

**Irena Milaniak<sup>1,2</sup>, Grażyna Dębska<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego w Krakowie<sup>2</sup>Oddział Kliniczny Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie

# W wykorzystanie modelu pielęgniarstwa Virginii Henderson w opiece nad potencjalnym dawcą narządów ze śmiercią mózgu

The implication of Virginia Henderson's model in the care of potential brain dead donor

**STRESZCZENIE**

**Wstęp.** Przeszczepianie narządów jest uznaną metodą leczenia pacjentów z ciężką niewydolnością narządów. Opiekę nad potencjalnym dawcą organów ze śmiercią mózgu należy traktować jako początek opieki nad biorcą narządu. Właściwe postępowanie medyczne i pielęgnacyjne zapewnia utrzymanie należytej funkcji narządów. Opieka ta jest działaniem wielokierunkowym, wymagającym wiedzy oraz zaangażowania personelu medycznego.

Pielęgniarki aktywnie uczestniczą w procesie identyfikacji dawców, w sprawowaniu opieki nad potencjalnym dawcą narządów, jego rodziną oraz w opiece nad biorcą narządu.

Teorie pielęgnowania mają bogaty dorobek w aspekcie zastosowania w praktyce klinicznej, jednak nie miały zastosowania w opiece nad potencjalnym dawcą narządu ze śmiercią mózgu.

Virginia Henderson stworzyła koncepcję modelu opartego na 14 uniwersalnych potrzebach życiowych jako podstawowych komponentów pielęgniarstwa. Rola pielęgniarki polega na niesieniu pomocy w rozpoznaniu i zaspokojeniu kilkunastu wyodrębnionych przez Henderson potrzeb, szczególnie w sytuacji, gdy pacjent nie jest w stanie sam się z nimi uporać. Pielęgnowanie ma także zapewnić człowiekowi spokojną śmierć. Model ten może być zastosowany do modelu opieki nad potencjalnym dawcą narządów.

**Cel pracy.** Przedstawienie zastosowania teorii Virginii Henderson do intensywnie skoncentrowanej i wyspecjalizowanej dziedziny transplantologii – opieki nad potencjalnym dawcą narządów do przeszczepienia. Koncepcja opieki Virginii Henderson została zastosowana do opieki nad dawcą narządów, rodziną oraz w odniesieniu do personelu medycznego.

**Wyniki:** W pracy przedstawiono 14 uniwersalnych potrzeb V. Henderson w odniesieniu do opieki pielęgniarstwa nad potencjalnym dawcą narządów.

**Wnioski:** Model Virginii Henderson może być zastosowany w opiece pielęgniarstwa nad potencjalnym dawcą narządów.

**Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (4): 276–283**

**Słowa kluczowe:** teorie pielęgniarstwa; dawca narządów; intensywna opieka pielęgniarstwa

**ABSTRACT**

**Introduction.** Nurse practitioners are the first specialist in the organ donation process as well as in the clinical arena. The nursing theories have a wealth of experience in clinical practice, but they are not compulsory in the care of brain dead organ donor. Virginia Henderson has developed the concept based of 14 universal life needs as the basic components of nursing. This model can be applied to the model of care for an organ donor.

**Objective.** The aim of this study was to present to the intensively focused and specialized area of organ donation for transplantation.

**Adres do korespondencji:** dr n. med., mgr piel. Irena Milaniak, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego, ul. G. Herlinga-Grudzińskiego 1, 30–705 Kraków, e-mail: irenem@poczta.onet.pl

DOI: 10.5603/PP.2017.0046

**Results.** 14 universal Leeds according V. Henderson model were presented with regards to nursing care for a potential organ donor.

**Conclusions.** V. Henderson model can be applied in the nursing care of organ donor.

**Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (4): 276–283**

**Key words:** nursing theory; organ donor; intensive care nursing

## Wstęp

Virginia Avenel Henderson (1897–1996) jest często nazywana Wielką Damą Pielęgniarstwa. Jej dzieła przedstawiają zarówno definicje pielęgniarstwa, jak i koncepcję modelu opartego na 14 uniwersalnych potrzebach życiowych jako podstawowych komponentów pielęgniarstwa [1]. Opieka pielęgniarska oparta na założeniach teorii V. Henderson może być zastosowana w opiece nad potencjalnym dawcą narządów.

## Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie zastosowania teorii V. Henderson do intensywnie skoncentrowanej na pacjencie opieki (dawcy i biorcy) w wyspecjalizowanej dziedzinie transplantologii — dawstwie narządów do przeszczepienia.

## Założenia modelu pielęgniarstwa Virginii Henderson

W podstawowych założeniach modelu V. Henderson pielęgniarstwo jest pomaganiem i asystowaniem pojedynczemu człowiekowi. Pielęgniarka asystuje człowiekowi choremu lub zdrowemu w podejmowaniu tych wszystkich aktywności, które mają znaczenie dla zachowania zdrowia, powrotu do zdrowia, ale również dla zapewnienia spokojnej śmierci, a które mógłby wykonywać sam, gdyby miał ku temu siłę, wolę i wiedzę. Ważne jest również, aby pomoc była świadczona w taki sposób, aby człowiek jak najszybciej mógł odzyskać samodzielność i niezależność [2, 3]. Virginia Henderson dla celów pielęgniarstwa określiła 14 fundamentalnych potrzeb, dzieląc je na kategorie: potrzeb biologicznych, potrzeb psychicznych, duchowych i społecznych. W ustalaniu realizacji potrzeb człowieka należy wziąć pod uwagę indywidualne uwarunkowania, do których należą: właściwości biologiczne, właściwości psychiczne, właściwości społeczno-kulturowe, zaburzenia w stanie zdrowia oraz stany szczególne [1, 2].

## Podstawy pobierania narządów od dawcy zmarłego

Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów definiuje dawcę żywego lub zwłoki ludzkie jako osoby, od których pobiera się komórki, tkanki lub narządy [4]. Warunkiem pobrania narządów ze zwłok ludzkich jest stwierdzenie trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) lub stwierdzenie zgonu wskutek nieodwra-

calnego zatrzymania krążenia. Pobrania komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła sprzeciwu za życia [4].

Na podstawie raportów przedstawianych przez Centrum Organizacyjno-Koordinacyjne ds. Transplantacji Poltransplant rocznie identyfikuje się 700–800 potencjalnych dawców narządów [5]. Pielęgniarki uczestniczą w procesie identyfikacji dawcy narządów, sprawują opiekę nad dawcą narządów i uczestniczą w pobraniu narządów. Najczęściej dawcy narządów są identyfikowani na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii.

Zgłoszenie potencjalnego dawcy narządów w polskim systemie następuje poprzez Centrum Koordynacyjno-Organizacyjne ds. Transplantacji Poltransplant. Do zakwalifikowania do pobrania narządów wymagana jest pełna charakterystyka medyczna zmarłego dawcy. Należy również przeprowadzić rozmowę z rodziną na temat zamiaru pobrania narządów. Autoryzacja pobrania ma miejsce po stwierdzeniu śmierci i obejmuje: rozmowę z rodziną i ustalenie stanowiska zmarłego, sprawdzenie istnienia wpisu o sprzeciwie w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów oraz wystąpienie do prokuratora, jeżeli zachodzi taka konieczność.

## Implementacja modelu Virginii Henderson do opieki nad dawcą narządów

W przypadku osoby ze stwierdzoną śmiercią mózgu pacjent nigdy nie wróci do niezależności i pełnej samodzielności. Pielęgniarka, realizując teorię V. Henderson w praktyce, asystuje pacjentowi w umieraniu i godnej śmierci. W spełnianiu swoich zadań pielęgniarka oddziału intensywnej terapii występuje w roli „środka zastępczego”, uzupełniającego, zastępującego określone braki w sferze biologicznej, społecznej, psychicznej i duchowej [3].

Wobec pacjenta w głównej mierze będą zaspokajane potrzeby biologiczne. W chwili stwierdzenia śmierci mózgu kończy się proces leczenia pacjenta, ale jednocześnie rozpoczyna się proces leczenia biorców poszczególnych narządów. Stan ogólny dawcy ma istotny wpływ na funkcjonowanie przeszczepionego narządu i będzie stanowić o długotrwałym przeżyciu biorcy. W sprawowaniu opieki nad potencjalnym dawcą narządów ze śmiercią mózgu niezbędne jest kontynuowanie działań terapeutycznych, pielęgnacyjnych, aby utrzymać dobrą jakość narządów mających być przedmiotem przeszczepienia. Niezwykle ważna

jest reakcja na zaburzenia wynikające z mechanizmu śmierci mózgu. W wyniku całkowitego uszkodzenia pnia mózgu zostają uszkodzone ośrodki: oddechowy, naczynioruchowy, termoregulacji oraz przysadka [7].

### Potrzeby biologiczne

#### Normalne oddychanie

Potencjalny dawca narządów nie oddycha samodzielnie. Z powodu uszkodzenia pnia mózgu, ośrodka, który jest odpowiedzialny między innymi za oddychanie i utrzymanie adekwatnego natleniania, organizm utracił zdolność do samodzielnego oddychania. Niezbędna jest więc intubacja i sztuczna wentylacja. Pielęgniarka, mając na uwadze fakt zgłoszenia pacjenta jako dawcy narządów, musi mieć świadomość, iż właściwa wentylacja i utlenowanie przyczyniają się do większej dostępności narządów, w tym płuc [8–10]. W trakcie opieki nad potencjalnym dawcą narządów mogą się pojawić zaburzenia wymiany gazowej związane z:

- zapaleniem płuc;
- stłuczeniem płuc w wyniku urazu klatki piersiowej;
- chemicznym uszkodzeniem płuc w przebiegu aspiracji treści żołądkowej;
- ostrym uszkodzeniem płuc spowodowanym obrzękiem mózgu.

#### Odpowiednie odżywianie i nawadnianie organizmu

Kolejną uniwersalną potrzebą zdefiniowaną przez V. Henderson jest potrzeba „jedzenia i picia”. Uszkodzenie neurologiczne i stan głębokiej śpiączki upośledzają zdolność pacjenta do samodzielnego odżywiania i przyjmowania płynów. Umieranie i śmierć mózgu prowadzą do zaburzeń funkcji wydaliniczych i metabolicznych. Dla zapewnienia prawidłowych zapasów glikogenu w wątrobie należy prowadzić odżywianie drogą przewodu pokarmowego. Żywnienie enteralne powinno być rozpoczęte lub kontynuowane, jeśli jest dobrze tolerowane do czasu pobrania narządów. Redukuje ono toksyczne uszkodzenie tkanek i jest korzystne dla narządów [11]. Oporność tkanek obwodowych na insulinę, konieczność stosowania leków inotropowo dodatnich prowadzi do hiperglikemii. Kontrolę glikemii uzyskuje się poprzez wlewy krótko działającej insuliny [12].

#### Usuwanie produktów przemiany materii/ /wydalanie

W wyniku uszkodzenia mózgu dochodzi do znacznego niedoboru hormonu antydiuretycznego. Objawem tych zaburzeń jest moczówka prosta. Nerki są niezdolne do zagęszczania moczu i wydzielają duże ilości rozcieńczonego moczu. Występuje poliuria, co z kolei prowadzi do hiperosmolarności osocza,

znacznej hipernatremii ( $\text{Na} > 160 \text{ mEq/l}$ ), hipokaliemii. W przypadku znacznej hipowolemii, zaburzeń w układzie krążenia lub konieczności podawania środków kontrastujących może dojść do uszkodzenia nerek i anurii [12].

#### Sen i odpoczynek. Potrzeba ruchu i utrzymania właściwej postawy ciała

Ciężkie i nieodwracalne uszkodzenie mózgu wyklucza spontaniczne poruszanie się. Pielęgniarka w trakcie sprawowania opieki nad potencjalnym dawcą zmienia pozycję, aby zapobiegać powikłaniom płucnym i powstawaniu odleżynom [13].

#### Odpowiedni ubiór. Rozbieranie się i ubieranie się

Zaspokajając tę potrzebę u pacjenta ze śmiercią mózgu, pielęgniarka zapewnia pacjentowi godność i intymność poprzez zapewnienie prywatności. Zapewnienie godności i intymności pacjenta znajduje się w katalogu praw pacjenta, w tym również na etapie umierania [14].

#### Unikanie niebezpieczeństwa otoczenia oraz unikanie ranienia innych

W wyniku zaburzeń wynikających z uszkodzenia mózgu należy zapewnić pacjentowi bezpieczeństwo poprzez wentylację zastępczą, ogrzewanie. Aby uchronić potencjalnego biorcę przed przeniesieniem choroby od dawcy lub otrzymaniem uszkodzonego narządu, przed zakwalifikowaniem do pobrania narządu wykonuje się wiele badań diagnostycznych. Powstaje charakterystyka medyczna dawcy, zawierająca dane o przebytych i aktualnych chorobach, między innymi zakaźnych, nowotworowych, przebytych operacjach. Ocenie podlega również aktualny stan potencjalnego dawcy [15]. Nagromadzenie informacji umożliwia stwierdzenie bezwzględnych przeciwwskazań do pobrania narządu i ocenę ryzyka w przypadku akceptacji dawcy o rozszerzonych kryteriach.

Ważna jest również ochrona emocjonalna, psychologiczna związana z procesem dawstwa narządów zarówno dla rodziny potencjalnego dawcy, jak i dla personelu oddziału. Badania wskazują, iż około 66% rodzin odwiedzających swoich bliskich na oddziałach intensywnej terapii doświadcza depresji i lęku. Śmierć mózgu komplikuje tę sytuację ze względu na fakt, iż zmarły jest wentylowany, a jego funkcje życiowe są sztucznie podtrzymywane. Brak zrozumienia i zaakceptowania faktu śmierci mózgu zmagają niechęć rodziny zmarłego do pobrania narządów. Dużą rolę odgrywa udział rodziny w procesie stwierdzania śmierci mózgu: w trakcie przeprowadzania testów na nieobecność odruchów czy stwierdzania trwałego bezdechu. Personel pielęgniarski powinien być zapo-

znany z obowiązującymi procedurami stwierdzenia śmierci mózgu, jak również z uzasadnieniami etycznymi tej procedury [16].

### **Utrzymanie prawidłowej ciepłoty ciała przez właściwe dobieranie odzieży i wprowadzanie zmian w środowisku**

Temperatura ciała potencjalnego dawcy powinna być utrzymana w zakresie 36–38°C. W następstwie śmierci mózgu następuje uszkodzenie ośrodka termoregulacji i staje się trudne utrzymanie normotermii. Najczęściej obserwuje się hipotermię, która zmniejsza efektywność działania endo- i egzogennych aminokatecholowych, co może nasilać zaburzenia hemodynamiczne [10].

### **Utrzymanie czystości i schludnego wyglądu oraz zabezpieczenie ciała przed urazami**

Utrzymanie czystości skóry jest niezbędne w opiece nad pacjentem nieprzytomnym. Zapobiega to powikłaniom infekcyjnym i powstawaniu odleżyn. Zabezpieczając ciało przed urazami, należy prowadzić działania zapobiegające powikłaniom związanym z założeniem dostępów naczyniowych, zakażeniom dróg moczowych [13, 17]. Ma to znaczenie również dla rodziny potencjalnego dawcy. Okazanie szacunku, współczucia, empatii może pomóc rodzinie zaakceptować śmierć ich bliskiego.

### **Potrzeby psychiczne, społeczne i duchowe** **Komunikowanie się z innymi**

Komunikowanie jest dokonywane głównie za pomocą słów. Oprócz mowy ludzie używają zwykle innych narzędzi komunikowania się: gestów, mimiki, pantomimiki. Za pomocą uścisków dłoni, uśmiechu czy grymasów przekazujemy nieraz bardzo subtelne odcienie naszych uczuć wobec pacjenta [18].

Komunikacja z pacjentem wentylowanym, nieprzytomnym jest niemożliwa. W okresie przed stwierdzeniem zgonu za każdym razem dorazowo należy informować pacjenta, co zamierza się przy nim robić, nawet wtedy, gdy sprawia on wrażenie, że nie ma kontaktu z rzeczywistością. Rolę odbiorów informacji przejmują również krewni odwiedzający pacjenta [19]. Kiedy zostanie stwierdzona śmierć pacjenta, właściwą komunikację należy nakierować na rodzinę pacjenta w celu wyjaśnienia mechanizmu śmierci mózgu oraz dalszego postępowania. Ważne są również kontakty wśród personelu oddziału. Wymaga to stosowania specyficznego języka przekazu, na przykład pacjent zmarły, a nie ze śmiercią mózgu, sztucznie podtrzymywany przy życiu, a nie wentylowany. Używanie sformułowania „zmarły” daje jednoznaczny przekaz dla rodziny, że ich bliski nie żyje. Istotnym zagadnieniem jest komunikacja z rodziną

na temat pobrania narządów. W rozmowie lekarz, koordynator transplantacyjny ustalają stanowisko zmarłego dotyczące sprzeciwu na pobranie narządów według stanowiącego prawa [20].

### **Podejmowanie praktyk religijnych zgodnie z własnymi wierzeniami**

#### **Śmierć, umieranie**

Aprobata Kościoła katolickiego dla transplantacji jest bezwarunkowa. Ideę transplantacji popierał wielki autorytet moralny — Święty Jan Paweł II. W Encyklice *Evangelium Vitae* pozytywna opinia została wyrażona w słowach „Oprócz faktów powszechnie znanych, istnieje jeszcze heroizm dnia codziennego, na który składają się małe lub wielkie gesty bezinteresowności umacniające autentyczną kulturę życia. Pośród tych gestów na szczególne uznanie zasługuje oddawanie organów w celu ratowania zdrowia, a nawet życia chorym pozbawionym niekiedy wszelkiej nadziei” [21]. Osoba, przebywając w szpitalu, ma prawo do opieki duszpasterskiej, co jest wynikiem zapisu w art. 36–38 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Każdy pacjent, któremu w placówce zdrowotnej są udzielane świadczenia przez cały dzień bądź całą dobę, ma prawo do praktyk religijnych. W przypadku, kiedy stan zdrowia pacjenta przebywającego na przykład w szpitalu pogarsza się lub zagrożone jest jego życie, szpital ma obowiązek zapewnienia kontaktu z duchownym jego wyznania [22].

#### **Zabawa i rekreacja**

Śmierć mózgu jest stwierdzana również u dzieci. Przyczynami zgonu są nieszczęśliwe wypadki, wypadki komunikacyjne bądź schorzenia przewlekłe. Często rodzina oskarża się o ponoszenie winy za zaistniałą sytuację. W takiej sytuacji pielęgniarka odgrywa rolę mającą na celu zniesienie ciężaru winy z rodziców. W przypadku osób ze stwierdzoną śmiercią mózgu potrzeba zabawy i rekreacji nie będzie realizowana. Potrzeba ta staje się jednak ważna zarówno dla personelu, jak i rodziny. Rodzinie należy dać możliwość zadbania o ich komfort poprzez między innymi zapewnienie miejsca do odpoczynku, możliwości skorzystania ze spaceru. Pielęgniarki muszą również zapewnić sobie opiekę. Pracując na oddziałach intensywnej terapii, doświadczają nadmiernego stresu, zmęczenia. Zachęca się więc do podejmowania aktywności w celu zwalczania zmęczenia psychicznego [23]. Zwraca się również uwagę na wzmacnianie *resilience* jako zespołu umiejętności skutecznego radzenia sobie ze stresem o dużym nasileniu, który występuje na oddziałach intensywnej terapii [24].

#### **Uczenie się i odkrywanie**

Ta potrzeba również nie jest istotna dla pacjenta ze śmiercią mózgu. Jednakże należy mieć na uwa-

**Tabela 1.** Przykładowe diagnozy pielęgniarskie i interwencje w opiece nad potencjalnym dawcą narządów  
**Table 1.** The examples of nurses diagnoses and intervention in care of potential organ donor

<b>Potrzeba</b>	<b>Ocena</b>	<b>Diagnoza</b>	<b>Planowanie/oczekiwane rezultaty</b>	<b>Przykładowe interwencje</b>
1. Normalne oddychanie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bezdech</li> <li>• Niedotlenienie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Upośledzenie spontanicznego oddychania</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osiągnięcie właściwego stanu układu oddechowego</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wentylacja mechaniczna z użyciem respiratora</li> <li>• Protekcyjne stosowanie dodatniego ciśnienia końcowo-wydechowego (PEEP)</li> <li>• Zmiana pozycji w celu rekrutacji pęcherzyków</li> </ul>
2. Odpowiednie odżywianie i nawadnianie organizmu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zaburzenia świadomości — skala Glasgow 3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zaburzenia w odżywianiu i nawadnianiu w wyniku zniesienia odruchu połknięcia</li> <li>• Obniżenie objętości płynów związane z niezdolnością do zatrzymywania płynów</li> <li>• Ryzyko wahań stężenia glukozy we krwi/wahania stężenia glukozy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nawodnienie organizmu według potrzeb</li> <li>• Brak objawów niedożywienia</li> <li>• Obniżenie ryzyka zaburzeń wahań glukozy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Żywienie do przewodu pokarmowego</li> <li>• Wlew dożylny krótko działającej insuliny według stężenia glukozy we krwi</li> <li>• Monitorowanie średniego ciśnienia tętniczego (MAP &gt; 60 mm Hg)</li> </ul>
3. Wydalanie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Całkowite nietrzymanie moczu</li> <li>• Poliuria — bilans wodny dobowy 8000 ml/24 godz.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zaburzenia wodno-elektrolitowe z powodu poliurii</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utrzymanie prawidłowej równowagi elektrolitowej</li> <li>• Obniżenie ryzyka powikłań związanych z zaburzeniami wodno-elektrolitowymi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorowanie diurezy godzinowej</li> <li>• Na zlecenie lekarza stosowanie analogów hormonu antydiuretycznego</li> </ul>
4. Ruch i utrzymanie właściwej postawy ciała	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bez reakcji</li> <li>• Zaburzenia świadomości — skala Glasgow 3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zagrożenie negatywnymi skutkami unieruchomienia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obniżenie ryzyka powikłań związanych z unieruchomieniem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Zapalenie płuc i niedodma</b> — toaleta górnych dróg oddechowych i jamy ustnej, zmiana pozycji ułożeniowej</li> <li>• <b>Powikłania zakrzepowo-zatorowe</b> — udział w terapii przeciwzakrzepowej</li> </ul>
5. Sen i odpoczynek	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zaburzenia świadomości — skala Glasgow 3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deprywacja snu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utrzymanie ciszy w środowisku</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimalizacja hałasu w otoczeniu pacjenta</li> </ul>
6. Odpowiedni ubiór, możliwość ubierania i rozbierania się	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zaburzenia świadomości — skala Glasgow 3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deficyt w zakresie ubierania się</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utrzymanie prywatności i intymności</li> <li>• Utrzymanie higieny</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wykonywanie czynności pielęgnacyjnych z zachowaniem intymności</li> <li>• Użycie parawanu</li> </ul>
7. Utrzymanie w normie temperatury ciała	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zaburzenia termoregulacji</li> <li>• Temperatura ciała zewnętrzna — 35°C</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nieskuteczna termoregulacja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapewnienie skutecznej termoregulacji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipotermia</li> <li>• Stosowanie kocy termicznych</li> <li>• Administrowanie ogrzanyymi płynami perfuzyjnymi drogą dożylną i dożołądkową.</li> <li>• Podawanie ogrzanego i nawilżonego tlenu w wentylacji zastępczej</li> </ul>



**Tabela 1 (cd.).** Przykładowe diagnozy pielęgniarskie i interwencje w opiece nad potencjalnym dawcą narządów  
**Table 1 (cont.).** The examples of nurses diagnoses and intervention in care of potential organ donor

<b>Potrzeba</b>	<b>Ocena</b>	<b>Diagnoza</b>	<b>Planowanie/oczekiwane rezultaty</b>	<b>Przykładowe interwencje</b>
8. Utrzymanie czystości i schludnego wyglądu; zabezpieczenie ciał przed urazami	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zaburzenia świadomości — skala Glasgow 3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deficyt samoopieki w zakresie utrzymania higieny osobistej</li> <li>Ryzyko wystąpienia urazu/infekcji związane z obecnością cewników, drenów, wykonywania czynności pielęgnacyjnych</li> <li>Ryzyko wystąpienia odleżyn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utrzymanie higieny ciała pacjenta</li> <li>Ciągłość tkanki pozostanie nieprzerwana</li> <li>Brak szkód jatrogennych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Higiena ciała pacjenta według potrzeb minimum 2 x dobę</li> <li>Profilaktyka infekcji związana z obecnością cewników, drenów według procedur</li> <li>Ocena ryzyka wystąpienia odleżyn</li> <li>Monitorowanie stanu skóry</li> <li>Profilaktyka odleżyn według procedury</li> </ul>
9. Unikanie zagrożeń ze strony środowiska oraz unikanie ranienia innych	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacjent przygotowany na dawcę narządów</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ryzyko przeniesienia zakażenia, nowotworu do biorecy narządu</li> <li>Ryzyko obniżonej sprężystości psychicznej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utrzymanie statusu immunologicznego</li> <li>Kontrola infekcji</li> <li>Identyfikacja zasobów społecznych</li> <li>Branie odpowiedzialności za własne działania</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pobranie krwi na badania wirusologiczne i badania screeningowe w kierunku chorób nowotworowych</li> <li>Pomoc w wyjaśnianiu rodzinie i personelowi obszarów problemowych</li> </ul>
10. Komunikowanie się z innymi; wyrażanie emocji, potrzeb, lęków	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zaburzenia świadomości — skala Glasgow 3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zaburzenia komunikacji werbalnej</li> <li>Cierpienie moralne związane z konfliktem pomiędzy osobami podejmującymi decyzje, decyzjami dotyczącymi zakończenia życia, ograniczeniami czasowymi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Właściwe wysłanie informacji</li> <li>Poprawa komunikacji z rodziną</li> <li>Podjęcie decyzji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stosowanie dotyku</li> <li>Komunikacja z rodziną pacjenta</li> <li>Wsparcie dotyczące podejmowania decyzji</li> </ul>
11. Podejmowanie praktyk religijnych zgodnie ze swoimi wierzeniami	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zaburzenia świadomości — skala Glasgow 3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brak możliwości samodzielnego korzystania z praktyk religijnych</li> <li>Dezintegracja duchowa</li> <li>Gotowość do poprawy stanu duchowości wynikająca z podjęcia decyzji o oddaniu narządów (rodzina)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ustalenie wyznania pacjenta</li> <li>Wyrażanie wiary i nadziei przez rodzinę</li> <li>Wyrażenie pogodynia się</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zapewnienie wizyty duchownego</li> <li>Wsparcie duchowe</li> <li>Bycie dostępnym i aktywne słuchanie rodziny</li> </ul>
12. Podejmowanie pracy, która pozwala na poczucie osiągnięć	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zaburzenia świadomości — skala Glasgow 3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nie dotyczy pacjenta ze śmiercią mózgu</li> </ul>		
12. Zabawa/uczestniczenie w różnych formach rekreacji	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zaburzenia świadomości — skala Glasgow 3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nie dotyczy pacjenta ze śmiercią mózgu</li> </ul>		
13. Uczenie się, odkrywanie i zaspokajanie ciekawości poznania nowego	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zaburzenia świadomości — skala Glasgow 3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nie dotyczy pacjenta ze śmiercią mózgu</li> </ul>		

dze rodzinę, która w chwili tragedii, jaką jest śmierć bliskiego, potrzebuje informacji na temat śmierci mózgu, transplantologii, procesu dawstwa narządów. Właściwe informowanie na temat poszczególnych etapów procesu pobrania i przeszczepienia narządów wzmacnia słuszność decyzji podjętych przez rodzinę. Ważna jest również informacja po pobraniu narządów — jakie narządy zostały pobrane i kto je otrzymał (bez ujawniania personaliów). Rodzinie należy zapewnić wsparcie poprzez kontakt z psychologiem, stowarzyszeniami, aby pomóc im zaakceptować śmierć bliskiego oraz poczucie straty.

Działania edukacyjne związane z transplantologią powinny być również realizowane w stosunku do zarówno całego społeczeństwa, jak i personelu medycznego. Zwiększenie świadomości i uzyskanie akceptacji dla tej metody leczenia to ratowanie życia i zdrowia potrzebujących [25].

W tabeli 1 przedstawiono przykładowe diagnozy i interwencje oparte na założeniach V. Henderson oraz wytycznych planowania opieki [1–3, 26].

### Podsumowanie

Model V. Henderson może być zastosowany w opiece nad potencjalnym dawcą narządów. Implementacja metaparyadygmatu pielęgniarstwa — osoba, środowisko, zdrowie i pielęgniarstwo — dostarcza doskonałych ram, w których pielęgniarki mogą pracować zgodnie ze swoimi kompetencjami. Rozszerzeniem możliwości kształcenia pielęgniarek i zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej w dziedzinie dawstwa narządów i transplantologii jest idealne wpasowanie do koncepcji pielęgniarstwa V. Henderson. Począwszy od 2015 roku pielęgniarki mogą odbywać kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa transplantacyjnego. Celem kształcenia jest objęcie przez pielęgniarki profesjonalną opieką dawcę i biorcę narządów, komórek i tkanek zgodnie z aktualnie obowiązującymi standardami postępowania, rozpoznanie problemów zdrowotnych chorych leczonych przeszczepianiem narządów, komórek i tkanek [27, 28]. Profesjonalna opieka pielęgniarstwa minimalizuje utratę dawców, pozwala odzyskać narządy, które początkowo były uznane za niedające się do przeszczepienia, oraz zwiększa liczbę narządów wykorzystanych z dobrym wynikiem.

### Piśmiennictwo

- Zarzycka D. Wybrane teorie pielęgnowania. W: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. Podstawy Pielęgniarstwa. Tom I. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2011.
- Marć M, Ciechaniewicz W. Istota teorii pielęgniarstwa zorientowanych na potrzeby podmiotu opieki (na przykładzie V. Henderson i D. Orem) W: Górąjek-Jóźwik J. (red). Filozofia i teoria pielęgniarstwa. Wydawnictwo Czelej Lublin. ; 2007: 289–313.
- Poznańska S. Virginia Henderson. Unikatowe funkcje pielęgniarki. W: Poznańska S., Płaszewska-Żywko L. (red). Wybrane modele pielęgniarstwa. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. ; 2001: 81–93.
- Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Dz. U. z 2005 r. Nr 169, poz. ; 1411.
- Antoszkiewicz K, Czerwiński J. Pobieranie i przeszczepianie narządów w Polsce. Biuletyn Informacyjny Poltransplant. 2015; 1(23. ; 25: 40.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu. M.P. 2007 nr 46 poz.: 547. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WMP20070460547&type=2>
- Bohatyrewicz R, Zukowski M. Śmierć mózgu. Opieka nad dawcą narządów. W: Wołowicka L., Dyk D. (red.). Anestezjologia i Intensywna Terapia. Klinika i Pielęgniarstwo Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa. ; 2007: 283–288.
- Niël-Weise BS, Gastmeier P, Kola A, et al. Bed Head Elevation Study Group. An evidence-based recommendation on bed head elevation for mechanically ventilated patients. Crit Care. 2011; 15(2): R111, doi: [10.1186/cc10135](https://doi.org/10.1186/cc10135), indexed in Pubmed: [21481251](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21481251/).
- Berry AM, Davidson PM, Masters J, et al. Systematic literature review of oral hygiene practices for intensive care patients receiving mechanical ventilation. Am J Crit Care. 2007; 16(6): 552–62; quiz 563, indexed in Pubmed: [17962500](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17962500/).
- Wujtewicz M, Skowroński R, Dulczyk-Sommer A, et al. Postępowanie z dawcą od momentu stwierdzenia zgonu do pobrania narządów. W: Rutkowski B., Kaliciński P., Śledziński Z., Milecka A. (red). Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców narządów. Via Medica, Gdańsk. ; 2009: 120–132.
- Hergenroeder GW, Ward NH, Yu X, et al. Randomized trial to evaluate nutritional status and absorption of enteral feeding after brain death. Prog Transplant. 2013; 23(4): 374–382, doi: [10.7182/pit2013996](https://doi.org/10.7182/pit2013996), indexed in Pubmed: [24311403](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24311403/).
- McKeown DW, Bonser RS, Kellum JA. Management of the heartbeating brain-dead organ donor. Br J Anaesth. 2012; 108 Suppl 1: i96–107, doi: [10.1093/bja/aer351](https://doi.org/10.1093/bja/aer351), indexed in Pubmed: [22194439](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22194439/).
- [http://www.epuap.org/guidelines/QRG\\_Prevention\\_in\\_Polish.pdf](http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Polish.pdf) data wejścia 2015-08-25.
- Ozóg C, Jacek A. Przestrzeganie praw pacjenta przez personel szpitalny. Hygeia Public Health. 2012; 47(3): 264–271.
- Milecka A, Wenski W, Gryganiec E, et al. Zasady oceny oraz zgłaszania dawcy narządów. W: Rutkowski B., Kaliciński P., Śledziński Z., Wujtewicz M., (red). Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców narządów. Via Medica, Gdańsk. ; 2009: 57–68.
- Ralph A, Chapman JR, Gillis J, et al. Family perspectives on deceased organ donation: thematic synthesis of qualitative studies. Am J Transplant. 2014; 14(4): 923–935, doi: [10.1111/ajt.12660](https://doi.org/10.1111/ajt.12660), indexed in Pubmed: [24612855](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24612855/).
- Kózka M. Opieka nad chorym nieprzytomnym. W: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.). Podstawy Pielęgniarstwa Tom I. Wydawnictwo PZWL, Warszawa; 2011: 781–789.
- Wilczek Rużyczka E. Komunikowanie się z chorym psychicznie. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
- Łopacińska I. Pacjent i jego rodzina na oddziale intensywnej terapii medycznej. Problemy Pielęgniarstwa. 2009; 17(1): 50–53.

20. Jurek J, Chwał M, Janusz B, et al. Pobranie narządów po śmierci: psychologiczna sytuacja rodziny, kontekst kulturowy, rola profesjonalistów. *Psychoterapia*. 2011; 4(159): 51–64.
21. Gulak S. Transplantacja narządów w świetle nauki Kościoła Katolickiego. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2011; 4(37): 31–35.
22. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz.U. 2009 nr 52 poz. : 417.
23. Pearson A, Robertson-Malt S, Walsh K, et al. Intensive care nurses' experiences of caring for brain dead organ donor patients. *J Clin Nurs*. 2001; 10(1): 132–139, indexed in Pubmed: [11820230](#).
24. Mealer M, Conrad D, Evans J, et al. Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *Am J Crit Care*. 2014; 23(6): e97–105, doi: [10.4037/ajcc2014747](#), indexed in Pubmed: [25362680](#).
25. Milaniak I, Przybyłowski P, Wierzbicki K, et al. Organ transplant education: the way to form altruistic behaviors among secondary school students toward organ donation. *Transplant Proc*. 2010; 42(1): 130–133, doi: [10.1016/j.transproceed.2009.12.040](#), indexed in Pubmed: [20172297](#).
26. Ackley BJ, Ladwig GB. *Pdęcznik diagnz pielęgniarских*. GC Media Huse Sp. z o.o., Warszawa 2011.
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne. Dz.U. ; 2013: 1562.
28. [http://www.ckppip.edu.pl/doki/Prog\\_Nowe/KK/PIEL/Piel%C4%99gniarstwo%20transplantacyjne.pdf](http://www.ckppip.edu.pl/doki/Prog_Nowe/KK/PIEL/Piel%C4%99gniarstwo%20transplantacyjne.pdf) – data wejścia 2015-08-31.