

Rola pielęgniarki w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych

The role of the nurse in the prevention of cardiovascular diseases

Marta Ewa Wójcik

Wyższa Szkoła zarządzania w Częstochowie

Streszczenie

Wstęp: Choroby układu krążenia są dziś jednym z najpoważniejszych problemów społecznych. Stanowią one główny powód niezdolności do pracy i przyczyniają się do niemal połowy zgonów w Polsce (około 48%). Według statystyk ryzyko zachorowalności na nie rośnie wraz z wiekiem, podobnie jak śmiertelność w grupie pacjentów borykających się z nimi. Choroby sercowo-naczyniowe częściej do zgonów prowadzą w przypadku osób płci męskiej, o niższym statusie ekonomicznym i społecznym, a najbardziej zagrożoną populacją są mieszkańcy Europy Środkowo-Wschodniej.

Cel: Wskazanie rozwiązań istniejących problemów pielęgnacyjnych u chorego z chorobą sercowo-naczyniową
Materiał i metody: Podczas badań własnych wykorzystana została metoda analizy przypadku. W trakcie badań własnych wykorzystano następujące narzędzia badawcze: historię choroby pacjenta, kwestionariusz wywiadu pielęgniarskiego, kartę obserwacji służącą do dokumentacji parametrów życiowych pacjenta, kartę gorączkową, kartę indywidualnych zleceń lekarskich.

Wyniki: Stan fizyczny pacjenta wymaga dalszej terapii, podobnie jak jego stan emocjonalny i poziom stresu. Pacjent został wypisany z oddziału w stanie ogólnym dobrym pod względem fizycznym. Chory nie miał problemów z samodzielnością, jego parametry życiowe w chwili były wypisu były prawidłowe, nie odczuwał on stałych dolegliwości bólowych, pojawiały się jedynie incydenty bólu. Pacjentowi zalecono dalszą rehabilitację i odpoczynek

Wnioski: Problemy pielęgnacyjno-opiekuńcze chorego po zawale serca są różnorodne – ich skuteczne rozwiązanie wymaga od pielęgniarki wszechstronnej wiedzy i właściwego przygotowania zawodowego, co pozwoli jej na świadczenie opieki holistycznej.

Słowa kluczowe: analiza przypadku, zawał serca, choroby sercowo-naczyniowe

Abstract

Introduction: Cardiovascular diseases are one of the most serious social problems today. They are the main

cause of incapacity for work and contribute to almost half of deaths in Poland (approximately 48%). According to statistics, the risk of morbidity increases with age, as does mortality in the group of patients struggling with them. Cardiovascular diseases are more likely to lead to death in the case of males, with a lower economic and social status, and the most at-risk population is the population of Central and Eastern Europe.

Aim: To indicate solutions to existing nursing problems in a patient with cardiovascular disease

Material and methods: The case study method was used during the own research. The following research tools were used during the own research: patient's medical history, nursing interview questionnaire, observation card used to document the patient's vital parameters, fever card, individual medical order card.

Results: The patient's physical condition requires further therapy, as do his emotional state and stress level. The patient was discharged from the ward in a generally good physical condition. The patient had no problems with independence, his vital signs at the time of discharge were normal, he did not experience constant pain, only incidents of pain occurred. The patient was recommended further rehabilitation and rest

Conclusions: Nursing and care problems of a patient after a heart attack are diverse - their effective solution requires comprehensive knowledge and proper professional preparation from the nurse, which will allow her to provide holistic care.

Keywords: case study, heart attack, cardiovascular diseases

Wstęp

Choroby układu krążenia są dziś jednym z najpoważniejszych problemów społecznych. Stanowią one główny powód niezdolności do pracy i przyczyniają się do niemal połowy zgonów w Polsce (około 48%). Według statystyk ryzyko zachorowalności na nie rośnie wraz z wiekiem, podobnie jak śmiertelność w grupie pacjentów borykających się z nimi. Choroby sercowo-naczyniowe częściej do zgonów prowadzą w przypadku osób płci



Rycina 1. Liczba zgonów w Polsce w 2018r. 10 najczęstszych przyczyn zgonów (nazwa przyczyny wraz z kodem ICD-10)

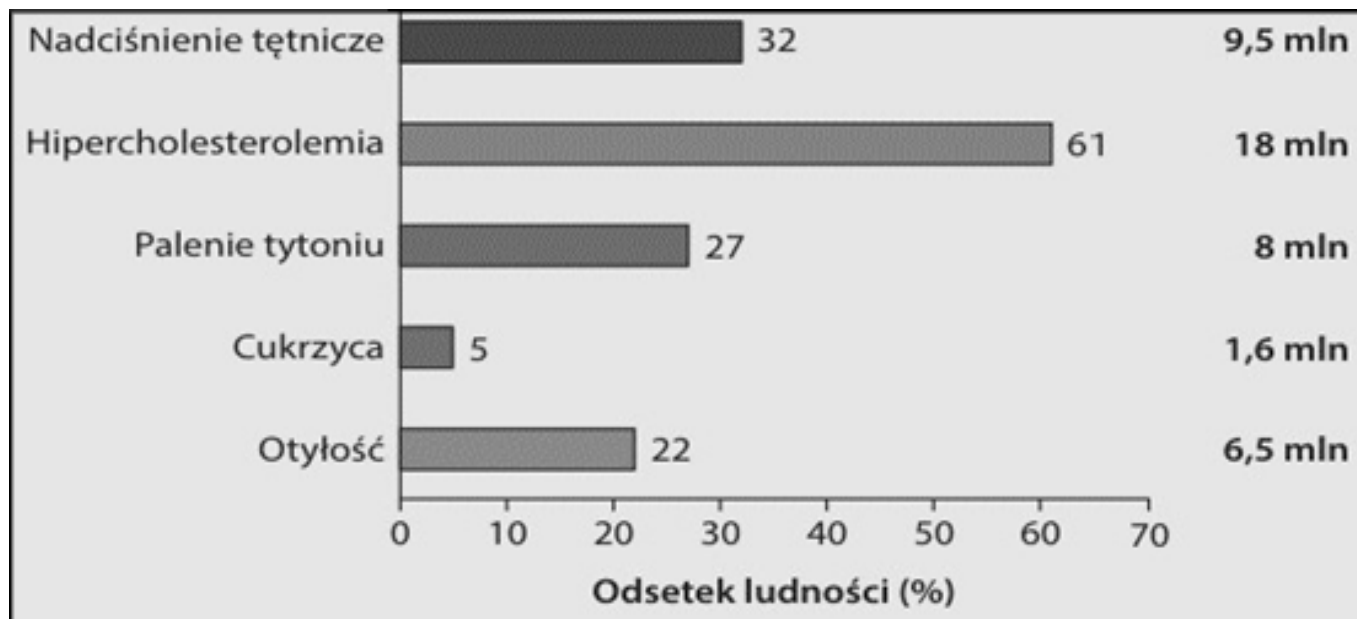
Źródło: M. Kałużna-Oleksy (red.): Niewydolność serca w Polsce. Realia, koszty, sugestie poprawy sytuacji, Warszawa: INNOWO Instytut Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju; 2020: 28.

męskiej, o niższym statusie ekonomicznym i społecznym, a najbardziej zagrożoną populacją są mieszkańcy Europy Środkowo-Wschodniej [1]. W przypadku zgonów, największy udział w ich liczbie ma choroba niedokrwienna serca – odpowiada ona za 23% zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych (w tym ostry zawał serca – 8,5%). Kolejną znaczną grupę stanowią choroby naczyń mózgowych – część odpowiedzialna za zgony z przyczyn sercowo-naczyniowych sięga aż 18%. Z uwagi na rosnącą liczbę zachorowań na schorzenia z omawianego zbioru Główny Urząd Statystyczny zakłada, że w roku 2050 odsetek zgonów w Polsce z ich powodu wzrośnie do 51%. Sytuacja jest tym bardziej niepokojąca, że w innych krajach wskaźniki te nie przekraczają 30% (we Francji obecnie około 25%, w Danii – 26%) [2]. Najnowsze badania donoszą, że każdego roku choroby układu krążenia powodują ponad 4 miliony zgonów w 53 krajach europejskiego regionu WHO – niemal połowa przypada na kraje Unii Europejskiej. Wagę tego problemu i dysproporcji dostrzeżono już w roku 2004 – wówczas to w raporcie Komisji Europejskiej z 2004 r. wykazano, że pacjenci cierpiący na CVD to najliczniejsza grupa chorych, jest to także populacja wśród której liczba zgonów jest najwyższa na terenie UE [3].

W Polsce można zauważyć duże różnice epidemiologiczne, jeśli chodzi o poszczególne województwa – najmniejszą umieralność na CVD odnotowuje się od kilku lat w województwach mazowieckim i podlaskim, największą zaś w województwie śląskim i łódzkim. Dostrzec też można znaczącą przewagę zachorowalność wśród miesz-

kańców wsi – wynosi ona 483,5/100 000, gdzie dla miast wynosi ona 415,6/100 000 [4]. Jak zaznaczono wcześniej, wskaźnik zachorowalności na schorzenia układu krążenia na terenie naszego kraju jest znacząco wyższy niż w innych europejskich krajach. Według danych statystycznych w Polsce co trzeci zgon spowodowany jest CVD. Na terenie naszego kraju co roku zawał przechodzi około 100 000 osób. U osób w wieku 35–64 lat zgony wywołane chorobami układu krążenia wśród mężczyzn wynoszą 37%, wśród kobiet – 33% [5].

Dane płynące z literatury przedmiotu są zatrważające – według nich w 2017 roku liczba chorych z niewydolnością serca na świecie przekroczyła 70 milionów, w samej UE wynosiła ona 10 milionów przypadków. Według danych z 2018 roku dotyczących Polski chory jest co trzydziesty Polak. Porównując minione lata należy zaznaczyć, że liczba przypadków niewydolności serca w Polsce w 2018 r. wynosiła 1,24 miliona, zaś w roku 2014 wynosiła ona o 65 tysięcy osób mniej. Liczba chorych, którzy zmarli z powodu niewydolności serca wynosiła wówczas 142 tysiące, co stanowiło 33,8% wszystkich przypadków. Dziś wskaźnik ten jest znacznie wyższy – wykorzystując go należy stwierdzić, że obecnie z powodu niewydolności serca co godzinę umiera 16 osób. Wartość ta jest wynikiem nie tylko bardzo wysokiej zachorowalności, ale także złej przeżywalności pacjentów – po zdiagnozowaniu niewydolności serca prawie 41% pacjentów nie przeżywa 5 lat [6]. Ryzyko zgonu z powodu niewydolności serca przed i po hospitalizacji ujęto na rycinie 1. Według informacji udostępnionych przez POLKARD



Rycina 2. Rozpowszechnienie czynników ryzyka CVD w polskiej populacji

Źródło: S. Surma, A. Szyndler, K. Narkiewicz: Świadomość nadciśnienia tętniczego i innych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w populacji osób dorosłych, *Choroby Serca i Naczyń* 2018; 15, 1: 15-16.

profilaktyka i leczenie samej niewydolności serca, nie mówiąc o pozostałych schorzeniach układu krążenia, pochłania niema 4% środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Największa część tych kosztów ponoszona jest z powodu powtarzających się hospitalizacji chorych. Dane przekazane przez Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne (ang. American Heart Association, AHA) wskazują, że aż 1/4 pacjentów z niewydolnością serca ponownie trafia do szpitala w ciągu pierwszych 30 dni od wypisu. Ryzyko zgonu lub ponownej hospitalizacji w pierwszych 90 dniach od wypisu stanowi aż 35–40%, przy czym każda następną dobę pobytu pogarsza rokowania pacjenta zwiększając ryzyko zgonu [7].

Choroby układu krążenia, mimo wielu działań podejmowanych na przestrzeni lat, wciąż są największym zagrożeniem zdrowotnym dla Polaków i mieszkańców innych krajów (szczególnie europejskich). Żadna inna grupa schorzeń nie zbiera tak śmiertelnego żniwa – dowodzi tego rycina 1, do której dane zaczerpnięto z Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego [8].

Przyczyny i czynniki ryzyka

Badania prowadzone nad chorobami układu krążenia doprowadziły do wskazania czynników ryzyka tych schorzeń. Najważniejsze z nich ujawniło badanie NATPOL. Omawiając je należy jednak zaznaczyć, że czynniki ryzyka zgodnie z literaturą przedmiotu dzieli się na czynniki modyfikowalne i niemodyfikowalne [9]. Wśród sześciu potencjalnie dających się modyfikować czynników ryzyka wymienić należy:

- palenie tytoniu,
- dyslipidemię,
- nadciśnienie tętnicze krwi,

- cukrzycę,
- spożywanie alkoholu,
- niską aktywność fizyczną [10].

Zgodnie z ogólnosiwiatowymi badaniami czynniki te odpowiadają łącznie za około 90% zachorowań na CVD – niezależnie od płci, wieku, religii czy miejsca zamieszkania pacjentów. Wśród niemodyfikowalnych czynników ryzyka należy wymienić:

- wiek,
- płeć,
- obciążenia rodzinne,
- choroby współistniejące [10].

Jeśli chodzi o doprecyzowanie najczęstszych czynników ryzyka w polskiej populacji to należy tu wskazać zaburzenia gospodarki lipidowej, nadciśnienie tętnicze, nadwaga i otyłość oraz palenia tytoniu. Rozpowszechnienie czynników ryzyka w polskiej populacji ujęto na rycinie 2 [10]. Warto tu zaakcentować, że im więcej czynników ryzyka występuje u jednego chorego jednocześnie, tym większe dla niego zagrożenie, szczególnie jeśli chodzi o powikłania choroby. W literaturze przedmiotu zaznacza się, że najbardziej niebezpieczne i determinujące rozwój chorób układu krążenia jest połączenie następujących czynników: otyłości, cukrzycy typu 2, zaburzeń gospodarki lipidowej, nadciśnienia tętniczego, niewielkiej aktywności fizycznej lub jej braku oraz palenie papierosów [11].

Omawiając czynniki ryzyka CVD należy zwrócić też uwagę na czynniki psychospołeczne. Mają one duże znaczenie, szczególnie status socjoekonomiczny ma istotny związek z podwyższonym ryzykiem wystąpienia chorób układu krążenia. Mowa tu przede wszystkim o poziomie wykształcenia oraz poziomie dochodów – wzrost

poziomu tych dwóch czynników koreluje ze spadkiem zachorowalności na np. chorobę wieńcową. Wynika to przede wszystkim z podejmowania przez osoby o wyższym wykształceniu i wyższych dochodach większej ilości zachowań prozdrowotnych oraz z mniejszej ilości stresu psychospołecznego, którego znaczenie częściej doświadczają osoby o niższym statusie społeczno-ekonomicznym [2]. Na mocy podjętych badań, gdzie celowano we wskazanie istotnych psychospołecznych czynników ryzyka CVD, dowiedziono m. in. że:

- niewielka ilość kontaktów społecznych zwiększa ryzyko zachorowania na chorobę wieńcową niemal trzykrotnie,
- samotność sprzyja wystąpieniu zawału serca i śmierci sercowej u kobiet,
- chorzy po zawale serca z niskim poziomie wsparcia emocjonalnego są trzykrotnie bardziej narażeni na kolejne incydenty sercowe,
- brak partnera życiowego również trzykrotnie podnosi ryzyko zgonu u chorych z chorobą wieńcową,
- wysoki poziom stresu czterokrotnie zwiększa ryzyko śmierci z powodu schorzeń układu krążenia,
- wysoki poziom stresu na płaszczyźnie zawodowej i rodzinnej zwiększa u kobiet pięciokrotnie ryzyko zachorowania na chorobę wieńcową,
- stres odczuwany po śmierci bliskiej osoby (tzw. stres ostry) zwiększa dwukrotnie u mężczyzn i trzykrotnie u kobiet ryzyko zgonu z powodów sercowo-naczyniowych [2].

Lista czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych nie jest zamknięta, chodzi tu szczególnie o determinanty nasilające się wraz z rozwojem cywilizacyjnym. Nie chodzi tylko o stres, jeden z czynników psychospołecznych, ale także o czynniki środowiskowe (takie jak zanieczyszczenie powietrza, wody i gleby) czy rosnący hałas i dostępność produktów żywnościowych niskiej jakości. Wszystkie te czynniki w literaturze przedmiotu traktowane są jako koszt postępu cywilizacyjnego – występuje one znacznie częściej w społeczeństwach o wyższym poziomie standardów społeczno-ekonomicznych i technologicznych. Jak zauważono, zakłada się, że lista negatywnych czynników mających źródło w rozwoju cywilizacyjnych najpewniej będzie w kolejnych latach rosła, co bez wątpienia przyczyni się do zwiększającej się ilości zachorowań na choroby układu krążenia [12].

Cel

Wskazania roli pielęgniarki w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych,

Określenie problemów pielęgnacyjnych występujących u pacjenta z chorobą sercowo-naczyniową,

Wskazanie rozwiązań istniejących problemów pielęgnacyjnych u chorego z chorobą sercowo-naczyniową,

Określenie podjętych działań profilaktycznych wobec chorego z chorobą sercowo-naczyniową oraz ich efektów.

Metody, narzędzia i techniki badawcze

Podczas badań własnych wykorzystana została metoda analizy przypadku. W trakcie badań własnych wykorzy-

stano następujące narzędzia badawcze:

- Historię choroby pacjenta,
- Kwestionariusz wywiadu pielęgniarskiego,
- Kartę obserwacji służącą do dokumentacji parametrów życiowych pacjenta,
- Kartę gorączkową,
- Kartę indywidualnych zleceń lekarskich.
- Organizacja przeprowadzonych badań

Badanie zostało przeprowadzone w dniach od 01.08.2023 do 31.12.2023 na terenie SPZOZ Gminny Ośrodek Zdrowia w Lelowie. Przed jego rozpoczęcie uzyskano zgodę na przeprowadzenie badań od Dyrektora placówki. Pacjent został poinformowany o celu badania, wyraził na nie zgodę, został on także poinformowany, że jego wyniki wykorzystane zostaną tylko i wyłącznie do opracowania części badawczej w pracy licencjackiej. Osoby wchodzące w skład zespołu terapeutycznego także zostały poinformowane o rozpoczęciu procesu badawczego. W badaniach zastosowano następujące kryteria włączenia i wyłączenia:

Kryterium włączenia:

- Świadoma zgoda pacjenta na udział w badaniach,
- Stan świadomości pacjenta pozwalający na swobodny kontakt z badaczem,
- Stan zdrowia umożliwiający przeprowadzenie badania bez szkody dla pacjenta, Kryterium wyłączenia:
- Brak świadomej zgody na udział w badaniach,
- Stan świadomości pacjenta nie pozwalający na swobodny kontakt z badaczem,
- Stan zdrowia pacjenta uniemożliwiający przeprowadzenie badania.

Analiza przypadku

58 letni mężczyzna, J.K., został przyjęty na Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej w trybie pilnym. Pacjent został dowieziony przez ZRM. Powodem przyjęcia był silny ból w klatce piersiowej, promieniujący do lewej górnej kończyny. Ból w ocenie pacjenta utrzymywał się około godziny i narastał, w ocenie osób przebywających wcześniej z pacjentem (został on zabrany z miejsca pracy) pacjent skarżył się na ból co najmniej godzinę wcześniej. Pacjent uskarżał się także na uczucie słabnącej siły mięśniowej i narastające nudności.

Poniżej dane personalne pacjenta:

Stan cywilny: żonaty od 30 lat, Dzieci: syn (26 lat), córka (22 lata)

Miejsce pracy: kierownik hurtowni spożywczej Miejsce zamieszkania: miasto

Tryb pracy: nieregularny tryb pracy, częsta liczba nadgodzin i pracy w porze nocnej

Dane uzyskane z wywiadu z pacjentem:

Pacjent zasnął we własnym biurze, chwilowo utracił przytomność. Jego stan dostrzegł współpracownik i to on wezwał ZRM. Odczuwał on wówczas silny ból w klatce piersiowej promieniujący do okolicy lewej górnej kończyny. Dolegliwości bólowej towarzyszyły odczucia nudności (w chwili przyjęcia nudności nasilały się). Pacjent

wykazywał nadwagę, jest palaczem papierosów (około 20-30 sztuk dziennie, najwięcej w porze nocnej podczas obecności w pracy). Pacjent wykazał, że „dziwne” samopoczucie towarzyszyło mu od kilku dni. Kilkanaście razy w ciągu ostatnich lat odczuwał kłucie w okolicy klatki piersiowej, głównie z lewej strony. Pacjent ma zdiagnozowane nadciśnienie tętnicze krwi, leki przyjmuje nieregularnie – najczęściej wówczas, gdy odczuwał złe samopoczucie. Pacjent prowadzi intensywny i niezdrowy tryb życia – pracuje często kilkanaście godzin na dobę w atmosferze napięcia i pośpiechu. Jego dieta bogata jest w wysoko przetworzone produkty, często nie jada on śniadań, spożywa często posiłek w porze nocnej. Odpoczywa on tylko jeden dzień w tygodniu – zwykle w niedzielę lub poniedziałek. Nie podejmuje aktywności fizycznej z powodu braku czasu.

Po dowiedzeniu pacjenta do szpitala wykonane zostało badanie EKG – stwierdzono ostry zespół wieńcowy z przetrwałym uniesieniem ST. Pacjentowi wykonano koronarografię – potwierdziła ona zamknięcie pnia prawej tętnicy wieńcowej (PTWP). Wykonano udrożnienie zamkniętego odcinka oraz jego poszerzenie przy użyciu stentu naczyniowego. Zabieg wykonany został efektywnie, zastosowano u pacjenta opatrunek uciskowy w prawej pachwinie oraz wkłucie obwodowe w żyłę grzbietu prawej dłoni. Wobec pacjenta zastosowano reżim łóżkowy. Pacjent został przekazany do Oddziału Intensywnej Opieki Kardiologicznej.

Stan zdrowotny pacjenta po przyjęciu do Oddziału Intensywnej Opieki Kardiologicznej:

Uczulenia: brak

Przebyte choroby: brak

Choroby współistniejące: niekontrolowane i niesystematycznie leczone nadciśnienie tętnicze krwi

Czynniki ryzyka:

- Nadwaga,
- Systematyczne przyjmowanie kawy (nawet 5 dziennie),
- Nikotynizm,
- Wysoki poziom stresu zawodowego,
- Brak aktywności fizycznej,
- Nieodpowiednia dieta.

Stan układu krążenia w chwili przyjęcia do Oddziału Intensywnej Opieki Kardiologicznej:

CT: 125/80, tętno: 120ud./min. Kolor skóry: blada, pokryta potem

Stan układu oddechowego: oddech pacjenta przyspieszony, pacjent uskarżał się na odczucie duszności

Stan układu pokarmowego: zwiększone pragnienie, minimalne odczucie nudności, zgaga Jama ustna: proteza

Wzrost: 183 cm Waga: 95kg

BMI: 28,3 (nadwaga)

Stan układu moczowego: prawidłowa funkcja, mocz wydalany prawidłowo

Układ nerwowy: prawidłowy, pełna świadomość, kontakt słowo-logiczny w normie,

Zmysły: Wzrok: w normie Słuch: w normie Dotyk: w normie

Stan psychiczny pacjenta w momencie przyjęcia pacjenta do Oddziału Intensywnej Opieki Kardiologicznej: pacjent wykazywał silne oznaki niepokoju i objawy stresu (intensywne pocenie się na twarzy, drżenie rąk); pacjent martwił się swoim stanem i jego następstwami oraz problemami, których przysporzył swoim stanem rodzinie. Obawiał się, że opuścił miejsce pracy, martwił się także kiedy będzie w stanie wrócić do wykonywania pracy zawodowej. Obawiał się następstw zawodowych i zdrowotnych przebytego zawału mięśnia sercowego. Dopytywał, czy ktoś z rodziny jest już w szpitalu i o lokalizację swojego telefonu komórkowego.

Problemy pielęgnacyjne

W trakcie procesu pielęgnowania pacjenta po zawale mięśnia sercowego i wykonanej koronarografii (potwierdzającej zamknięcie pnia prawej tętnicy wieńcowej), podczas której wykonano udrożnienie zamkniętego odcinka oraz jego poszerzenie przy użyciu stentu naczyniowego określono następujące problemy pielęgnacyjne:

Diagnoza pielęgniarska 1: pacjent odczuwa ból w klatce piersiowej – jest on następstwem przebytego zawału mięśnia sercowego

Cel opieki: zniwelowanie bólu

Działania pielęgniarskie:

- Założenie wkłucia do żyły obwodowej,
 - Pobranie próbki krwi do badań laboratoryjnych,
 - Wykonanie EKG,
 - Ocena bólu pacjenta – jego nasilenia (wykorzystanie skali VAS), charakteru i czasu trwania,
 - Podanie pacjentowi leków przeciwbólowych – zgodnie ze zleceniem lekarskim,
 - Monitorowanie parametrów życiowych ze szczególnym uwzględnieniem tętna, wartości ciśnienia tętniczego krwi,
 - Monitorowanie zachowania pacjenta – stała jego obserwacja połączona z rozmową i wsparciem psychicznym,
 - Monitorowanie liczby i charakteru oddechów pacjenta oraz jego saturacji,
 - Monitorowanie stanu i koloru powłok skórnych,
 - Monitorowanie temperatury ciała pacjenta,
 - Założenie elektrod i podłączenie pacjenta do kardiomonitora, za pomocą którego prowadzony jest stały monitoring i ocena czynności elektrycznej serca,
 - Ciągły nadzór nad pacjentem,
 - Wspieranie emocjonalne pacjenta, okazywanie mu zrozumienia i empatii,
 - Stałe i aktywne towarzyszenie pacjentowi,
 - Zapewnienie pacjentowi spokoju i ciszy, czyli warunków niezbędnych do wypoczynku i regeneracji,
- Ocena działań: poziom odczuwanego bólu obniżył się.

Diagnoza pielęgniarska 2: ryzyko wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych, które mogą pojawić się w następstwie utrzymujących się nudności i lekkich wymiotów

Cel opieki: niedopuszczenie do wystąpienia zaburzeń

wodno-elektrolitowych i/lub wczesne ich wykrycie, zapewnienie pacjentowi spokoju oraz wsparcia emocjonalnego

Działania pielęgniarские:

- Przyjęcie, że nudności i wymioty mogą mieć dwójakie podłoże: mogą być następstwem przebytego zawału serca, ale także mogą być efektem silnego stresu, jaki pojawił się w następstwie zaistniałej sytuacji zdrowotnej,
- Pobranie krwi do badań laboratoryjnych zgodnie ze zleceniem lekarza w celu oceny gospodarki wodno-elektrolitowej,
- Stała kontrola i ocena stanu hemodynamicznego pacjenta,
- Kontrola parametrów życiowych chorego,
- Ocena stanu świadomości pacjenta poprzez luźną rozmowę,
- Stała kontrola stanu nawodnienia pacjenta,
- Ocena wyglądu i nawilżenia błon śluzowych oraz skóry chorego,
- Kontrola diurezy,
- Kontrola przyjmowanych i wydalanych płynów poprzez prowadzenie bilansu płynów,
- Podawanie leków i płynów dożylnie zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- Ułożenia pacjenta w bezpiecznej i wygodnej dla niego pozycji – celem jest tu odpowiednia pozycja w trakcie ewentualnych wymiotów i ograniczenie nudności,
- W trakcie niewielkich wymiotów kontrolowanie treści wymiotnej, szczególnie pod kątem możliwego krwawienia z przewodu pokarmowego (brak krwi w treści wymiotnej, minimalna ilość wymiotów),
- Podawanie pacjentowi chłodnych płynów w niewielkich ilościach,
- Wdrożenie diety lekkostrawnej po ustąpieniu nudności i wymiotów,
- Edukowanie pacjenta na temat zasadności stosowania odpowiedniej diety w następstwie przebytego zawału serca,
- Edukowanie pacjenta na temat znaczenia odpowiedniego nawodnienia organizmu,
- Prowadzenie rozmów z pacjentem w celu obniżenia stresu mogącego być źródłem nudności i wymiotów,
- Wspieranie pacjenta pod kątem emocjonalnym,

Ocena działań: wymioty ustąpiły zupełnie, nudności zostały zminimalizowane, brak krwawienia z przewodu pokarmowego, pacjent wykazuje prawidłowy stan nawodnienia, diureza prawidłowa, pacjent znacząco się uspokoił, cały czas jest świadomy swojego stanu zdrowotnego, dostrzec można znaczną poprawę jego stanu psychicznego.

Diagnoza pielęgniariska 3: pacjent odczuwa duszność spoczynkową, wykazuje przyspieszony oddech

Cel opieki: zmniejszenie duszności, ułatwienie pacjentowi oddychania, spowolnienie oddechu, utrzymanie optymalnej wymiany gazowej,

Działania pielęgniarские:

- Ocena parametrów życiowych pacjenta ze szczególnym uwzględnieniem liczby i charakterów oddechów,
- Ocena stanu świadomości pacjenta,
- Podanie pacjentowi tlenu na zlecenie lekarza przez wąsy tlenowe o przepływie 3 l/min,
- Odpowiednie (wysokie) ułożenie pacjenta w pozycji półsiedzącej na łóżku w celu poprawienia sprawności oddechu, odpowiednie ułożenie poduszek za jego plecami,
- Kontrola i ocena oddechu pacjenta,
- Zapewnienie pacjentowi odpowiednich warunków do wypoczynku i oddychania poprzez otwarcie okien i wywietrzenia pomieszczenia, w który przebywa pacjent
- Prowadzenia z pacjentem uspokajającej rozmowy.

Ocena działań: pacjent się wyciszył, zgłasza większą swobodę w oddechu, duszność znacząco się zmniejszyła, oddech spowolnił (liczba oddechów 17–20/min).

Diagnoza pielęgniariska: ból prawej kończyny dolnej, wrażenie drętwienia prawej dolnej kończyny w efekcie posiadania opatrunku w prawej pachwinie założonego po przebytej koronarografii

Cel opieki: zniesienie lub zminimalizowanie odczuć bólowych pacjenta, zlikwidowanie ryzyka krwawienia z tętnicy, niedopuszczenie do niedokrwienia kończyny dolnej,

Działania pielęgniarские:

- Kontrola i ocena charakteru, czasu trwania i nasilenia bólu, który odczuwa pacjent,
- Kontrola i ocena koloru i temperatury skóry w obrębie prawej kończyny dolnej,
- Kontrola i ocena tętna na kończynie,
- Kontrola i ocena opatrunku w prawej pachwinie,
- Powiadomienie pacjenta o konieczności zgłaszania odczuwanych przez niego zaburzeń w obrębie prawej dolnej kończyny,
- Poluzowanie opatrunku uciskowego na prawej dolnej kończynie przez lekarza – pielęgniarka asystuje przy tej czynności – celem jest zlikwidowanie wrażenia drętwienia prawej dolnej kończyny,
- Po usunięciu opatrunku uciskowego założenia jałowego ochronnego opatrunku w miejscu nakłucia tętnicy,
- Stała obserwacja pacjenta ze szczególnym uwzględnieniem miejsca nakłucia tętnicy i obszaru prawej dolnej kończyny,

Ocena działań: dolegliwości bólowe pacjenta w okolicy prawej pachwiny znacznie się zmniejszyły, ból prawej dolnej kończyny niemal ustąpił, prawa dolna kończyna bez oznak niedokrwienia, brak krwawienia i opuchlizny w okolicy nakłucia, opatrunek uciskowy w miejscu nakłucia zastąpiono jałowym opatrunkiem ochronnym, dyskomfort pacjenta znacznie się zmniejszył.

Diagnoza pielęgniariska 4: ryzyko krwotoku z nakłutej tętnicy udowej

Cel opieki: zapobieżenie krwawieniu z rany w prawej pachwinie

Działania pielęgniarские:

- Obserwacja stanu rany po nakłuciu,
- Zmiana opatrunku jałowego ochronnego,
- Edukowanie pacjenta w zakresie właściwego postępowania z okolicą nakłucia i odpowiedniej pozycji – konieczne jest, by pacjent pozostawał w pozycji leżącej z wyprostowaną prawą kończyną, w trakcie kaszlu lub kichania pacjent powinien uciskać opatrunek,
- Poinstruowanie pacjenta o konieczności poinformowania personelu pielęgniarskiego w razie zauważenia w miejscu nakłucia obrzęku, sączenia, krwawienia, zasinienia lub pulsowania,
- Monitorowanie procesu gojenia się rany,
- Pobranie krwi na zlecenie lekarza w celu monitorowania i oceny procesu krzepnięcia,
- Monitorowanie parametrów życiowych pacjenta.

Ocena działań: pacjent zwraca uwagę na stan opatrunku i odczucia płynące z tej okolicy, brak krwawienia z rany po nakłuciu, krzepnięcie prawidłowe.

Diagnoza pielęgniarska 5: deficyt samoopieki wywołany aktualną sytuacją zdrowotną

Cel opieki: zaspokojenie wszystkich potrzeb w zakresie czynności samoobsługowych

Działania pielęgniarskie:

- Wskazanie deficytów pacjenta w zakresie czynności samoobsługowych,
- Ograniczenie wysiłku fizycznego pacjenta w szczególności w pierwszych dobach pobytu w oddziale,
- Pozycjonowanie pacjenta,
- Asystowanie i wsparcie pacjenta w zakresie dbałości o higienę osobistą,
- Asystowanie i wsparcie pacjenta podczas ubierania,
- Pomoc pacjentowi w trakcie posiłku (pacjent przyjmuje dietę lekkostrawną),
- Pomoc pacjentowi w zakresie potrzeb fizjologicznych,
- Zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa i komfortu psychicznego w trakcie wszelkich działań przez niego podejmowanych,
- Motywowanie pacjenta do samoopieki i podejmowania dozwolonych mu aktywności,
- Systematyczne, ale stopniowe zwiększanie samoopieki i samodzielności chorego,
- Edukowanie pacjenta pod kątem unikania dolegliwości bólowych w trakcie ruchu,
- Edukowanie pacjenta pod kątem właściwych zachowań prozdrowotnych po zakończeniu hospitalizacji,
- Edukowanie rodziny pacjenta pod kątem właściwej diety i stylu życia po zakończeniu hospitalizacji.

Ocena działań: deficyt samoopieki i samodzielności zmniejszył się znacznie, pacjent posiada wiedzę na temat zachowań prozdrowotnych i zasad, których musi przestrzegać w trakcie hospitalizacji i po jej zakończeniu.

Diagnoza pielęgniarska 6: problemy z wypróżnieniem się spowodowane reżimem łóżkowym

Cel opieki: Wypróżnienie się pacjenta

Działania pielęgniarskie:

- Wyjaśnienie pacjentowi zasadności reżimu łóżkowego,
- Wspieranie pacjenta i pomocy przy zmianie pozycji

w łóżku,

- Podanie łagodnych farmaceutyków na wypróżnienie się,
- Podanie pacjentowi basenu,
- Podawanie pacjentowi odpowiedniej ilości płynów niezbędnych do prawidłowego nawodnienia organizmu,
- Zapewnienie pacjentowi spokoju i warunków intymności,
- Przewietrzenie sali,
- Prowadzenie z pacjentem spokojnych, życzliwych rozmów pomagających mu się rozluźnić i zniwelować uczucie stresu, który także jest czynnikiem blokującym prawidłowe wypróżnienie się.

Ocena działań: pacjent rozluźnił się, jego stres został obniżony, pacjent wypróżnił

Diagnoza pielęgniarska 7: ryzyko wystąpienia zaburzeń pracy nerek po przebytych zabiegach koronarografii

Cel opieki: zapobieżenie wystąpieniu powikłań i zaburzeń pracy nerek

Działania pielęgniarskie:

- Stałe monitorowanie stanu hemodynamicznego pacjenta,
- Monitorowanie stanu świadomości pacjenta,
- Monitorowanie i ocena diurezy,
- Prowadzenie i ocena bilansu płynów,
- Podawanie pacjentowi płynów do picia,
- Podawanie pacjentowi płynów dożylnie zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- Dbłość o właściwe nawodnienie pacjenta, co pozwoli na efektywne wydalenie środka kontrastowego przez nerki,
- Pobranie krwi na badania laboratoryjne w celu określenia poziomu stężenia kreatyniny,
- Poinstruowanie pacjenta o konieczności zgłaszania personelowi pielęgniarskiemu niepokojących symptomów.

Ocena działań: pacjent jest wyedukowany pod kątem obserwacji niebezpiecznych objawów, powikłania pracy nerek nie wystąpiły.

Diagnoza pielęgniarska 8: ryzyko wystąpienia kolejnych schorzeń zdrowotnych układu krążenia z powodu istnienia czynników ryzyka

Cel opieki: wyeliminowanie czynników ryzyka

Działania pielęgniarskie:

- Edukowanie pacjenta w zakresie prowadzenia zdrowego stylu życia,
- Edukowanie pacjenta na temat szkodliwych następstw nikotynizmu
- Edukowanie pacjenta na temat odpowiedniej diety niskosodowej i niskocholesterolowej,
- Edukowanie pacjenta na temat następstw stresu zawodowego i odpowiednich technik relaksacji,
- Edukowanie pacjenta na temat zaburzeń rytmu dobowego i ich następstw,
- Edukowanie pacjenta na temat pozytywnego wpływu aktywności fizycznej na organizm człowieka,

- Przekazanie pacjentowi broszur i ulotek na temat odpowiedzialnego życia po zawale serca,
- Przekazanie pacjentowi broszur i ulotek na temat rzucenia palenia i możliwych form pomocy w tym zakresie.

Ocena działań: pacjent posiada wystarczającą wiedzę na temat prowadzenia zdrowego stylu życia, nie wykazuje jednak większych chęci na zmianę dotychczasowych przyzwyczajęń tłumacząc to odpowiedzialną i wymagającą pracą zawodową, pacjent planuje wprowadzić zdrowszą dietę, nie planuje rzucenia palenia ani zmiany w trybie pracy.

Diagnoza pielęgniarska 9: pacjent wykazuje wysoki poziom stresu w następstwie hospitalizacji i czasu na nią przeznaczoną

Cel opieki: obniżenie poziomu stresu pacjenta

Działania pielęgniarskie:

- Podejmowanie z pacjentem częstych, uspokajających rozmów,
- Wyjaśnienie pacjentowi, w jaki sposób stres oddziałuje na organizm człowieka,
- Próba zobrazowania pacjentowi, w jaki sposób ciągła praca zawodowa i związany z nią stres przyczyniły się do jego obecnej sytuacji zdrowotnej,
- Wyjaśnienie pacjentowi, że po zawale serca można wrócić do pełnej sprawności, konieczna jest jednak zmiana stylu życia,
- Wyjaśnienie pacjentowi, że brak zmiany stylu życia i nieograniczenie nienormowanej liczby godzin pracy może skutkować kolejnym zawałem serca,
- Przekazanie pacjentowi informacji na temat sposobów kontroli stresu i metod jego obniżania,
- Przekazanie rodzinie pacjenta wiadomości na temat technik antystresowych.

Ocena działań: pacjent wykazuje zrozumienie w kwestii wpływu stresu na ludzki organizm, ma świadomość jego negatywnych skutków, często jednak w trakcie rozmów z pielęgniarką nawiązuje do swojej pracy zawodowej i własnych obowiązków, których nie jest w stanie delegować innym pracownikom, można zaobserwować, że praca zawodowa zajmuje wysokie miejsce w hierarchii wartości pacjenta, w trakcie odwiedzin członków rodziny pacjent pytał, jak radzą sobie bez niego w jego miejscu pracy, poziomu stresu nie udało się obniżyć.

Diagnoza pielęgniarska 10: ryzyko niesystematycznego przyjmowania leków zleconych przez lekarza po zakończeniu hospitalizacji i pomijanie badań kontrolnych przez pacjenta.

Cel opieki: systematyczne przyjmowanie leków zleconych przez lekarza i regularne odbywanie badań kontrolnych

Działania pielęgniarskie:

- Uświadomienie pacjentowi konieczności przyjmowania zleconych leków i zobrazowanie, do czego może prowadzić ich pomijanie,
- Uświadomienie pacjentowi konieczności kontroli ciśnienia tętniczego krwi,
- Uświadomienie pacjentowi konieczności odbywa-

nia regularnych wizyt kontrolnych po opuszczeniu szpitala,

- Podawanie pacjentowi leków zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- Rozmowa z pacjentem na temat możliwości powtórnego zawału serca i sposobów na uniknięcie go

Ocena działań: pacjent ma świadomość skutków sporadycznego przyjmowania leków, zobowiązuje się je regularnie przyjmować, jeśli chodzi o wizyty kontrolne uzależnia je od grafiku zawodowego, brak pewności, że pacjent będzie przyjmował leki po opuszczeniu oddziału i wstawiał się na regularne kontrole lekarskie.

Ewaluacja działań pielęgniarskich

Wszystkie podjęte przez pielęgniarkę działania przyniosły poprawę stanu fizycznego pacjenta, jednak nie udało się znacząco obniżyć poziomu stresu chorego, nie udało się także na tyle zmienić nastawienia pacjenta, by z pełną świadomością swego stanu zdrowotnego planował on odmieć swoje nawyki żywieniowe czy styl życia. Stan fizyczny pacjenta wymaga dalszej terapii, podobnie jak jego stan emocjonalny i poziom stresu. Pacjent został wypisany z oddziału w stanie ogólnym dobrym pod względem fizycznym. Chory nie miał problemów z samodzielnością, jego parametry życiowe w chwili były wypisu były prawidłowe, nie odczuwał on stałych dolegliwości bólowych, pojawiały się jedynie incydenty bólu. Pacjentowi zalecono dalszą rehabilitację i odpoczynek. Pacjent otrzymał także zalecenie podjęcia terapii antystresowej, bowiem stres zawodowy został uznany za najsilniejszy czynnik rozwoju schorzeń zdrowotnych w jego przypadku.

Podsumowanie i wnioski

Opieka nad pacjentem po zawale serca jest działaniem wymagającym wiedzy, kompetencji, skupienia i empatii. Chory, nad którym sprawowana jest opieka, wymaga wsparcia holistycznego, czyli takiego który koncentruje się nie tylko na wymiarze fizyczny, ale także na wymiarze psychiczny pacjenta. Opierając się na zgromadzonym materiale badawczym należy uznać, że rola pielęgniarki w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych jest bardzo istotna, przy czym wymaga ona posiadania szerokiej wiedzy, znacznej spostrzegawczości, ogromnych pokładów empatii, cierpliwości i doskonałego podejścia do różnych postaw pacjentów i ich obaw. Posiadając te atrybuty pielęgniarka będzie w stanie wyposażyć pacjentów w odpowiednią wiedzę na temat profilaktyki chorób układu krążenia, ale także będzie ona w stanie właściwie opiekować się swymi podopiecznymi. W przypadku pacjenta, który uczestniczył w badaniu własnym, dostrzeżono znaczny poziom stresu zawodowego prezentowany przez chorego. Rolą pielęgniarki było przede wszystkim dołożenie starań, by poziom tego stresu obniżyć i uzmysłwić choremu, jak duży wpływ ma on na ludzki organizm. Pielęgniarka w trakcie pełnienia opieki skupiła się nie tylko na niezbędnych zabiegach pielęgnacyjnych, ale także na emocjach i reakcjach chorego – zrozumienie ich pozwoliło na dokładniejsze

poznanie sytuacji podopiecznego i podjęcie efektywnych działań terapeutycznych. Czynności podejmowane przez pielęgniarkę celowały przede wszystkim w szybkie usprawnienie chorego, ale także w wyjaśnienie mu, jakie techniki obniżające stres może on stosować, uznano bowiem, że to właśnie stres zawodowy jest w przypadku pacjenta głównym czynnikiem rozwoju schorzeń układu krążenia. Pielęgniarka prowadziła z pacjentem edukacyjne rozmowy, które miały pomóc zrozumieć mu, że jego zachowania i decyzje w znacznym stopniu oddziałują na stan jego organizmu.

Celem podjętych badań własnych było wskazanie roli pielęgniarki w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych. Celowano także w określenie problemów pielęgnacyjnych występujących u pacjenta z chorobą sercowo-naczyniową, wskazanie ich rozwiązań oraz określenie podjętych działań profilaktycznych wobec chorego z chorobą sercowo-naczyniową oraz ich efektów. Wszystkie ustalone cele zostały osiągnięte. W oparciu o zebrane dane badawcze należy także wnioskować, że:

1. Rola pielęgniarki z profilaktyce chorób układu sercowo-naczyniowego skupia się ona przede wszystkim na edukowaniu pacjentów w zakresie czynników ryzyka tych schorzeń i ich eliminowaniu.
2. Problemy pielęgnacyjno-opiekuńcze chorego po zawale serca są różnorodne – ich skuteczne rozwiązanie wymaga od pielęgniarki wszechstronnej wiedzy i właściwego przygotowania zawodowego, co pozwoli jej na świadczenie opieki holistycznej.
3. Pielęgniarka opiekująca się pacjentem po zawale serca musi wykazywać się wysoką empatią, która pozwoli jej na nawiązanie właściwego kontaktu z podopiecznym, który przyczyni się do właściwych postępów w terapii.
4. Stres zawodowy jest czynnikiem, który przyczynia się do rozwoju schorzeń układu sercowo-naczyniowego, zadaniem pielęgniarki jest więc obniżenie jego poziomu u chorego i wyjaśnienie mu, w jaki sposób oddziałuje on na rozwój chorób układu krążenia.

Bibliografia

1. E. Chilińska-Kopko, Sz. Kopko, Z. Dzięcioł-Anikiej, K. Kanińska: Aktywność fizyczna jako profilaktyka pierwotna i wtórna schorzeń układu sercowo-naczyniowego [w:] K. Kowalczyk, E. Krajewska-Kułak, M. Cybulski (red.): Wybrane choroby cywilizacyjne XXI wieku, t.1., Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Wydział Nauk o Zdrowiu; 2016: 132.
2. A. Woś-Szymanowska, N. Bryl, A. Szekielda, A. Posadzy-Mańczyńska: Czynniki psychospołeczne w profilaktyce i leczeniu chorób układu krążenia, *Forum Medycyny Rodzinnej* 2018; 12, 2: 65.
3. P. S. Choręza, A. J. Owczarek, M. Babińska: Koszty społeczno-ekonomiczne chorób układu krążenia w Polsce i krajach Europy Środkowej, *Annales Academia eMedica eSilesiensis* 2018; 72: 217.

4. E. Szlenk-Czyczerska, E. Kędra: Zadania pielęgniarki rodzinnej w opiece nad chorym z przewlekłą chorobą układu krążenia, *Puls Uczelni* 2016; (10) 3: 28.
5. M. Ziarko, A. Parobkiewicz, R. Jasielski: Poznawcza reprezentacja schorzenia a funkcjonowanie pacjentów z chorobą niedokrwienną serca, *Acta Bio-Optica et Informatica Medica. Inżynieria Biomedyczna* 2018, 24, 2: 100.
6. B. Jacuś, M. Kowalkowska, P. Miękus, G. Grzešek: Vericiguat jako stymulator cykazyguanylanowej elementem innowacyjnej terapii niewydolności serca, *Farmacja Polska* 2021; 77 (10): 616.
7. K. Matyjas, M. Lelonek: Pacjent z niewydolnością serca w okresie vulnerable phase, *Folia Cardiologica* 2018; 13, 1: 71.
8. M. Kałużna-Oleksy (red.): Niewydolność serca w Polsce. Realia, koszty, sugestie poprawy sytuacji, Warszawa: INNOWO Instytut Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju; 2020: 21-28.
9. K. Duszak, A. Zera, A. Krupienicz: Opieka pielęgniarska nad pacjentem po przebytych zawale serca i angioplastyce wieńcowej – studium przypadku, *Pielęgniarstwo Polskie* 2021; 1 (79): 37.
10. S. Surma, A. Szyndler, K. Narkiewicz: Świadomość nadciśnienia tętniczego i innych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w populacji osób dorosłych, *Choroby Serca i Naczyń* 2018; 15, 1: 15-16.
11. M. Bartoszewicz, M. Rać: Czynniki ryzyka choroby wieńcowej – diagnostyka, leczenie i prewencja, *Hygeia Public Health* 2018; 53 (3): 255-258.
12. K. Strzała., K. Strzała-Osuch, D. Osuch: Śmiertelność z powodu chorób układu krążenia w regionach Polski [w:] K. Strzała (red.): *Oblicza dobrobytu: wybrane zagadnienia*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 2019: 180.

Data przyjęcia: 12.03.2024

Data recenzji: 16.05.2024

Data wydania: 27.09.2024