalizować jego stres.

10.10 Usuwanie wenflonu – jak uniknąć błędów?

Usuwanie wenflonu jest konieczne, gdy przestaje być potrzebny lub gdy istnieje ryzyko powikłań, takich jak infekcje, zakrzepy czy podrażnienie skóry.

Zestaw do usunięcia wenflonu: rękawiczki, taca, miska nerkowata, gaziki, środek do dezynfekcji, plaster do umocowania gazika.

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Przygotuj potrzebny sprzęt.
- Przedstaw się, przeprowadź identyfikację pacjenta.
- Udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Zwilż plaster obficie płynem do dezynfekcji skóry, aby był wilgotny i łatwo się odkleił.
- Ściągnij plaster od końcówek delikatnie w dół.
- Przytrzymaj gazikiem miejsce wkłucia i wysuń wenflon zdecydowanym ruchem.
- Poproś pacjenta o przyciśnięcie gazika, jeśli pacjent ma leki przeciwzakrzepowe musi uciskać minimum przez pięć minut z całej siły.
- Jeśli pacjent nie jest w stanie sam uciskać wykonaj mu opatrunek uciskowy.
- Uporządkuj stanowisko.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (Jaciubek 2021: 305-315).
- Udokumentuj wykonanie zabiegu.



Ryc. 107 Zestaw do usunięcia wenflonu

Podczas usunięcia wenflonu zwróciłam uwagę na to, aby delikatnie przytrzymać skórę wokół miejsca wkłucia i dokładnie zwilżyć plaster. Pomaga to zminimalizować uczucie ciągnięcia, które pacjenci mogą odczuwać. Po usunięciu kaniuli zawsze staram się natychmiast założyć gazik i poprosić pacjenta, aby przytrzymał go na miejscu przez kilka minut. W ten sposób zapobiegam krwawieniu i daję pacjentowi chwilę na złapanie oddechu po zabiegu.

10.11 Pobieranie krwi przez wenflon – złożona procedura w praktyce

Krew pobieramy tylko przez świeżo założony wenflon. Kilkundniowy wenflon może zawierać pozostałości leków lub innych substancji, które mogłyby zaburzyć dokładność wyników diagnostycznych. Pobieranie krwi przez wenflon jest wygodne i pozwala na szybkie uzyskanie próbki, zwłaszcza w przypadku pacjentów, u których dostęp do żył jest utrudniony. W ten sposób można pobrać kilka próbek krwi (Jaciubek 2021: 288-296).

Zestaw do pobrania krwi przez wenflon: rękawiczki, taca, miska nerkowata, gaziki, środek do dezynfekcji, pojemnik twardościenny, staza, wenflon, strzykawka, igła, sól fizjologiczna, koreczek, plaster, zestaw do pobierania, holder.

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Przygotuj potrzebny sprzęt, pobierz sól fizjologiczną do strzykawki około 5-8ml i zabezpiecz ją igłą.
- Przygotuj łącznik z holderem.
- Przedstaw się, przeprowadź identyfikację pacjenta.
- Udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Otwórz plaster, koreczek oraz wenflon.
- Załóż rękawice jednorazowe niejałowe.
- Palpacyjnie znajdź odpowiednie miejsce wkłucia.
- Załóż stazę (około 5-7 cm powyżej miejsca wkłucia).
- Zdezynfekuj miejsce wkłucia nasączonym gazikiem przesuwając go ku górze - zgodnie z kierunkiem przepływu żylnego.
- Wkłuj wenflon, nie za głęboko do momentu pojawienia się krwi na końcówce wenflonu.
- Jednym ruchem wsuń wenflon i wyciągaj mandryn, mandryn wyciągamy prawie do końca.
- Uciskaj palcem środkowym powyżej miejsca wkłucia a palcem wskazującym stabilizuj wenflon.
- Ściągnij nakładkę z zestawu do pobierania, wyciągnij mandryn i podłącz holder.
- Mandryn wyrzuć do pojemnika twardościennego.
- Podłącz próbkę do łącznika i puść uciskanie.
- Poczekaj do uzupełnienia próbki, następnie odłącz ją i puść stazę.
- Uciskaj palcem środkowym powyżej miejsca wkłucia a palcem wskazującym stabilizuj wenflon.
- Podłącz do końcówki wenflonu strzykawkę z solą fizjologiczną, puść palec środkowy z ucisku i podaj zawartość strzykawki.
- Wyciągnij strzykawkę uciskając palcem środkowym powyżej miejsca wkłucia i zakreć koreczek.

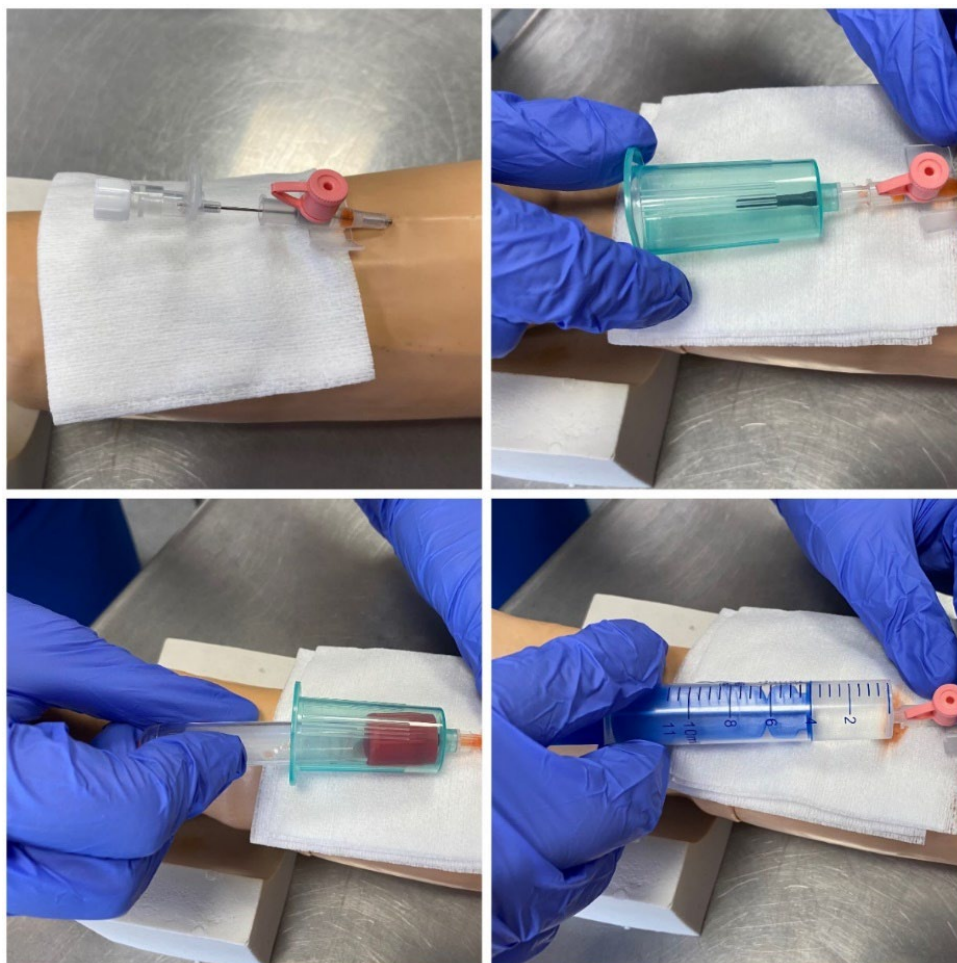
- Gazik kwadratowy z zestawu do zabezpieczania wenflonu podłoż pod skrzydełka wenflonu w celu uniknięcia odparzeń i naklej plaster od góry do dołu.
- Uporządkuj stanowisko.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (Jaciubek 2021: 288-296).
- Udokumentuj wykonanie zabiegu.



Ryc. 108 Zestaw do pobierania krwi przez wenflon
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 109 Holder i łącznik do pobierania krwi przez wenflon
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 110 Pobieranie krwi przez wenflon
Źródło: opracowanie własne

Podczas moich praktyk w szpitalu nauczyłam się, że pobranie krwi przez świeżo założony wenflon ma istotną zaletę – pozwala zaoszczędzić pacjentowi dodatkowych wkłuć, co jest szczególnie ważne u osób z trudnym dostępem żylnym. W takich przypadkach każde dodatkowe nakłucie może być niekomfortowe i stresujące.

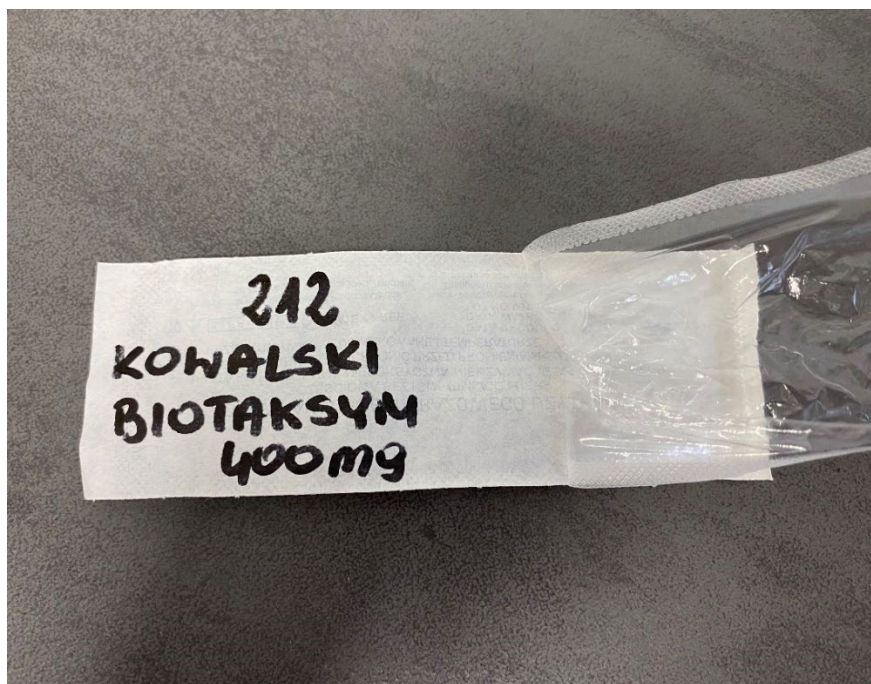
11. Podawanie leków: sztuka precyzji

11.1 Pobieranie leków - zasady, których warto trzymać się w praktyce

Pobieranie leków z fiolek i ampułek to kluczowy element pracy pielęgniarki, który wymaga przestrzegania kilku ważnych zasad, aby zapewnić bezpieczeństwo pacjenta i skuteczność terapii. Oto zasady, których warto się trzymać w praktyce:

- Nie przygotowuj leków w rękawiczkach.
- Wybierz odpowiednią strzykawkę zgodnie z objętością i dawką leku.
- Do pobierania leków najczęściej używaj igły o średnicy 0,8 mm.
- Nie używaj igły 1,2 mm do nakłuwania gumowego korka, aby uniknąć ryzyka przedostania się fragmentów gumy do fiołki.

- Otwieranie ampułki: ampułkę zawsze otwieraj w sposób jałowy, zdezynfekuj szyjkę ampułki przy użyciu środka dezynfekcyjnego i gazika. Chwyć ampułkę przez jałowy gazik i przełam ją w miejscu oznaczonym kropką (tam szkło jest cieńsze), odłamaną część ampułki oraz gazik wyrzuć do pojemnika twarościennego.
- Otwieranie fiolki: metalowe zabezpieczenie fiolki zdezynfekuj środkiem do dezynfekcji, podważ metalową osłonę nożyczkami i usuń ją.
- Jeśli musisz rozcieńczyć lek wodą do wstrzyknięć: możesz pobrać wodę do wstrzyknięć tą samą igłą, którą pobierasz lek. Ten sam lek w tej samej dawce i rozcieńczeniu → możesz użyć tej samej wody do wstrzyknięć dla kilku pacjentów. Inny lek → użyj nowej igły i nowej wody do wstrzyknięć.
- Aby uniknąć wprowadzenia leku do płynu rozcieńczającego najpierw pobierz płyn do strzykawki, a następnie dodaj potrzebną dawkę leku, przed pobraniem leku delikatnie cofnij tłok strzykawki.
- Mieszanie proszku z rozpuszczalnikiem: na początku otwórz fiolkę z proszkiem i pozostaw ją na chwilę, aby odparowała. Pobierz odpowiednią ilość rozpuszczalnika i wprowadź płyn do fiolki z proszkiem. Dokładnie wymieszaj, aby nie powstały grudki.
- Po przygotowaniu leków zabezpiecz strzykawkę czystą igłą i umieść ją w papierowym opakowaniu. Opisz strzykawkę: dla kogo (nazwisko pacjenta), numer sali oraz nazwa i dawka leku (Ciechaniewicz 2007: 429-431).



Ryc. 111 Opis leku dla pacjenta
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 112 Zestaw do pobierania leku
Źródło: opracowanie własne

Rozcieńczanie leków to moment, który wymaga szczególnej uwagi i staranności. Na praktykach zapamiętałam sytuację, gdy starsza pielęgniarka zwróciła moją uwagę na bardzo ważną zasadę: „Zawsze czytaj ulotkę leku i sprawdzaj, czym dokładnie należy go rozcieńczyć – nie wszystkie leki mieszają się z każdym płynem”. Te słowa zostały ze mną na zawsze, ponieważ uświadomiły mi, jak kluczowe jest przestrzeganie zaleceń dotyczących rozcieńczania, aby uniknąć reakcji niepożądanych lub zmniejszenia skuteczności terapii. Odpowiednie rozcieńczenie leku, z zachowaniem ostrożności przy wyborze odpowiedniego rozpuszczalnika, ma bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo pacjenta.

11.2 Drogi i zasady podawania leków – praktyczna wiedza na co dzień

Podawanie leków to kluczowy element terapii pacjenta. Wybór odpowiedniej drogi podania wpływa na skuteczność leczenia oraz szybkość działania substancji czynnej. Oto najważniejsze drogi podawania leków wraz z ich oznaczeniami medycznymi.

Drogi podawania leków:

- Doustne (łac. Per os – p.o.)
 - Podjęzykowe (łac. Sublinguale – s.l.)
 - Okołopoliczkowe (łac. Buccalis)
- Wziewne (łac. Inhalatio)
- Donaczyniowe (łac. Parenteralis)
 - Droga dożylna (łac. Via intravenosa – i.v.)
 - Podanie dotętnicze (łac. Applicatio intraarterialis – i.a.)
- Domięśniowe (łac. Iniectio intramuscularis – i.m.)

- Podskórne (łac. Iniectio subcutanea – s.c.)
- Śródskórne (łac. Iniectio intracutanea – i.d.)
- Doodbytnicze (łac. Per rectum – p.r.)
- Dopochwowe (łac. Per vaginam – p.v.)
- Na spojówkę oka (łac. Oculoguttae)
- Do ucha (łac. Auris guttae – a.g.)
- Do nosa (łac. Nasoguttae)
- Na powierzchnię skóry (łac. Cutanea – cut.)
 - Miejscowe (łac. Topicalis)
 - Przezskórne (łac. Transdermalis – t.d.) (Baranowska, Klimaszewska i Krajewska-Kułak 2017: 222-224).

Kluczową zasadą podczas przygotowywania leku jest „trzy razy sprawdź nazwę leku, zanim podasz”. Zasada ta ma na celu minimalizowanie ryzyka błędów i zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta. Oto, jak należy ją stosować w praktyce:

1. Pierwsze sprawdzenie: Gdy bierzesz lek z szafki, upewnij się, że jego nazwa zgadza się z tym, co znajduje się w karcie zleceń pacjenta.
2. Drugie sprawdzenie: Kiedy przygotowujesz lek do podania, ponownie zweryfikuj nazwę leku z etykietą na opakowaniu. To kolejny krok, który daje pewność, że przygotowujesz odpowiedni lek, w odpowiedniej formie.
3. Trzecie sprawdzenie: Przed podaniem leku pacjentowi, jeszcze raz sprawdź nazwę leku oraz upewnij się, że jest zgodna ze zleceniem lekarskim. To ostatnia weryfikacja, która pozwala upewnić się, że nie doszło do żadnej pomyłki.

Stosowanie tej zasady pomaga zminimalizować ryzyko pomyłek oraz zapewnić bezpieczeństwo pacjenta, co jest kluczowe w codziennej pracy pielęgniarki. Zawsze warto poświęcić czas na dokładne sprawdzenie, nawet jeśli wydaje się, że zadanie jest proste – każde niedopatrzenie może mieć poważne konsekwencje.

Podawanie leków doustnych jest jedną z najczęściej stosowanych metod farmakoterapii. Leki te są dostępne w różnych postaciach, takich jak tabletki, kapsułki, syropy czy proszki. Aby zapewnić skuteczność terapii oraz bezpieczeństwo pacjenta, należy przestrzegać określonych zasad dotyczących ich podawania. Oto kluczowe zasady podawania leków doustnych:

- Przed podaniem leku zawsze weryfikuj zlecenia lekarskie, dawkowanie oraz sposób przyjmowania.
- Pacjent musi połknąć tabletkę zawsze przy pielęgniarce, aby mieć pewność, że lek został przyjęty. Zawsze zweryfikuj tożsamość pacjenta.
- Nie dotykaj tabletek palcami, wyłuskuj je z blistra bezpośrednio do kieliszka.
- Leki w szklanym pojemniku wysyp na jałowy gazik, a następnie szybko przenieś do kieliszka.
- Pacjent na czczo: jeśli lek ma być podany na czczo, połóż kieliszek bokiem lub oznacz go karteczką z napisem „na czczo”.
- Postępowanie w przypadku trudności z połykaniem: jeśli pacjent nie jest w stanie połknąć tabletki rozkrusz tabletkę tłokiem w strzykawce, dodaj wodę lub sól fizjologiczną i podaj po wewnętrznej stronie policzka, aby roztwór spłynął.
- Moździerz – stosuj do rozdrabniania większych tabletek, unikaj używania go do małych, aby nie utracić części dawki.

Rodzaje tabletek i kapsułek:

- Tabletki powlekane (z otoczką) – łatwiejsze do połknięcia przez pacjenta.
- Tabletki bez otoczki (chropowate) – mogą sprawiać trudności w połykaniu.
- Kapsułki – nie należy ich otwierać ani dzielić.
- Tabletki podzielne i niepodzielne:
 - Jeśli tabletkę ma nacięcie, możesz ją podzielić.
 - Jeśli tabletkę nie ma nacięcia, nie należy jej dzielić, chyba że niedostępna jest mniejsza dawka to w takim przypadku możesz użyć gilotyny do tabletek (Ciechaniewicz 2007: 429-431).



Ryc. 113 Moździerz do rozdrabniania leków
Źródło: opracowanie własne

U pacjentów z problemami połykania nauczyłam się zwracać szczególną uwagę na konsystencję podawanego leku. Często trzeba było rozgnieść tabletkę (jeśli producent na to pozwalał) lub podać lek w formie płynnej np. przy pomocy strzykawki. Dodatkowo, zawsze upewniam się, że pacjent siedzi w pozycji półsiedzącej, co zmniejsza ryzyko zakrztuszenia.

- Jeśli musisz podać lek 2 razy dziennie = $\text{doba}:2 = 24:2 = \text{co } 12\text{h}$, 3 razy dziennie = $24:3 = 8$, co 8h.

Leki podawane podjęzykowo wchłaniają się z błony śluzowej jamy ustnej dość szybko i nie są narażone na działanie czynników szkodliwych. Sposób ten możesz wykorzystać jednak tylko wtedy, gdy lek jest łatwo rozpuszczalny w wodzie oraz gdy dawka nie jest zbyt duża. Leki podawane podjęzykowo występują w postaci aerozolu, lingwetek, granulek homeopatycznych i kapsułek. Leki podawane podjęzykowo najczęściej wywierają ogólny wpływ na organizm i są stosowane, kiedy zachodzi konieczność uzyskania jak najszybszego efektu terapeutycznego. Najczęściej tą drogą

podaje się leki stosowane w chorobie niedokrwiennej serca (np. nitroglicerynę) oraz służące do szybkiego obniżenia ciśnienia krwi (np. nifedypinę).

Leki podawane około policzkowo wywierają działanie ogólne. Podawanie leku około policzkowo polega na wprowadzeniu tabletki między policzek a zęby (zagięcie policzkowo-dziąsłowe), gdzie powinna się ona rozpuścić. Przed podaniem leku musisz usunąć resztki pokarmu z zagięcia policzkowo-dziąsłowego przez przepłukanie jamy ustnej i poinformować pacjenta, że lek powinien pozostać w miejscu do chwili całkowitego rozpuszczenia (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 450-454).

Tab. 7 Postacie i sposób podania leków doustnych [Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 450-454]

Postać leku	Sposób podania leku
Drażetki	Należy podać w całości, nie należy łamać i rozkruszać.
Kapsułki	Nie rozgryzać, podawać z płynem.
Krople	Rozcieńczyć małą objętością wody.
Perełki	Należy rozgryźć, pacjentom bezzębnym rozdrobnić.
Proszek	Rozcieńczyć małą objętością wody, podać płyn do popicia po przyjęciu leku.
Roztwory, syropy,	Należy podać nierozcieńczone do wypicia, przed otwarciem wstrząsamy.
Tabletki	Dzielimy tylko te z kreską podziału.
Granulat	Występuje w dwóch postaciach, do zażywania doustnego w postaci suchej i do sporządzenia zawiesiny.

Podawanie leków na skórę obejmuje stosowanie: zasypek (pudru), mazideł, maści, kremów, past, roztworów, lotionów, aerozoli, żeli, pianek, płynnego pudru i kąpieli leczniczych. Leki takie działają najczęściej miejscowo, lecz wchłonięte do krwiobiegu mogą działać ogólnie. Leczenie miejscowe w przypadku większości chorób skóry ma znaczenie podstawowe, a w przypadku wielu innych odgrywa rolę równorzędną lub

pomocniczą w stosunku do leczenia ogólnego (Baranowska, Klimaszewska i Krajewska-Kułąk 2017: 247-253).

Leki do ucha, oka i nosa zazwyczaj występują w postaci płynnej, najczęściej jako krople, roztwory lub zawiesiny. Ich formuła umożliwia precyzyjne podanie substancji czynnej w miejscu działania.

- Leki do oczu– mogą mieć działanie nawilżające, przeciwzapalne, przeciwbakteryjne lub przeciwalergiczne. Często wymagają przechowywania w lodówce.
- Leki do nosa– stosowane głównie w leczeniu infekcji, alergii i obrzęku błony śluzowej nosa. Mogą występować jako krople lub spraye.
- Leki do ucha– przeznaczone do leczenia infekcji i stanów zapalnych (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 450-454).



Ryc. 114 Zestaw do podania leku do nosa
Źródło: opracowanie własne

Leki do nosa wskazania:

- alergie,
- polipy,
- zakażenia i stany zapalne,
- stany zapalne zatok przynosowych.

Przy podaniu leku do nosa delikatnie złap skrzydełko nosa i podłóż pod nie gazik. Aby prawidłowo podać lek pacjent powinien leżeć z poduszką pod głową i delikatnie odchylić ją do tyłu.



Ryc. 115 Podanie leku do nosa
Źródło: opracowanie własne

Leki do oka wskazania:

- leczenie np. jaskry,
- po operacji oka,
- leczenia stanów zapalnych i alergicznych,
- zapobieganie zakażeniu, wysychaniu i uszkodzeniu przy braku ruchów powieki.

Leki do oka podawaj w jego kącik, pacjent powinien przymknąć oczy i unikać mrugania po aplikacji. Nie odsuwaj górnej powieki, delikatnie odchyl dolną powiekę gazikiem i wkropl lek.



Ryc. 116 Podanie leku do oka
Źródło: opracowanie własne

Leki do ucha wskazania:

- zakażenie, zapalenie narządu słuchu,
- perforacja błony bębenkowej,
- czyraki zewnętrznego przewodu słuchowego.

Aby podać lek do ucha, podłóż gazik, delikatnie chwyć za małżowinę uszną i wprowadź krople do kanału słuchowego.



Ryc. 117 Podanie leku do ucha
Źródło: opracowanie własne

Doodbytniczo podaje się leki działające miejscowo (m.in. wywierające działanie ściągające, przeciwbakteryjne, miejscowo znieczulające, przeczyszczające) oraz ogólnie (m.in. wywierające działanie przeciwbólowe, przeciwgorączkowe). Leki w postaci czopków działają już po 15-20 minutach, a w postaci wlewki leczniczej po 10-15 minutach od podania (Czekirda 2024: 36).

- Czopki to leki które powinny być przechowywane w lodówce.
- Ich substancją pomocniczą jest najczęściej gliceryna, dlatego wymagają odpowiednich warunków przechowywania.
- Dostępne są w różnych dawkach, jednak czopków nie należy dzielić, ponieważ substancja czynna może być nierównomiernie rozmieszczona.
- W razie potrzeby można podać dwa czopki, aby uzyskać właściwą dawkę.
- Technika podawania czopka: podczas aplikacji podłóż ligninę pod pośladki pacjenta. Po podaniu poproś pacjenta, aby ścisnął pośladki, by zapobiec wysunięciu czopka, pacjent nie powinien od razu oddawać stolca. Czopka nie kładź na stoliku, ponieważ pacjent bez instrukcji może go połknąć.
- Jeśli pacjent ma biegunkę nie aplikuj czopka, gdyż nie zdąży się wchłonać (Ciechaniewicz 2007: 432-433).

Alternatywne drogi podania:

- Jeśli pacjent ma biegunkę → podaj lek doustnie.
- Jeśli wymiotuje → zastosuj podanie doodbytnicze.
- Jeśli występują zarówno biegunka, jak i wymioty → konieczne może być podanie dożylnie.

Na zajęciach dowiedziałam się, że każdy lek ma specyficzne wymagania dotyczące drogi podania, dawkowania oraz obserwacji reakcji pacjenta. W praktyce zrozumiałam, że podawanie leków to sztuka precyzji, w której każdy błąd może mieć poważne konsekwencje dla zdrowia pacjenta. Odpowiedni dobór drogi podania ma kluczowe znaczenie dla skuteczności leczenia oraz komfortu chorego.

11.3 Podawanie leków dożylnie – bezpieczeństwo pacjenta jako priorytet

Podanie leku dożylnie skutkuje jego natychmiastowym działaniem, ponieważ substancja czynna trafia bezpośrednio do krwiobiegu, omijając proces wchłaniania w przewodzie pokarmowym. Dzięki temu efekt terapeutyczny pojawia się bardzo szybko, co jest szczególnie istotne w stanach nagłych. Przed podaniem leku dożylnie należy dokładnie zapoznać się z jego nazwą, dawkowaniem, postacią oraz zalecanym sposobem podania. Ważne jest również sprawdzenie terminu ważności leku oraz jego wyglądu. Dodatkowo należy monitorować pacjenta podczas i po podaniu leku, zwracając uwagę na ewentualne reakcje niepożądane (Jaciubek 2021: 235-240)

Zestaw do podawania leków dożylnie: rękawiczki, taca, miska nerkowata, gaziki, środek do dezynfekcji, pojemnik twardościenny, staza, strzykawka, dwie igły, lek.

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Przygotuj potrzebny sprzęt, sprawdź zgodność leku.
- Przygotuj lek na jałowo, pobierz go igłą 0,8 mm.
- Po przygotowaniu leku połącz strzykawkę z igłą 0,9 mm.
- Opisz lek, dla kogo, jaka sala, nazwa leku, godzina podania.
- Przedstaw się, przeprowadź identyfikację pacjenta.
- Udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Załóż rękawice jednorazowe niejałowe.
- Palpacyjnie znajdź odpowiednie miejsce wkłucia.
- Załóż stazę na rękę (około 5-7 cm powyżej miejsca wkłucia).
- Zdezynfekuj miejsce wkłucia nasączonym gazikiem przesuwając go ku górze - zgodnie z kierunkiem przepływu żylnego.
- Wykonuj wkłucie pod kątem 10-45 stopni w zależności od położenia żyły, wkłuj max $\frac{1}{3}$ długości igły (Wordliczek, Życzkowska 2009: 153-160).
- Zaaspiruj (pojawienie się krwi świadczy o prawidłowym wkłuciu w naczynie żyłne).
- Puść stazę i podaj lek.
- Delikatnie wyśuń igłę i dociśnij gazik.
- Uporządkuj stanowisko.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (Ciechaniewicz 2007: 484-485, 497).
- Udokumentuj wykonanie zabiegu.



Ryc. 118 Zestaw do podania leku dożylnie
Źródło: opracowanie własne

Pamiętam jedną z pierwszych sytuacji na praktykach, gdy musiałam podać lek dożylnie pacjentce. Wszystko było przygotowane perfekcyjnie, jednak podczas próby podania pojawiło się opór w przepływie. W takich chwilach stres potrafi wziąć górę, ale wtedy przypominałam sobie słowa mojej opiekunki praktyk: „Spokój i analiza sytuacji to klucz”. Sprawdziłam drożność wenflonu, przepłukałam go jeszcze raz i wszystko przebiegło prawidłowo. Kontrola drożności wkłucia stała się dla mnie rutyną, a najważniejszą lekcją było to, że stres trzeba kontrolować. Spokój w takich momentach nie tylko wpływa na naszą efektywność, ale daje również pacjentowi poczucie bezpieczeństwa, co jest nieocenione. Od tego momentu, każdorazowo, przed podaniem leku, dokładnie sprawdzam drożność wkłucia i wiem, że cierpliwość oraz spokojne podejście to najlepsza metoda na sukces w każdej procedurze medycznej.

11.4 Kroplówka – jak to zrobić sprawnie i efektywnie?

Kroplówka, znana również jako wlew kroplowy polega na podawaniu płynów bezpośrednio do krwiobiegu pacjenta przez dostęp żylny. Stosuje się ją w celu uzupełnienia płynów, elektrolitów oraz substancji odżywczych. Czas podawania kroplówki o objętości 500 ml zazwyczaj wynosi około 1,5 godziny, ale dokładny czas może się różnić w zależności od rodzaju płynów oraz stanu pacjenta. Warto pamiętać, że kroplówki mogą występować w różnych pojemnościach, takich jak 100 ml, 250 ml, 500 ml, a nawet 1000 ml. Podczas podawania kroplówki monitoruje się stan pacjenta

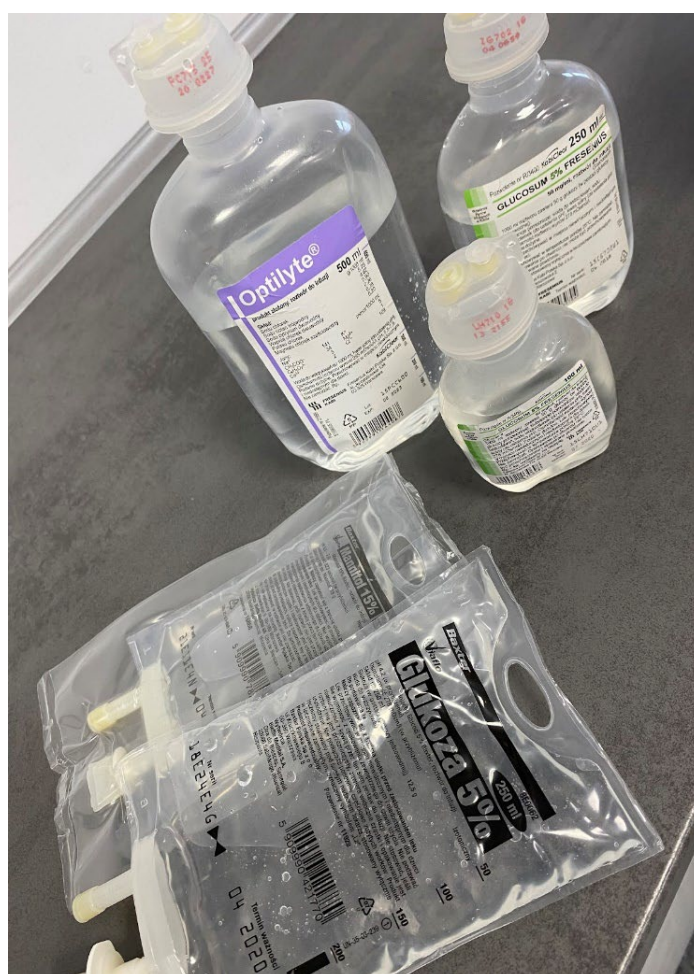
oraz tempo infuzji, aby zapewnić bezpieczeństwo i skuteczność (Cybulska i inni 2022: 237-245).

Płyny które podaje się drogą dożylną mają na celu:

- nawodnienie (kiedy pacjent ma biegunkę, wymioty, jest odwodniony),
- uzupełnienie niedoborów elektrolitowych i witamin,
- zredukowanie niskiego poziomu cukru,
- podanie leku w rozcieńczeniu.

PWE - płyn wieloelektrolitowy/optilyte/sterofundin ISO

GLUCOSUM - glukoza, występuje w stężeniu 5 lub 10%

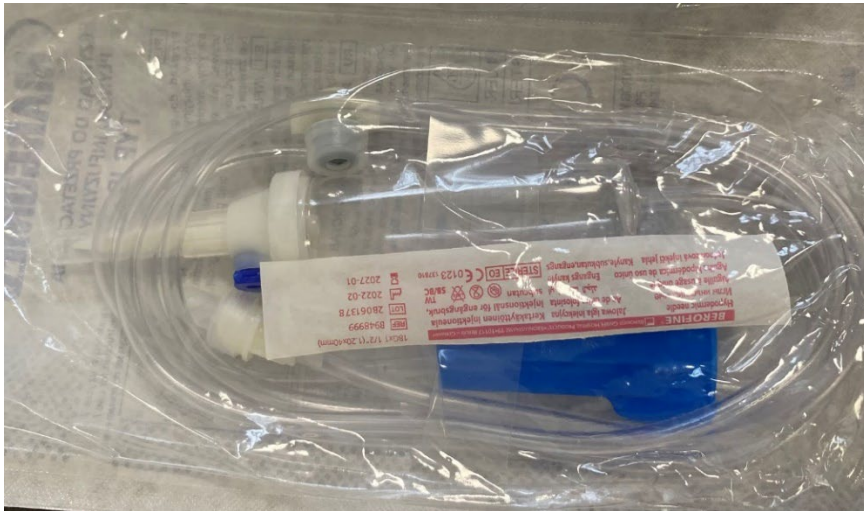


Ryc. 119 Opakowania płynów infuzyjnych
Źródło: opracowanie własne

Przygotowanie kroplówki:

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Na zleceniu lekarskim napisane jest jaka ilość i co musisz podać, sprawdź zgodność płynu, ważność (datę).
- Kroplówkę opisz (dla kogo, jaka sala, godzina na którą muszę podać) i jeśli został wpuuszczony lek również opisz go.

- Mały otwór płynu: otwiera się od siebie, jest jałowy, służy do wprowadzania leków do środka płynu.
- Duży otwór płynu: zdezynfekuj go psikając płynem do dezynfekcji i poczekaj na odparowanie preparatu. Wprowadź tam zestaw do kroplówek (zamknij przepływ, ściągnij nasadkę i mocno wciśnij ruchem obrotowym).
- Odwróć do góry nogami i uzupełnij zbiorniczek zestawu do przetoczeń do połowy ściskając go (podciśnienie), aby nie powstały pęcherzyki powietrza w drenie, otwórz przepływ i przepuść roztwór do końca drenu nad miską nerkową, aby odpowietrzyć kroplówkę.
- Zamknij przepływ i gotową kroplówkę odłóż na tacę.
- Uporządkuj stanowisko.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (Ciechaniewicz 2007: 499-501).



Ryc. 120 Zestaw do przetoczeń
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 121 Miejsce wprowadzenia leku w kroplówce
Źródło: opracowanie własne

Mniejszy gumowy otwór służy do wprowadzenia leku do płynu.



Ryc. 122 Przygotowana kroplówka
Źródło: opracowanie własne

Zestaw do podłączania kroplówki: rękawiczki, taca, miska nerkowata, gaziki, strzykawka 10 ml, płyn do wstrzyknięć, igła, przygotowana kroplówka, płyn do dezynfekcji.

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Przygotuj potrzebny sprzęt, sprawdź zgodność kroplówki.
- Pobierz sól fizjologiczną do strzykawki, około 5-8 ml i zabezpiecz ją igłą.
- Przedstaw się, przeprowadź identyfikację pacjenta.
- Udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Załóż rękawice jednorazowe niejałowe.
- Odsłoń miejsca wkłucia np. gdy pacjent ma piżamę z długim rękawem, dokonaj obserwacji w celu zmian skórnych, zaczerwienień itp.
- Sprawdź ponownie nazwę i objętość płynu, powieś kroplówkę na stojaku.
- Podłóż gazik pod wenflon i psiknij koreczek płynem do dezynfekcji.
- Ściągnij nakładkę z końcówki drenu i zawiń o własną rękę, by nie zanieczyścić końcówki drenu.
- Odkręć koreczek, uciskaj palcem środkowym powyżej miejsca wkłucia i jednocześnie podłącz strzykawkę z solą fizjologiczną.
- Puść uciskanie i wpuść sól fizjologiczną w celu przepłukania wenflonu.

- Wyciągnij strzykawkę i ponownie uciskaj.
- Podłącz końcówkę drenu zestawu do przetoczeń i otwórz przepływ kroplówki (ustawiamy zalecaną ilość kropli).
- Zabierz gazik spod wenflonu.
- Uporządkuj stanowisko.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (Jaciubek 2021: 324-328).
- Udokumentuj wykonanie zabiegu.



Ryc. 123 Zestaw do podłączenia kroplówki
Źródło: opracowanie własne

Pamiętam, jak na praktykach po raz pierwszy musiałam odpowietrzyć kroplówkę. Choć na początku wydawało się to skomplikowane, szybko zrozumiałam, że kluczem jest dokładność i cierpliwość. Bardzo ważne jest, aby obserwować dren i upewnić się, że żaden pęcherzyk powietrza nie pozostanie w jego wnętrzu.



Ryc. 124 Podłączenie kroplówki
Źródło: opracowanie własne

Zestaw do odłączania kroplówki: rękawiczki, taca, miska nerkowata, gaziki, strzykawka 10 ml, roztwór soli fizjologicznej, igła, środek do dezynfekcji, jałowy koreczek.

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Przygotuj potrzebny sprzęt.
- Pobierz sól fizjologiczną do strzykawki, około 5-8 ml i zabezpiecz ją igłą.
- Przedstaw się, przeprowadź identyfikację pacjenta.
- Udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Załóż rękawice jednorazowe niejałowe.
- Wyciągnij koreczek na gazik.
- Podłóż gazik pod wenflon i zdezynfekuj środkiem dezynfekcyjnym miejsce podłączenia zestawu do przetoczeń z wenflonem.
- Zakręć przepływ w kroplówce, odłącz ją i uciskaj palcem środkowym powyżej miejsca wkłucia.
- Podłącz strzykawkę z roztworem soli fizjologicznej, puść uciskanie i wprowadź sól fizjologiczną.
- Uciskaj palcem środkowym powyżej miejsca wkłucia i odłącz strzykawkę.
- Zakręć koreczek.
- Zabierz gazik spod wenflonu.
- Uporządkuj stanowisko.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 547-548).
- Udokumentuj wykonanie zabiegu.



Ryc. 125 Zestaw do odłączenia kroplówki
Źródło: opracowanie własne

Z mojego doświadczenia: Początkowo obawiałam się, że źle ustalę tempo przepływu, ale zrozumiałam, że zawsze można je skorygować w trakcie podawania. Warto również obserwować reakcję pacjenta, jeśli odczuwa jakikolwiek dyskomfort, na przykład uczucie zimna w miejscu wkłucia, warto natychmiast sprawdzić przepływ oraz drożność wenflonu.

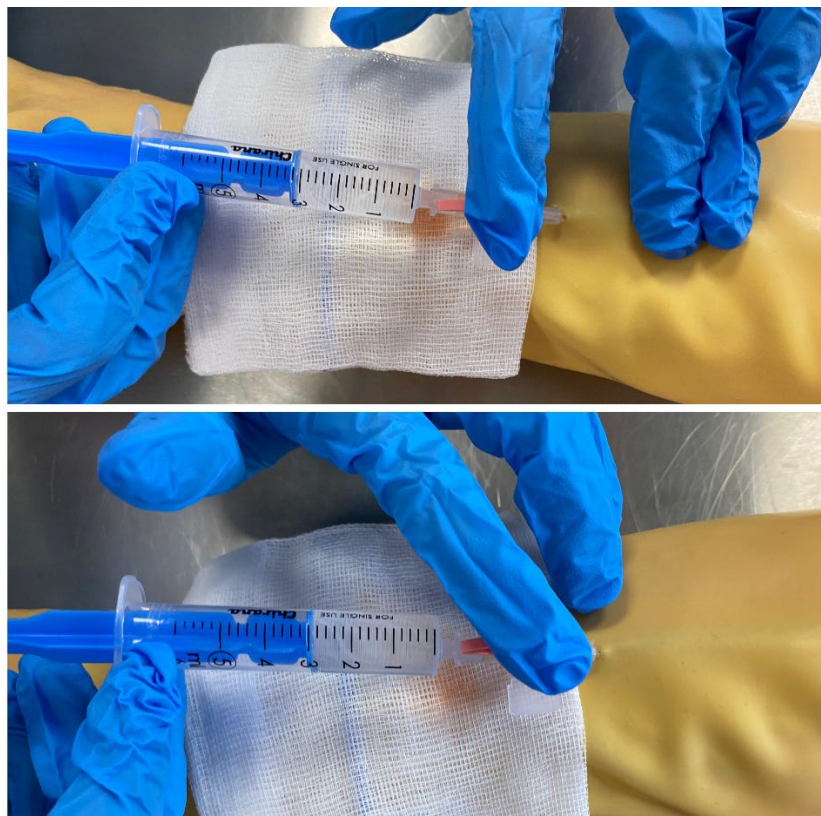
11.5 Podawanie leków przez wenflon – szybka interwencja

Podawanie leków przez wenflon, czyli kaniulę dożylną, jest powszechnie stosowaną metodą podawania leków bezpośrednio do krwiobiegu pacjenta. Jest szczególnie cenna w sytuacjach, gdy wymagana jest natychmiastowa reakcja organizmu, na przykład w przypadku nagłych stanów zagrożenia życia czy nagłego bólu. Zaletą tej metody jest to, że pozwala na precyzyjne dawkowanie i kontrolę nad szybkością podawania substancji leczniczych (Jaciubek 2021: 321-323).

Zestaw do podawania leków przez wenflon: rękawiczki, taca, miska nerkowata, gaziki, dwie strzykawki 5 ml, strzykawka 10/20 ml, roztwór soli fizjologicznej, cztery igły, preparat do dezynfekcji, jałowy koreczek.

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Zapoznaj się ze zleceniem lekarskim (nazwa leku, dawka, postać, sposób i czas podania).
- Przygotuj potrzebny sprzęt.

- Pobierz roztwór soli fizjologicznej do dwóch strzykawk, około 5-8 i zabezpiecz je igłami 0,8 mm.
- Przygotuj lek na jałowo, pobierz go igłą 0,8 mm. Przygotowany lek zabezpiecz igłą 0,8 mm i opisz papierek (imię i nazwisko pacjenta, numer sali oraz nazwę leku).
- Przedstaw się, przeprowadź identyfikację pacjenta.
- Udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Załóż rękawice jednorazowe niejałowe.
- Odsłoń miejsca wkłucia np. gdy pacjent ma piżamę z długim rękawem, dokonaj obserwacji w celu nieprawidłowości, zaczerwienień itp.
- Wyciągnij jałowy koreczek na gazik.
- Podłóż gazik pod wenflon i zdezynfekuj koreczek przy wenflonie środkiem dezynfekcyjnym.
- Odkręć koreczek wenflonu i uciskaj palcem środkowym i serdecznym powyżej miejsca wkłucia.



Ryc. 126 Uciskanie palcami w celu podłączenia strzykawki
Źródło: opracowanie własne

- Podłącz strzykawkę z roztworem soli fizjologicznej do ujścia wenflonu, puść uciskanie.
- Zaaspiruj i wprowadź (ok. 5 ml) roztworu soli fizjologicznej, dzięki temu sprawdzając drożność wkłucia obwodowego.
- Odłącz strzykawkę z solą fizjologiczną, uciskaj palcem środkowym powyżej miejsca wkłucia i podłącz strzykawkę z przygotowanym lekiem.
- Puść uciskanie i bardzo powoli wpuść lek, wyciągnij strzykawkę i uciskaj.
- Podłącz drugą strzykawkę z roztworem soli fizjologicznej w celu udrożnienia wenflonu, puść uciskanie i wprowadź sól fizjologiczną.

- Wyciągnij strzykawkę i uciskaj, zabezpiecz końcówkę wenflonu koreczkiem.
- Zabierz gazik spod wenflonu.
- Uporządkuj stanowisko.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (Ciechaniewicz 2007: 499-501).
- Udokumentuj wykonanie zabiegu.



Ryc. 127 Zestaw do podania leku przez wenflon
Źródło: opracowanie własne

Z perspektywy studenta, każdy etap tej procedury – od dezynfekcji miejsca wkłucia, przez precyzyjne umiejscowienie wenflonu, aż po stałe monitorowanie reakcji pacjenta – wymaga pełnej koncentracji i dokładności. To nie tylko kwestia technicznych umiejętności, ale również odpowiedzialności za zdrowie pacjenta, co sprawia, że każdy krok musi być wykonany z najwyższą starannością i zgodnie z procedurami.

12. Zabiegi przeciwzapalne: ciepło, zimno, kompresy

12.1 Bańki lecznicze – tradycyjna metoda w nowoczesnym wydaniu

Bańki lecznicze to tradycyjna metoda terapeutyczna, która ma swoje korzenie w starożytności i jest stosowana w wielu kulturach na całym świecie. Ich działanie opiera się na tworzeniu podciśnienia na skórze, co prowadzi do zasysania tkanek w obręb bańki. Dzięki temu zabiegowi poprawia się krążenie krwi i limfy, co może przynieść wiele korzyści zdrowotnych. W pielęgniarstwie bańki są wykorzystywane głównie jako metoda wspomagająca leczenie infekcji dróg oddechowych, bóli mięśniowych oraz schorzeń reumatycznych. Poprzez poprawę krążenia, bańki mogą

stymulować układ odpornościowy, co jest szczególnie ważne w walce z infekcjami. Dodatkowo, mogą przynieść ulgę w bólu, rozluźniając napięte mięśnie i przyspieszając proces regeneracji tkanek. Bańki można stosować w różnych formach, takich jak bańki szklane, gumowe czy silikonowe, które różnią się sposobem aplikacji i efektem terapeutycznym. Przed przystąpieniem do zabiegu, ważne jest, aby pacjent został odpowiednio poinformowany o procedurze (Piotrowski-Manz 2022: 30-55).

Zestaw do wykonania baniek leczniczych: rękawiczki, taca, ręcznik, oliwka, bańki, ogień, owinięty pean watą, spirytus salicylowy.

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Przygotuj potrzebny sprzęt.
- Przedstaw się, przeprowadź identyfikację pacjenta.
- Udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Zabezpiecz włosy pacjenta, połóż mu ręcznik na głowę.
- Bańki połóż blisko pacjenta i posmaruj go oliwką.
- Zamocz pean w spirytusie i odsącz z nadmiernej ilości płynu, włóż go do ognia.
- Wykonuj ruch miotełki wokół środka bańki blisko ciała pacjenta i szybko przyłóż do skóry.
- Po przyłożeniu wszystkich baniek sprawdź czy się trzymają delikatnie przejeżdżając ręką, trzymaj je na ciele około 10-15 minut.
- Przy ściąganiu delikatnie włóż palec pod bańkę żeby podważyć.
- Wyczyść pacjenta z resztek oliwki.
- Uporządkuj stanowisko.
- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce (Eszyk, Kulik 2014: 90-94).
- Udokumentuj wykonanie zabiegu.



Ryc. 128 Bańki szklane
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 129 Wykonanie zabiegu z wykorzystaniem baniek leczniczych
Źródło: opracowanie własne

Bańki poprawiają ukrwienie, mobilizują organizm do walki z infekcją i wspomagają łagodzenie bólu mięśniowego. Teraz już wiem, że babcia miała rację – czasami tradycyjne metody naprawdę działają. Należy jednak pamiętać, aby podchodzić do nich z rozważą, w oparciu o współczesną wiedzę medyczną. Bańki pozostają skutecznym narzędziem w rękach tych, którzy wiedzą, jak z nich korzystać.

12.2 Kompres żelowy – kiedy ciepło leczy

Coraz powszechniej jako alternatywę termoforu stosuje się kompresy żelowe, które również wykorzystują suche ciepło. Aby przygotować ciepły kompres żelowy, należy ogrzewać go przez 7-10 minut w wodzie o temperaturze 70-80°C (nie doprowadzając do wrzenia). Kompres można również podgrzać w kuchence mikrofalowej zgodnie z instrukcją producenta. Po ogrzaniu kompres należy osuszyć, umieścić w pokrowcu, a następnie ułożyć i ustabilizować na chorej części ciała. Ciepłe kompresy są szczególnie zalecane w przypadku bólu, zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa i stawów, schorzeń reumatycznych, kurczów mięśniowo-więzadłowych, pourazowych zwichnięć i skręceń oraz napięcia mięśni wywołanego chorobami neurologicznymi (Majda, Ślusarska i Zarzycka 2017: 573-578).

Przeciwwskazania:

- krwotoki,
- oparzenia i ostre stany zapalne grożące perforacją,
- oparzenia,
- zaburzenia czucia.

Wskazania:

- ból różnego pochodzenia i lokalizacji (np. bóle kolkowe - nerkowe, bóle menstruacyjne, nerwobóle, bóle pochodzenia reumatycznego),
- oziębienie ciała,
- przykurcze, sztywność stawów,
- wzdęcia (Ciechaniewicz 2007: 530-531).

Przygotowanie:

Należy przygotować: ręcznik, kompres żelowy rozgrzewający, pokrowiec/ręcznik, rękawiczki.

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce, podgrzej kompres i umieść go w pokrowcu lub owiń ręcznikiem a następnie przynieś zestaw do sali.
- Sprawdź tożsamość pacjenta, udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Przygotuj otoczenie pacjenta, zamknij okna i drzwi, zapewnij warunki intymności.
- Załóż jednorazowe rękawiczki niejałowe.
- Ułóż pacjenta w wygodnej, bezpiecznej pozycji zapewniającej dostęp do miejsca planowanego zabiegu.
- Odsłoń miejsce stosowania kompresu żelowego.
- Ułóż i ustabilizuj kompres na leczonym miejscu.
- Kontroluj stan skóry i reakcję pacjenta na stosowany zabieg, usuń kompres, jeśli zaobserwujesz u pacjenta intensywne pocenie się, zaczerwienienie lub ból.
- Po upływie 20-30 minut usuń kompres z leczonego miejsca, oceń stan ogólny stan skóry w miejscu zastosowania ciepła, zapytaj o samopoczucie (Cichoń, Demczyszak, Spyra 2010: 43).
- Udokumentuj wykonanie zabiegu, opisz efekty zastosowanej interwencji i reakcję pacjenta na zabieg.



Ryc. 130 Ułożenie kompresu żelowego na okolicę poddaną zabiegowi

Źródło: opracowanie własne

12.3 Kompres rozgrzewający – siła termiki w procesie leczenia

Kompres rozgrzewający mokry to zabieg terapeutyczny, który polega na miejscowym stosowaniu wilgotnego ciepła na niewielkie partie ciała. Jego celem jest zmniejszenie napięcia mięśni, złagodzenie bólu, wspomaganie leczenia stanów zapalnych, przyspieszenie metabolizmu oraz zwiększenie odporności komórek. Dodatkowo kompres może pobudzać pracę jelit przy zachowanej perystaltyce, np. w przypadku zaparć, przyspieszać proces powstawania ropy oraz obniżać ciśnienie tętnicze. Składa się z trzech warstw: mokrej, ceratki i suchej (Jaciubek 2021: 165-166).

Wskazania do stosowania kompresu rozgrzewającego:

- stany zapalne żył,
- zrosty po wstrzyknięciach,
- zakrzepowe zapalenie żył,
- czyraki, zastrzały, ropowice,
- angina,
- stan zapalny ucha środkowego,
- zapalenie płuc i oskrzeli, jeśli temperatura ciała nie przekracza 38°C.

Przeciwwskazania do stosowania kompresu rozgrzewającego:

- początkowy okres urazu,
- choroba nowotworowa,
- krwotok,
- „ostry brzuch” (Ciechaniewicz 2007: 530-531).

Przygotowanie:

Należy przygotować: ręcznik, rękawiczki, warstwę waty lub tkaninę (lnianą/bawełnianą) rozmiarem dostosowaną do wielkości miejsca poddanego zabiegowi, ceratkę - większą od warstwy waty o 2 cm z każdej strony, warstwę ligniny większą od ceratki o 2 cm z każdej strony, miskę z chłodną (21-27°C) lub letnią (28-33°C) wodą, spirytus 70%, wazelinę. (Bauer, Wiecheć 2015: 41-51).

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce, przygotuj zestaw do wykonania kompresu i przynieś go do sali pacjenta.
- Sprawdź tożsamość pacjenta, udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Przygotuj otoczenie pacjenta, zamknij okna i drzwi, zapewnij warunki intymności.
- Załóż jednorazowe niejałowe rękawiczki.
- Ułóż pacjenta w wygodnej, bezpiecznej pozycji zapewniającej dostęp do miejsca planowanego zabiegu.
- Odsłoń miejsce stosowania kompresu rozgrzewającego
- Posmaruj miejsce założenia okładu wazeliną, oliwką lub kremem natłuszczającym.
- Zmocz warstwę waty lub tkaninę (lnianą/bawełnianą) przygotowanym płynem według zalecenia np. spirytus 70%, odciśnij nadmiar płynu i wyrównaj powierzchnię waty lub tkaninę (lnianą/bawełnianą). Następnie ułóż warstwę mokrą okładu na okolicę leczoną, na warstwie mokrej ułóż ceratkę, a następnie warstwę suchą, tak aby wszystkie warstwy ściśle do siebie przylegały.

- Przymocuj kompres w zależności od leczonego miejsca, np. bandażem, brzegi suchej warstwy muszą wystawać około 2 cm z każdej strony.
- Obserwuj reakcję pacjenta na zabieg.
- Zdejmij jednorazowe niejałowe rękawice, higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Po upływie 6-8 godzin od rozpoczęcia zabiegu, usuń warstwę moką i ceratkę kompresu (warstwa mokra i skóra po zabiegu powinny być wilgotne i ciepłe).
- Udokumentuj wykonanie zabiegu, opisz efekty zastosowanej interwencji i reakcję pacjenta na zabieg.



Ryc. 131 Wykonanie kompresu rozgrzewającego
Źródło: opracowanie

W moim doświadczeniu jako studentka pielęgniarstwa zauważyłam, że stosowanie kompresów rozgrzewających przy stanach zapalnych w miejscu po założonym wkluciu, zwłaszcza gdy lek się wynaczył, przynosi pacjentom znaczną ulgę. Ciepło poprawia krążenie krwi, co przyspiesza usuwanie toksyn i wspiera regenerację tkanek. Ważne jest jednak, aby zawsze monitorować reakcję pacjenta i unikać stosowania bezpośrednio kompresów na uszkodzoną skórę.

12.4 Worek z lodem i okład żelowy: gdy chłód łagodzi ból

Najlepsze efekty terapeutyczne uzyskuje się, stosując worek z lodem na małe obszary ciała przez 20-30 minut, z godziną przerwą przed kolejną aplikacją. Liczba powtórzeń zależy od oceny stanu zdrowia pacjenta, tolerancji na zimno oraz kondycji skóry w

miejscu zabiegu. Terapia lodem działa miejscowo przeciwbólowo, przeciwkrwotocznie, przeciwobrzękowo i przeciwzapalnie, a także pomaga obniżyć temperaturę ciała. Ogólne efekty uzyskuje się, przykładając lód w okolicach dużych naczyń krwionośnych, np. w pachwinach, pod pachami czy na brzuchu. Oprócz worków z lodem w terapii zimnem stosuje się również żelowe okłady chłodzące. Okład żelowy wykonany jest z nietoksycznego, organicznego żelu i odpornej na uszkodzenia folii. Jego główną zaletą jest zdolność długotrwałego oddawania zimna lub ciepła. Jest ekonomiczny, praktyczny w użyciu, wielokrotnego użytku oraz dostępny w różnych rozmiarach, co pozwala na schładzanie różnych części ciała (Baranowska, Klimaszewska i Krajewska-Kułak 2017: 148-157).

Wskazania:

- bóle różnego pochodzenia i lokalizacji (np. bóle głowy),
- po ekstrakcji zębów,
- narastający obrzęk (w świeżych urazach - stłuczeniach, skręceniach, pooperacyjny),
- świeży stan zapalny,
- krwawienia (zewnętrzne i/lub wewnętrzne, np. po porodzie),
- gorączka.

Przeciwwskazania:

- odmrożenia,
- nieustabilizowane krążenie krwi, np. zaburzenia dopływu krwi tętniczej,
- zaburzenia czucia (Ciechaniewicz 2007: 527-528).



Ryc. 132 Miejsce zastosowania okładu żelowego
Źródło: opracowanie

Przygotowanie:

Należy przygotować: ręcznik, rękawiczki, worek na lód, pokrowiec na worek, kostki lodu w pojemniku, napełnij worek kostkami lodu do 1/2-2/3 objętości, tak aby pozwolił się dowolnie modelować a następnie usuń z worka powietrze i umieść go w pokrowcu lub owiń ręcznikiem.

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce, przygotuj zestaw do wykonania worka z lodem i przynieś go do sali pacjenta.
- Sprawdź tożsamość pacjenta, udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Przygotuj otoczenie pacjenta, zamknij okna i drzwi, zapewnij warunki intymności.
- Załóż jednorazowe niejałowe rękawiczki.
- Ułóż pacjenta w wygodnej, bezpiecznej pozycji zapewniającej dostęp do miejsca planowanego zabiegu.
- Odsłoń miejsce stosowania worka z lodem.
- Ułóż worek z lodem stabilnie na miejscu poddanym zabiegowi.
- Kontroluj stan pacjenta, oceniaj stopień rozpuszczania się lodu i sukcesywnie usuwaj wodę (powstałą z roztopionego lodu), tak aby w worku był tylko lód.
- Zdejmij jednorazowe niejałowe rękawice, higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.
- Po upływie około 20-30 minut usuń worek z lodem z leczonego miejsca, oceń stan ogólny pacjenta i stan skóry w miejscu stosowania zimna (Bauer, Wiecheć 2015: 41-51).
- Udokumentuj wykonanie zabiegu, opisz efekty zastosowanej interwencji i reakcję pacjenta na zabieg.



Ryc. 131 Ułożenie worka z lodem na okolicę poddaną zabiegowi
Źródło: opracowanie własne

Podczas praktyk w szpitalu często spotykałam pacjentów z gorączką, co stanowiło wyzwanie zarówno dla nich, jak i dla nas, zespołu medycznego. Jedną z metod, którą stosowaliśmy była terapia zimnem. Wykorzystaliśmy do tego ręczniki nasączone zimną wodą lub worki z lodem, które następnie nakładaliśmy na czoło pacjenta lub w okolice karku. Ta metoda pomagała w obniżeniu temperatury ciała, a pacjenci odczuwali znaczną ulgę.

12.5 Okład chłodzący – siła zimna w terapii

Okład chłodzący mokry to zabieg terapeutyczny polegający na miejscowym stosowaniu wilgotnego zimna na niewielkie obszary ciała. Jego celem jest obniżenie temperatury ciała, zmniejszenie aktywności metabolicznej tkanek, zahamowanie krwawienia i zapobieganie jego nawrotom, hamowanie procesów zapalnych i ropnych, ograniczenie aktywności drobnoustrojów we wczesnych fazach inkubacji, profilaktyka oraz redukcja obrzęków, zmniejszenie przekrwienia tkanek, a także działanie przeciwbólowe. Okład chłodzący stosuje się maksymalnie przez 15-20 minut, a w razie potrzeby można go powtórzyć po 2-3 godzinach (Czarnecka i inni. 2018: 210-216).

Wskazania:

- umiejscowione ostre stany zapalne,
- urazy (np. stłuczenia mięśni, ścięgien, skręcenia, zwichnięcia stawów),
- krwawienia i krwotoki,
- obrzęk,
- ból różnego pochodzenia i lokalizacji (np. ból głowy),
- pooperacyjne obrzęki limfatyczne.

Przeciwwskazania:

- odmrożenia,
- tętniczne zaburzenia dopływu krwi (Ciechaniewicz 2007: 527-528).

Przygotowanie:

Należy przygotować: ręcznik, dwie tkaniny dobrze wchłaniające wodę (lniane lub bawełniane) rozmiarem dostosowane do wielkości miejsca leczonego, miskę z wodą chłodną (21-27°C) lub zimną z kostkami lodu.

- Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce, przygotuj zestaw do wykonania okładu chłodzącego i przynieś go do sali pacjenta.
- Sprawdź tożsamość pacjenta, udziel pacjentowi informacji o planowanym zabiegu.
- Przygotuj otoczenie pacjenta, zamknij okna i drzwi, zapewnij warunki intymności.
- Załóż jednorazowe niejałowe rękawiczki.
- Ułóż pacjenta w wygodnej, bezpiecznej pozycji zapewniającej dostęp do miejsca planowanego zabiegu.
- Odsłoń miejsce stosowania okładu chłodzącego.
- Nasmaruj skórę pacjenta oliwką lub kremem natłuszczającym, przymierz gazę na leczonej części ciała.

- Zamocz obie przygotowane tkaniny, odciśnij jedną z tkanin z nadmiaru wody i ułóż ją na leczonym miejscu. Po upływie 2-3 minut zastąp ją drugą tkaniną z miski (po uprzednim odciśnięciu).
- Zmieniaj tkaniny aż do zakończenia zabiegu (15-20 minut) a następnie osusz skórę pacjenta w miejscu stosowania zabiegu (Kasprzak, Mańkowska 2017: 19-20).
- Zdejmij jednorazowe niejałowe rękawice, higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce
- Udokumentuj wykonanie zabiegu, opisz efekty zastosowanej interwencji i reakcję pacjenta na zabieg.



Ryc. 132 Wykonanie okładu chłodzącego
Źródło: opracowanie własne

Podczas zajęć teoretycznych i praktycznych z zakresu podstaw pielęgniarstwa miałam okazję zapoznać się z różnorodnymi metodami terapii ciepłem i zimnem, które odgrywają istotną rolę w codziennej opiece nad pacjentem. Zrozumiałam, że zarówno ciepło, jak i zimno mogą być skutecznie wykorzystywane do łagodzenia bólu, wspomagania procesu gojenia oraz poprawy komfortu pacjentów.

Podsumowanie

Współczesne pielęgniarstwo to dynamicznie rozwijający się obszar, który stawia przed przyszłymi profesjonalistami coraz większe wymagania. Wymaga to od pielęgniarek nie tylko solidnej wiedzy teoretycznej, ale również zaawansowanych umiejętności praktycznych. W obliczu postępu technologicznego, zmieniających się metod leczenia oraz rosnących oczekiwań społecznych, rola pielęgniarki wykracza daleko poza wykonywanie zleceń lekarskich. Dziś pielęgniarki pełnią kluczową rolę w wielodyscyplinarnych zespołach medycznych, współpracując z lekarzami, terapeutami i innymi specjalistami w trosce o kompleksową opiekę nad pacjentem. Konieczność ciągłego kształcenia i dostosowywania się do nowych standardów oraz technologii sprawia, że pielęgniarki muszą nieustannie doskonalić swoje kompetencje zawodowe.

Po przeczytaniu skryptu „Podstawy Pielęgniarstwa Okiem Studenta” czytelnicy zyskali wprowadzenie do teorii oraz zobaczyli, jak omawiane procedury wyglądają w praktyce pracy pielęgniarki. Jest to szczególnie ważne dla studentów i początkujących pielęgniarek, którzy muszą przyswoić i opanować procedury w kontekście rzeczywistych warunków, z jakimi spotykają się w pracy szpitalnej.

Bibliografia

1. Wałaszek M., Higiena rąk – wymagania stawiane pracownikom medycznym, *Problemy pielęgniarstwa*, 2018, 26(2): 90-98
2. Majda A., Ślusarska B., Zarzycka D., *Podstawy pielęgniarstwa tom II*, PZWL, 2017, Warszawa
3. Denisiewicz B., Higieniczna dezynfekcja rąk w walce z zakażeniami, *Forum zakażeń*, 2019, 10(5): 299
4. Dyk D., Miętkiewicz S., Siczyńska B., Higiena rąk a redukcja zakażeń. Czy warto podejmować działania na rzecz poprawy higieny rąk?, *Probl High Epidemiol*, 2014, 95(3): 580-585
5. Bulanda M., Wójkowska-Mach J., *Zakażenia szpitalne w jednostkach opieki zdrowotnej*, PZWL, 2016, Warszawa
6. Bearman G., Cooper K., Doll M., Stevens M., *Hospital Infection Prevention: How Much Can We Prevent and How Hard Should We Try?*, *Current Infectious Disease Reports*, 2019, 21(2)
7. Nieradko-Iwanicka B., Układ termoregulacji człowieka i wpływ czynników atmosferycznych na odczucia cieplne człowieka, *Higiena i środowisko a zdrowie człowieka*, 2014, 3: 943-956.
8. Jaciubek M., *Podstawowe Procedury Pielęgniarskie*, Edra Urban & Partner, 2021, Wrocław
9. Ashley P., Duane B., Jamal H., Lyne A., Non-sterile examination gloves and sterile surgical gloves: which are more sustainable?, *Jornal of Hospital Infection*, 2021, 118:87-95
10. Creamer J., Davis K., Race W., Sterile gloves: do they make a difference?, *The American Journal of Surgery*, 2018, 204(6): 976-980
11. Majda A., *Stany zagrożenia życia: wybrane standardy opieki i procedury postępowania pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2001, Kraków
12. Chmielewska-Kowalska E., Czarnecka J., Fedak M., Kluczek I., Jaciubek M., Zera A., *Podstawy Pielęgniarstwa Repetytorium Przedegzaminacyjne*, Edra Urban & Partner, 2018,
13. Faściszewska M., Molisz A., Siebert J., Wożakowska-Kapłon B., Prędkość fali tętna - wartości referencyjne i zastosowanie, *Folia Cardiologica*, 2015, 10(4): 268-274
14. Tolarska D., Zozulińska-Ziółkiewicz D., *Pielęgniarstwo internistyczne*, PZWL, 2018, Warszawa

15. Appel J., Hall J.E., Pickering T.G., Recommendations for measurement of blood pressure in humans and experimental animals, *Hypertension*, 2005, 45: 142-161
16. Traczyk W., *Fizjologia człowieka w zarysie*, PZWL, 2013, Warszawa
17. Mayer D., How do we diagnose diabetes and measure blood glucose control?, *Diabetes Spectrum*, 2001, 14(2): 67–71
18. Araszkiewicz A., Bandurska-Stankiewicz E., Borys S. i inni, Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u osób z cukrzycą – 2024, Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, *Curr Top Diabetes* 2023, 4: 1-155
19. Titchener J., *Leczenie cukrzycy podejście skoncentrowane na pacjencie*, Edra Urban & Partner, 2021, Wrocław
20. Furmanik F., Kieczka-Radzikowska K., Kopański Z., Kulesa-Mrowiecka M., Liniarski M., Rowiński J., Tabak J., Wypyszewska J., *Kliniczna ocena bólu*, *Journal of Clinical Healthcare*, 2018, 2: 6-11
21. Salik K., *Higiena ciała pacjenta-punkty krytyczne*, *Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece*, 2016, 2(3): 83–86
22. Cisoń-Apanasewicz U., *Zadania i kompetencje pielęgniarki w opiece nad pacjentem w wybranych stanach internistycznych*, Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu, 2012
23. Hryniewicz W., Holeccki M., *Rekomendacje diagnostyki, terapii i profilaktyki zakażeń układu moczowego u dorosłych*, Narodowy Instytut Leków, 2015, Warszawa
24. Bil-Lula I., Ćwiklińska A., Kamińska D., Kopczyński Z., Kozłowska D., Krzywonos-Zawadzka A., Mantur M., Mertas A., Pietruczuk M., Solnica B., Zoubek I., Zalecenia Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej dotyczące badania upostaciowanych elementów moczu w medycznym laboratorium diagnostycznym, *Diagnostyka Laboratoryjna*, 2019, 55(3): 145-198
25. Babska K., *Prewencja zakażeń układu moczowego u pacjentów z cewnikiem moczowym*, *Forum nefrologiczne*, 2020, 13(2): 98-102
26. Talarska D., Wieczorowska-Tobis K., *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*, PZWL, 2017, Warszawa
27. Ciechaniewicz W., *Pielęgniarstwo Ćwiczenia Tom II*, PZWL, 2007, Warszawa
28. Jassem J., Jarosz J., Kapala A., Kłęk S., Krawczyk J., Krzakowski M., Misiak M., Szczepanek K., *Żywnienie drogą przewodu pokarmowego (żywnienie dojelitowe)*, *Nowotwory Journal of Oncology*, 2014, 64(5): 436–442
29. Górecka D., *Leczenie tlenem Choroby wewnętrzne*, *Medycyna Praktyczna*, 2011

30. Szyszka A., Domowe leczenie tlenem w przewlekłej niewydolności oddychania, *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2013, 7(1): 23–28
31. Haznar D., Karolewicz B., Pluta J., Nebulizacja jako metoda podawania leków, *Terapia i leki*, 2009, 65(4): 291-304
32. Wordliczek J., Życzkowska J., Podskórne i dożylnie stosowanie leków przeciwbólowych w medycynie paliatywnej, *Advances in Palliative Medicine*, 2009, 8(4): 153 -160
33. Zofia K., Stany zagrożenia życia: wybrane standardy opieki i procedury postępowania pielęgniarskiego, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2001, Kraków
34. Talarska D., Szwalkiewicz E., Wieczorowska-Tobis K., Opieka nad osobami przewlekle chorymi w wieku podeszłym i niesamodzielnymi, PZWL, 2011, Warszawa
35. Ścisło Lucyna, Pielęgniarstwo chirurgiczne, PZWL, 2020, Warszawa
36. Smereka J., Gazometria krwi tętniczej i równowaga kwasowo-zasadowa, Edra Urban & Partner, 2016, Wrocław
37. Baranowska A., Klimaszewska K., Krajewska-Kułak E., Podstawowe czynności medyczne i pielęgnacyjne, PZWL, 2017, Warszawa
38. Czekirda M., Obliczanie dawek leków, PZWL, 2024, Warszawa
39. Ciechanowicz W., Cybulska A.M., Grochans E., Łoś E., Wstrzyknięcia śródskórne, podskórne, domięśniowe i dożylnie, PZWL, 2022, Warszawa
40. Piotrowski-Manz H., Sztuka stawiania baniek, Bernardinum, 2022, Pelplin
41. Cichoń D., Demczyszak I., Spyra J., Wybrane Zagadnienia z Termoterapii, Kolegium Karkonoskie w Jeleniej Górze, 2010, Jelenia Góra
42. Bauer A., Wiecheć M., Systematyka zabiegów leczniczych w zakresie termoterapii, *Praktyczna fizjoterapia & rehabilitacja* 2015, 66: 41-51
43. Kasprzak W., Mańkowska A., Fizykoterapia, medycyna uzdrowiskowa i spa, PZWL, 2016, Warszawa
44. Eszyk J., Kulik H., Algorytmy czynności i zabiegów pielęgniarskich, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, 2014, Katowice

