

Agnieszka Rychlik Iwona Pawluczuk

OPIEKUN MEDYCZNY

Zabiegi medyczno-pielęgnacyjne i opiekuńcze

110 szczegółowych algorytmów
czynności i zabiegów



Ponad 150 fotografii ilustrujących
procedury i techniki



Zgodność z aktualną podstawą
programową kształcenia w zawodzie



Wiedza usystematyzowana pod kątem egzaminu
zawodowego w zakresie kwalifikacji MED.14



Przykładowy test egzaminacyjny
z kluczem odpowiedzi



 **EDICON**
WYDAWNICTWO

Agnieszka Rychlik Iwona Pawluczuk

OPIEKUN MEDYCZNY

Zabiegi medyczno-pielęgniacyjne i opiekuńcze



Poznań 2025

Agnieszka Rychlik, Iwona Pawluczuk

Opiekun medyczny. Zabiegi medyczno-pielęgniacyjne i opiekuńcze

Wydanie I, Poznań 2025

Redakcja i korekta:

Sylwia Kordylas-Niedziółka

Recenzja:

Aleksandra Malenda-Baszczyk

Projekt okładki:

Magdalena Skrzydlewska

Projekt graficzny, skład i łamanie:

Studio 365 Bettina Plenzler

Fotografie:

Michał Mularczyk

Grafika na okładce, rysunki, piktogramy:

Adobe Stock

© Centrum Rozwoju Edukacji EDICON sp. z o.o. 2022

ISBN 978-83-962788-9-0

Centrum Rozwoju Edukacji EDICON sp. z o.o.

ul. Pastelowa 16, 60-198 Poznań

e-mail: wydawnictwo@edicon.pl

Wszelkie prawa zastrzeżone. Żadna część niniejszej książki nie może być reprodukowana w jakiegokolwiek formie i w jakikolwiek sposób bez pisemnej zgody wydawcy.

Spis treści

Wstęp.....	11
------------	----

I. PLANOWANIE, ORGANIZOWANIE I REALIZOWANIE DZIAŁAŃ OPIEKUŃCZYCH

1. Etapy wykonywania zabiegów	15
1.1. Czynności wstępne – przygotowawcze	15
1.1.1. Przygotowanie się opiekuna medycznego	15
1.1.2. Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk techniką Ayliffe'a	16
1.1.3. Przygotowanie sprzętu i otoczenia	17
1.1.4. Przygotowanie pacjenta i jego otoczenia	18
1.2. Czynności właściwe – wykonanie zabiegu zgodnie z algorytmem	18
1.3. Czynności końcowe – porządkowe	19
1.3.1. Etapy czynności porządkowych	19
1.3.2. Udokumentowanie i ocena podjętych działań	20
2. Ogólne zasady wykonywania zabiegów.....	22
2.1. Zasady ergonomii, bezpieczeństwa i higieny pracy	22
2.2. Zasady sanitarno-epidemiologiczne.....	24
2.2.1. Klasyfikacja odpadów medycznych.....	25
2.2.2. Procedury zapobiegające zakażeniom	29
2.2.3. Zasady obowiązujące podczas izolacji.....	30
2.2.4. Postępowanie z ostrymi i niebezpiecznymi odpadami	32
2.2.5. Postępowanie w przypadku zanieczyszczenia krwią lub innym materiałem zakaźnym...33	
2.3. Zasady etyki zawodowej	34
3. Ocena stanu biopsychospołecznego pacjenta	36
3.1. Metody gromadzenia danych	36
3.2. Wykonywanie pomiarów.....	38
3.2.1. Pomiar temperatury ciała.....	38
3.2.2. Pomiar tętna.....	41
3.2.3. Pomiar ciśnienia tętniczego	43
3.2.4. Pomiar oddechu	47
3.2.5. Pomiar saturacji krwi.....	48
3.2.6. Pomiar wzrostu.....	49
3.2.7. Pomiar masy ciała.....	50
3.2.8. Obliczanie wskaźnika masy ciała BMI	51
3.2.9. Obliczanie wskaźnika WHR	53
3.2.10. Wykreślanie krzywej temperatury i tętna na karcie gorączkowej	55

3.3. Ocena stanu biologicznego.....	56
3.4. Ocena stanu psychicznego.....	56
3.5. Ocena stanu społecznego.....	58

II. ZABIEGI HIGIENICZNE I PIELĘGNACYJNE

1. Zaspokajanie potrzeby czystości.....	63
1.1. Higiena otoczenia pacjenta.....	63
1.1.1. Ścielenie łóżka pustego.....	64
1.1.2. Ścielenie łóżka z pacjentem.....	68
1.1.3. Zmiana bielizny osobistej.....	72
1.1.4. Zmiana bielizny pościelowej.....	75
1.1.5. Przygotowanie łóżka na przyjęcie pacjenta.....	80
1.1.6. Mycie i dezynfekcja szafek, stolików i łóżek.....	82
1.2. Higiena ciała pacjenta.....	82
1.2.1. Mycie pacjenta niesamodzielnego w łóżku – toaleta całego ciała.....	83
1.2.2. Kąpiel pacjenta w wannie.....	93
1.2.3. Kąpiel pacjenta pod prysznicem.....	95
1.2.4. Kąpiel pacjenta na łóżku kąpielowym.....	95
1.2.5. Kąpiel lecznicza.....	96
1.2.6. Inne rodzaje kąpieli.....	97
1.2.7. Mycie głowy pacjentowi leżącemu.....	98
1.2.8. Mycie głowy przy użyciu miski pneumatycznej.....	100
1.2.9. Mycie głowy w pozycji wysokiej przy użyciu stolika nałożkowego „przyjacieł”.....	101
1.2.10. Nałożenie czepca przeciw wszawicy.....	102
1.2.11. Golenie zarostu twarzy pacjenta niesamodzielnego.....	106
1.3. Toaleta jamy ustnej.....	108
1.3.1. Toaleta jamy ustnej u pacjenta z pełną lub częściową wydolnością samoobsługową..	109
1.3.2. Toaleta jamy ustnej u pacjenta ciężko chorego.....	110
1.3.3. Toaleta jamy ustnej u pacjenta nieprzytomnego.....	113
2. Zaspokajanie potrzeby odżywiania.....	114
2.1. Karmienie i pojenie doustne pacjenta niesamodzielnego.....	114
2.2. Karmienie pacjenta przez zgłębnik.....	116
2.3. Karmienie pacjenta przez gastrostomię, w tym przezskórną gastrostomię endoskopową (PEG), oraz toaleta i zmiana opatrunku wokół gastrostomii.....	120
3. Zaspokajanie potrzeby wydalania.....	126
3.1. Podawanie basenu i kaczki.....	126
3.2. Dobór środków chłonnych. Zmiana pieluchomajtek.....	131
3.3. Zmiana wkładek urologicznych i wkładek anatomicznych.....	135
3.4. Opróżnianie i zmiana worka na mocz.....	136
3.4.1. Opróżnianie worka na mocz.....	137
3.4.2. Wymiana worka na mocz.....	138
3.5. Cewniki i worki stomijne.....	140
3.5.1. Pielęgnacja cewnika Foleya.....	140
3.5.2. Wymiana cewnika zewnętrznego (uridonu).....	141
3.5.3. Wymiana worka stomijnego.....	144
3.5.4. Opróżnianie worka stomijnego.....	150
3.6. Dobowa zbiórka moczu i bilans płynów.....	151

3.6.1. Dobowa zbiórka moczu	151
3.6.2. Bilans płynów	152
4. Zaspokajanie potrzeby oddychania.....	154
4.1. Fizjoterapia oddechowa.....	155
4.1.1. Ułożenie pacjenta i zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu.....	155
4.1.2. Ćwiczenia oddechowe.....	155
4.1.3. Nacieranie i oklepywanie pleców i klatki piersiowej.....	157
4.2. Tlenoterapia	159
4.3. Higiena i pielęgnacja niepowikłanej tracheostomii.....	163
4.3.1. Zmiana opatrunku wokół tracheostomii	163
4.3.2. Toaleta rurki tracheostomijnej.....	166
4.4. Zasady odśluzowywania dróg oddechowych.....	171
4.4.1. Odsysanie wydzieliny z górnych dróg oddechowych.....	171
4.4.2. Odsysanie wydzieliny z dolnych dróg oddechowych	176
5. Zaspokajanie potrzeby ruchu i wypoczynku	181
5.1. Sposoby ułożenia pacjenta w zależności od stanu zdrowia	181
5.2. Układanie pacjenta w łóżku z zastosowaniem udogodnień	185
5.3. Pozycje leżące	186
5.3.1. Pozycja leżąca na wznak – funkcjonalna [neutralna, płaska]	186
5.3.2. Pozycja leżąca na wznak z tułowiem uniesionym pod kątem 30 stopni	189
5.4. Pozycje siedzące.....	190
5.4.1. Pozycja siedząca wysoka/Fowlera.....	190
5.4.2. Pozycja półsiedząca/semi-Fowlera	192
5.4.3. Pozycja siedząca z pochyleniem	192
5.4.4. Pozycja wysoka z opuszczonymi kończynami dolnymi.....	194
5.5. Pozycje na boku	194
5.5.1. Ułożenie na boku zdrowym.....	194
5.5.2. Ułożenie na boku chorym.....	196
5.5.3. Ułożenie w pozycji bocznej bezpiecznej	198
5.6. Pozycja na brzuchu.....	199
5.7. Pozycje specjalne	201
5.7.1. Pozycja Trendelenburga – z niskim ułożeniem głowy	201
5.7.2. Pozycja anty-Trendelenburga – z niskim ułożeniem kończyn dolnych	202
5.8. Sposoby przemieszczania pacjenta niesamodzielnego w łóżku	202
5.8.1. Odwracanie na bok przez jedną osobę.....	204
5.8.2. Odwracanie na bok przez dwie osoby za pomocą podkładu.....	205
5.8.3. Przemieszczanie na brzeg łóżka	206
5.8.4. Przemieszczanie w górę łóżka przez jedną osobę.....	206
5.8.5. Przemieszczanie w górę łóżka przez dwie osoby.....	207
5.8.6. Pionizacja.....	208
5.8.7. Asekuracja	210
5.8.8. Sadzanie na wózku inwalidzkim	211
5.9. Zabezpieczenie pacjenta przed wypadnięciem z łóżka	213
5.10. Wykonywanie ćwiczeń biernych.....	213
5.11. Zapewnienie pacjentowi warunków do snu i wypoczynku.....	217
5.11.1. Bierna forma wypoczynku.....	217
5.11.2. Czynna forma wypoczynku	218

III. WYBRANE ZABIEGI MEDYCZNE

1. Pobieranie materiału biologicznego do badań diagnostycznych.....	223
1.1. Czynności organizacyjne.....	223
1.2. Pobieranie krwi włosniczkowej – pomiar glikemii za pomocą glukometru.....	224
1.3. Pomiar cholesterolu we krwi włosniczkowej.....	228
1.4. Pobieranie krwi żyłnej do badań laboratoryjnych.....	228
1.5. Pobranie moczu do badania ogólnego.....	237
1.6. Oznaczanie ciał ketonowych w moczu	238
1.7. Pobranie kału do badania	240
1.8. Pobranie płwociny do badań	241
1.9. Pobieranie wymazów do badań mikrobiologicznych i mykologicznych.....	243
1.9.1. Wymaz z gardła.....	244
1.9.2. Wymaz z nosa	246
1.9.3. Wymaz z nosogardzieli	247
1.9.4. Wymaz z worka spojówkowego	250
1.9.5. Wymaz z odbytu	251
1.9.6. Wymaz z rany	253
2. Zabiegi przeciwzapalne	256
2.1. Zabiegi z użyciem zimna.....	257
2.1.1. Okład zimny wysychający (zimny wilgotny).....	258
2.1.2. Okład chłodzący zmienny (zimny wilgotny)	259
2.1.3. Worek z lodem i żele chłodzące	261
2.2. Zabiegi z użyciem ciepła	262
2.2.1. Okład rozgrzewający wysychający (ciepły wilgotny).....	263
2.2.2. Termofor i żelowy kompres rozgrzewający (ciepło suche)	264
2.2.3. Bańki lekarskie	266
3. Podstawy bandażowania.....	271
3.1. Bandażowanie kończyny górnej.....	272
3.1.1. Technika bandażowania dłoni.....	272
3.1.2. Technika bandażowania przedramienia	273
3.1.3. Technika bandażowania stawu łokciowego	274
3.1.4. Zakładanie chusty trójkątnej na kończynę górną.....	275
3.2. Bandażowanie kończyny dolnej	276
3.2.1. Technika bandażowania stawu skokowego.....	276
3.2.2. Technika bandażowania podudzia	277
3.2.3. Technika bandażowania stawu kolanowego	279
3.3. Bandażowanie głowy.....	280
3.3.1. Technika bandażowania głowy	280
3.3.2. Bandażowanie ucha	281
4. Higiena i pielęgnacja ran.....	283
4.1. Definicja i klasyfikacja ran.....	283
4.2. Fazy i przebieg gojenia się ran	284
4.3. Rodzaje opatrunków.....	286
4.4. Zmiana opatrunku na ranie czystej.....	289
4.5. Płukanie rany zakażonej	293
4.6. Wytyczne do leczenia ran przewlekłych – strategia TIME.....	295
4.7. Opieka nad pacjentem z owrzodzeniem odleżynowym	296
4.8. Opieka nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej.....	299

4.9. Opieka nad pacjentem z owrzodzeniem żylnym i tętniczym kończyn dolnych.....	300
4.9.1. Postępowanie przy owrzodzeniu żylnym.....	300
4.9.2. Postępowanie przy owrzodzeniu tętniczym.....	301

IV. FARMAKOTERAPIA

1. Kompetencje opiekuna medycznego – podstawy prawne.....	307
2. Podstawowe informacje o lekach.....	309
2.1. Definicje.....	309
2.2. Postacie leków.....	309
2.3. Dawki leków.....	310
2.4. Drogi wprowadzania leków i ich losy w organizmie.....	311
2.5. Czynniki wpływające na działanie leków.....	312
2.6. Interakcje leków.....	312
2.7. Działania niepożądane leków.....	313
2.8. Zasady przechowywania leków.....	313
2.9. Cele podawania leków.....	314
2.10. Zasady podawania leków przez opiekuna medycznego.....	314
3. Drogi podawania leków.....	316
3.1. Podawanie leków na skórę i błony śluzowe.....	316
3.1.1. Podawanie leków na skórę.....	316
3.1.2. Podawanie leków do ucha.....	319
3.1.3. Podawanie leków do oka [worka spojówkowego].....	321
3.1.4. Płukanie oka.....	323
3.1.5. Podawanie leków do nosa.....	326
3.1.6. Podawanie leków dopochwowo.....	328
3.1.7. Podawanie leków doodbytniczo.....	329
3.2. Podawanie leków przez układ oddechowy.....	331
3.2.1. Podawanie leków wziewnych za pomocą inhalatora elektrycznego – nebulizacja.....	334
3.2.2. Podawanie leków wziewnych za pomocą inhalatora ciśnieniowego MDI.....	335
3.2.3. Podawanie leków wziewnych za pomocą inhalatora proszkowego.....	337
3.3. Podawanie leków doustnie.....	338
3.3.1. Podawanie leków podjęzykowo.....	340
3.3.2. Podawanie leków okołopoliczkowo.....	340
3.3.3. Płukanie jamy ustnej i gardła.....	340
3.4. Podawanie leków drogą podskórną.....	342
3.4.1. Podawanie insuliny.....	342
3.4.2. Podawanie leku przeciwzakrzepowego w ampułkostrzykawce.....	346

V. PROFILAKTYKA POWIKŁAŃ WYNIKAJĄCYCH Z DŁUGOTRWĄŁEGO UNIERUCHOMIENIA

1. Skutki unieruchomienia pacjenta i rola opiekuna – uwagi ogólne.....	351
2. Powikłania ze strony układu krążenia i sposoby zapobiegania.....	352
2.1. Zakrzepowe zapalenie żył.....	353
2.2. Opaska uciskowa i bielizna kompresyjna.....	355
3. Zapalenie płuc jako powikłanie ze strony układu oddechowego i sposoby zapobiegania.....	357
4. Powikłania ze strony narządu ruchu i sposoby zapobiegania.....	360
4.1. Atrofia mięśni.....	360

4.2. Przykurcze	360
4.3. Osteoporoza.....	361
5. Powikłania ze strony układu nerwowego i sposoby zapobiegania.....	363
5.1. Zaburzenia czucia.....	363
5.2. Labilność emocjonalna.....	364
5.3. Depresja.....	365
6. Powikłania ze strony układów pokarmowego i moczowego i sposoby zapobiegania	366
6.1. Zaparcia.....	367
6.2. Zakażenia dróg moczowych.....	372
6.2.1. Nietrzymanie moczu (inkontynencja).....	373
6.2.2. Zatrzymanie moczu (retencja).....	374
6.2.3. Częstomocz (poliuria).....	376
6.3. Monitorowanie wydalania moczu i stolca.....	377
6.3.1. Prowadzenie dzienniczka mikcji.....	377
6.3.2. Prowadzenie dzienniczka defekacji.....	379
7. Powikłania ze strony skóry i sposoby zapobiegania	382
7.1. Odleżyny.....	382
7.2. Odparzenia.....	387

VI. AKTYWIZACJA PACJENTA

1. Aktywizacja jako element terapii – uwagi ogólne.....	393
2. Aktywizacja fizyczna	396
2.1. Formy aktywizacji fizycznej	398
2.1.1. Treningi czynności codziennych.....	398
2.1.2. Rekreacja ruchowa i organizacja czasu wolnego.....	399
2.1.3. Najczęstsze formy rekreacji ruchowej	399
2.1.4. Techniki poruszania się o kulach	401
2.2. Rodzaje terapii zajęciowej w aktywizacji fizycznej.....	402
2.3. Zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt pomocniczy	403
3. Aktywizacja psychiczna	406
3.1. Trening sprawności intelektualnej.....	406
3.2. Rodzaje terapii zajęciowej w aktywizacji psychicznej.....	407
3.3. Towarzystwo	410
4. Aktywizacja społeczna	411

VII. PROMOCJA ZDROWIA I PROFILAKTYKA ZDROWOTNA

1. Podstawowe pojęcia	415
1.1. Definicja zdrowia.....	415
1.2. Definicja choroby.....	416
1.3. Styl życia	416
1.4. Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna	417
2. Organizacja i przebieg edukacji zdrowotnej.....	419

VIII. PLANOWANIE DZIAŁAŃ OPIEKUŃCZYCH I MEDYCZNYCH NA PODSTAWIE
STUDIUM PRZYPADKÓW

1. Rozpoznawanie problemów i potrzeb pacjenta.....	425
2. Planowanie i organizowanie działań opiekuna medycznego.....	428

ZAŁĄCZNIKI

Załącznik 1: Wzór karty gorączkowej ogólnej	436
Załącznik 2: Skala Barthel – ocena poziomu samodzielności pacjenta	437
Załącznik 3: Skala Katza [ADL] – ocena poziomu sprawności w podstawowych czynnościach życia codziennego	438
Załącznik 4: Skala Lawtona [IADL] – ocena poziomu sprawności w złożonych czynnościach życia codziennego	439
Załącznik 5: Wzór arkusza gromadzenia danych o pacjencie/podopiecznym oraz planowania działań opiekuńczo-pielęgnacyjnych dla opiekuna medycznego.....	440
Załącznik 6: Wzór karty bilansu płynów	442
Załącznik 7: Program edukacyjny dla pacjentów zagrożonych wystąpieniem stopy cukrzycowej	443
Załącznik 8: Wzór dzienniczka mikcji.....	451
Załącznik 9 A: Wzór dzienniczka defekacji dla jednego pacjenta.....	452
Załącznik 9 B: Wzór dzienniczka defekacji dla wielu pacjentów.....	453
Załącznik 10: Trening samoobsługi dla pacjenta po udarze mózgu z porażeniem lub niedowładem połowicznym	454
Załącznik 11: Gimnastyka poranna – zestaw ćwiczeń dla seniorów	456
Załącznik 12: Zastosowanie technik muzycznych w terapii zajęciowej.....	458
Załącznik 13: Bawmy się razem – scenariusz zajęć aktywizujących dla seniorów	462
Załącznik 14: Planowanie i realizacja działań opiekuńczych [karta pracy].....	466
Test sprawdzający wiedzę z kluczem odpowiedzi	467
Bibliografia	473
Wykaz ilustracji i tabel.....	476

Zabiegi higieniczne i pielęgnacyjne

Zaspokajanie potrzeby czystości



Celem zabiegów higienicznych jest nie tylko utrzymanie czystości ciała pacjenta, ale również zapobieganie powstawaniu odleżyn i infekcji, a także zaspokajanie potrzeby bezpieczeństwa, kontaktów społecznych, intymności oraz autonomii. Codzienna higiena wpływa na komfort fizyczny i psychiczny pacjenta oraz wspiera proces leczenia. Opiekun medyczny, wykonując te czynności, powinien się kierować empatią i szacunkiem wobec osoby chorej.

Potrzeba czystości obejmuje zarówno ciało pacjenta, jak i jego otoczenie. Jest ściśle związana z samodzielnością człowieka, a jej zaspokojenie poprawia jakość jego życia. Pacjenci odczuwają potrzebę czystości bardzo indywidualnie i w różnym stopniu – od zbyt częstego mycia się do braku takiej potrzeby. Zadaniem opiekuna medycznego jest pomoc pacjentowi w utrzymaniu czystości, m.in. w codziennej toalecie ciała, zadbaniu o higienę przedmiotów użytkowych czy odzieży, a jednocześnie kształtowanie prawidłowych nawyków higienicznych.

1.1. Higiena otoczenia pacjenta

Otoczenie pacjenta dzieli się, jak wspomniano wcześniej, na bliższe (np. łóżko, szafka przyłóżkowa, stolik) i dalsze (pozostałe części sali, w której przebywa pacjent, i inne pomieszczenia, z których korzysta, np. łazienka). Zakres pomocy udzielanej przez opiekuna medycznego w utrzymaniu higieny otoczenia zależy od samodzielności pacjenta, jego potrzeb i stanu zdrowia (np. w czasie gorączkowania będzie potrzebna częstsza zmiana bielizny pościelowej).

Czysta pościel, dobrze prześcielone łóżko, umyta i uporządkowana szafka przyłóżkowa mają znaczący wpływ nie tylko na samopoczucie pacjenta, ale również na zapobieganie powikłaniom związanym z długotrwałym unieruchomieniem. W higienie otoczenia zwraca się uwagę na mikroklimat (temperaturę, ruch powietrza i wilgotność) panujący w pomieszczeniu, kolor ścian i oświetlenie.



Wszystkie te czynniki oddziałują na stan psychiczny pacjenta: dają poczucie odprężenia lub przeciwnie – pobudzenia i zmęczenia. Temperatura otoczenia zapewniająca komfort pacjentom to 18–22°C. Optymalne parametry wilgotności powietrza to 40–60%, a ruchu powietrza – 0,15–0,5 m/s. Oświetlenie powinno być naturalne, ale oczywiście stosuje się też oświetlenie sztuczne: równomiernie rozproszone, niedające blasku ani nienagrzewające pomieszczenia. Sala chorych powinna być wyposażona w oświetlenie ogólne (lampy sufitowe), miejscowe i nocne [Ślusarska, Zarzycka, Zahradniczek 2017].

1.1.1. Ścielenie łóżka pustego

Cel zabiegu

Czynność tę wykonuje się w celu [Ślusarska, Zarzycka, Zahradniczek 2017]:

- › zapewnienia pacjentowi wygody,
- › zadbania o estetykę otoczenia (bliższego),
- › zapewnienia pacjentowi optymalnego samopoczucia,
- › zapobiegania powikłaniom, np. przykurczom czy odleżynom,
- › kształtowania nawyków higienicznych.

Przybory, materiały i środki

Do prawidłowego wykonania zabiegu są potrzebne:

- › taca/wózek zabiegowy,
- › miska nerkowata,
- › środki ochrony osobistej (fartuch foliowy, rękawiczki jednorazowe),
- › myjka do wymiatania okruchów,
- › pojemniki na odpady.

Zasady

Podczas wykonywania zabiegu należy przestrzegać zasad:

- › ergonomii, bhp, higienicznych i sanitarno-epidemiologicznych (zasad ogólnych),
- › prawidłowego ułożenia i naciągnięcia pościeli na łóżku,
- › warstwowego ułożenia pościeli na krzesle – zgodnie z kolejnością układania na łóżku.

Ponadto należy pamiętać, aby:

- › w czasie ścielenia nie dotykać rękami swojej twarzy,
- › nie wzniecać kurzu podczas zdejmowania pościeli i odwracania materaca,
- › nie dotykać bielizną pościelową swojego ciała,
- › nie wykonywać skrętów tułowia i krzyżowania rąk (bhp).



Algorytm – kolejność wykonywania czynności

1. Umyj higienicznie i zdezynfekuj ręce.
2. Skompletuj przybory, sprzęt, materiały i środki do wykonania zabiegu na wózku zabiegowym/tacy.
3. Ustaw wózek zabiegowy blisko łóżka, by mieć do niego łatwy dostęp, a jeśli korzystasz z tacy, podejdz do łóżka i postaw ją na szafce przyłóżkowej.
4. Załóż fartuch i rękawiczki jednorazowe.
5. Odstaw szafkę, aby ułatwić dostęp do łóżka.
6. Przystaw krzesło siedziskiem do dolnego szczytu łóżka.
7. Opuść wezglowie.
8. Podłóż lewą rękę pod materac w miejscu ułożenia dodatkowego koca, prawą ręką obluźnij koc.
9. Zdejmij dodatkowy koc i odłóż go na krzesło.
10. Oburącz, trzymając z dala od siebie, zdejmij poduszki i ułóż je na krześle.
11. Podejdz do wezglowia i prawą rękę podłóż pod materac.
12. Lekko unieś materac, a lewą ręką obluźnij prześcieradło.
13. Zmień ułożenie rąk, tj. lewą ręką lekko unieś materac, a prawą obluźnij pościel, idąc w kierunku oparcia łóżka od strony nóg.
14. Przejdz na drugą stronę łóżka.
15. Postępuj analogicznie, tj. od wezglowia obluźnij pościel prawą ręką, lekko unosząc materac, a lewą obluźnij pościel.
16. Przejdz na drugą stronę łóżka (wróc na stronę, od której zacząłeś/zaczęłaś).
17. Rozłóż zawinięcia koca w poszwie od strony dalszej i bliższej.
18. Chwytając oburącz dolny brzeg koca w poszwie, złóż go na pół i jeszcze raz na pół.
19. Odłóż koc w poszwie na krzesło.
20. Lewą ręką uchwyc środek podkładu płóciennego, a prawą – górny narożnik.
21. Złóż podkład na pół i jeszcze raz na pół, najlepiej techniką do siebie (fot. 8 A, 8 B).



Fot. 8 A, 8 B. Zdejmowanie podkładu płóciennego:
A – chwytanie podkładu; B – składanie podkładu

22. Odłóż podkład na krzesło brzegami w stronę łóżka.
23. Lewą rękę podłóż pod prześcieradło na wezglówiu.
24. Prawą ręką uchwyc je na wysokości kolan.
25. Zdecydowanym ruchem zdejmij prześcieradło, zwracając jednocześnie uwagę, aby nie dotykało podłogi.
26. Odłóż prześcieradło na krzesło.
27. Myjką wymieć okruchy z materaca lub odwróć materac na drugą stronę od nóg do wezglowia (fot. 9).



Fot. 9. Odwracanie materaca

28. Weź prześcieradło z krzesła takim chwytem jak poprzednio (przy zdejmowaniu).
29. W trakcie wykonywania czynności zwracaj uwagę na to, aby pościel była złożona prawą stroną do środka.
30. Rozłóż prześcieradło na materacu.
31. Wyrównaj dolny brzeg prześcieradła z materacem.
32. Zmarszcz w dłoniach górny brzeg prześcieradła i podciągnij ku górze.
33. Sprawdź, czy prześcieradło jest dobrze naciągnięte i czy po obu stronach łóżka jest taka sama długość.
34. Prawą rękę podłóż pod materac u wezglowia i lekko je unieś.
35. Lewą ręką podłóż u wezglowia nadmiar prześcieradła pod materac.
36. Chwyć oburącz obie warstwy prześcieradła i wykonaj narożnik kopertowy (fot. 10 A–10 D na s. 67).
37. Podłóż prześcieradło pod materac od wezglowia do nóg.
38. Weź z krzesła podkład płócienny.
39. Podłóż górną warstwę podkładu pod materac.
40. Przejdź na drugą stronę łóżka i postępuj analogicznie.
41. Podłóż prześcieradło u wezglowia.
42. Naciągnij prześcieradło.
43. Wykonaj narożnik kopertowy.
44. Podłóż prześcieradło pod materac.
45. Podłóż pod materac część podkładu płóciennego.
46. Przejdź na drugą stronę łóżka, zabierając z krzesła koc w poszwie rozłożony na rękach.
47. Ułóż koc w poszwie na łóżku w miejscu ok. dwóch trzecich jego długości (równo z podkładami).
48. Rozłóż koc w poszwie.

49. Podłóż brzegi koca w poszwie z jednej i drugiej strony łóżka.
50. Podłóż dolny brzeg koca w poszwie pod materac.
51. Po kolei zabierz z krzesła poduszki.
52. Delikatnie je strzepując, ułóż jedna na drugiej.
53. Weź koc z krzesła i rozłóż na łóżku.
54. Zawień dolną warstwę pod dolny brzeg materaca.
55. Wykonaj z obu stron narożnik kopertowy.
56. Złóż koc na 3 części.
57. Podłóż z obu stron wszystkie warstwy koca pod materac.
58. Ustaw krzesło na poprzednim miejscu.
59. Przystaw szafkę przyłóżkową.
60. Zdejmij rękawiczki i odłóż je do miski nerkowatej lub wyrzuć do pojemnika na odpady medyczne.
61. Wykonaj dezynfekcję rąk.
62. Włóż świeże rękawiczki.
63. Wyrzuć brudne rękawiczki z miski nerkowatej do odpadów medycznych.
64. Zdezynfekuj miskę i tacę.
65. Odłóż je na właściwe miejsce do szafy.
66. Zdejmij fartuch i wyrzuć do odpadów medycznych.
67. Zdejmij rękawiczki i wyrzuć je do pojemnika na odpady medyczne.
68. Umyj higienicznie ręce.
69. Udokumentuj wykonanie czynności.



Fot. 10 A–10 D. Technika wykonania narożnika kopertowego

Uwagi dodatkowe

Czynności opisane powyżej można rozpoczynać zarówno od strony dalszej, jak i bliższej. Obłuznianie podkładu, prześcieradła można wykonać z jednoczesnym odwijaniem koca w poszwie.

Nabycie przez opiekuna medycznego umiejętności ścielenia łóżka puste go jest bazą do kolejnych zabiegów, tzn. ścielenia łóżka z pacjentem i zmiany bielizny pościelowej. W praktyce puste łóżko ścieli się wtedy, gdy pacjent opuści posłanie z powodu badań, zabiegu operacyjnego, udania się do świetlicy szpitalnej itp.

1.1.2. Ścielenie łóżka z pacjentem

Cel zabiegu

Czynność tę wykonuje się w celu [Ślusarska, Zarzycka, Zahradniczek 2017]:

- › zapewnienia wygody pacjentowi,
- › zadbania o estetykę otoczenia,
- › zapewnienia pacjentowi optymalnego samopoczucia,
- › zapobiegania powikłaniom unieruchomienia, np. przykurczom, odleżynom,
- › kształtowania nawyków higienicznych.

Przybory, materiały i środki

Do prawidłowego wykonania zabiegu są potrzebne:

- › taca/wózek zabiegowy,
- › miska nerkowata,
- › myjka do wymiatania okruchów,
- › środki ochrony osobistej (fartuch foliowy, rękawiczki jednorazowe),
- › parawan,
- › pojemniki na odpady.

Zasady

Podczas wykonywania zabiegu należy przestrzegać zasad:

- › ergonomii, bhp, higienicznych i sanitarno-epidemiologicznych (czyli zasad ogólnych),
- › prawidłowego ułożenia i naciągnięcia pościeli na łóżku,
- › bezpieczeństwa – należy zaciągnąć boczne barierki, aby zabezpieczyć pacjenta przed wypadnięciem z łóżka,
- › podmiotowego traktowania pacjenta i respektowania jego autonomii – konieczne jest poproszenie go o zgodę na wykonanie zabiegu, a jeśli nie ma z nim kontaktu bądź jest on utrudniony, to należy poinformować

pacjenta o zamiarze wykonania danej czynności (chorzy często słyszą i odbierają bodźce zewnętrzne).

Ponadto należy pamiętać, aby:

- › nie dotykać rękami swojej twarzy w czasie ścielenia,
- › nie narażać pacjenta na wychłodzenie i przeciągi – zamknąć okna i drzwi,
- › nie przemęczać pacjenta w czasie zmiany pozycji ciała,
- › zapewnić intymność przez zasunięcie parawanu oraz nieodkrywanie pacjenta,
- › utrzymywać kontakt werbalny w trakcie wykonywania czynności,
- › nie narażać pacjenta na dodatkowy ból, przemęczenie, rozłączenie ka- niułu, drenów, cewników ani innych sprzętów.

Zagrożenia

1. Dla pacjenta:
 - › w trakcie wykonywania czynności: oziębienie, zmęczenie, powstanie lub zwiększenie dolegliwości bólowych, urazy mechaniczne, rozejście się rany, przemieszczenie, poluzowanie materiałów lub sprzętu zastosowanego u pacjenta (np. drenów, cewników, sond itp.), przeniesienie zakażenia;
 - › skutki nieprawidłowego wykonywania czynności: niewygodna pacjenta, brak estetyki, rozwój powikłań, takich jak ból czy zaburzenia krążenia w miejscach ciała leżących na zagnieceniach pościeli, czego następ- stwem jest często powstawanie odleżyn itp.
2. Dla opiekuna:
 - › urazy,
 - › zanieczyszczenie ciała lub ubrania,
 - › zakażenie się,
 - › bóle kręgosłupa lub kończyn.



Algorytm – kolejność wykonywania czynności

1. Oceń, czy pacjent jest leżący, czy chodzący, samodzielny, jakie ma potrzeby oraz jaka jest jego masa ciała. Oceny dokonuje się, aby do- brać odpowiednią technikę zabiegu oraz dostosować ją do stanu, możliwości, potrzeb i nawyków pacjenta.
2. Przedstaw się i poproś o zgodę na wykonanie czynności.
3. Umyj higienicznie i zdezynfekuj ręce.
4. Skompletuj przybory, sprzęt, materiały i środki do wykonania zabie- gu na tacy/wózku zabiegowym.

5. Podejdź do pacjenta i postaw przy łóżku tacę/wózek oraz pojemnik na odpady.
6. Zamknij okno i zasłoń łóżko parawanem.
7. Załóż fartuch i rękawiczki jednorazowe.
8. Odstaw szafkę, aby ułatwić dostęp do łóżka.
9. Przystaw krzesło w nogach siedziskiem do łóżka.
10. Podłóż lewą ręką pod materac w miejscu ułożenia dodatkowego koca, prawą ręką obluźnij dodatkowy koc i koc w poszwie.
11. Zdejmij dodatkowy koc i odłóż na krzesło.
12. Rozłóż zawinięcia koca w poszwie od strony dalszej i bliższej.
13. Zabezpiecz drenaż, wenflony, podłączone kroplówki, cewniki przed wyrwaniem czy nawet przesunięciem.
14. Posadź pacjenta, jeśli to możliwe, i okryj jego plecy kocem w poszwie (jeśli pacjent nie jest w stanie usiąść, wówczas unieś go lekko, chwytając za bark, i wyjmij poduszki).
15. Wyjmij poduszki, trzymając je z dala od siebie, i ułóż na krześle.
16. Bezpiecznie połóż pacjenta.
17. Przejdź na drugą stronę łóżka.
18. Odwróć pacjenta na bok, do siebie.
19. Zaciągnij barierki przyłóżkowe.
20. Zapytaj pacjenta, czy jest mu wygodnie.
21. Przejdź na drugą stronę łóżka.
22. Okryj plecy pacjenta kocem w poszwie.
23. Podejdź do dolnego szczytu łóżka i prawą ręką podłóż pod materac.
24. Lekko unieś materac, a lewą ręką obluźniaj prześcieradło, idąc w kierunku wezłowania.



Fot. 11. Wymiatanie okruchów z prześcieradła

25. Nałóż myjkę na prawą rękę i wymieć okruchy ruchem od siebie z podkładu płóciennego i całego prześcieradła (można wymieść okruchy także z materaca; fot. 11).

26. Oczyszczoną połowę podkładu płóciennego oraz prześcieradła ułóż na plecach pacjenta przykrytych kocem w poszwie bądź zwiń w tzw. harmonijkę wzdłuż jego ciała.

27. Zaczynając od prześcieradła, ściel kolejne warstwy pościeli taką samą techniką jak przy słaniu łóżka pustego (dobrze naciągnij pościel).

28. Odwróć pacjenta na wznak, a następnie na bok, do siebie (fot. 12).
29. Zaciągnij barierki przyłóżkowe i zapytaj pacjenta, czy jest mu wygodnie.
30. Przejdź na drugą stronę łóżka.
31. Opuść barierki.
32. Postępuj analogicznie jak po drugiej stronie, tj. okryj plecy pacjenta, obluźnij i oczyść pościel z okruchów.
33. Brudną myjkę umieść w misce nerkowatej lub wyrzuć do pojemnika na odpady.
34. Dobrze naciągnij warstwy pościeli i podłóż je pod materac.
35. Odwróć pacjenta na wznak i posadź, jeśli to możliwe.
36. Przejdź na drugą stronę łóżka, po drodze zabierając z krzesła poduszkę.
37. Delikatnie strzepnij poduszkę i podłóż ją głęboko pod plecy pacjenta (pierwsza poduszka powinna podeprzeć odcinek lędźwiowy kręgosłupa).
38. Zwróć uwagę, aby guziki lub zamki poduszki znajdowały się z boku lub od góry.
39. Weź drugą poduszkę i strzepnij.
40. Wypełnienie poduszki podłóż ku górze.
41. Połóż pacjenta. Jeśli ma małą poduszkę (jaśka), to podłóż mu ją pod głowę.
42. Popraw ułożenie koca w poszwie i zawiń jego boki.
43. W nogach podwiń koc w poszwie pod materac.
44. Znanym sposobem załóż dodatkowy koc (można zostawić część koca niepodwiniętą pod materac, aby w razie potrzeby pacjent mógł się okryć samodzielnie).
45. Zapytaj pacjenta, czy jest mu wygodnie.
46. Ustaw krzesło na poprzednim miejscu.
47. Przystaw szafkę przyłóżkową.
48. Zadbaj o czystość i ład w otoczeniu bliższym pacjenta (przy kolejnych zabiegach będzie to poprawienie bielizny pościelowej i osobistej oraz poprawa ułożenia pacjenta).
49. Odstaw parawan i otwórz okno, jeśli pacjent sobie tego życzy.
50. Sprawdź, czy pacjent ma dostęp do sygnalizacji przywoławczej (tzw. dzwonnka) i czy umie z niej korzystać (w pracowni symuluje się tę czynność).
51. Zapytaj pacjenta o samopoczucie.



Fot. 12. Odwracanie pacjenta na bok, do siebie

52. Zdejmij rękawiczki i odłóż je do miski nerkowatej lub wrzucić do pojemnika na odpady medyczne.
53. Umyj i zdezynfekuj ręce.
54. Włóż świeże rękawiczki.
55. Posegreguj odpady – w tym wypadku do pojemnika z odpadami medycznymi (worek czerwony) wrzucić jednorazową myjkę i brudne rękawiczki.
56. Zdezynfekuj miskę nerkowatą, tacę/wózek i inne narzędzia, a następnie odłóż je na właściwe miejsce, do magazynu (szafy).
57. Zdejmij fartuch i wyrzucić do pojemnika na odpady medyczne.
58. Zdejmij rękawiczki i wyrzucić do pojemnika na odpady medyczne.
59. Umyj higienicznie i zdezynfekuj ręce.
60. Udokumentuj wykonanie czynności.

Uwagi dodatkowe

Ścielenie łóżka z pacjentem wykonuje się przy chorym leżącym i częściowo lub całkowicie niesamodzielnym. Przed przystąpieniem do tej czynności należy ocenić jego stan, możliwości samoobsługi i kontaktu logicznego, stan świadomości i masę ciała. Być może zajdzie potrzeba wykonania tej czynności w dwie osoby. Łóżko należy ścielić co najmniej dwa razy dziennie: rano – w czasie wykonywania toalety porannej, i wieczorem – przed snem, a także w razie potrzeby.

1.1.3. Zmiana bielizny osobistej

Cel zabiegu

Zmianę bielizny osobistej wykonuje się, aby:

- › zapewnić pacjentowi wygodę, czystość oraz schludny wygląd,
- › zapewnić pacjentowi dobre samopoczucie,
- › zapobiegać powikłaniom związanym z przebywaniem w łóżku, np. odparzeniom i odleżynom.

Przybory, materiały i środki

Do prawidłowego wykonania zabiegu są potrzebne:

- › koszula lub piżama dla pacjenta,
- › środki ochrony osobistej (fartuch foliowy, rękawiczki jednorazowe),
- › parawan,
- › wózek lub pojemnik na brudną bieliznę.

Zasady

Podczas wykonywania zabiegu należy przestrzegać zasad:

- › ergonomii, bhp, higienicznych i sanitarno-epidemiologicznych (czyli zasad ogólnych),
- › intymności pacjenta.
Ponadto należy pamiętać, aby:
 - › segregować bieliznę czystą i brudną,
 - › zabezpieczyć pacjenta przed mikrourazami podczas wykonywania czynności,
 - › zdejmować koszulę lub bluzę od piżamy, zaczynając od kończyny bliższej lub zdrowej, tzn. nieporażonej, bez niedowładów, ograniczeń ruchowych oraz bez opatrunków, wkluczyć itp.,
 - › zakładać koszulę lub bluzę od piżamy, zaczynając od kończyny dalszej lub chorej.



Algorytm – kolejność wykonywania czynności

1. Wykonaj czynności wstępne – przygotowawcze.
2. Ustaw przy łóżku pacjenta przygotowany zestaw oraz worki/pojemniki na brudną bieliznę i odpady medyczne.
3. Odłóż dodatkowy koc na krzesło, obluźnij koc w poszwie.
4. Zegnij w kolanach nogi pacjenta, unieś jego pośladki i podsuń ku górze bieliznę osobistą. Jeśli pacjent nie jest w stanie unieść pośladków, opiekun je unosi (fot. 13). Jeśli istnieją przeciwwskazania do unoszenia bioder, wykonaj zabieg, obracając pacjenta na boki.
5. Zsuń ku dołowi i zdejmij spodnie od piżamy pacjenta (najpierw z nogi bliższej – fot. 14).
6. Włóż zmarszczone spodnie od stóp aż do pośladków (w pierwszej kolejności nogawkę dalszą),



Fot. 13. Unoszenie pośladków



Fot. 14. Zsuwanie spodni od piżamy (z nogi bliższej)

unieś pośladki (w razie przeciwwskazań wykonaj zabieg, obracając pacjenta na boki) i podciągnij spodnie do pasa.



Fot. 15. Podsuwanie bluzy do barków



Fot. 16. Zdejmowanie rękawa z kończyny górnej bliższej



Fot. 17. Zakładanie rękawa na kończynę górną dalszą

16. Odprowadź wózek z brudną bielizną do brudownika.

17. Wykonaj czynności końcowe – porządkowe.

7. Unieś pacjenta do pozycji półwysokiej, rozepnij koszulę (rozwiąż tasiemki) lub bluzę od pizamy i podsuń aż do barków (fot. 15).

8. Ułóż pacjenta na poduszkach.

9. Zdejmij koszulę z kończyny górnej bliższej lub zdrowej, potem przez głowę, a następnie z kończyny dalszej lub chorej (fot. 16). Pamiętaj j o zachowaniu intymności (nie odsłaniaj nadmiernie ciała pacjenta).

10. Wrzuć bieliznę do kosza na brudną bieliznę lub zabezpiecz i schowaj do szafki przyłóżkowej, jeśli bielizna jest własnością pacjenta.

11. Nałóż koszulę na kończynę górną dalszą lub chorą (fot. 17), potem na głowę, a następnie na kończynę górną bliższą lub zdrową.

12. Zsuń koszulę oraz wyrównaj ją na plecach i klatce piersiowej (zapnij guziki).

13. Poproś pacjenta, aby zgiął nogi i unieś pośladki (w razie przeciwwskazań wykonaj zabieg, obracając pacjenta na boki) – wyrównaj koszulę pod pośladkami.

14. Ułóż pacjenta w dogodnej pozycji.

15. Wyrównaj pościel. Zapytaj pacjenta o samopoczucie.

1.1.4. Zmiana bielizny pościelowej

W skład bielizny pościelowej wchodzi: poduszki, prześcieradło, podkład płócienny (obecnie rzadziej używany w placówkach służby zdrowia), podkład jednorazowy oraz koc w poszwie i dodatkowy koc. Podkłady jednorazowe i płócienne służą do zabezpieczenia prześcieradła i materaca przed przeoczeniem wydaliniami pacjenta. Podkłady płócienne mogą również posłużyć jako środek do zmiany pozycji ciała, np. do odwracania pacjenta na boki (zob. II, 5.8.2).

Bieliznę pościelową zmienia się zależnie od potrzeb, ale przynajmniej raz w tygodniu. Czynność tę wykonuje się podobnie jak ścielenie łóżka (zob. II, 1.1.1 i II, 1.1.2). Należy przygotować: czystą bieliznę pościelową (pełny zestaw lub elementy, które trzeba wymienić) oraz pojemnik na brudną bieliznę i odpady medyczne. Opiekun wrzuca brudną bieliznę do pojemnika, a poduszki i koc – po uprzednim zdjęciu z nich poszewek i poszwy – odkłada na krzesło.

Cel zabiegu

Zmianę bielizny pościelowej wykonuje się w celu:

- › zapewnienia pacjentowi wygody, czystości oraz estetycznego wyglądu,
- › zapewnienia czystości najbliższego otoczenia,
- › wspierania dobrego samopoczucia pacjenta,
- › zapobiegania powikłaniom związanym z długotrwałym unieruchomieniem, np. odparzeniom, odleżynom,
- › kształtowania nawyków higienicznych.

Przybory, materiały i środki

Do prawidłowego wykonania zabiegu są potrzebne:

- › komplet czystej bielizny pościelowej,
- › taca, wózek pielęgnacyjny,
- › jednorazowa myjka do usunięcia okruchów,
- › środki ochrony osobistej (fartuch foliowy, rękawiczki jednorazowe),
- › krzesło do odłożenia koca i poduszek,
- › parawan,
- › pojemnik/worek na brudną bieliznę.

Zasady

Podczas wykonywania zabiegu należy przestrzegać zasad:

- › ergonomii, bhp, higienicznych i sanitarno-epidemiologicznych (czyli zasad ogólnych),
- › intymności pacjenta.



Ponadto należy:

- › segregować bieliznę czystą i brudną,
- › nie dopuszczać do stykania się bielizny czystej z brudną,
- › zabezpieczyć pacjenta przed mikrourazami podczas wykonywania czynności.

W literaturze można znaleźć opisy kilku sposobów zmiany bielizny pościelowej. Wybrano jeden, przykładowy sposób – według autorek najbardziej optymalny i wygodny dla opiekuna.



Algorytm – kolejność wykonywania czynności

Zmiana bielizny pościelowej z pacjentem leżącym w łóżku

1. Oceń stan pacjenta pod względem zakresu samodzielności, sprawności, potrzeb oraz masy ciała.
2. Poinformuj pacjenta o celu i przebiegu zabiegu oraz o planowanym czasie wykonania. Ustaw parawan.
3. Przygotuj zestaw na tacy/wózku zabiegowym. Przygotuj worki/pojemniki na odpady medyczne i brudną bieliznę.
4. Umyj higienicznie ręce.
5. Załóż fartuch foliowy i rękawiczki jednorazowe.
6. Ustal kolejność działań.
7. Zapewnij sobie dostęp do łóżka z trzech stron.
8. Jeśli to możliwe, ustaw wysokość łóżka, dostosowując ją do swojego wzrostu. Staraj się przyjąć podczas pracy pozycję bezpieczną dla kręgosłupa.
9. Odstaw szafkę przyłóżkową.
10. Ustaw krzesło w nogach łóżka.
11. Opuść boczne oparcie i wezglowie.
12. Zabezpiecz (jeśli są) dreny, cewnik, kaniule dożylny, kroplowy wlew dożylny.
13. Obluźnij, a następnie zdejmij i odłóż na krzesło dodatkowy koc (jeśli jest założony).
14. Obluźnij koc w poszwie z obu stron łóżka i wyjmij część założoną pod materacem w nogach łóżka.
15. Unieś i podtrzymaj pacjenta. Wyjmij poduszki. Jeśli pacjent wymaga pozostawienia go w pozycji półwysokiej, np. przy duszności, wyjmij jedną poduszkę, zmień poszewkę, podłóż pod pacjenta, a następnie zmień poszewkę na drugiej poduszce i podłóż ją pod pacjenta.

16. Ułóż pacjenta na plecach.
17. Zdejmij brudne poszewki z poduszek i wsuń je do worka z brudną bielizną. Następnie załóż czyste poszewki (fot. 18).
18. Obluźnij prześcieradło z podkładem, zaczynając od strony nóg.
19. Ułóż pacjenta na lewym boku, przesuując go jednocześnie na lewą stronę łóżka.
20. Okryj jego plecy kocem w poszwie.
21. Wymieć okruchy z kolejnych warstw pościeli (podkład, prześcieradło, materac) myjką nałożoną na prawą dłoń. Lewą dłonią ochraniaj plecy pacjenta.
22. Zmarszcz brudny podkład płócienny (fot. 19) i prześcieradło.
23. Rozłóż w kierunku pleców pacjenta czyste prześcieradło (fot. 20) i czysty podkład płócienny.
24. Podłóż pod materac czyste prześcieradło (fot. 21) i czysty podkład płócienny.
25. Ułóż pacjenta na prawym boku, przesuując go jednocześnie na prawą stronę łóżka. Zabezpiecz łóżko barierkami.
26. Przejdź na drugą stronę łóżka.
27. Okryj plecy pacjenta i podtrzymuj go lewą dłonią.
28. Wysuń i zwiń brudne warstwy pościeli spod pacjenta (podkład – fot. 22 na s. 78, prześcieradło) i umieść w pojemniku (worku) na brudną bieliznę.
29. Wysuń spod pacjenta czyste prześcieradło i podkład (fot. 23 na s. 78).
30. Ułóż pacjenta na plecach.



Fot. 18. Zakładanie czystej poszewki na poduszkę



Fot. 19. Zwijanie podkładu płóciennego



Fot. 20. Układanie czystego prześcieradła na łóżku (prześcieradło zostało wcześniej złożone w harmonijkę)



Fot. 21. Zakładanie czystego prześcieradła pod materac

31. Naciągnij z obu stron prześcieradło, załóż je u wezglowia pod materac i wykonaj kopertę narożnikową, naciągnij prześcieradło kolejno w środku, potem w nogach.
32. Podłóż prześcieradło pod materac (fot. 24).
33. Naciągnij i podłóż podkład płócienny pod materac (fot. 25 i 26 na s. 79).
34. Rozłóż brzegi koca w poszwie.



Fot. 22. Wysuwanie brudnego podkładu płóciennego



Fot. 23. Wysuwanie czystego prześcieradła



Fot. 24. Wkładanie czystego prześcieradła pod materac

35. Unieś tułów pacjenta i podtrzymaj. Połóż poduszki.
36. Ułóż pacjenta na plecach.
37. Wyjmij koc z poszwy, złóż go i odłóż na krzesło (brudną poszwę pozostaw na pacjencie rozwiniętą od nóg do pasa).
38. Czystą poszwę połóż na pacjencie od brody do pasa. Uważaj, aby czysta poszwa nie dotykała brudnej (fot. 27 na s. 79).
39. Brudną poszwę umieść w worku na brudną bieliznę.
40. Włóż koc do czystej poszwy i wyrównaj na całej długości (fot. 28 na s. 79).
41. Załóż dodatkowy koc na dole łóżka, jeśli jest taka potrzeba.
42. Unieś wezglowie łóżka oraz podsuń pacjenta wyżej na poduszki.
43. Zapytaj pacjenta, czy jest mu wygodnie.
44. Przystaw szafkę przyłóżkową i krzesło.
45. Sprawdź działanie dzwonka alarmowego (w warunkach szpitalnych).
46. Wyprowadź wózek z brudną bielizną i usuń parawan.
47. Wykonaj czynności końcowe – porządkowe.



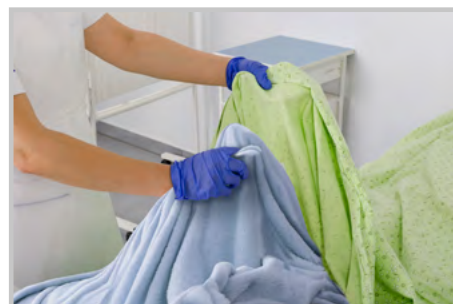
Fot. 25. Wyssuwanie czystego podkładu płóciennego spod pacjenta



Fot. 26. Wkładanie czystego podkładu pod materac



Fot. 27. Zmiana poszwy na kocu – jednocześnie układanie czystej i zdejmowanie brudnej poszwy



Fot. 28. Sposób wkładania koca do czystej poszwy

Uwagi dodatkowe

Możliwe trudności związane z wykonaniem wyżej wymienionej procedury to:

- › przenoszenie zakażeń wewnątrzdziałowych,
- › brak zgody pacjenta,
- › dyskomfort pacjenta,
- › narażenie pacjenta na odleżyny,
- › usunięcie sprzętu stosowanego u pacjenta, np. kaniul, cewnika,
- › możliwość narażenia osoby wykonującej zabieg na urazy kręgosłupa.

Niekiedy pojawia się konieczność zmiany bielizny pościelowej bez odwracania pacjenta na boki. Konieczność tę wymuszają np. zabiegi ortopedyczne wszczępienia endoprotezy stawów biodrowych, kiedy to w początkowym okresie nie można odwracać pacjenta na bok. Przed przystąpieniem do wykonania czynności należy się zapoznać ze zleceniem i wskazaniem lekarza lub pielęgniarki. Istotne jest to, że wówczas do zmiany pościeli potrzebne są dwie osoby: jedna osoba podtrzymuje pacjenta, a druga zsuwa spod niego brudną pościel – od wezgłowia ku dołowi, a następnie po rozłożeniu czystej pościeli na wezgłowiu łóżka odbywa się analogiczne zsuwanie

ku dołowi czystej pościeli. Jeśli to możliwe, należy w trakcie zabiegu zgiąć nogi pacjenta w kolanach i poprosić go o uniesienie pośladków. Jeśli pacjent nie może tego zrobić samodzielnie, należy podłożyć ręce pod jego pośladki i je unieść.



Wskazówka

1. Na egzaminach z przygotowania zawodowego w części praktycznej pojawiają się polecenia dotyczące częściowej zmiany bielizny pościelowej, np. poduszek, podkładu lub poszwy.
2. Przy stosowaniu podkładu jednorazowego umieszcza się go na podkładzie płóciennym. Zużyty podkład należy wyrzucić do pojemnika na odpady medyczne.

1.1.5. Przygotowanie łóżka na przyjęcie pacjenta

Cel zabiegu

W razie hospitalizacji niezbędne jest zapewnienie pacjentowi miejsca w celu:

- › wygodnego ułożenia go w łóżku i umieszczenia rzeczy osobistych w szafce i w szafce przyłóżkowej,
- › stworzenia mu optymalnych warunków do zdrowienia,
- › ułatwienia mu procesu adaptacji w szpitalu lub w placówce opiekuńczej.

Przybory, materiały i środki

Do wykonania zadania są potrzebne:

- › taca,
- › miska nerkowata,
- › środki ochrony osobistej (fartuch foliowy, rękawiczki jednorazowe).

Zasady

Podczas wykonywania zabiegu należy przestrzegać zasad:

- › bezpieczeństwa i ergonomii pracy – szczególnie w trakcie transferowania pacjenta,
- › podmiotowego traktowania pacjenta.



Algorytm – kolejność wykonywania czynności

1. Przygotuj wcześniej czyste łóżko dla nowo przyjętego pacjenta.
2. Wykonaj czynności wstępne – przygotowawcze.
3. Poinformuj pacjenta o miejscu, w którym będzie przebywał, zapoznaj go z topografią oddziału.
4. Udziel niezbędnych informacji o funkcjonowaniu oddziału (godziny posiłków, odwiedzin, wizyty lekarskiej), odpowiedz na pytania.
5. Zapoznaj pacjenta ze współmieszkańcami oraz wskaż osoby, które będą się nim opiekowały (opiekun medyczny, pielęgniarka, lekarz itd.).
6. Wskaż łóżko i szafkę.
7. Bezpiecznie posadź pacjenta na krześle lub wózku inwalidzkim (pacjent może zostać przywieziony z izby przyjęć).
8. Jeśli pacjent będzie potrzebował na co dzień konkretnych sprzętów, np. wózka inwalidzkiego, koncentratora tlenu, pomóż wygospodarować na nie miejsce.
9. Odsuń poduszki.
10. Złóż koc w poszwie na 3 części (w tzw. harmonijkę).
11. Ułóż odpowiednio poduszki.
12. Ułóż pacjenta w łóżku (zależnie od stopnia niesamodzielności pacjent może sam przejść na łóżko bądź z pomocą, lub też trzeba go przenieść) i go przykryj.
13. Pomóż rozpakować rzeczy osobiste pacjenta.
14. Zapytaj pacjenta, jak się czuje i czy jest mu wygodnie.
15. Wykonaj czynności końcowe – porządkowe.

Uwagi dodatkowe

Przyjęcie do szpitala zawsze wiąże się z wielkim stresem dla pacjenta. Pacjenci trafiają na oddział szpitalny w różnym stanie zdrowia i samopoczucia, a postępowanie podczas przyjęcia zależy właśnie od ich stanu i stopnia samodzielności. W tym czasie potrzebują przyjaznej osoby, która pomoże im oraz ich rodzinie zaakceptować nową sytuację. Opiekun medyczny często spędza najwięcej czasu z pacjentem, dlatego może mu pomóc w procesie adaptacji. W kontakcie z nowo przyjętym pacjentem niezbędne jest wykazanie się ogromną empatią i życzliwością [Talarska, Wieczorowska-Tobis, Szwalkiewicz 2014].

Farmakoterapia

3

Drogi podawania leków

3.1. Podawanie leków na skórę i błony śluzowe

3.1.1. Podawanie leków na skórę

Na powierzchnię skóry oraz jej wytworów (mieszków włosowych, włosów i paznokci) stosuje się leki w postaci maści, kremów, past, pudrów, żelów, rozтворów itp. Technika aplikacji polega na miejscowym smarowaniu lub/i wcieraniu środka leczniczego. W zależności od zlecenia lekarskiego stosuje się również płatowy opatrunek maściowy, który wykonuje się poprzez nasmarowanie miejsca chorobowego lekiem, nałożenie kilku warstw gazików, folii i umocowanie bandażem (analogicznie jak w przypadku kompresu rozgrzewającego). W leczeniu np. przewlekłego bólu, chorób układu krążenia, układu nerwowego czy w antykoncepcji podaje się leki w plastrach w tzw. transdermalnym systemie terapeutycznym. To elastyczne, wielowarstwowe plastry zawierające jedną lub kilka substancji leczniczych. Substancje te stale, w określonym stężeniu przenikają przez skórę do krążenia ogólnego. Czas działania plastra trwa od 3 godzin do 7 dni (w zależności od preparatu).

W przypadku zastosowania środków leczniczych na owłosioną skórę głowy należy przed zabiegiem umyć włosy szamponem o odczynie kwaśnym (lub spłukać wodą z octem). Preparat nakłada się na skórę pasmami, do maksymalnie 1 cm długości włosa. Dalej należy postępować zgodnie z opisem na ulotce informacyjnej.

Cel zabiegu

Zabieg wykonuje się w celu terapeutycznym (leczniczym) i pielęgnacyjnym (profilaktycznym).

Wskazania

- › stany zapalne skóry,
- › grzybica skóry i paznokci,
- › dermatozy, np. łuszczyca,
- › oparzenia i odmrożenia I stopnia,
- › świerzb,
- › odparzenia,
- › obrzęki.

Przybory, materiały i środki

Do wykonania zabiegu są potrzebne:

- › środek leczniczy (w postaci maści, kremu itp.) zgodny ze zleceniem,
- › gaziki, szpatułki,
- › taca/wózek pielęgniacyjny,
- › miska nerkowata,
- › środki ochrony osobistej (fartuch foliowy, rękawiczki jednorazowe).

Zasady

Oprócz przestrzegania ogólnych zasad podawania leków należy:

- › unikać ponownego wcierania leku w to samo miejsce;
- › nakładać i wcierać lek całą dłonią, a nie opuszkami palców (wcieranie opuszkami może spowodować zadrapanie i stan zapalny skóry);
- › smarować tułów z góry do dołu (od szyi w kierunku spojenia łonowego – z przodu; od karku do pośladków – z tyłu);
- › smarować kończyny górne i dolne w kierunku od części bliższej do dalszej;
- › poinstruować chorego samodzielnego o sposobie przyjmowania leku na skórę; pomóc choremu częściowo samodzielnemu lub zastosować lek u chorego całkowicie niesamodzielnego;
- › pomóc w zastosowaniu leku osobom z ograniczoną sprawnością lub brakiem sprawności;
- › przygotować otoczenie/pomieszczenie zabiegu (niekiedy zachodzi potrzeba wykonania zabiegu na całe ciało np. w łazience – należy przygotować pomieszczenie tak jak do kąpieli);
- › przygotować skórę pacjenta poprzez dokładne umycie i osuszenie miejsca nałożenia leku (zabieg najlepiej wykonać po toalecie/kąpieli);
- › odtłuścić skórę wodą z mydłem, osuszyć ręcznikiem przed przyklejeniem plastra (bez dotykania jego części wewnętrznej) i sprawdzić, czy dobrze przylega do skóry po przyklejeniu;
- › w przypadku stosowania transdermalnego systemu terapeutycznego (TST):

- » wybrać odpowiednie miejsce do jego przyklejenia (najczęściej górna część pleców, okolica podobojczykowa, brzuch, ramię, udo lub inne wskazane przez producenta, czyli najlepiej takie, gdzie system będzie najmniej narażony na tarcie i uszkodzenia); jeśli wybrana okolica jest owłosiona, należy przyciąć włosy (nie golić); nie nakładać na miejsca uszkodzone, napromieniowane,
- » nie dzielić plastra na części,
- » na plastrze zapisać datę i godzinę jego założenia, aby nie pominąć lub nie podać dodatkowej dawki leku,
- » po przyklejeniu plastra poinformować pacjenta, aby nie korzystał z sauny, nie ekspozował okolicy ciała z przyklejonym plastrem na działanie źródeł ciepła (lampy rozgrzewające, koc elektryczny, słońce), gdyż może to spowodować niekontrolowane zwiększenie uwalniania substancji leczniczej;
- › równomiernie rozprowadzić zasypkę/puder suchy za pomocą gazika na wskazanej w zleceniu okolicy ciała;
- › wstrząsnąć płynny puder (stanowi zawiesinę) w celu wymieszania składników i rozprowadzić go gazikiem lub za pomocą dłoni.

Zagrożenia

Zabieg należy wykonywać uważnie, aby zminimalizować ryzyko najczęstszych zagrożeń:

- › pomylenia leku i pacjenta,
- › zastosowania preparatu niezgodnie z instrukcją,
- › indywidualnej reakcji pacjenta na lek,
- › przenoszenia zakażeń.



Algorytm – kolejność wykonywania czynności

1. Zapoznaj się ze zleceniem, sprawdź tożsamość pacjenta i poproś go o zgodę na zabieg.
2. Przygotuj otoczenie pacjenta, np. zadbaj o odpowiednią temperaturę pomieszczenia.
3. Wykonaj czynności wstępne – przygotowawcze.
4. Załóż fartuch i rękawiczki.
5. Ułóż pacjenta w odpowiedniej pozycji.
6. Odsłoń miejsce nałożenia leku lub zdejmij bieliznę pacjenta.
7. Oczyść skórę pacjenta, jeśli jest taka potrzeba. Gdy stosujesz TST, umyj skórę pacjenta ciepłą wodą, najlepiej bez mydła.
8. Pobierz środek leczniczy z opakowania.

9. Przy stosowaniu TST:

- › przetnij opakowanie tak, by nie uszkodzić systemu,
- › lekko zegnij, usuń połowę warstwy ochronnej, nie dotykaj przy tym warstwy przylepnej,
- › przyklej połowę systemu, a następnie pozostałą część po usunięciu warstwy ochronnej,
- › przez 10–30 sekund lekko dociśnij dłonią system do skóry, po czym sprawdź, czy plaster dobrze przylega, lekko pociągając jego róg,
- › na plastrze wpisz miękkim flamastrem/długopisem datę i godzinę przyklejenia plastra.

10. Nałóż środek na zmienione chorobowo miejsce lub podaj pacjentowi, aby wykonał to samodzielnie.
11. W zależności od potrzeby i rodzaju zabiegu pozostaw środek do wchłonięcia lub włóż pacjentowi np. czyste skarpetki itp.
12. Wykonaj czynności końcowe – porządkowe.
13. Udokumentuj wykonanie zabiegu.
14. Zgłoś pielęgniарce/lekarzowi ewentualne zaobserwowane nieprawidłowości.
15. Obserwuj pacjenta po podaniu leku lub/i poproś go, aby zgłaszał niepokojące objawy.

3.1.2. Podawanie leków do ucha

Zabieg polega na wprowadzeniu środka leczniczego w postaci kropli, emulsji, żelu, maści czy aerozolu do przewodu słuchowego zewnętrznego. **Lek do jamy bębenkowej i rany pooperacyjnej podaje pielęgniarka lub lekarz.**

Cel zabiegu

Zabieg wykonuje się w celu terapeutycznym (leczniczym) i higienicznym.

Wskazania

- › stany zapalne i zakażenia narządu słuchu,
- › czyraki,
- › rozmiękczenie twardej woszczyzny.

Przybory, materiały i środki

Do wykonania zabiegu, w zależności od zlecenia, są potrzebne:

- › środek leczniczy,
- › gaziki, kwaczyki,
- › jałowy kroplomierz,

- › jałowe bagietki do nakładania maści,
- › miska nerkowata,
- › środki ochrony osobistej (fartuch foliowy, rękawiczki jednorazowe).

Zasady

Oprócz przestrzegania ogólnych zasad podawania leków należy:

- › ogrzać lek w dłoniach,
- › podać lek tak, aby krople spływały po wewnętrznej ścianie kanału słuchowego,
- › nie dotykać ucha kroplomierzem,
- › zapewnić dobre oświetlenie i dostęp do ucha.

Zagrożenia

Zabieg należy wykonywać uważnie, aby zminimalizować ryzyko najczęstszych zagrożeń:

- › pomylenia leku i pacjenta,
- › zastosowania preparatu niezgodnie z instrukcją,
- › indywidualnej reakcji pacjenta na lek,
- › podania leku do niewłaściwego ucha,
- › uszkodzenia kanału słuchowego,
- › przenoszenia zakażeń.



Algorytm – kolejność wykonywania czynności

1. Zapoznaj się ze zleceniem, sprawdź tożsamość pacjenta i poproś go o zgodę na zabieg.
2. Przygotuj otoczenie, np. zadбай o odpowiednie oświetlenie i temperaturę pomieszczenia.
3. Wykonaj czynności wstępne – przygotowawcze.
4. Załóż fartuch i rękawiczki.
5. Ułóż pacjenta w pozycji na boku tak, aby odsłonić ucho, lub na wznak z głową ułożoną na bok, lub siedzącej z pochyleniem głowy na bok.
6. Pociągnij małżowinę uszną lekko do tyłu i do góry.
7. Oczyść zewnętrzny przewód słuchowy.
8. Podaj krople do przewodu słuchowego, a w przypadku maści z aplikatorem – bezpośrednio do ucha (fot. 121 na s. 321).
9. Potrzymaj delikatnie skrawek małżowiny usznej – pomoże to rozprowadzić lek w kanale słuchowym.
10. Załóż wacik, zamykając wejście do przewodu słuchowego.

11. Poproś pacjenta, aby pozostał kilka minut w pozycji z głową ułożoną na boku. Usuń wacik.
12. Poinformuj pacjenta o możliwych objawach, np. pogorszeniu słyszenia.
13. Jeśli jest taka potrzeba, podaj lek do drugiego ucha.
14. Wykonaj czynności końcowe – porządkowe.
15. Udokumentuj wykonanie zabiegu.
16. Zgłoś pielęgniarce/lekarzowi ewentualne zaobserwowane nieprawidłowości.
17. Obserwuj pacjenta i poproś go, aby zgłaszał niepokojące objawy.



Fot. 121. Podanie kropli do przewodu słuchowego

3.1.3. Podawanie leków do oka [worka spojówkowego]

Zabieg polega na zaaplikowaniu bezpośrednio do worka spojówkowego środka leczniczego w postaci kropli, maści lub żelu.

Cel zabiegu

Zabieg wykonuje się w celu terapeutycznym (leczniczym) i diagnostycznym.

Wskazania

- › stany zapalne i alergiczne narządu wzroku,
- › schorzenia przewlekłe, np. jaskra,
- › znieczulenie miejscowe,
- › przygotowanie do badań diagnostycznych,
- › zespół suchego oka.

Przybory, materiały i środki

Do wykonania zabiegu są potrzebne:

- › środek leczniczy,
- › gaziki,
- › jałowy kroplomierz lub bagietka,
- › miska nerkowata,
- › środki ochrony osobistej (fartuch foliowy, rękawiczki jednorazowe).

Zasady

Oprócz przestrzegania ogólnych zasad podawania leków należy:

- › ogrzać lek w dłoniach,
- › uważać, aby nadmiar leku nie spływał do ust pacjenta,
- › przestrzegać czasu podawania leków (szczególnie ważne w przypadku jaskry),
- › dopilnować, aby pacjent nie mrugał powiekami po podaniu leku, ale zamknął oczy i wykonał kilka ruchów gałką oczną,
- › rozprowadzić maść na całej długości powieki dolnej,
- › poinformować pacjenta o potrzebie zamknięcia powiek na kilkanaście minut po zaaplikowaniu maści,
- › nie dotykać spojówek aplikatorem/kropłomierzem,
- › podać krople do worka spojówkowego w dawce 1–2 krople do jednego oka,
- › podawać krople z odległości ok. 2–3 cm nad okiem.

Zagrożenia

Zabieg należy wykonywać uważnie, aby zminimalizować ryzyko najczęstszych zagrożeń:

- › pomylenia leku i pacjenta,
- › zastosowania preparatu niezgodnie z instrukcją,
- › indywidualnej reakcji pacjenta na lek,
- › podania leku do niewłaściwego oka,
- › uszkodzenia lub podrażnienia spojówki i gałki oka oraz spowodowania bólu,
- › przenoszenia zakażeń.



Algorytm – kolejność wykonywania czynności

1. Zapoznaj się ze zleceniem, sprawdź tożsamość pacjenta i poproś go o zgodę na zabieg.
2. Przygotuj otoczenie, np. zadбай o odpowiednią temperaturę pomieszczenia.
3. Wykonaj czynności wstępne – przygotowawcze.
4. Załóż fartuch i rękawiczki.
5. Ogrzej preparat w dłoniach.
6. Ułóż pacjenta w pozycji na wznak z głową odchylną lekko do tyłu.
7. Uchwyć jałowy gazik między 3. a 4. palcem lewej ręki.
8. Rozchyl powieki pacjenta kciukiem i palcem wskazującym lewej ręki.
9. Prawą rękę z lekiem oprzyj lekko o czoło pacjenta.
10. Poproś go, aby skierował wzrok ku górze.

11. Podaj 1–2 krople do worka spojówkowego (fot. 122) lub wzdłuż niego nałóż maść (od kąta zewnętrznego do wewnętrznego; fot. 123) .
12. Przytrzymaj i odciągnij na kilka sekund dolną powiekę, aby zapobiec wyciekaniu leku.
13. Wytrzyj delikatnie nadmiar leku gazikiem.
14. Podaj lek do drugiego oka, jeśli jest takie zlecenie.
15. Poproś pacjenta, aby pozostał kilka minut w pozycji z głową ułożoną na wznak, z zamkniętymi powiekami.
16. Wykonaj czynności końcowe – porządkowe.
17. Udokumentuj wykonanie zabiegu.
18. Zgłoś pielęgniarce/lekarzowi ewentualne zaobserwowane nieprawidłowości.
19. Obserwuj pacjenta i poproś, aby zgłaszał niepokojące objawy.



Fot. 122. Podanie kropli do worka spojówkowego



Fot. 123. Nałożenie maści wzdłuż worka spojówkowego

3.1.4. Płukanie oka

Zabieg polega na oczyszczeniu oka i worka spojówkowego z substancji drażniących, ciał obcych czy zanieczyszczeń poprzez przepłukanie jałowym wodnym roztworem.

Cel zabiegu

Zabieg wykonuje się w celu:

- › usunięcia wydzieliny zgromadzonej w worku spojówkowym,
- › usunięcia ciał obcych, które dostały się w okolice gałki ocznej,
- › profilaktyki podrażnień, stanów zapalnych, zakażeń tkanek oka.

Przeciwwskazania

Alergia na składniki preparatu.

Przybory, materiały i środki

Do wykonania zabiegu są potrzebne:

- › taca/wózek zabiegowy,
- › zestaw lub naczynie (kieliszek) do płukania oka (fot. 124 i fot. 125),
- › gaziki jałowe,
- › serweta/ręcznik papierowy/lignina/podkład jednorazowy do zabezpieczenia ubrania,
- › miska nerkowata,
- › płyn do płukania oka ogrzany do temperatury ciała (najczęściej 0,9% NaCl) – w celu ogrzania włóż fiolkę lub butelkę z płynem do miseczki z ciepłą wodą,
- › środki ochrony osobistej (fartuch foliowy, rękawiczki jednorazowe jałowe i niejałowe),
- › worki na odpady.



Fot. 124. Zestaw do płukania oka z aparatem



Fot. 125. Kieliszek do płukania oka

Zagrożenia

Takie jak podczas podawania leku do oka oraz zanieczyszczenie drugiego oka.

Zasady

Oprócz przestrzegania ogólnych zasad podawania leków należy:

- › strumień płynu do płukania kierować od kącika wewnętrznego do zewnętrznego oka,
- › w razie dostania się substancji drażniących, chemicznych do worka spojówkowego użyć dużej ilości wody (najlepiej destylowanej),
- › dopilnować, aby przed zabiegiem pacjent usunął z oczu soczewki kontaktowe,
- › przed płukaniem oka, jeśli powieki są sklezione wydzieliną spojówkową, na kilka minut nałożyć na nie ciepły, wilgotny okład,
- › czynności wykonywać delikatnie.



Algorytm – kolejność wykonywania czynności

1. Zapoznaj się ze zleceniem i sprawdź tożsamość pacjenta.
2. Przygotuj otoczenie, np. zadбай o odpowiednie oświetlenie i spokój.
3. Wykonaj czynności wstępne – przygotowawcze.
4. Higienicznie umyj i zdezynfekuj ręce.
5. Załóż fartuch i rękawiczki.
6. Zabezpiecz bieliznę pościelową i osobistą przed zalaniem, np. osłaniając ją ligniną.
7. Ustaw miskę nerkową po stronie płukanego oka.
8. Wykonaj płukanie oka jedną z metod.

Płukanie oka za pomocą zestawu do płukania

- a) Ułóż pacjenta w pozycji półsiedzącej z podparciem głowy lub na wznak z głową odchyloną do tyłu i na bok, w kierunku oka, które ma być płukane.
- b) Ułóż gazik pod opuszkę swojego kciuka lewej ręki. Połóż kciuk na dolnej powiece (blisko jej brzegów).
- c) Powoli odciągnij ku dołowi dolną powiekę, jednocześnie lekko przyciskając kciuk do kości jarzmowej.
- d) Palec wskazujący lewej ręki przez gazik ułóż na górnej powiece (blisko jej brzegów), odciągnij ją ku górze, jednocześnie przyciskając do górnego brzegu oczodołu.
- e) Poproś pacjenta o skierowanie wzroku ku górze.
- f) Ustaw prawą ręką naczynie do płukania oka w odległości 2–3 cm (do 10 cm), kieruj strumień na okolice dolnego sklepienia oka (fot. 126).
- g) Płucz od kącika wewnętrznego do zewnętrznego oka.
- h) Odwróć powieki do naturalnego położenia.

Płukanie oka za pomocą kieliszka do płukania

- a) Ułóż pacjenta w pozycji półsiedzącej wysokiej.
- b) Napełnij kieliszek płynem do płukania.
- c) Pochyl głowę pacjenta do przodu.
- d) Przyłóż kieliszek do oczodołu, tak aby krawędzie naczyń dokładnie, szczelnie do niego przylegały (zwłaszcza do kości jarzmowej), nie uciskając gałki ocznej.



Fot. 126. Sposób płukania oka przy użyciu aparatu

- e) Przechylił do tyłu głowę pacjenta z przyłożonym kieliszkiem.
- f) Polecił pacjentowi wykonywanie mrugania, tak aby umożliwić płynowi swobodny dostęp do całej powierzchni oka.

9. Osusz gazikiem okolicę oka z nadmiaru płynu.
10. Osusz twarz ligniną lub ręcznikiem.
11. Ułóż pacjenta w wygodnej pozycji.
12. Kontroluj reakcję pacjenta na zabieg.
13. Wykonaj czynności końcowe – porządkowe.
14. Udokumentuj wykonanie zabiegu.

3.1.5. Podawanie leków do nosa

Zabieg polega na zaaplikowaniu środka leczniczego w postaci kropli, maści lub aerozolu bezpośrednio na błonę śluzową jamy nosowej.

Cel zabiegu

Zabieg wykonuje się w celu terapeutycznym (leczniczym).

Wskazania

- › stany zapalne jamy nosa i zatok przynosowych,
- › alergie,
- › regeneracja błony śluzowej po zabiegach operacyjnych, np. przegrody nosowej, przerost małżowin nosa itp.

Przybory, materiały i środki

Do wykonania zabiegu są potrzebne:

- › środek leczniczy,
- › gaziki, kwaczyki, bagietki,
- › miska nerkowata,
- › środki ochrony osobistej (fartuch foliowy, rękawiczki jednorazowe).

Zasady

Oprócz przestrzegania ogólnych zasad podawania leków należy:

- › podać lek w ilości zleconej przez lekarza,
- › ułożyć pacjenta w pozycji z głową odchyloną do tyłu,
- › podawać lek płytko na boczną ścianę nosa,
- › nie podawać leku głęboko w kierunku przegrody nosa,
- › poinstruować pacjenta częściowo samodzielnie, jak aplikować lek,

- › poinformować pacjenta o możliwym odczuciu smaku kropli w ustach,
- › po aplikacji leku polecić pacjentowi, aby odwrócił głowę najpierw na prawą, a po 30 sekundach na lewą stronę – taka technika umożliwi optymalne rozprowadzenie kropli w jamie nosowej,

Zagrożenia

Zabieg należy wykonywać uważnie, aby zminimalizować ryzyko najczęstszych zagrożeń:

- › pomylenia leku i pacjenta,
- › zastosowania preparatu niezgodnie z instrukcją,
- › indywidualnej reakcji pacjenta na lek,
- › podania leku do niewłaściwej jamy nosowej,
- › uszkodzenia lub podrażnienia błony śluzowej,
- › przenoszenia zakażeń.



Algorytm – kolejność wykonywania czynności

1. Zapoznaj się ze zleceniem, sprawdź tożsamość pacjenta i poproś go o zgodę na zabieg.
2. Przygotuj otoczenie, np. zadbaj o odpowiednią temperaturę pomieszczenia.
3. Wykonaj czynności wstępne – przygotowawcze.
4. Załóż fartuch i rękawiczki.
5. Ogrzej preparat w dłoniach.
6. Poproś, aby pacjent oczyścił nos.
7. Ułóż pacjenta w pozycji na wznak z głową odchyloną do tyłu lub na boku, tak aby głowa była ułożona w linii barków.
8. Poproś, aby pacjent oddychał przez usta.
9. Unieś lekko koniuszek nosa.
10. Podaj lek według zlecenia (maść, krople, aerozol).
11. Wytrzyj gazikiem nadmiar leku.
12. Poproś, aby pacjent pozostał w ustalonej pozycji przez ok. 5 minut.
13. Wykonaj czynności końcowe – porządkowe.
14. Udokumentuj wykonanie zabiegu.
15. Zgłoś pielęgniarce/lekarzowi ewentualne zaobserwowane nieprawidłowości.
16. Obserwuj pacjenta i poproś, aby zgłaszał niepokojące objawy.

Fot. Michał Mularczyk



Agnieszka Rychlik – pielęgniarka i instruktorka praktycznej nauki zawodu z ponad 30-letnim doświadczeniem, magister turystyki i rekreacji, gerontolożka i terapeutka zajęciowa. Nauczycielka dyplomowana w Wielkopolskim Samorządowym Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Ostrowie Wielkopolskim oraz w TEB Edukacja Leszno. Egzaminatorka OKE w zawodach opiekun medyczny i terapeuta zajęciowy, współautorka zadań egzaminacyjnych dla CKE w Warszawie. Autorka i realizatorka programów szkoleniowych oraz inicjatyw lokalnych na rzecz osób starszych. W ramach wolontariatu współpracuje z hospicjum domowym prowadzonym przez Stowarzyszenie „Kolory” w Lesznie.

Fot. Bożena Rożek



Iwona Pawluczuk – pielęgniarka z wieloletnim doświadczeniem, specjalistka pielęgniarstwa geriatrycznego i opieki długoterminowej. Prowadzi szkolenia z pierwszej pomocy oraz opieki nad osobami chorymi i niesamodzielnymi. Opiekunka staży, instruktorka praktyk klinicznych na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie, wykładowczyni m.in. w Lubelskiej Akademii WSEI. Nauczycielka przedmiotów zawodowych na kierunku opiekun medyczny w Zespole Szkół w Ludwinie oraz anatomii i fizjologii na kierunku technik masażysta w TEB Edukacja Lublin. Egzaminatorka OKE, współautorka zadań egzaminacyjnych dla CKE. Współtwórczyni publikacji *Zrozumieć starość. Poradnik dla rodzin i opiekunów seniorów*, wydanej przez Fundację „Zaczyn”.

Do rąk czytelników trafia rzetelne i nowoczesne kompendium umożliwiające zdobycie solidnych podstaw wiedzy i umiejętności w zawodzie opiekuna medycznego oraz wskazujące, jak świadczyć usługi opiekuńcze na najwyższym poziomie. Szczegółowo omówione algorytmy postępowania, techniki pielęgnacyjne, zasady wykonywania zabiegów i najnowsze procedury medyczne spełniają wymagania współczesnych standardów opieki zdrowotnej nad osobami chorymi i niesamodzielnymi. Bogaty materiał ilustracyjny z dbałością o detale ukazuje realne czynności wykonywane przy pacjencie, stanowiąc nieocenioną pomoc w zrozumieniu i przyswojeniu kluczowych zagadnień.

Publikacja została opracowana zgodnie z aktualnym programem nauczania, a zawarte w niej treści uwzględniają poszerzone uprawnienia i kompetencje zawodowe opiekuna medycznego. Szukasz wiarygodnego źródła wiedzy? Ta książka przygotowuje Cię nie tylko do państwowego egzaminu zawodowego w zakresie kwalifikacji MED.14, lecz także do rzeczywistych wyzwań w codziennej pracy.

Książka wspaniale łączy wiedzę i umiejętności z zakresu opieki nad chorym. Odpowiada wizji idealnego podręcznika – rzetelnego, przystępnego, uporządkowanego. Do nauki zachęcają wzorcowo opracowane algorytmy postępowania, liczne ilustracje, użyteczne wskazówki i załączniki. Autorki, mające ogromną wiedzę teoretyczną i praktyczną, trafnie uchwyciły realia pracy opiekuna medycznego. Holistyczne podejście do pacjenta odzwierciedla struktura książki – czynności opiekuńczo-pielęgnacyjne spletają się z profilaktyką zdrowotną, farmakoterapią, promocją zdrowia i aktywizacją, co pokazuje szeroki zakres kompetencji opiekuna. Ujęta mnie szczególnie troska o chorego, ale na uznanie zasługują też głębia treści, szata graficzna, a wreszcie imponująca praca włożona w stworzenie tak kompletnego dzieła. Jeżeli się uczyć – to właśnie z niego.

Aleksandra Malenda-Baszczak

egzaminatorka OKE w Poznaniu,
trenerka szkoleń uzupełniających dla egzaminatorów