

<https://doi.org/10.21784/IwP.2022.023>

Rola pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z oparzeniem II stopnia w trakcie hospitalizacji

The role of the nurse in the care of a child with second-degree burns during hospitalization

NATALIA CHABOWSKA¹

¹ Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku

Streszczenie

Wstęp. Uraz termiczny u dziecka jest sytuacją dla niego bardzo bolesną i stresującą, a nawet zagrażającą życiu. Wymaga to od zespołu terapeutycznego sprawnego oraz profesjonalnego podejmowania działań zaspakajających potrzeby pacjenta w oparciu o wiedzę i doświadczenie. Pielęgniarka w opiece na małym dzieckiem oparzonego wykonuje działania na wielu płaszczyznach mając na celu dobro pacjenta oraz jego jak najszybszy powrót do zdrowia, jednocześnie okazując mu wsparcie oraz empatię.

Cel. Celem pracy było przedstawienie zadań pielęgniarki wobec opieki nad dzieckiem po przebytych urazach termicznych z uwzględnieniem potrzeb biopsychospołecznych pacjenta i jego rodziców/opiekunów.

Prezentacja przypadku. Dziecko w wieku 2 lat, trafiło na oddział chirurgii dziecięcej z powodu obrażeń powstałych na skutek przeżytego urazu termicznego. Przed rozpoczęciem wstępnej oceny rozległości oraz głębokości ran oparzeniowych podano dziecku leki przeciwbólowe i uspokajające, aby ograniczyć niepokój i ból dziecka. Zdiagnozowano oparzenia mozaikowe IIa/IIb umiejscowione po prawej stronie klatki piersiowej, prawego barku oraz prawego ramienia, a także oparzenia I/IIa stopnia twarzy w okolicy policzka, ust oraz prawej skroni. Powierzchnia oparzona w stosunku do całkowitej powierzchni została oceniona na około 20%.

Wnioski. W opiece nad dzieckiem oparzonego pielęgniarka ma do czynienia z wieloma poważnymi problemami pielęgnacyjnymi. Uraz termiczny powoduje nie tylko bardzo bolesne rany oparzeniowe, ale może również powodo-

wać ogólnoustrojową chorobę oparzeniową. Uraz i hospitalizacja są dla dziecka stresogenne i zaburzają jego komfort psychiczny. Działania pielęgniarki w opiece nad oparzonym dzieckiem są wielopłaszczyznowe, w celu zaspokojenia potrzeb z każdej sfery życia pacjenta.

Słowa kluczowe: oparzenie, uraz termiczny, pielęgnowanie, pielęgniarstwo pediatryczne, pielęgniarstwo chirurgiczne, chirurgia dziecięca, pierwsza pomoc, edukacja, rodzice

Summary

Introduction. A thermal injury of a child is a very painful, stressful and even life-threatening situation. This situation demands from therapeutic team to take efficient and professional actions which are based on knowledge and experience to allay the patient's needs. A nurse in the care of a child with burns must work on many levels, be aimed at patient's wellbeing, his as soon as possible recovery and shows him support and empathy at the same time.

Aim. The aim of this bachelor thesis is to present nurse's duties towards child after thermal injury and bio-psychosocial patients and his parents/protectors needs.

Case study. A 2-year-old child was admitted to the pediatric surgery ward due to injuries resulting from thermal trauma. Prior to the initial assessment of the extent and depth of the burn wounds, the child was given analgesics and sedatives to reduce the child's anxiety and pain. Mosaic burns IIa/IIb located on the right side of the chest, right shoulder, and right arm, as well as I/IIa burns of the face in the area of the cheek, mouth and right temple were diagnosed. The burnt area in relation to the total area was estimated at about 20%.

Conclusion. In a care of a child with burns the nurse has to deal with many serious nursing problems. Thermal injury causes not only very painful burns. The patient can have a systemic burn disease. The injury and hospitalization are stressful for the child and interfere with his psychological comfort. Nurses' actions in care of a child with burns are multifaceted in order to meet the needs of every sphere of patient's life.

Key words: burns, thermal injury, nursing, Pediatric nursing, Surgical nursing, Pediatric surgery, first aid, education, parents

Wstęp

Oparzenie jest efektem działania na organizm procesów o energii przewyższającej naturalny próg ochronny. W wyniku oparzenia zostaje uszkodzony największy ludzki organ jakim jest skóra i jej elementy morfotyczne, a także tkanka podskórna, a niekiedy również głębiej położone warstwy tkanek. Prowadzi to do zaburzeń homeostazy organizmu. Oparzenie to charakterystyczne zapalne lub martwicze zmiany skóry i tkanek będące wynikiem urazu termicznego, elektrycznego, chemicznego, rzadziej słonecznego oraz popromiennego. Oparzenie to nie jedynie rana oparzeniowa, która jest lokalnym uszkodzeniem skóry i jej funkcji, ale również zespół zmian ogólnoustrojowych, czyli choroba oparzeniowa. Prowadzi ona do nieprawidłowości w gospodarce wodno-elektrolitowej, oraz do zaburzeń immunologicznych i metabolicznych. Skutkuje to zakłóceniem pracy niektórych narządów i układów. Przy rozległych oparzeniach, w wyniku choroby oparzeniowej może nawet dojść do zgonu pacjenta [1].

Cel

Praca ma na celu przedstawienie problematyki roli pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z oparzeniem II stopnia w trakcie hospitalizacji.

Prezentacja przypadku

Dziecko w wieku 2 lat, urodzone siłami natury bez komplikacji, o masie urodzeniowej 3140 g, obwód klatki piersiowej 30 cm. W pierwszej minucie po urodzeniu otrzymał 10 punktów w skali Apgar. U dziecka nie rozpoznano żadnej choroby wrodzonej. Dziecko przeszło szczepienia według kalendarza szczepień. Dziecko otrzymało także szczepionkę przeciwko tężcowi. Jego rozwój jest bardzo dobry, adekwatny do wieku. Dziecko nigdy wcześniej nie hospitalizowane, zdrowe. Sytuacja społeczno-bytowa rodziny dobra. Dziecko trafia na oddział chirurgii dziecięcej z powodu obrażeń powstałych na skutek przeżytego urazu termicznego.

Z wywiadu z rodzicami pacjenta wiadomo, że chłopiec pociągnął obrus ze stołu, na którym stał kubek z gorącą herbatą. Matka chłopca

zdjęta z dziecka ubranie oraz słodziła oparzone miejsca pod bieżącą, delikatnie chłodną wodą. Rodzice zabezpieczyli ranę oparzeniową czystym prześcieradłem i niezwłocznie przywieźli syna do szpitala.

Podczas przyjęcia wykonano pomiar podstawowych parametrów życiowych. Ciśnienie tętnicze krwi 105/72 mmHg, tętno 100 uderzeń na minutę, miarowe, saturacja 97%, oddech 29/minutę – przyspieszony, brak oznak duszności, temperatura podwyższona – 38,6°C.

Przed rozpoczęciem wstępnej oceny rozległości oraz głębokości ran oparzeniowych podano dziecku leki przeciwbólowe i uspokajające, aby ograniczyć niepokój i ból dziecka. Zdiagnozowano oparzenia mozaikowe IIa/IIb umiejscowione po prawej stronie klatki piersiowej, prawego barku oraz prawego ramienia, a także oparzenia I/IIa stopnia twarzy w okolicy policzka, ust oraz prawej skroni. Powierzchnia oparzona w stosunku do całkowitej powierzchni została oceniona na około 20%.

Dokonano toalety ran oparzeniowych, nałożono krem Argosulfan, aby w nieinwazyjny sposób oczyścić ranę, założono jałowy opatrunek. Następnie pobrano próbkę krwi do badań laboratoryjnych, serologicznych oraz pobrano próbkę moczu do badania ogólnego. Wyniki pozwoliły wykryć zaburzenia wodno-elektrolitowe.

Rozpoczęto płynoterapię oraz farmakoterapię. Zlecone zostało podanie 1 mg morfiny w odstępie 6 godzin, paracetamol 125mg 3 razy dziennie w postaci czopków. Drogą dożylną zlecono podanie 500 ml NaCl 0,9%, 250ml Glukozy 5% oraz 10 ml NaClCO₃.

Rodzice są stale obecni przy dziecku, poinformowano ich o podejmowanych wobec ich dziecka czynnościach, zapoznano z topografią oddziału oraz o zasadach panujących na oddziale. Poinformowano ich również o konieczności przestrzegania przez dziecko diety ścisłej w pierwszej dobie po urazie termicznym.

Tab. 1. Arkusz indywidualnego opisu przypadku

| | |
|--|--|
| Imię i nazwisko (inicjały)/ zdrobnienia: M.C. | |
| Data urodzenia: 20.08.2016 | Dane rodziców/ opiekunów: – wiek M – A.C. 31 lat O – P.C. 34 lata |
| Aktywność zawodowa rodziców/ opiekunów M – działalność własna O – działalność własna | Zawód wykonywany przez rodziców/ opiekunów M – księgową O – mechanik samochodowy |
| WYWIAD DOTYCZĄCY NARODZIN I KARMIENTA | |
| Okres przedporodowy: Przebieg prawidłowy Okres porodu: Ciąża I, poród I, w 39 tygodniu, bez powikłań Okres poporodowy: Ocena w skali Apgar: 1min- 10 Masa ciała urodzeniowa: 3140 g Obwód klatki piersiowej: 30 cm Urazy okołoporodowe: Brak Wady wrodzone: Brak Sposób karmienia: Dziecko karmione piersią. | |

Wyniki badań:**Laboratoryjnych**Biochemia

Sód 138 [mmol/L]; Potas 4.31 [mmol/L]; Glukoza 5,8 [mmol/L];
Mocznik 1,2 [mmol/L]; Kreatynina 25 [μmol/L]; Albuminy (ALB) 37,9 g/L;
Białko 55,2 g/L; Białko CRP 2,84 mg/dL.

Hematologia**C53 – Morfologia krwi obwodowej**

WBC 9,87 G/L; RBC 4,84 T/L; HGB 13,1 g/dL; HCT 37,1 [%];
MCV 76,5 fL; MCH 27,1 pg; MCHC 35,4 g/dL; RDW 12,6 [%];

HDW 2,7 g/dL; %HYPO 1,0 [%]; %MIKRO 4,0 [%]; %MAKRO 0,0 [%];
%HYPER 1,4 [%]; PLT 351,0 G/L; MPV 8,4 fL.

C22 – Mikroskopowy rozmaz krwi

Matamielocyty 1 [%]; Neutrofile pałeczkowate 8 [%];
Neutrofile segmentowane 10 [%]; Granulocyty kwasochłonne 2 [%];
Limfocyty 57 [%]; Limfocyty atypowe 1 [%]; Monocyty 21 [%].

RKZ

Równowaga kwasowo-zasadowa (profil podstawowy)

(Krew kapilarna)

pH 7,475; pCO₂ 26,6 [mmHg]; pO₂ 75,4 [mmHg];
BE (B) -4,4 [mmol/L]; HCO₃ – akt 19,2 [%]; ctCO₂ 20 [mmol/L];
Sco₂ (C) 95,6 [%]

| HISTORIA CHOROBY | STAN OGÓLNY (podczas zbierania wywiadu) |
|---|--|
| Rozpoznanie lekarskie: Oparzenie twarzy, klatki piersiowej i kończyny górnej prawej | Temperatura: 38,6°C |
| Przyjmowane leki: Brak | Tętno:(liczba / napięcie / rytm): 100/ min/ prawidłowe/ prawidłowy |
| Przebyte choroby: Brak | Oddechy:29/ minutę |
| Pobyty w szpitalu: Brak | Ciśnienie tętnicze: 105/72 mm Hg |
| Przebyte zabiegi operacyjne: Brak | Masa ciała: 12 kg |
| Przebyte urazy/wypadki: | Wzrost/ Długość ciała 86cm |
| Uczulenia: Brak | |

| | |
|---|--------------------------|
| Szczepienia: WZW B, HCV | |
| Badania przesiewowe: Badanie na fenylketonurii i mukowiscydozie, badanie słuchu, bilans | BMI: 16,2 (percentyl 75) |

WYWIAD RODZINNY

Członkowie rodziny: Matka, ojciec
Ważne wydarzenia w rodzinie – ostatnie lata: Brak
Choroby występujące w rodzinie: Brak
Hobby/ zainteresowania: zabawki, książeczki dla dzieci, bajki animowane
Formy spędzania czasu wolnego: zabawa
Nałogi w rodzinie/używki: Brak
Błędy żywieniowe – jakościowe i ilościowe: Brak
Ograniczenia/przeciążenia psychicznego/fizyczne: Brak
Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego: Brak

WYWIAD ŚRODOWISKOWY

Miejsce zamieszkania: (miasto/wieś:) Miasto
Rodzaj zajmowanego lokalu mieszkalnego: Dom jednorodzinny
Ilość zajmowanych pomieszczeń: 7
Ilość osób mieszkających wspólnie: 3
Stan higieniczno – sanitarny mieszkania: Bardzo dobry
System pracy: Matka – Pół etatu; Ojciec – Pełny etat
Ilość godzin spędzonych w pracy/szkole: Matka – 4 godziny dziennie;
Ojciec – 8 godzin dziennie
Zagrożenia zdrowia
 w domu: Brak
 w pracy/szkole: Brak
Higiena osobista: Bardzo dobra
Aktywność fizyczna: Dobra
Wydalanie: Prawidłowe
Odżywianie: Zaburzone
Sen/zasypianie: Zaburzone

BADANIE FIZYKALNE**Stan biologiczny podopiecznego**

| SKÓRA | | | | | | |
|------------|-------------|-------------|------------|------------------|---|--------------------------|
| napięcie | temperatura | zabarwienie | wilgotność | stan higieniczny | inne objawy | stan rany pooperacyjnej* |
| prawidłowe | 38,6°C | Prawidłowe | Prawidłowe | Bardzo dobry | Oparzenie twarzy, klatki piersiowej i prawego barku | Nie dotyczy |

* dotyczy pacjentów po zabiegu operacyjnym

| UKŁAD ODDECHOWY | | | | |
|-----------------|-------------|---------------|-------------|-----------------|
| liczba oddechów | typ oddechu | kaszel | inne objawy | wyroby medyczne |
| 29 | prawidłowy | Nie występuje | brak | brak |

| UKŁAD KRAŻENIA | | | | | | |
|----------------|-------------|--------|-----------------------------|----------|-------------|-----------|
| ciśnienie | tętno | sinica | obrzęki | duszność | inne objawy | saturacja |
| 105/72mmHg | 100/ minutę | brak | W okolicy rany oparzeniowej | brak | brak | 97% |

| UKŁAD POKARMOWY | | | | | |
|-----------------|-------------|------------|--|-------------|---------------------------|
| uzębienie | łaknienie | stolec | dieta | inne objawy | sposób odżywiania |
| mleczne | zmniejszone | prawidłowy | W pierwszej dobie po urazie dieta ścisła, następnie dieta wysokobiałkowa i bogato-energetyczna | brak | Doustne z pomocą rodziców |

| UKŁAD MOCZOWY | | | |
|---------------|-----------------------|-------------|-----------------|
| objętość | jakość | inne objawy | wyroby medyczne |
| 450ml/dobę | Jasny żółty, klarowny | brak | brak |

| UKŁAD PŁCIOWY | | |
|---------------|-------------|-------------|
| cykl płciowy | inne objawy | inne cechy* |
| Brak | brak | brak |

* dotyczy dzieci i młodzieży

| UKŁAD NERWOWY | | | |
|-----------------------------|--------------------|--------------------|-------------|
| świadomość wg skali Glasgow | niedowład/ drżenia | mowa | inne objawy |
| Brak zaburzeń | brak | Adekwatna do wieku | brak |

| NARZĄDY RUCHU | | | | | |
|-------------------|---|------------|-------------|-----------------|--------------------------------|
| sposób poruszania | zakres ruchów | sylwetka | inne objawy | wyroby medyczne | ryzyko upadku wg skali Tinetti |
| samodzielny | Zmniejszony w okolicy ran oparzeniowych | prawidłowa | brak | brak | Brak zaburzeń |

Siatki centylowe masy ciała – paracentyl 75.

| NARZĄDY ZMYŚŁÓW UKŁAD ENDOKRYNOLOGICZNY | | | | | | |
|--|------------|------------|------------|------------------|-------------|-----------------|
| wzrok | słuch | smak | czucie | układ hormonalny | inne objawy | wyroby medyczne |
| prawidłowy | prawidłowy | prawidłowy | prawidłowe | prawidłowy | brak | brak |

Stan psychiczny i społeczny podopiecznego

| Sen | nastrój | inne objawy | ocena wg skali GDS* |
|---|--|---------------------------------------|---------------------|
| Występują drzemki w ciągu dnia, ze względu na ból zaburzony sen w nocy, konieczna jest obecność rodzica | Obniżony z powodu bólu oraz hospitalizacji | Nieufny wobec obcych, obawia się bólu | - |

* dotyczy seniorów

| | | | | | |
|--------------------|------------|---------------------|-------------------------------------|-------------|-----------------------------------|
| pamięć | myślenie | stosunek do światła | nastawienie do własnej sytuacji | inne objawy | ocena funkcji poznawczych wg skal |
| Adekwatna do wieku | prawidłowe | prawidłowy | Niepokój spowodowany hospitalizacją | brak | - |

Stan wiedzy i umiejętności do samoopieki i samopielegnacji

| | | | | | | |
|--------|--------------------|-----------|--------------------|---------------------------------------|--------------------|------------------------------|
| wiedza | Umiejętności | motywacja | odczuwane problemy | wydolność samoopieki/ samopielegnacji | | stan odżywiania wg skali MNA |
| - | Adekwatne do wieku | Średnie | Ból, niepokój | Bartel (PADL) - | Lanslow (ADL) - | Adekwatne do wieku |

Kaniule

| | | | |
|-----------|----------------------------------|-----------|---------|
| Obwodowe | Miejsce | Centralne | Miejsce |
| Występuje | przedramię kończyny górnej lewej | Brak | - |

| | |
|----------------------------------|---|
| Oszacowana Kategoria pacjenta | |
| II | Pacjent wymaga pomocy w spożywaniu posiłków, czynnościach higienicznych, pomiar parametrów życiowych jest dokonywany częściej niż 2 razy na dobę, prowadzony jest bilans płynów, pacjent wymaga wsparcia psychicznego i obecności rodziców. |

Diagnoza pielęgniarska

Dwuletni chłopiec trafił na oddział chirurgii dziecięcej z powodu obrażeń jakich doznał w wyniku oblania wrzątkiem.

Pacjent w chwili przyjęcia na oddział chirurgii dziecięcej przytomny, zdolny do nawiązania kontaktu, mowa adekwatna do wieku. Dziecko silnie zestresowane, płaczące, odczuwające silne dolegliwości bólowe. Jest nieufny względem personelu medycznego, lecz w obecności rodziców akceptuje wykonywane względem niego czynności.

Rana oparzeniowa obrzęknięta, pokryta pęcherzami, silnie zaczerwieniona. Dziecko zgłasza silne dolegliwości bólowe oraz pieczenie.

Rodzice reagują adekwatnie do sytuacji. Pozytywnie nastawieni względem czynności leczniczo-pielęgnacyjnych wykonywanych wobec ich dziecka, życzliwi w stosunku do personelu medycznego, przejawiają chęć efektywnej współpracy w opiece nad pacjentem.

Proponowane modele opieki wraz z uzasadnieniem

Model opieki pielęgniarskiej wg Virginii Henderson oparty na teorii potrzeb człowieka najlepiej zaspakaja potrzeby dziecka oparzonego w stanie zagrożenia życia.

Gdy stan pacjenta w trakcie hospitalizacji ulega poprawie proponowanym modelem opieki jest model częściowo kompensacyjny z elementami systemu wspierająco-edukacyjnego wg Dorothei Orem.

Tab. 2. Proces pielęgnowania pacjenta – opracowanie własne

| Problem pielęgnacyjny | Cel planowanych działań pielęgnarskich | Planowane interwencje pielęgnarskie | Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgnarskiej | Ocena realizowanych działań pielęgnarskich |
|--|--|--|--|--|
| Ostry ból o dużym nasileniu ran oparzeniowych na skutek uszkodzenia termicznego tkanek | Zmniejszenie odczuwanego bólu | <ul style="list-style-type: none"> - systematyczna ocena poziomu bólu z zastosowaniem skali behawioralnej, psychologicznej oraz fizjologicznej - podawanie (zgodnie ze zleceniem lekarskim) w iniekcji dożylniej leków przeciwbólowych i uspokajających. - utrzymanie drożności kaniuli oraz zabezpieczenie przed usunięciem jej przez pacjenta - zabezpieczenie ran oparzeniowych opatrunkiem - przed zmianą opatrunków podawanie dodatkowych dawek leków uspokajających i przeciwbólowych | <ul style="list-style-type: none"> - systematyczna ocena bólu pozwala określić zmiany w nasileniu bólu oraz określić skuteczność wprowadzonego leczenia - zapewnienie ciągłego dostępu naczyniowego na obwodzie umożliwia stałą podaż leków przeciwbólowych - zabezpieczenie ran opatrunkiem zmniejsza oddziaływanie czynników zewnętrznych powodujących dodatkowy ból - podanie leków przeciwbólowych przed zmianą opatrunków zmniejsza ból oraz niepokój dziecka oraz zwiększa jego komfort - ułożenie dziecka z uniesieniem okolic poparzonych pozwala na odpływ płynów ustrojowych co skutkuje zmniejszeniem obrzęku i bólu | Pacjent nie odczuwa dolegliwości bólowych |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none">- ułożenie dziecka w pozycji z uniesieniem okolic poparzonych powyżej poziomu serca- zmiana pozycji ułożeniowej dziecka co 2-3 godziny- Zachęcenie rodziców do odwracania uwagi dziecka od bólu poprzez zabawę, przebywanie z dzieckiem- zapewnienie dziecku spokoju, minimalizowanie ostrego światła, hałasu- wykonywanie czynności w sposób delikatny oraz zorganizowany, w przyjaznej dziecku atmosferze | <ul style="list-style-type: none">- częsta zmiana pozycji ułożeniowej zapobiega przykurczom i sprzyja lepszemu gojeniu ran- dziecko podczas zabawy w obecności rodziców zwraca mniejszą uwagę na dolegliwości bólowe,- ograniczenie bodźców bólowych poprawia komfort dziecka- sprawne wykonywanie czynności zmniejsza czas trwania i nasilenie bólu, dziecko bardziej ufa zespołowi terapeutycznemu i chętniej poddaje się wszystkim niezbędnym zabiegom [2,3,4] | |
|--|--|---|--|--|

| | | | |
|---------------------------------|--|--|----------------------------|
| Diagnoza negatywna (+ kod ICNP) | Interwencje | | Diagnoza pozytywna |
| Ból spowodowany raną [10021243] | Administrowanie lekiem dożylnym [10045836] Administrowanie lekiem przeciwbólowym [10023084] Ocenianie bólu [10026119] Monitorowanie bólu [10038929] Zarządzanie bólem [10011660] Monitorowanie statusu fizjologicznego [10012183] Pozycjonowanie pacjenta [10014761] | | Zredukowany ból [10027917] |

| Problem pielęgnacyjny | Cel planowanych działań pielęgniarzkich | Planowane interwencje pielęgniarzkie | Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarzkiej | Ocena realizowanych działań pielęgniarzkich |
|--|---|---|---|--|
| Ryzyko wystąpienia powikłań hipowolemii w wyniku zaburzeń wodno-elektrolitowych spowodowanych utratą wody i osocza | Zmniejszenie ryzyka powikłań dzięki wyrównaniu zaburzeń wodno-elektrolitowych | - zapewnienie drożności kaniuli obwodowej za pomocą wlewu dożylnego - prowadzenie resuscytacji płynowej (zgodnie ze zleceniem lekarskim) | - stały dostęp do żyły obwodowej pozwala na szybkie wyrównanie poziomu płynów i elektrolitów - wyrównanie niedoborów wodno-elektrolitowych zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań hipowolemii | Wyrównane zostały zaburzenia wodno-elektrolitowe dzięki czemu powikłania nie wystąpiły |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - podawanie płynów we wlewie dożylnym w odpowiedniej ilości oraz szybkości (zgodnie ze zleceniem lekarskim) - uzupełnianie niedoborów elektrolitów (zgodnie ze zleceniem lekarskim) - stałe monitorowanie parametrów życiowych (zgodnie ze zleceniem lekarskim) - za pomocą pulsoksymetru systematyczne dokonywanie pomiarów saturacji krwi włośniczkowej - prowadzenie bilansu płynów - kontrolowanie masy ciała dziecka minimum jeden raz dziennie | <ul style="list-style-type: none"> - monitorowanie parametrów życiowych pacjenta pozwala na kontrolowanie poziomu hipowolemii i szybkie wykrycie powikłań np. wstrząsu hipowolemicznego, ostrej niewydolności nerek - bilans płynów pomaga kontrolować poziom nawodnienia organizmu - dzięki kontroli masy ciała możliwa jest ocena ilości wody utraconej przez skórę w wyniku parowania płynu zatrzymanego w tkankach - wnikliwa obserwacja pacjenta umożliwia szybkie wykrycie ewentualnych powikłań hipowolemii [2,3,1] | |
|--|--|---|--|--|

| | | | | |
|---------------------------------|---|---|--|----------------------------------|
| | | - pobieranie krwi do badań diagnostycznych zgodnie ze zleceniem lekarskim - obserwacja dziecka, jego zachowania pod kątem możliwych do wystąpienia objawów hipowolemii | | |
| Diagnoza negatywna (+ kod ICNP) | Interwencje | | | Diagnoza pozytywna |
| Ryzyko hipowolemii [10042049] | Administrowanie lekiem dożylnym [10045836] Ewaluacja odpowiedzi na terapię płynami [10007176] Monitorowanie statusu fizjologicznego [10012183] Ocenianie perfuzji tkanek [10030775] Zarządzanie nawodnieniem [10046317] Pobieranie próbki krwi żyłnej [10044633] | | | Adekwatne nawodnienie [10042065] |

| Problem pielęgnacyjny | Cel planowanych działań pielęgniarских | Planowane interwencje pielęgniarские | Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej | Ocena realizowanych działań pielęgniarских |
|------------------------------------|--|---|---|--|
| Ryzyko zakażenia ran oparzeniowych | Zminimalizowanie ryzyka zakażenia ran oparzeniowych oraz ewentualne wczesne wykrycie objawów zakażenia | <ul style="list-style-type: none"> - obserwacja ran oparzeniowych, zwracanie szczególnej uwagi na objawy świadczące o zakażeniu - przestrzeganie zasad antyseptyki i aseptyki przed i po kontakcie z dzieckiem - systematyczna kontrola temperatury ciała pacjenta - zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu sali oraz wentylacja pomieszczenia - pomoc rodzicom w dbaniu o codzienną higienę skóry dziecka - codzienna zmiana bielizny pościelowej oraz osobistej dziecka - pobieranie próbek niezbędnych do oceny mikrobiologicznej (zgodnie ze zleceniem lekar skim) | <ul style="list-style-type: none"> - systematyczna obserwacja ran oparzeniowych pozwala na szybkie wykrycie objawów zakażenia rany - przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki zmniejsza ryzyko zakażenia - kontrola temperatury ciała pozwala na szybkie wykrycie zakażenia - wentylacja zmniejsza ilość nagromadzonych się w pomieszczeniu bakterii - codzienna toaleta skóry dziecka oraz zmiana opatrunków, bielizny osobistej oraz pościelowej zmniejsza ilość bakterii, minimalizuje ryzyko zakażenia rany oraz przyspiesza jej prawidłowe gojenie | Zmniejszone zostało ryzyko zakażenia ran oparzeniowych |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none">-ograniczanie potencjalnych źródeł zakażenia- antybiotykoterapia (zgodnie z indywidualną kartą zleceń)- zmiana opatrunków w razie konieczności- profilaktyka tężca, w razie konieczności podanie dziecku dawki przypominającej- obserwacja miejsca wkłucia dożylnego- edukacja rodziców o przestrzeganiu reżimu sanitarnego, myciu i dezynfekcji rąk przed i po kontakcie z dzieckiem | <ul style="list-style-type: none">- ocena mikrobiologiczna pozwala określić obecność drobnoustrojów chorobotwórczych i wykryć zakażenie- ograniczenie czynników zakaźnych zmniejsza ryzyko rozwoju infekcji- antybiotykoterapia eliminuje ewentualne zakażenie co przyspiesza proces leczenia- edukacja rodziców na temat prewencji infekcji zmniejsza ilość czynników zakaźnych w otoczeniu dziecka co zmniejsza ryzyko zakażenia <p>[3,1,4]</p> | |
|--|--|--|--|--|

| Diagnoza negatywna (+ kod ICNP) | Interwencje | | Diagnoza pozytywna |
|---------------------------------|---|--|-------------------------|
| Ryzyko infekcji [10015133] | Administrowanie lekiem dożylnym [10045836] Asystowanie w czynnościach toaletowych [10023531] Ewaluacja gojenia się rany [10007218] Monitorowanie objawów przedmiotowych i objawów podmiotowych infekcji [10012203] Nauczanie rodziny o prewencji infekcji [10036928] Nauczanie o bezpieczeństwie dziecka [10037160] Nauczanie o środkach bezpieczeństwa [10024687] Ocenianie podatności na infekcję [10002821] Używanie techniki aseptycznej [10041784] Pobieranie próbki krwi żyłnej [10044633] | | Bez infekcji [10028945] |

| Problem pielęgnacyjny | Cel planowanych działań pielęgniarских | Planowane interwencje pielęgniarские | Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej | Ocena realizowanych działań pielęgniarских |
|---|--|---|---|--|
| Podwyższona temperatura ciała wywołana nasilonymi procesami katabolicznymi oraz bólem i stresem | Obniżenie temperatury ciała dziecka | <ul style="list-style-type: none"> - systematyczna, częsta kontrola temperatury ciała, dokumentacja i interpretacja wyników pomiarów - podawanie leków przeciwgorączkowych (zgodnie ze zleceniem lekarskim) - kontrola temperatury ciała po podaniu leków przeciwgorączkowych - stosowanie zimnych okładów - zapewnienie optymalnego mikroklimatu w sali pacjenta - obserwacja pacjenta pod kątem objawów wzrostu temperatury - podaż płynów, uzupełnienie niedoborów wodno-elektrolitowych - podawanie leków uspokajających i przeciwbólowych (zgodnie ze zleceniem lekarza) | <ul style="list-style-type: none"> - kontrola temperatury ciała oraz dokumentacja wyników pozwala ocenić tempo wzrostu oraz spadku temperatury oraz pozwala ocenić skuteczność zastosowanego leczenia - leki przeciwgorączkowe obniżają temperaturę ciała do granic normy - kontrola temperatury po podaniu leków przeciwgorączkowych pozwala ocenić ich skuteczność - okłady w bezpieczny sposób obniżają temperaturę ciała - odpowiedni mikroklimat sali zwiększa komfort pacjenta i wspomaga leczenie - zwiększona podaż płynów zmniejsza ryzyko odwodnienia | Temperatura ciała dziecka została obniżona |

| | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|--|
| | | - zmiana bielizny pościelowej, osobistej w razie potrzeby | - obserwacja pacjenta pozwala na wczesne wykrycie objawów wzrostu temperatury - leki przeciwbólowe i uspakajające zwiększają komfort psychiczny pacjenta | |
| Diagnoza negatywna (+ kod ICNP) | Interwencje | | | Diagnoza pozytywna |
| Gorączka [10007916] | Administrowanie lekiem dożylnym [10045836] Monitorowanie temperatury ciała [10012165] Zmierzenie temperatury ciała [10032006] Nauczanie o pomiarze temperatury ciała [10044738] Ewaluacja odpowiedzi na leczenie [10044195] | | - zmiana bielizny osobistej i pościelowej zmniejsza ilość bakterii w otoczeniu pacjenta oraz poprawia komfort [2,3,4] | Temperatura ciała w granicach normy [10027652] |

| Problem pielęgnacyjny | Cel planowanych działań pielęgnarskich | Planowane interwencje pielęgnarskie | Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgnarskiej | Ocena realizowanych działań pielęgnarskich |
|--|--|--|--|--|
| Lęk i niepokój wywołane przebyciem urazem termicznym oraz hospitalizacją | Zmniejszenie lęku i niepokoju pacjenta | - zapewnienie dziecku poczucia bezpieczeństwa, spokoju - wykonywanie czynności pielęgnacyjnych i leczniczych w sposób delikatny, sprawny w życzliwej i miłej atmosferze | - nawiązanie kontaktu z dzieckiem sprawia, że dziecko jest bardziej ufne, chętniej poddaje się zabiegom terapeutyczno-pielęgnacyjnym | Lęk i niepokój dziecka zostały zmniejszone |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| i podejmowanymi czynnościami leczniczo-pielęgnacyjnymi | | <ul style="list-style-type: none"> - nawiązanie przyjaznego kontaktu z dzieckiem oraz jego rodzicami - zachęcanie rodziców do przebywania z dzieckiem - podawanie leków uspokajających i przeciwbólowych przed zmianą opatrunków - w razie możliwości pozwolenie matce na przebywanie z dzieckiem w trakcie zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych - uspokajanie dziecka, wyjaśnienie konieczności hospitalizacji i wykonania zabiegów pielęgnacyjno-terapeutycznych - zapewnienie dziecku warunków do efektywnego odpoczynku i snu - organizowanie dziecku czasu wolnego np. czytanie, oglądanie telewizji, odwracanie uwagi dziecka od bólu i lęku wywołanego zmianą otoczenia | <ul style="list-style-type: none"> - poczucie bezpieczeństwa dziecka wpływa na efektywność pracy całego zespołu terapeutycznego oraz na skuteczność leczenia - podanie leków przeciwbólowych przed zabiegami mogącymi powodować ból oraz obecność matki zwiększają komfort pacjenta - dziecko przebywające na oddziale w obecności rodziców odczuwa mniejszy niepokój związany ze zmianą otoczenia - możliwość odpoczynku i snu zwiększa komfort pacjenta oraz przyspiesza proces leczenia - organizacja czasu wolnego zmniejsza niepokój oraz usprawnia proces leczenia [2,3,5] | |
|--|--|---|---|--|

| | | | |
|---------------------------------|--|--|---------------------------------|
| Diagnoza negatywna (+ kod ICNP) | Interwencje | | Diagnoza pozytywna |
| Niepokój [10000477] | Administrowanie lekiem dożylnym [10045836] Ocenianie strachu [10024267] Terapia odwracająca uwagę [10039348] Ustalanie zaufania [10024396] Zachęcanie do odpoczynku [10041415] | | Zredukowany niepokój [10027858] |

| Problem pielęgnacyjny | Cel planowanych działań pielęgniarских | Planowane interwencje pielęgniarские | Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej | Ocena realizowanych działań pielęgniarских |
|---|--|--|---|--|
| Ryzyko zaburzeń termoregulacji spowodowanych wzmożoną utratą płynów | Zapobieganie wystąpieniu zaburzeń termoregulacji | - resuscytacja płynowa zgodnie z indywidualną kartą zleceń - utrzymanie optymalnej temperatury w pomieszczeniu - pomiar podstawowych parametrów życiowych, dokumentacja oraz interpretacja wyników - dokonywanie pomiarów temperatury ciała dziecka | - płynoterapia zapobiega odwodnieniu organizmu - podwyższona temperatura w sali pacjenta zapobiega wychłodzeniu organizmu - obserwacja, monitorowanie stanu pacjenta i dokonywanie niezbędnych pomiarów pozwala na wczesne wykrycie niepokojących objawów | Zaburzenia termoregulacji nie wystąpiły |

| | | | | |
|---|---|---|--|-------------------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - wymiana opatrunków w razie potrzeby, wierzchnia warstwa opatrunków powinna być sucha - obserwacja dziecka pod kątem objawów przegrzania lub wychłodzenia organizmu - zapobieganie sytuacjom, w których istnieje ryzyko utraty ciepła organizmu dziecka - zmiana bielizny osobistej, pościelowej w razie potrzeby | <ul style="list-style-type: none"> - suche opatrunki nie wychładzają organizmu dziecka - zmiana bielizny osobistej i pościelowej na suchą zapobiega wychłodzeniu oraz zmniejsza ilość bakterii w otoczeniu dziecka [2,3,4] | |
| Diagnoza negatywna (+ kod ICNP) | Interwencje | | | Diagnoza pozytywna |
| Ryzyko zaburzonej termoregulacji [10015244] | Administrowanie lekiem dożylnym [10045836] Ewaluacja odpowiedzi na terapię płynami [10007176] Monitorowanie statusu fizjologicznego [10012183] Ewaluacja odpowiedzi na termoregulację [10007195] Monitorowanie temperatury ciała [10012165] | | | Efektywna termoregulacja [10033848] |

| Problem pielęgnacyjny | Cel planowanych działań pielęgniarzkich | Planowane interwencje pielęgniarckie | Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarckiej | Ocena realizowanych działań pielęgniarzkich |
|---|---|---|---|--|
| Ryzyko powstania blizn przerostowych oraz przykurczy w wyniku zmniejszonej aktywności ruchowej na skutek bólu | Adekwatne zwiększenie aktywności ruchowej, zredukowanie ryzyka powstania przykurczy | <ul style="list-style-type: none"> - ułożenie pacjenta w miarę możliwości w pozycji z uniesionymi miejscami oparzonymi powyżej poziomu serca - prowadzenie ćwiczeń usprawniających zgodnie ze zleceniem lekarza rehabilitacji - przed wykonywaniem zabiegów rehabilitacyjnych i fizykoterapeutycznych podawanie dziecku leków przeciwbólowych - motywowanie rodziców pacjenta by nakłaniali dziecko do wykonywania prostych ćwiczeń oraz do stopniowego podejmowania samodzielnej aktywności ruchowej | <ul style="list-style-type: none"> - ułożenie pacjenta w takiej pozycji zmniejsza obrzęk miejsc oparzonych co zmniejsza ból i dyskomfort dziecka - ćwiczenia zwiększają zakresu ruchu w stawach - leki przeciwbólowe redukują ból co poprawiają komfort pacjenta podczas wykonywanych ćwiczeń - samodzielne wykonywanie ruchów usprawniających przez dziecko zapobiega powstaniu przykurczy | Zakres aktywności ruchowej dziecka został zwiększony, przykurcze oraz blizny nie wystąpiły |

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - motywowanie rodziców do wykonywania ćwiczeń razem z dzieckiem - stosowanie odpowiednich opatrunków, kontrolowanie ich pod względem stopnia wywieranego ucisku - kontrolowanie poziomu białka i uzupełnianie ewentualnych niedoborów zgodnie ze zleceniem lekarskim | <ul style="list-style-type: none"> - dziecko w obecności rodziców chętniej wykonuje ćwiczenia usprawniające - odpowiednie założenie opatrunku gwarantuje swobodne ruchy, nie zsuwa się - niedobór białka wpływa na złe gojenie rany i powstawanie szpecących, utrudniających funkcjonowanie blizn [3,6] | |
| Diagnoza negatywna (+ kod ICNP) | Interwencje | | | Diagnoza pozytywna |
| Rana oparzeniowa [10029737] Zaburzony czynny zakres ruchu [10040173] | Administrowanie lekiem przeciwbólowym [10023084] Pozycjonowanie pacjenta [10014761] Ewaluacja gojenia się rany [10007218] Nauczanie o ćwiczeniach [10040125] Nauczanie o sposobie zwiększania tolerancji aktywności ruchowej [10024660] Ocenianie gotowości do uczenia [10002781] | | | Efektywne gojenie rany [10035096] efektywna tolerancja aktywności [10027634] |

| Problem pielęgnacyjny | Cel planowanych działań pielęgniarских | Planowane interwencje pielęgniarские | Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej | Ocena realizowanych działań pielęgniarских |
|---|---|--|--|--|
| Stres rodziców wywołany urazem oraz hospitalizacją ich dziecka, brak wiedzy na temat leczenia oraz prezencji urazów termicznych | Zmniejszenie stresu rodziców, który negatywnie wpływa na ich dziecko. Zwiększenie wiedzy na temat leczenia i zapobiegania urazom termicznym | <ul style="list-style-type: none"> - rozmowa z rodzicami pacjenta na temat sposobu leczenia, pielęgnacji i zapobiegania wtórnym oparzeniom - przekazanie broszur informacyjnych na temat leczenia oparzeń u dzieci - w razie konieczności skierowanie do psychologa - okazanie rodzicom wsparcia oraz zrozumienia - uspokojenie rodziców, pomoc w radzeniu sobie z poczuciem winy - pomoc w wykonywaniu codziennych czynności względem dziecka w sposób nie-sprawiający bólu | <ul style="list-style-type: none"> - rozmowa pomaga zrozumieć zasadność wykonywanych wobec ich dziecka czynności - broszury w jasny dla rodziców sposób dają informacje o leczeniu, skutkach oparzenia, dalszych sposobach pielęgnacji i zapobiegania oparzeniom - dla pacjenta oraz jego rodziców uraz termiczny to traumatyczne przeżycie, specjalista może pomóc w adaptacji do nowej sytuacji, a rodzicom pomaga w wyzbyciu się poczucia winy | Stres rodziców został zmniejszony, wiedza na temat leczenia i prewencji oparzeń została zwiększona |

| | | | | |
|---|--|--|--|---------------------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - zachęcanie rodziców do obecności przy czynnościach wywołujących u dziecka niepokój i dyskomfort - zachęcanie rodziców do spędzania wolnego czasu z dzieckiem w sposób odwracający uwagę | <ul style="list-style-type: none"> - stres rodziców negatywnie wpływa na zachowanie i nastrój dziecka, dlatego ważne jest uspokojenie opiekunów - pomoc pielęgniarki w opiece nad dzieckiem w szpitalu uczy rodziców w jaki sposób mają opiekować się dzieckiem w domu po wypisie ze szpitala - rodzic obecny przy dziecku minimalizuje jego niepokój - odwrócenie uwagi od bólu i hospitalizacji pomaga w adaptacji do nowej sytuacji, uspokaja zarówno dziecko jak i jego rodziców [7,8,9] | |
| Diagnoza negatywna (+ kod ICNP) | Interwencje | | | Diagnoza pozytywna |
| Brak wiedzy [10000837] Stres opiekuna [10027773] | <ul style="list-style-type: none"> Nauczanie opiekuna [10033086] Ocenianie stresu opiekuna [10024222] Ocenianie wiedzy opiekuna [10033876] Promowanie roli opiekuna [10036218] Promowanie więzi opiekuna z dzieckiem [10035342] Wspieranie opiekuna [10024570] Nauczanie o bezpieczeństwie dziecka [10037160] | | | Zredukowany stres opiekuna [10027794] |

Wskazówki pielęgniarские dla pacjenta/ rodziny:

1. Skierowanie do poradni chirurgicznej w celu zmiany opatrunków i oceny postępu leczenia ran oparzeniowych
2. Skierowanie do poradni psychologicznej w celu terapii i zmniejszenia negatywnych skutków traumy wywołanej urazem termicznym
3. Obserwacja ran oparzeniowych pod kątem objawów zakażenia oraz ocena efektów leczenia
4. Fizykoterapia – wykonywanie ćwiczeń minimalizujących ryzyko powstania przykurczy
5. Wykonywanie opatrunków z maścią zawierającą 1% detreomycyny na oparzone okolice ciała
6. Respektowanie zalecanej dziennej ilości wody do spożycia, w celu zapobiegania odwodnieniu
7. Stosowanie diety wysokobiałkowej i wysokoenergetycznej
8. Przestrzeganie higieny całego ciała pacjenta oraz środowiska, w którym przebywa
9. Unikanie sytuacji, w których mogłoby dojść do ponownego oparzenia

Dyskusja

Dziecko oparzone w trakcie hospitalizacji wymaga profesjonalnej opieki, która może być uzyskana poprzez dobrze działającą współpracę członków zespołu medycznego. Szczególną rolę w opiece nad hospitalizowanym dzieckiem pełni pielęgniarka pediatryczna. Jej głównym zadaniem jest wszechstronna opieka i indywidualne traktowanie małego pacjenta.

Metoda leczenia, a także postępowania z dzieckiem zależy od jego wieku, ciężkości oparzeń i ogólnego stanu zdrowia. Pielęgniarka rozpoczyna opiekę nad pacjentem od przygotowania dla niego sali chorych, łóżka oraz niezbędnej aparatury medycznej. W celu nawadniania i podawania środków przeciwbólowych pielęgniarka zakłada wkłucie do żyły obwodowej. Na zlecenie lekarza pielęgniarka rozpoczyna płynoterapię pacjenta przestrzegając reguły Parklanda. Pielęgniarka dokonuje oceny

poziomu bólu jaki odczuwa mały pacjent. W zależności od wieku dziecka może użyć jednej z dostępnych skal lub dokonać oceny na podstawie zachowania i mimiki. Pielęgniarka zgodnie ze zleceniem lekarskim podaje leki przeciwbólowe, obserwuje czy w wyniku ich podania nie doszło do działań niepożądanych oraz czy leki skutecznie uśmierzyły ból. W pierwszej dobie hospitalizacji lekarz zleca monitoring stałych parametrów życiowych. Pielęgniarka podłącza aparaturę medyczną, kontroluje i dokumentuje wyniki pomiarów. Szczególnie ważny jest pomiar saturacji oraz tętna. W przypadku choroby oparzeniowej pielęgniarka prowadzi bilans płynów, obserwuje diurezę oraz ocenia rozległość i szybkość narastania obrzęków [3].

Pielęgniarka kontroluje temperaturę ciała pacjenta, w razie wystąpienia gorączki, na zlecenie lekarskie pielęgniarka pobiera krew do badań i jeśli jest to konieczne podaje antybiotyki. Zadaniem pielęgniarki jest również obniżenie wysokiej temperatury stosując leki przeciwgorączkowe oraz zimne okłady, pomijając okolice rany oparzeniowej. Codziennie sprawdzana jest masa ciała pacjenta, a w przypadku niemowląt i małych dzieci może być to nawet kilka razy dziennie. Przy oparzeniach często podaje się również szczepionkę przeciwężcową [3].

Dziecku oparzonemu w pierwszej dobie po urazie zalecane jest przestrzeganie diety ścisłej, pielęgniarka ma za zadanie poinformować o tym dziecko i jego rodziców/opiekunów oraz wyjaśnić zasadność diety ścisłej w zaistniałej sytuacji. Po upływie doby od wystąpienia urazu, pielęgniarka bierze udział w leczeniu żywieniowym. Aby uniknąć wyniszczenia dziecka oraz aby usprawnić proces gojenia rany oparzeniowej stosuje się zwykle dietę wysokobiałkową. Pielęgniarka, jeśli jest taka potrzeba pomaga dziecku w spożywaniu posiłków, edukuje rodziców na temat stosowanej diety i produktach jakie może spożywać dziecko. Jeżeli stan dziecka jest ciężki i pacjent nie jest w stanie sam spożywać posiłków pielęgniarka na zlecenie lekarza karmi dziecko dojelitowo lub pozajelitowo. U pacjentów dłuższy czas przebywających w pozycji leżącej może dochodzić do zaparć [3].

Skuteczne leczenie dziecka oparzonego to również dbanie o jego komfort psychiczny. Pacjentowi należy zapewnić warunki do wypoczynku i snu. Dziecko oraz jego opiekunowie w trakcie hospitalizacji najczęściej nie otrzymują profesjonalnego wsparcia psychologicznego [3,5,8].

Czynności pielęgniarские w odniesieniu do miejscowego leczenia rany różnią się i jest to zależne od umiejscowienia urazu, rozległości i głębokości. Jeśli stosowana jest metoda zamknięta pielęgniarка przestrzegając zasad antyseptyki i aseptyki zmienia opatrunki. W trakcie zmiany opatrunków niekiedy pobierany jest wymaz z rany. Ważne jest odpowiednie dobranie maści i opatrunków indywidualnie do obrażeń pacjenta. Zmiana opatrunku, oczyszczanie rany i nakładanie maści powinny być robione delikatnie, aby zmniejszyć ból i stres dziecka na tyle na ile jest to możliwe [2,3,5,1].

Działaniami profilaktycznymi podejmowanymi przez pielęgniarkę względem oparzonego dziecka jest między innymi zapobieganie zakażeniom, odleżynom oraz zapaleniu płuc. Ważna jest również rehabilitacja, która powinna być rozpoczęta możliwie na wczesnym etapie choroby dzięki czemu zmniejsza się ryzyko powstania przykurczy i ciągnących blizn [2,3].

Wnioski

1. Głównymi problemami sfery biopsychospołecznej dziecka oparzonego jest ostry ból ran oparzeniowych, zaburzenia wodno-elektrolitowe oraz ryzyko wystąpienia hipowolemii w wyniku wzmożonej utraty osocza i wody, lęk i niepokój spowodowane urazem i hospitalizacją, możliwość powstania ograniczających aktywność ruchową przykurczy, możliwość wystąpienia zaburzeń termoregulacji w wyniku utraty płynów, ryzyko zakażenia ran oparzeniowych.
2. W ramach opieki nad dzieckiem po przebytych urazach termicznych pielęgniarка wykonuje działania z zakresu: pielęgnacji, opieki, leczenia, terapii, diagnostyki, profilaktyki oraz edukacji, dzięki czemu w pełni zaspakaja potrzeby pacjenta oraz jego rodziny.

3. Ważną rolą pielęgniarki jest edukacja rodziców/opiekunów na temat udzielania pierwszej pomocy, sposobów leczenia i sprawowania opieki nad dzieckiem oparzonym, a także zapobiegania urazom termicznym.

Bibliografia/ Bibliography:

1. Strużyna J. Wczesne leczenie oparzeń. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2006.
2. Barczykowska E., Ślusarz R., Szewczyk M. Pielęgniarstwo w pediatrii. Borgis, Warszawa 2006:-19, 91-101.
3. Cepucha G., Perek M. Modele opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem z chorobą ostrą i zagrażającą życiu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012: 3-42,219- 232.
4. Walewska E. Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013:288-300.
5. Dębska G., Goździalska A., Jaśkiewicz J. Rodzina w zdrowiu i chorobie. Uwarunkowania środowiskowe zdrowia. Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2012: 123-132.
6. Pastuszevska A., Smyczek D, Koszutski T, Kucharzewski M. Analiza czynników epidemiologicznych i wyników leczenia oparzeń u dzieci w materiale własnym. „Leczenie ran” 2016;13:141-146.
7. Bilicka D., Korbińska M., Popow A., Szewczyk M. Oczekiwania rodziców względem opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem w warunkach szpitalnych. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne. 2009.
8. Koster A. Aspekty psychologiczne ciężkich urazów termicznych w pediatrii. Ratownictwo medyczne. Kraków 2015.
9. Maleińska M., Dębek W. Edukacja zdrowotna rodziców dzieci oparzonych. Z Kliniki Chirurgii Dziecięcej Akademii Medycznej w Białymstoku, Lublin 2005.