



PIEŁĘGNIARSTWO SPECJALISTYCZNE

SPECIALIST NURSING

ICV 2021: 64,6 • nr 1 (43) • 5 pkt MNiSW • Wydawnictwo DUX • ISSN 2719-9983 • Marzec 2024



Jakość życia chorych z zespołem
jelita krótkiego
żywionych pozajelitowo

Cukrzyca typu 2 - znaczenie
leczenia dietetycznego.

Jakość życia pacjentów z
zaburzeniami gospodarki
wodno-elektrolitowej

| Od redakcji

Pielęgniarstwo Specjalistyczne jest oficjalnym kwartalnikiem naukowym
Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Specjalistycznego

Prezes: Ewa Molka

Wiceprezes: Jarosław Panek

Sekretarz: Renata Mroczkowska

Skarbnik: Anna Szeląg

Dla członków Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Specjalistycznego czasopismo jest bezpłatne.

Wszystkie informacje o prenumeracie

<http://pielęgniarstvospecjalistyczne.pl/prenumerata>

Wydawca:

Wydawnictwo "DUX"

pielęgniarstvospecjalistyczne@gmail.com

Rada Naukowa

Redaktor naczelna Dr n med. Ewa Molka

Dr n med. Ewa Molka, Polska

Dr n med. Beata Naworska, Polska

Dr n med. Sylwia Krzemińska, Polska

Dr hab.n. o zdr. Izabella Uchmanowicz, Polska

Dr n. hum. Urszula Marcinkowska, Polska

Dr n.med Beata Jankowska Polańska, Polska

Dr n. o zdr. Wioletta Pollok-Waksmańska, Polska

Dr n o zdr. Halina Kulik, Polska

Prof. Joanna Rosińczuk, Polska

Dr n med. Beata Olejnik, Polska

PhDr. Lukáš Kober, PhD., RN Słowacja

PhDr. Milan Laurinc, PhD., RN Słowacja

PhDr. Dana Zrubcová, PhD., RN Słowacja

Mgr Iveta Lazorová, RN Słowacja

Mgr Jana Slovákova, PhD., RN Słowacja

Ph.D Natalia Shygonaska, Ukraina



Slovenská komora sestier
a pôrodných asistentiek



| Spis treści

4	Wymagania edytorskie
6	Editorial requirements
8	Redakčné požiadavky
10	Cukrzyca typu 2 - znaczenie leczenia dietetycznego
10	Type 2 diabetes - the importance of dietary treatment
16	Jakość życia chorych z zespołem jelita krótkiego żywionych pozajelitowo
16	Quality of life in patients with short bowel syndrome receiving parenteral nutrition
25	Jakość życia pacjentów z zaburzeniami gospodarki wodno-elektrolitowej
25	Quality of life of patients with water and electrolyte disorders
35	Wpływ nikotynizmu na choroby sercowo-naczyniowe
35	The impact of nicotine addiction on cardiovascular diseases
42	Specyfika opieki pielęgniarstwa nad pacjentem po udarze niedokrwiennym mózgu
42	Specificity of nursing care for a patient after ischemic stroke
53	Rola pielęgniarki w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych
53	The role of the nurse in the prevention of cardiovascular diseases

Wymagania edytorskie

Informacje ogólne

Wymagania etyczne Badania prowadzone na ludziach, muszą być przeprowadzone zgodnie z wymogami Deklaracji Helsińskiej, co należy zaznaczyć w opisie metodyki. Na przeprowadzenie takich prac Autorzy muszą uzyskać zgodę Terenowej Komisji Nadzoru nad Dokonywaniem Badań na Ludziach (Komisji Etycznej).

Odpowiedzialność cywilna

Redakcja stara się czuwać nad merytoryczną stroną pisma, jednak za treść artykułu odpowiada jego Autor. Wydawca ani Rada Programowa nie ponoszą odpowiedzialności za skutki ewentualnych nierzetelności.

Informacje szczegółowe

Przesłanie prac do redakcji jest równoznaczne z oświadczeniem, że praca nie była dotychczas publikowana w innych czasopismach oraz nie była wcześniej złożona w innej Redakcji. Oddanie pracy do druku jest jednoznaczne ze zgodą wszystkich autorów na jej publikację, z oświadczeniem, że Autorzy mieli pełny dostęp do wszystkich danych w badaniu i biorą pełną odpowiedzialność za całość danych i dokładność ich analizy. Dopuszcza się druk prac już opublikowanych ze względów ważnych dla czytelników, ale z adnotacją, że jest to przedruk i z jakiego źródła.

Wersja elektroniczna prac

Redakcja wymaga nadsyłania prac wyłącznie w formie elektronicznej na adres e-mail:

pielęgniarstvospecjalistyczne@gmail.com

Prace powinny być napisane w edytorze tekstu Word co najmniej „6”, Czcionka Times New Roman o wielkości „12”. Objętość prac oryginalnych i poglądowych nie powinna być większa niż 16 stron, a kazuistycznych 12 stron maszynopisu, łącznie z piśmiennictwem, rycinami, tabelami i streszczeniami (standardowa strona: 1800 znaków). Prace powinny być pisane w formacie A4 z zachowaniem podwójnego odstępu, z lewej strony należy zachować margines 2cm, a z prawej margines szerokości 3cm. Propozycje wyróżnień należy zaznaczyć w tekście pismem półgrubym (bold). Na pierwszej stronie należy podać: tytuł pracy w języku polskim i angielskim; pełne imię i nazwisko Autora (Autorów) pracy. Przy pracach wieloosrodkowych prosimy o przypisanie Autorów do ośrodków, z których pochodzą; pełną nazwę ośrodka (ośrodków), z którego pochodzi praca (w wersji oficjalnie ustalonej); wskazać Autora do korespondencji oraz adres na jaki Autor życzy sobie otrzymać korespondencję (służbowy lub prywatny) wraz z tytułem naukowym, pełnym imieniem i nazwiskiem oraz z numerem telefonu i adresem poczty elektronicznej. Jednocześnie Autor wyraża zgodę na publikację przedstawionych

danych adresowych (jeśli Autor wyrazi takie życzenie, numer telefonu nie będzie publikowany); słowa kluczowe w języku polskim i angielskim, zgodne z aktualną listą Medical Subject Heading (MeSH) nie więcej niż 5. Na drugiej stronie pracy powinny być opisane wszelkie możliwe konflikty interesów oraz informacje o źródłach finansowania pracy (grant, sponsor), podziękowania, ewentualnie powinna się tutaj pojawić nazwa kongresu na którym praca została ogłoszona oraz zgoda pacjenta na publikację jeśli jest wymagana.

Streszczenie i słowa kluczowe

Do artykułu następnie należy dołączyć streszczenie, jednobrzmiące zarówno w języku polskim, jak i angielskim. Streszczenie prac oryginalnych powinno zawierać do 200 słów i powinno składać się z czterech wyodrębnionych części, oznaczonych kolejno następującymi tytułami: Cel pracy, Materiał i metodyka, Wyniki, Wnioski/Podsumowanie. Wszystkie skróty zastosowane w streszczeniu powinny być wyjaśnione. Streszczenia prac poglądowych i kazuistycznych powinno zawierać do 200 słów i zawierać cel pracy oraz podstawowe założenia. Po streszczeniu należy umieścić nie więcej niż pięć słów kluczowych w języku polskim i angielskim, zgodnych z aktualną listą Medical Subject Reading (MeSH). Jeżeli odpowiednie terminy MeSH nie są jeszcze dostępne dla ostatnio wprowadzonych pojęć, można stosować ogólnie używanych określeń.

Układ pracy

Układ pracy powinien obejmować wyodrębnione części: Wprowadzenie, Cel pracy, Materiał i metodyka (w ramach części metodyka – Informacja o stanowisku Komisji Bioetycznej), Wyniki badań, Omówienie/Dyskusja, Wnioski/Podsumowanie, Piśmiennictwo, Tabele, Ryciny. Materiał i metodyka musi szczegółowo wyjaśniać wszystkie zastosowane metody badawcze, które są uwzględnione w wynikach. Należy podać nazwy metod statystycznych i oprogramowania zastosowanych do opracowania wyników.

Tabele

Tabele należy nadesłać w dwóch egzemplarzach, jedna wersja w tekście, druga w oddzielnym pliku. Tytuły tabel oraz ich zawartość powinny być wykonane w języku polskim. Wszystkie użyte w tabelach skróty powinny być wyjaśnione pod tabelą. Tabele powinny być opisane nad tabelą i ponumerowane cyframi arabskimi.

Ryciny

Ryciny należy nadsyłać w dwóch egzemplarzach jedna wersja w tekście, druga tabela w oddzielnym pliku. Ryciny należy opisać pod ryciną i ponumerować cyframi arabskimi. Wszystkie użyte pod ryciną skróty powinny być wyjaśnione pod ryciną. Skróty i symbole Należy

używać tylko standardowych skrótów i symboli. Pełne wyjaśnienie pojęcia lub symbolu powinno poprzedzać pierwsze użycie jego skrótu w tekście, a także występować w legendzie do każdej ryciny i tabeli, w której jest stosowany.

Piśmiennictwo

Piśmiennictwo powinno być ułożone zgodnie z kolejnością cytowania prac w tekście, tabelach, rycinach (w przypadku pozycji cytowanych tylko w tabelach i rycinach obowiązuje kolejność zgodna z pierwszym odnośnikiem do tabeli lub ryciny w tekście). Liczba cytowanych prac w przypadku prac oryginalnych, poglądowych nie powinna przekraczać 20 pozycji, w przypadku prac kazuistycznych 10 pozycji. Piśmiennictwo powinno zawierać wyłącznie pozycje opublikowane. Przy opisach bibliograficznych artykułów z czasopism należy podać: nazwisko autora wraz z inicjałem imienia (przy większej niż 4 liczbie autorów podaje się tylko pierwszych trzech i adnotację „et al” w pracach w języku angielskim oraz „wysp.” w pracach w języku polskim) tytuł pracy, skrót tytułu czasopisma (zgodny z aktualną listą czasopism indeksowanych w Index Medicus, dostępnym m.in. pod adresem: <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>, rok wydania, numer tomu (rocznika) oraz numery stron, na których zaczyna i kończy się artykuł, np.:

Szulc W, Niewiadomska WE. Etnopielęgniarstwo. Piel. 2000. 1999;2 (43): 346.

Opisy wydawnictw zwartych (książki) powinny zawierać: nazwisko(a) Autora(ów) wraz z inicjałem imienia, tytuł, ew. numer kolejnego wydania, nazwę wydawcy, miejsce i rok wydania przy pracach zbiorowych nazwisko(a) Redaktora(ów) odpowiedzialnego podaje się podtytuł

książki i skrócie „(red.)”, a przy opisach rozdziałów książek należy podać: Autora(ów) rozdziału, tytuł rozdziału, następnie po oznaczeniu „[w:]” tytuł całości, Autora(ów) (Redaktora/ów) całości, oznaczenie części wydawniczej, nazwę wydawcy, miejsce i rok wydania oraz numery stron, na których zaczyna się i kończy utwór, np.:

Kulik TB, Wrońska I. red. Koncepcja zdrowia w medycynie i naukach społecznych. Stalowa Wola: Wyd. Wyd. Nauk Społ. KUL; 2000.

Piątkowski W. Zdrowie w socjologii. [w:] Kulik TB, Wrońska I, red. Koncepcja zdrowia w medycynie i naukach społecznych. Stalowa Wola: Wyd. Wyd. Nauk Społ. KUL; 2000.s.128159.

Konieczne jest używanie interpunkcji ściśle według powyższych przykładów opisu bibliograficznego. Odnośniki do publikacji internetowych są dopuszczalne jedynie w sytuacji braku adekwatnych danych w literaturze opublikowanej drukiem. W przypadku korzystania ze źródeł informacji elektronicznej wymagany jest pełny adres strony internetowej wraz z datą korzystania z niej.

Prawa i obowiązki autorskie

Jeśli Autorzy nie zastrzegają inaczej w momencie zgłaszania pracy, Wydawca nabywa na zasadzie wyłączności ogół praw autorskich do wydrukowanych prac (w tym prawo do wydawania drukiem, na nośnikach elektronicznych, CD i innych oraz w Internecie). Bez zgody Wydawcy dopuszcza się jedynie drukowanie streszczeń. Autorzy otrzymują 1 egzemplarz czasopisma. Tytułem powyższego wykorzystania utworów, Autorom nie są wypłacane honoraria. Po akceptacji pracy do druku autor zostanie poinformowany drogą elektroniczną

Editorial requirements

The editorial office requires papers to be sent only in electronic form to the following e-mail adres:

pielegniarstvospecjalistyczne@gmail.com

Papers should be written with the use of at least 6.0 version Word's word processor, with size „12” Times New Roman font. The volume of original and supported with research examples papers should not exceed 16 pages and casuistic papers should not exceed 12 pages of typescript, including references, figures, tables and summaries (standard page 1800 characters). The works should be written in A4 format with double spacing, on the left side a margin of 2cm should be kept, the right margin should be 3cm wide. Proposals for distinctions should be marked in the text with a semi bold font. The first page should contain: the title of the work in Polish and English; full name and surname of the Author(s) of the work. For multicentre papers, please assign the authors to the centers from which they come; give the full name of the centre (centres) from which the paper originates (in the officially fixed version); indicate the Author for correspondence and the address for which the Author wishes to receive correspondence (business or private) together with the academic title, full name and surname and telephone number and email address. At the same time, the Author agrees to the publication of the address data provided (if the Author wishes so, the telephone number will not be published); keywords in Polish and English, consistent with the current Medical Subject Heading (MeSH) list no more than 5. On the second page of the work all possible conflicts of interest and information about the sources of financing the work (grant, sponsor), thanks should be written and described, if need be here should appear the name of the Congress on which work was announced and the patient's consent for publication if required.

Summary and key words

The article should be followed by a unanimous summary, both in Polish and English. The summary of original works should contain up to 200 words and should consist of four separate parts, marked successively with the following titles: Aim of the work, Material and methodology, Results, Conclusion/Summary. All abbreviations used in the summary should be clarified. Summaries of review and casuistic papers should contain up to 200 words and include the purpose of the work and the basic assumptions. After the summary, no more than five keywords in Polish and English should be given. Keywords must be in accordance with the current Medical Subject Reading (MeSH) list if the relevant MeSH terms for recently introduced terms are not yet available, generally used terms may be used.

Paper layout

Paper layout should include separate parts: Introduction, Aim of the study, Material and methodology (as part of the methodology Information about the position of the Bioethics Committee) Research results, Discussion, Conclusions/Summary, Literature, Tables, Figures. The material and methodology must explain in detail all applied research methods that are included in the results. Provide the names of the statistical methods and software used to compile the results.

Tables

The tables should be sent in two copies, one in the text the second in a separate file. Table titles and their contents should be written in Polish. All abbreviations used in the tables should be explained below the table. Tables should be described above the table and numbered with Arabic numerals.

Figures

The figures should be sent in two copies, one in the text the second in a separate file. Figures should be described below the figure and numbered with Arabic numerals. All abbreviations used below the figure should be explained below the figure.

Abbreviations and symbols

Use only standard abbreviations and symbols. A full explanation of the concept or symbol should precede the first use of its abbreviation in the text, and also appear in the legend to each figure and table in which it is used. Literature The literature should be arranged in accordance with the order of quoting works in the text, tables, figures (in the case of items cited only in tables and figures, the order is in line with the first reference to the table or figures in the text). The number of quoted works in the case of original and review papers should not exceed 20 items, in the case of casuistic studies 10 items. The literature should only contain published items. In the bibliographic descriptions of journal articles, the following data should be provided: author's surname together with the initial of the name (with more than 4 authors only the first three are given and the annotation „et al” in the papers in English and „i wsp.” in the papers in Polish) title of the thesis, abbreviation of the journal's title (in accordance with the current list of magazines indexed in Index Medicus, available, among others, at <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/iweb.pdf>, year of publication, volume number (year) and the page numbers on which the article begins and ends, e.g.

Szulc W, Niewiadomska WE. Etnopielęgniarstwo. Piel. 2000. 1999;2 (43): 34-6

Descriptions of non-serial publications (books) should include: surname(s) of the author(s) along with the name initial, title, possibly the number of the next edition, name of the publisher, place and year of publication; for collective works, the surname(s) of responsible editor(s) should be given after the title of the book and the abbreviation „(red.)”, and in the descriptions of book chapters, the following data should be specified: The author(s) of the chapter, the title of the chapter, then after the „[w:]” the title of the whole book, Author(s) (Editor(s)) of the whole book, designation of the part, name of the publisher, place and year of publication and page numbers on which it begins and ends, e.g.

Kulik TB, Wrońska I. ed. *Koncepcja zdrowia w medycynie i naukach społecznych*. Stalowa Wola: Wyd. Wyd. Nauk Społ. KUL; 2000.

Piątkowski W. *Zdrowie w socjologii*. [w:] Kulik TB, Wrońska I, red. *Koncepcja zdrowia w medycynie i naukach*

społecznych. Stalowa Wola: Wyd. Wyd. Nauk Społ. KUL; 2000.s.128-159.

It is necessary to use punctuation strictly according to the above examples of bibliographic description. References to online publications are only permitted if there are no adequate data in the literature published in print. In the case of using electronic information sources, the full website address is required along with the date of using it.

Copyrights and obligations

If the Authors do not provide otherwise at the time of submitting the work, the Publisher acquires, on an exclusive basis, all copyrights to the printed ones (including the right to publish in print, on electronic media, CD and other media and on the Internet). Without the consent of the Publisher, only abstracts are allowed. The authors receive 1 copy of the journal. For the above use of works, authors are not paid royalties. After accepting the work for printing, the author will be informed by e-mail.

Redakčné požiadavky

Redakcia si vyžaduje posielanie prác len v elektronickej podobe na emailovú adresu:

pielegniarstwspecialistyczne@gmail.com

Práce musia byť napísané v programe Word min. veľkosťou písma „6“, a fontom Times New Roman, veľkosť „12“. Objem originálnych a náhľadových nemôže byť väčšia ako 16 strán, a 12 kazuistických strán strojopisu, vrátane literatúry, výtlačkov, tabuliek a abstraktov (štandardná strana do 1800 znakov). Práce musia byť napísané vo formáte A 4 so zachovaním dvojitého riadkovania, na ľavej strane musíte dodržať okraj 2 cm a na pravej okraj so šírkou 3 cm. Ponuky zvýraznenia by mali byť označené v texte polohrubým písmom (bold). Prvá strana musí obsahovať: názov práce v poľskom a anglickom jazyku celé meno a priezvisko Autora (Autorov) práce.

Pri viac strediskových prácach prosíme o uvedenie Autorov do stredísk, z ktorých pochádzajú celý názov strediska (stredísk), z ktorých pochádzajú práce (v oficiálne určenej verzii); zadať Autora pre korešpondenciu a jeho korešpondenčnú adresu (firemnú, alebo súkromnú) spolu s vedeckým titulom, celým menom a telefónnym číslom, ako aj emailovú adresu. Zároveň Autor súhlasí s uverejnením predložených údajov (ak Autor bude mať také želanie, tak telefónne číslo nebude zverejnené); kľúčové slová v poľskom a anglickom jazyku, v súlade s aktuálnym zoznamom Medical Subject Heading (MeSH) – nie viac, ako 5. Na druhej strane práce musia byť opísané všetky potenciálne konflikty záujmov, ako aj informácie o financovaní práce (grant sponzor), poďakovania, či tiež by sa tu mal objaviť aj názov kongresu, na ktorom bola práca vyhlásená, a súhlas pacienta na uverejnenie, ak sa vyžaduje.

Abstrakt a kľúčové slová

Do článku by ste mali potom priložiť abstrakt, rovnako znejúce v poľskom, ako aj v anglickom jazyku. Abstrakt originálnych prác by mal obsahovať do 200 slov a malo by sa skladať zo štyroch samostatných častí, označených postupne s nasledujúcimi titulmi: Cieľ práce, Materiál a metódy, Výsledky. Záver/Zhrnutie. Všetky skratky použité v abstrakte musia byť vysvetlené. Abstrakty náhľadových kazuistických prác by mali obsahovať do 200 slov a mali by obsahovať cieľ práce a jej hlavné predpoklady. Po abstrakte by ste mali pridať nie viac, ako päť kľúčových slov v poľskom a anglickom jazyku, zhodných s aktuálnym zoznamom Medical Subject Reading (MeSH). Ak vhodné termíny MeSH ešte nie sú k dispozícii pre nedávno zavedené názvy, môžete použiť bežne používané pojmy. Systém práce Systém práce by mal obsahovať samostatné časti: Úvod, Cieľ práce, Materiál a metódy, (v časti technika Informácia o stanovisku Ko-

misie Bioetiky) Výsledka výskumu, Opis/ Diskusia, Záver/ Zhrnutie, Literatúra, Tabuľky, Výtlačky. Materiál a metódy musia podrobne vysvetliť všetky použité výskumné metódy, ktoré budú zahrnuté vo výsledkoch. Mali by ste zadať názvy štatistických metód a programovania použitého na získanie výsledkov.

Tabuľky

Tabuľky je potrebné odoslať v dvoch exemplároch, pričom jedna verzia bude v texte, druhá tabuľka v samostatnom súbore. Názvy tabuliek a ich obsah musia byť v poľskom jazyku. Všetky použité skratky v tabuľkách by mali byť vysvetlené nižšie pod tabuľkou. Tabuľky musia byť opísané vyššie nad tabuľkou a očíslované arabskými číslicami.

Výtlačky

Výtlačky je potrebné odoslať v dvoch exemplároch, pričom jedna verzia bude v texte, druhá tabuľka v samostatnom súbore. Výtlačky by mali byť opísané pod výtlačkom a očíslované arabskými číslicami. Všetky použité skratky pod výtlačkom by mali byť vysvetlené nižšie pod výtlačkom.

Skratky a symboly

Používajte iba štandardné skratky a symboly. Úplné vysvetlenie pojmu, alebo symbolu musí predchádzať prvé použitie skratky v texte, ale tiež musí byť aj v legende ku každému výtlačku a tabuľky, v ktorej bola použitá.

Literatúra

Literatúra by mala byť umiestnená v súlade s postupom citovania prác v texte, tabuľkách, výtlačkoch (v prípade citovaných pozícií iba v tabuľkách a výtlačkoch, platí poradie zhodné s prvým odkazom na tabuľku, alebo výtlačok v texte). Počet citovaných prác v prípade originálnych, náhľadových prác nesmie presiahnuť 20 pozícií, v prípade kazuistických prác 10 pozícií. Literatúra by mala obsahovať len zverejnené pozície. Pri opise bibliografických článkov z časopisov, je nutné zadať: priezvisko autora spolu s iniciálami mena (ak je viac, ako 4 autori, tak uvádzame len prvé tri a poznámky „et al“ v prácach v angličtine a „i wsp.“ v prácach v slovenskom jazyku), názov práce, skrátený názov časopisu (zhodný s aktuálnym zoznamom časopisov indexovaných v Index Medicus, dostupných medzi inými na adrese <ftp://nlpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljweb.pdf>, rok vydania, číslo ročníka ako aj čísla strán, na ktorá začína a končí článok, napr.:

Szulc W, Niewiadomska WE. Etnopielęgniarnstwo. Piel. 2000. 1992 (43): 346.

Opisy vydavateľstiev (knihy) by mal obsahovať: priezvisko(á)Autora(ov), spolu s iniciálom mena, titul, ev. Číslo

ďalšej publikácie, názov vydavateľa, miesto a rok vydania pri kolektívnych prácach priezvisko (á zodpovedného Redaktora(ov) zadajte v podtitule knihy av skratke „(red.)“; pri opise kapitol kníh musí zadať: Autora (ov), názov kapitoly, potom po označení „[w:]“ názov celku, Autora (ov), Redaktora(ov) v celku, označenie vydavateľskej časti, názo vydavateľa, miesto a rok vydania a čísla strán, na ktorých sa začína končí tvorba, napr.

Kulik TB, Wrońska I. Red. Koncepcja zdrowia w medycynie I naukach społecznych. Stalowa Wola: Wyd. Wyd. Nauk Społ. KUL 2000.

Piątkowski W. Zdrowie w socjologii. [w:] Kulik TB, Wrońska I., red. Koncepcja zdrowia medycynie i naukach społecznych. Stalowa Wola: Wyd. Wyd. Nauk Społ. KUL 2000.s.128159.

Je potrebné používať interpunkčné znamienka, prísne súlade s vyššie uvedenými príkladmi bibliografických opisov. Odkazy na internetové publikácie sú prípustné iba v prípade chýbajúcich údajov v literatúre uverejnenej v tlačenej forme. V prípade použitia informácií zo zdrojov v elektronickej forme sa vyžaduje kompletná adresa webovej stránky spolu s dátumom jej použitia.

Autorské práva a povinnosti

A Autori neurčujú inak v okamihu nahlásenia práce, Vydavateľ nadobúda všeobecné autorské práva na záse vyhranosti k vytlačeným (vrátane práva na vydanie tlače, elektronických médiách, CD, ako aj v Internete). Bez súhlasu Vydavateľa je povolené len tlač abstraktov. Autori získajú 1 kópiu časopisu. Z titulu vyššieho využitia diel Autorom nebudú zaplatené honorári. Po prijatí práce na tlač bude autor informovaný elektronicky

Cukrzyca typu 2 - znaczenie leczenia dietetycznego

Type 2 diabetes - the importance of dietary treatment

Magdalena Sobalik

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, Poznań

Poznańska Akademia Medyczna im. Księcia Mieszka I, Poznań

Streszczenie

Wprowadzenie. Cukrzyca to choroba, która zalicza się do grupy chorób cywilizacyjnych. Liczba chorych wzrasta w bardzo szybkim tempie, co spowodowane jest niehigienicznym trybem życia społeczeństwa, brakiem bądź ograniczoną aktywnością fizyczną oraz małą świadomością zagrożeń wynikających z jej przebiegu. Cukrzyca poniekąd stała się epidemią a walka z nią to przede wszystkim promocja zdrowia, edukacja i profilaktyka. Tylko dzięki takim działaniom jesteśmy w stanie ustrzec pacjentów przed powikłaniami a co za tym idzie zmniejszyć śmiertelność. Nie bez przyczyny określa się cukrzycę, jako cichego zabójcę, ponieważ cukrzyca nie boli, to często samokontrola jest lekceważona przez chorych i doprowadza do wyniszczenia organizmu i dekompensacji. **Cel pracy.** Celem pracy była diagnoza znaczenia leczenia dietetycznego w cukrzycy typu 2 oraz próba oceny wiedzy pacjentów na temat choroby i zasad odżywiania oraz odpowiedź na pytanie: czy sposób odżywiania pacjenta ma wpływ na przebieg cukrzycy typu 2, wyrównanie metaboliczne czy poziom BMI.

Materiał i metoda. Badania przeprowadzono w okresie lipiec-wrzesień 2020 roku w grupie 80 osób z rozpoznaną cukrzycą typu 2. Zastosowano metodę ankietową, organizując badania bezpośrednio (ankieta w formie papierowej), wśród pacjentów hospitalizowanych w oddziałach chorób wewnętrznych Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu.

Wyniki. Z podsumowania części przeprowadzonych badań wynika, iż kobiety posiadają większą wiedzę na temat zasad prawidłowego odżywiania. Stwierdzono fakt, że osoby leczone tylko dietą wykazują najniższe wartości BMI. Osoby określające spożycie warzyw na trzy razy dziennie najczęściej zachowują wagę w normie. 61% badanych (49 osób z 80), określa swój stan wiedzy na temat cukrzycy, jako dobry. Aż 58% ma wiedzę o możliwości leczenia cukrzycy dietą i aktywnością fizyczną. Prawidłowy wskaźnik BMI ma tylko 27% kobiet i 6% mężczyzn. Prawie 60% respondentów deklarowało, że nie pije alkoholu a 74% nie spożywa w ogóle produktów typu fast-food. Łącznie 32% kobiet i tylko 15% mężczyzn

kontroluje wartości odżywcze posiłków. 22% mężczyzn deklaruje, że nie je regularnie. 11% mężczyzn podjada między posiłkami a kobiet tylko 6%. Niestety, aż 41% respondentów nie ma informacji na temat właściwej wartości poziomu glukozy na czczo.

Wnioski. Na temat zasad prawidłowego odżywiania znacznie większy poziom wiedzy posiadają kobiety. Wśród osób deklarujących prawidłowe zachowania zdrowego stylu życia wartości BMI są bliższe normom. Sposób odżywiania, wiedza na temat choroby oraz samokontrola mają znaczny wpływ na wyrównanie metaboliczne pacjentów z cukrzycą typu 2.

Słowa kluczowe: cukrzyca, pacjent, odżywianie, styl życia, leczenie

Abstract

Introduction. Diabetes mellitus is a disease that belongs to the group of civilization diseases. The number of patients is still rising because of the unhygienic lifestyle of the society, the lack or limited physical activity and low awareness of the risks associated with its course. Diabetes, in a way, has become an epidemic and the fight against it is primarily health promotion, education and prevention. Thanks such actions we are able to protect patients from complications and thus reduce mortality. It is not without reason that diabetes is described as a silent killer, because diabetes does not hurt, self-control is often ignored by patients and leads to the destruction of the body and decompensation.

The aim of the study. The aim of the study was to diagnose the importance of dietary treatment in type 2 diabetes. The aim of the study was to evaluate patients' knowledge about the disease and the principles of nutrition, and the answer to the question of whether the patient's diet has an impact on the course of type 2 diabetes, metabolic levels and BMI.

Materials and methods: The study was conducted in the period July-September 2020 in a group of 80 people diagnosed with type 2 diabetes.

The survey method was used, organizing direct research (questionnaire in paper form) among patients

hospitalized in the internal medicine departments of the Provincial Hospital in Poznań.

Results: The summary of some of the research carried out shows that women have greater knowledge about the principles of proper nutrition. It was found that people treated only with diet showed the lowest BMI values. People who specify their vegetable intake as three times a day most often maintain normal weight. 61% of the respondents (49 out of 80) describe their level of knowledge about diabetes as good. As many as 58% know about the possibilities of treating diabetes with diet and physical activity. Only 27% of women and 6% of men have a correct BMI. Almost 60% of the respondents declared that they do not drink alcohol and 74% do not eat fast-food products at all. A total of 32% of women and only 15% of men control the nutritional value of their meals. 22% of men declare that they do not eat regularly. 11% of men and only 6% of women snack between meals. Unfortunately, as many as 41% of respondents do not know the correct fasting glucose value.

Conclusions: Women have a much greater level of knowledge about the principles of proper nutrition. Among people declaring proper behavior of a healthy lifestyle, BMI values are closer to the norms. Diet, knowledge about the disease and self-control have a significant impact on the metabolic control of patients with type 2 diabetes.

Key words: diabetes, patient, nutrition, lifestyle, treatment

Wprowadzenie

Leczenie cukrzycy powinno być kompleksowe i nie dotyczy wyłącznie leczenia farmakologicznego czy insulinoterapii, ale powinno obejmować także leczenie dietetyczne. Cukrzyca, obok otyłości i chorób układu krążenia, jest plagą XXI wieku. Z jednej strony powoduje skrócenie czasu życia pacjentów, z drugiej doprowadza do pogorszenia jego jakości. Chorzy na cukrzycę częściej przebywają w szpitalach, częściej są niezdolni do pracy a koszty leczenia wpływają na ogólną sytuację zdrowotną zarówno na świecie, jak i w Polsce. Przewiduje się, że w ciągu najbliższych 20 lat zwiększy się liczba osób chorych na cukrzycę, co spowodowane jest dłuższym czasem życia, zmianą nawyków żywieniowych (spożywanie wysokokalorycznych posiłków) oraz zmianą stylu życia na bardziej siedzący. Dotyczy to w dużej mierze rozwoju cukrzycy typu 2.

Przewiduje się, że w 2025 roku na świecie będzie około 300 mln chorych, odpowiednio 72 mln osób w krajach rozwiniętych i 228 mln w krajach rozwijających się. Ogólny wzrost zachorowalności na cukrzycę na świecie do 2025 roku wyniesie 122-143% w krajach rozwiniętych, a około 170% w krajach rozwijających się [1].

Podstawą terapii cukrzycy typu 2 jest prawidłowe odżywianie. Zalecenia dietetyczne dla diabetyków nie różnią się od ogólnych zasad żywienia, których powinny prze-

strzegać osoby zdrowe. Chorzy na cukrzycę powinni jednak zwrócić szczególną uwagę na skład produktów i rodzaj spożywanych węglowodanów. Cukrzyca jest jednostką chorobową niejednorodną, co powoduje, że niemożliwe jest opracowanie jednolitego sposobu leczenia wszystkich pacjentów. Konieczna jest duża indywidualizacja terapii, dopasowana do aktualnego stanu metabolicznego, zaawansowania późnych powikłań oraz współistnienia innych schorzeń [2].

Cukrzyca typu 2 to 90% wszystkich przypadków cukrzycy wieku dorosłego. Określenie to odnosi się do zaburzeń metabolicznych, które objawiają się hiperglikemią i skojarzonymi przewlekłymi zaburzeniami przemiany węglowodanów, białek i tłuszczu. Ta postać cukrzycy często przez wiele lat jest nierozpoznawalna, gdyż hiperglikemia nie jest na tyle wysoka, by wywołać objawy. Cukrzyca typu 2 występuje najczęściej u osób z otyłością lub z innymi zaburzeniami metabolicznymi [3]. We współczesnej medycynie, a przede wszystkim w chorobach przewlekłych, najważniejsza jest wczesna identyfikacja choroby najlepiej przed rozwojem pełnej postaci klinicznej. Tylko wdrożenie leczenia na wczesnym etapie w pełni może zapobiec skutkom. Znajomość objawów klinicznych cukrzycy i ich właściwa interpretacja pozwalają na ustalenie stanu pacjenta bez dodatkowej diagnostyki. Postępowanie zatem powinno zakładać wczesne poszukiwanie czynników ryzyka u osób nie odczuwających żadnych dolegliwości [2].

Cel pracy

Celem pracy było zbadanie i uzyskanie odpowiedzi na pytanie: czy żywienie ma znaczenie w leczeniu cukrzycy typu 2 na przykładzie pacjentów oddziałów internistycznych Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu.

W celu określenia szczegółowych hipotez badawczych sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Czy wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania ma wpływ na sposób odżywiania i świadomość zasad zdrowego odżywiania?
2. Czy wiedza kobiet i mężczyzn nt. zdrowego odżywiania jest na tym samym poziomie?
3. Jaki jest poziom wiedzy na temat cukrzycy i zasad zdrowego odżywiania?
4. Jaki jest poziom samokontroli pacjentów z cukrzycą typu 2?
5. Jak kształtuje się BMI u pacjentów z cukrzycą typu 2?

Materiał i metodyka

Badaniem objęto 80 osób, byli to pacjenci Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu, którzy przebywali w oddziałach internistycznych w okresie od lipca do września 2020 roku. Ankietowani zostali poinformowani o celu przeprowadzenia badań oraz zapewnieni o pełnej anonimowości udzielanych odpowiedzi. Przekazano wskazówki dotyczące sposobu wypełniania ankiety. Kryterium wyboru respondentów była przede wszystkim zdiagnozowana cukrzyca typu 2. Udział w badaniu był dobrowolny.

Do przeprowadzenia badań, aby uzyskać informacje uwzględniające cel pracy, zastosowano technikę sondażu

diagnostycznego – kwestionariusza ankiety. Stworzony został w taki sposób, aby uwzględnić potrzeby badania oraz zawarto w nim zagadnienia dotyczące tematyki pracy.

Ankieta składała się z 42 pytań głównie zamkniętych, w których respondenci dokonywali jedno lub wielokrotnego wyboru w odpowiedziach. Zadaniem ankietowanych było uwzględnienie w nich najbardziej zbliżonego stanu dotyczącego własnego sposobu życia. Kwestionariusz ankiety zawierał pytania dotyczące sytuacji socjo-demograficznej badanych, jak: płeć, wiek, wzrost, waga, miejsce zamieszkania, wykształcenie. Z danych obliczono dla każdego respondenta wartość BMI, co pozwoliło na zweryfikowanie wielu zależności. Kolejne pytania dotyczyły aktywności fizycznej, znajomości zasad zdrowego żywienia (co stanowiło podstawę badawczą dla tej pracy), poziomu wiedzy na temat cukrzycy oraz samokontroli.

Wyniki przeprowadzonych badań opracowano i przedstawiono w formie wykresów, rycin i tabel. Do prezentacji graficznej wykorzystano arkusz kalkulacyjny Microsoft Excel 2007, analizy statystyczne autorskie. Zmienne zawierają zarówno dane liczbowe, jak i procentowe. W przypadku zmiennych ilościowych wyliczono medianę oraz wartości średnie arytmetyczne.

Badania przeprowadzone zostały wśród 80 pacjentów hospitalizowanych w okresie od lipca do września 2020 roku w Szpitalu Wojewódzkim w Poznaniu, w trzech oddziałach chorób wewnętrznych. Szpital ten pracuje w systemie ostrodyżurowym dla miasta Poznania, jak również okolicznych miejscowości, dlatego wśród respondentów znaleźli się mieszkańcy z samego Poznania, mniejszych okolicznych miast, jak również pobliskich wsi. Badani trafiali na oddziały z powodu różnych problemów internistycznych, jednak badaniu poddani zostali tylko pacjenci z rozpoznaną cukrzycą typu 2. W grupie badawczej brały udział 33 kobiety oraz 47 mężczyzn w wieku od 33 do 83 lat. Średni wiek badanych wyniósł 63,5 roku. Najliczniejszą grupę, bo aż 40% stanowiły osoby w wieku 61-70 lat. W badanej grupie połowę stanowią mieszkańcy miast powyżej 100 tys. mieszkańców, ćwierć to mieszkańcy wsi, a 23% to mieszkańcy miast do 100 tys. mieszkańców. Prawie 60% ankietowanych osób posiada wykształcenie średnie, 25% podstawowe, 15% wyższe. Prawie połowa badanych wskazała, iż leczy cukrzycę dietą i jednym lekiem doustnym przeciwcukrzycowym.

Wyniki badań

Mediana wieku w badanej grupie wynosi 65, a pierwszy i trzeci kwartyl odpowiednio 58 i 70,5 roku. Na tej podstawie posegmentowano grupę badanych według wieku do dalszych analiz.

Średni wskaźnik BMI w badanej grupie wynosi dla kobiet i mężczyzn odpowiednio 28,3 i 30,3, co oznacza, że mężczyźni mają większy problem z utrzymaniem prawidłowej wagi. Wniosek znajduje potwierdzenie w prezentacji roz-

kładu procentowego kobiet i mężczyzn w odpowiednich przedziałach BMI. Widać wyraźnie, że co drugi mężczyzna cierpi na otyłość oraz „tylko” co trzecia kobieta.

Pytanie badawcze 1. „Czy wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania ma wpływ na sposób odżywiania i świadomość zasad zdrowego odżywiania?”

Respondentom postawiono pytanie: „Czy brał/a Pan/Pani udział w programie/ rozmowie edukacyjnej skierowanej do pacjentów z cukrzycą?”

Aż 55% kobiet wzięło udział w programie/rozmowie. Wśród mężczyzn było to tylko 45%. Osoby, które brały udział na pytanie „Czy przestrzega Pan/Pani zaleceń żywieniowych przekazanych podczas programu/rozmowy edukacyjnej na temat odżywiania w cukrzycy typu II?” Widoczna różnica między kobietami a mężczyznami ponownie przemawia na korzyść kobiet: 90% z nich stosuje się do wszystkich zasad lub ich części, podczas gdy u mężczyzn jest to 89%. Wyraźnie widać różnicę w grupie osób, które stosują się do wszystkich zasad: u kobiet 48%, u mężczyzn tylko 43%.

Wiek w sposób wyraźny wpływa na postrzeganie poziomu wiedzy przez chorych. Na pytanie: „Jak ocenia Pan/Pani swój stan wiedzy na temat jednostki chorobowej cukrzyca?”, odpowiadali w następujący sposób:

Wśród najmłodszych respondentów do 50 roku życia aż 18% odpowiedzi określano jako „zły”. Z wiekiem ten odsetek spada, ale sporą jego część zawłaszczyła odpowiedź „nie potrafię określić”. Można wnioskować, że osoby od 51 roku życia zwiększają swoją świadomość w tym zakresie, a w najgorszym wypadku są bardziej świadome, że czegoś nie wiedzą (odpowiedź: „nie potrafię określić”).

Na pytanie: „Jaka jest zalecana ilość posiłków w ciągu dnia u osób chorujących na cukrzycę typu II?” w odniesieniu do miejsca zamieszkania respondentów: Na wsi zdecydowanie częściej wskazywano odpowiedź „nie wiem” oraz 3-4 posiłki dziennie. W miastach odpowiedzi „nie wiem” było zdecydowanie mniej, a przeważały odpowiedzi 4-5 posiłków dziennie.

Pytanie badawcze 2. „Czy wiedza kobiet i mężczyzn nt. zdrowego odżywiania jest na tym samym poziomie?”

Różnice w poziomie wiedzy na temat zasad odżywiania między płciami zaobserwowano w pytaniu: „Ile zwykle trwa przerwa pomiędzy kolejnymi posiłkami?”. Mężczyźni częściej deklarują, że nie jedzą regularnie, mają przerwy powyżej 4 godzin (łącznie 22%). Kobiety za to częściej wskazują na przerwy w granicach 2-3 godzin.

W badaniu pytano również o dojadanie między posiłkami: „Czy dojada Pan/ Pani pomiędzy posiłkami?”

Ogólnie nie podjada podobny odsetek mężczyzn i kobiet – 27-28%. Natomiast mężczyźni prezentują wskaźnik odpowiedzi „tak, często” na poziomie 11%, wobec 6% kobiet.

Pytanie: „Czy znasz wartość odżywczą spożywanych posiłków?”

Kobiety częściej kontrolują wartości odżywcze spożywanych posiłków – czasem lub zawsze wskazało łącznie 32% kobiet i tylko 15% mężczyzn. Kolejnym pytaniem na temat zasad odżywiania było w ankiecie pytanie: „Jakie pieczywo spożywa Pan/ Pani najczęściej?”

Aż 43% mężczyzn wobec 30% kobiet spożywa pieczywo pełnoziarniste. Kobiety wybierają najchętniej pieczywo mieszane – 50% kobiet i 43% mężczyzn. Pieczywo pszenne wybiera odpowiednio 11% mężczyzn i 10% kobiet.

Świadomość zasad odżywiania obrazuje również pytanie: „Jak często spożywa Pan/Pani słodycze (np. ciasta, słodkie bułki, czekolady, ciastka)?”

Kobiety rzadziej spożywają słodycze, tylko 3% kilka razy dziennie i 12% codziennie. Pozostała część kobiet w badanej grupie to razem 75% - spożywają słodycze 2 razy w tygodniu lub rzadziej. U mężczyzn jest to mniej, bo tylko 70%.

Pytanie badawcze 3. „Jaki jest poziom wiedzy na temat cukrzycy i zasad zdrowego odżywiania?”

W pytaniu: „W jaki sposób jest Pan/Pani leczony/a na cukrzycę?”, prawie połowa respondentów wskazała, że leczy się dietą i lekiem jednocześnie. Na uwagę zasługuje fakt, że osoby leczące się wyłącznie dietą mają najniższe średnie BMI. Osoby, które pobierają zastrzyki, mają średnie BMI zdecydowanie najwyższe.

Pytanie: „Jak ocenia Pan/ Pani swój stan wiedzy na temat jednostki chorobowej cukrzyca?”, daje nam wiedzę o samoocenie badanej grupy na temat choroby. Aż 49 osób w badanej próbie 80 respondentów, czyli 61% badanych, określa swój poziom wiedzy, jako dobry, łącznie z osobami oceniającymi swój stan wiedzy na bardzo dobry, daje to łącznie 69% badanych.

Powyższe warto odnieść do kolejnych pytań, bardzo mocno odzwierciedlających faktyczny poziom wiedzy, np.: „Jaka jest zalecana ilość posiłków w ciągu dnia u osób chorujących na cukrzycę typu II?”. Poprawność odpowiedzi wydaje się satysfakcjonująca i lepsza niż samoocena badanych. Wiedzę dotyczącą bezpośrednio jednostki chorobowej, odzwierciedla kolejne z pytań, tj.: „Początkowo można efektywnie leczyć cukrzycę typu 2 za pomocą”. Dominuje odpowiedź, iż można leczyć za pomocą diety i aktywności fizycznej – aż 58%, czyli mniej niż 69% badanych deklarujących dobry lub bardzo dobry poziom wiedzy o cukrzycy.

Zdecydowanie dobrze prezentuje się portfolio odpowiedzi respondentów w pytaniu: „Jak często spożywa Pan/Pani produkty typu „fast-food” (frytki, hamburger, hot-dog, kebab)”? 3/4 odpowiedzi to „wcale”, 1/5 odpowiedzi to „1 raz na miesiąc”. Tylko 6% badanych zjada posiłki typu fast food 1, 2 lub więcej razy w tygodniu.

Niestety aż 41% respondentów nie ma informacji na temat właściwej wartości poziomu cukru na czczo. Tylko 59% wskazuje poprawną wartość z przedziału 70-99 mg/dl.

Pytanie badawcze 4. „Jaki jest poziom samokontroli pacjentów z cukrzycą typu 2”

Niestety, aż 1 na 10. badanych nie zna swojego poziomu cukru. Na pytanie: „Jaki ma Pan/Pani poziom hemoglobiny glikowanej?” - aż 30% (24 respondentów) nie podał odpowiedzi.

W pytaniu: „Proszę podać, jakie ma Pan/Pani średnie wartości poziomu glukozy w ciągu dnia” zapytano respondentów o 3 wartości:

- na czczo
- 2 godz. po posiłku
- przed posiłkiem

Niestety wśród badanych aż 36 osób nie potrafiło podać jednej lub więcej z tych trzech wartości, w tym 11 osób ani jednej.

Pytanie badawcze 5. „Jak kształtuje się BMI u pacjentów z cukrzycą typu 2”

Średni wskaźnik BMI w badanej grupie wynosi dla kobiet i mężczyzn odpowiednio 28,3 i 30,3, co oznacza, że mężczyźni mają większy problem z utrzymaniem prawidłowej wagi. W badanej grupie nie występują osoby z niedowagą. Tylko 27% kobiet i 6% mężczyzn ma prawidłowy wskaźnik BMI. Mediana wskaźnika BMI w badanej grupie wynosi BMI = 29,17, pierwszy kwartyl to BMI = 26,5, co oznacza, że 3/4 badanych ma BMI powyżej 26,5, którego wartość jest już zdecydowanie powyżej wskaźnika prawidłowego.

Widać wyraźnie, że w grupie badanych z miast do 100 mieszkańców występuje nadreprezentacja osób otyłych, a biorąc pod uwagę osoby z nadwagą i otyłością jest to aż 94%.

Z drugiej strony mamy mieszkańców miast powyżej 100 tys. mieszkańców. Można założyć z przekonaniem graniczącym z pewnością, że w badanej grupie są to wyłącznie mieszkańcy Poznania. W tej grupie mamy zdecydowanie więcej osób z prawidłowym BMI niż w grupie respondentów z miast do 100 tys. Mieszkańców choć nadal jest to zaledwie 18% badanych

Dyskusja

Cukrzyca typu 2 jest chorobą przewlekłą, która bardzo często rozwija się podstępnie przez długie lata. W momencie rozpoznania towarzyszą jej różne powikłania, w tym powikłania mikro-, i makronaczyniowe. Niezwykle ważnym elementem leczenia pacjenta ze schorzeniem przewlekłym takim jak cukrzyca, jest edukacja oraz zdrowe żywienie. Stanowi ona integralną część terapii. W momencie rozpoznania cukrzycy pacjent powinien nauczyć się z nią żyć oraz przyswoić sobie informacje na temat samokontroli, żywienia, aktywności fizycznej

i zachowania w różnych sytuacjach życiowych. Pacjent powinien współuczestniczyć w procesie leczenia i umieć reagować w zagrażających sytuacjach. Tylko wtedy możliwe jest osiągnięcie zadowalających wyników leczenia. Diagnoza przewlekłej choroby u wielu pacjentów budzi poczucie zagrożenia, utrudnia skuteczną terapię [3].

Pierwszym podstawowym krokiem w terapii cukrzycy typu 2 jest poprawa stylu życia pacjenta. Jej nieodzownym elementem musi być stosowanie odpowiednio dobranej diety. Zaleca się, aby uzyskać BMI poniżej 25, zwiększyć spożycie warzyw i owoców do więcej niż 400 g na dzień i zmniejszyć spożycie soli do mniej niż 6 g dziennie. Podłożem cukrzycy typu 2 jest dysfunkcja komórek beta oraz insulinooporność. Najważniejszym warunkiem leczenia dietetycznego w cukrzycy typu 2 jest zmniejszenie masy ciała. Udowodniono, że spadek masy ciała o 10% znacznie poprawia tolerancję glukozy. Pacjenci wymagający zmniejszenia masy ciała powinni zredukować spożycie energii o około 30% w porównaniu z osobami zdrowymi [4].

W przeprowadzonych badaniach wykazano, iż tylko 15% respondentów miało prawidłowe BMI. Osoby z nadwagą to 41% a otyłych aż 44%. W związku z tym zgodne jest stwierdzenie mówiące o tym, że spadek masy ciała poprawia tolerancję glukozy a więc wpływa na wyrównanie metaboliczne pacjentów. Wynik ukazujący związek między ilością spożywanych warzyw a poziomem BMI również pokazuje nam, iż jak zauważono w literaturze ma to znaczenie, jako ważny element leczenia dietetycznego. Z niniejszych badań wynika, że mężczyźni nie spożywają regularnie posiłków (22%), kobiety (54%) zachowują zbliżone do oczekiwanych przerwy między posiłkami. Natomiast E. Mędreła-Kuder w swoich badaniach z 2011 roku mówi, że zdecydowana większość chorych (71%) konsumowała zalecaną ilość posiłków na dobę, a regularnie ich spożywanie deklarowała 48% ankietowanych [5].

Biorąc pod uwagę wnioski z przeprowadzonych badań, iż czynnikami różnicującymi świadomość zdrowego odżywiania są wiek, płeć, wykształcenie i miejsce zamieszkania, znajdujemy również potwierdzenie tego w rozważaniach K. Witkowskiej i E. Kupcewicz jeden z ich wniosków to między innymi, że wykształcenie badanych miało wpływ na poziom jakości życia w domenie socjalnej. Osoby posiadające wykształcenie zasadnicze zawodowe oceniły jakość ich życia najniżej spośród badanych [6].

Przeprowadzone badania miały na celu stwierdzenie czy żywienie ma znaczenie w leczeniu cukrzycy czy nie jest istotne. Analizując wyniki badań dochodzimy do wniosku, iż leczenie dietetyczne jest bardzo istotne w cukrzycy. Pacjenci odżywiający się zgodnie z zasadami zdrowego żywienia i stosując się do zaleceń i piramidy żywienia prezentują znacznie lepsze wyniki wyrównania metabolicznego. Podstawą wyrównania cukrzycy jest niwelowanie nadwagi i dążenie do normalizowania wagi ciała, co pozwala na utrzymanie organizmu w lepszym

stanie a co za tym idzie zmniejszenie ryzyka powikłań. Zgodnie z tym A.B. Niebisz, M. Jasik i W. Karnafel wysnuwają wniosek: „Dieta oraz zmiana stylu życia jako element terapii skutecznie poprawiają wyrównanie metaboliczne cukrzycy, kontrolę ciśnienia tętniczego oraz parametry lipidowe, przyczyniając się do rezygnacji z insulinoterapii, spadku masy ciała oraz uniknięcia ostrych i przewlekłych powikłań zespołu metabolicznego”. Leczenie cukrzycy (zespołu metabolicznego) to przede wszystkim odpowiednia dieta, umiarkowana aktywność fizyczna oraz dążenie do redukcji masy ciała. Dzięki temu można ograniczyć ilość stosowanych leków, zmniejszyć ryzyko powikłań cukrzycy oraz zredukować incydenty sercowo-naczyniowe, które są związane z występowaniem zespołu metabolicznego [7].

Wśród badanych zauważa się, iż wraz z wiekiem wyraźnie spada umiejętność oraz zdolność organizmu do utrzymania prawidłowego BMI. Świadczy to o mniejszym poziomie wiedzy na temat zdrowego odżywiania wśród osób starszych. Podobne wnioski wyciągnęła M.A. Humańska, M. Felsmann i A. Wieczorek, mówią one, że na charakter i sposób odżywiania osób starszych ma wpływ wiele czynników- a przede wszystkim nabyte nawyki żywieniowe.

Cukrzyca występowała częściej u osób z nadwagą lub otyłością. Wykazano zależność występowania nadwagi i otyłości od podjadania między posiłkami i spożywania słodczy. Wykazano istotny statystycznie związek między podwyższonym BMI, a zachorowalnością na cukrzycę [8].

Prawidłowy sposób żywienia jest jednym z elementów mających wpływ na zachowanie pełnej sprawności i zdrowia organizmu. Stosowanie zaleceń dietetycznych stanowi ważną część zapobiegania i leczenia wielu chorób, przede wszystkim chorób cywilizacyjnych jaką jest cukrzyca. Bardzo ważna jest edukacja pacjenta, mająca doprowadzić do zaakceptowania i utrwalenia zmiany modelu żywienia i wzrostu aktywności fizycznej. Właśnie z powodu braku wiedzy w kwestii prawidłowych nawyków żywieniowych upatruje się przyczynę częstych niepowodzeń leczenia farmakologicznego czy chirurgicznego osób otyłych z cukrzycą [9]. Leczenie dietetyczne tak naprawdę ma istotny wpływ nie tylko w kwestii wyrównania pacjenta z cukrzycą typu 2, ale również w kwestii prewencji zachorowalności jak również powstawania ewentualnych powikłań.

M. Gacek dochodzi do wniosku, iż płeć różnicuje rozkład niektórych zachowań żywieniowych w grupie diabetyków. Kobiety spożywają posiłki regularnie, rzadziej sięgają po słodczy i napoje alkoholowe, a częściej po produkty wysokobłonnikowe, a także spożywają mniej mięsa wieprzowego niż mężczyźni [10]. Całkowicie potwierdza się to również w przeprowadzonych badaniach tejże pracy. Kobiety prezentują grupę, która zdecydowanie lepiej wypada w kwestii stosowania zasad zdrowego żywienia.

W zaleceniach żywieniowych dla osób dorosłych w Polsce, według Komitetu Żywności Człowieka Polskiej Akademii Nauk, Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie oraz Polskiego Towarzystwa Nauk Żywieniowych, główny nacisk kładzie się na spożywanie regularnie przynajmniej 3 posiłków dziennie i rozpoczynanie każdego dnia od śniadania. Dieta powinna być urozmaicona, a produkty zbożowe oraz warzywa i owoce należy spożywać codziennie. Zaleca się spożywanie produktów mlecznych dwa, a najlepiej 3 razy dziennie. Produkty mięsne należy spożywać 2 - 3 razy w tygodniu, a ryby i rośliny strączkowe w pozostałe dni. Należy ograniczyć sól i tłuszcze, zwłaszcza pochodzenia zwierzęcego, oraz zachować umiar w jedzeniu słodczy, które najlepiej zastępować warzywami [11].

Przeprowadzone badanie pozwoliło zaobserwować jak ważnym elementem w leczeniu cukrzycy jest leczenie dietetyczne. Pacjenci z rozpoznaną cukrzycą typu 2 w większości są otyli bądź mają nadwagę, dlatego elementem istotnym doprowadzającym do polepszenia stanu ogólnego jest przede wszystkim redukcja masy ciała. Podstawowym działaniem ukierunkowanym na poprawę stanu ogólnego pacjenta jest edukacja. Dzięki niej chory może poznać sposoby zdrowego żywienia, zmiany stylu życia oraz uzyskać wsparcie psychologiczne. Są to elementy niezbędne do osiągnięcia odpowiedniego poziomu samokontroli a co za tym idzie poprawy stanu zdrowia. Edukacja diabetologiczna to element, który w procesie leczenia powinien mieć stałe miejsce. Prowadzona regularnie i stale prowadzi do lepszych efektów odzwierciedlających się w stylu życia pacjenta a co za tym idzie przyczynia się do wyrównania metabolicznego pacjenta.

Wnioski

1. Osoby deklarujące spożycie warzyw 3 razy dziennie zdecydowanie zachowują wagę (BMI) w normie.
2. Mężczyźni mają większy problem z utrzymaniem prawidłowej masy ciała. Co drugi mężczyzna cierpi na otyłość natomiast w przypadku kobiet jest to, co trzecia osoba.
3. Większa liczba kobiet brała udział w edukacji diabetologicznej niż mężczyzn (55% vs 45%).
4. Do wszystkich zaleceń żywieniowych stosuje się średnio co druga kobieta (48%) i jeszcze mniej mężczyzn (43%). To kobiety posiadają większą wiedzę na temat prawidłowego odżywiania.
5. Czynniki różnicującymi sposób odżywiania i świadomość zdrowego odżywiania są wiek, płeć, wykształcenie i miejsce zamieszkania.
6. Najczęściej stosowana aktywność fizyczna wśród respondentów to spacer.
7. Kobiety częściej niż mężczyźni (32% vs 15%) kontrolują wartości odżywcze spożywanych posiłków.
8. Osoby leczące się wyłącznie dietą mają najniższe średnie BMI (26,9), natomiast osoby przyjmujące insulinę mają średnie BMI zdecydowanie najwyższe (31).
9. Ponad 2/3 respondentów (69%) ocenia stan swojej wiedzy na temat cukrzycy jako dobry, bądź bardzo

dobry, jednak tylko 59% badanych zna prawidłowy poziom glukozy na czczo, a aż 30% badanych nie zna swojego poziomu hemoglobiny glikowanej.

10. Tylko 15% badanych ma prawidłowe BMI, natomiast 85% badanych w całej grupie ma BMI wskazujące na nadwagę lub otyłość.
11. Leczenie dietetyczne ma bardzo duże znaczenie w utrzymaniu wyrównania metabolicznego wśród chorych na cukrzycę typu 2.

Bibliografia

1. Skyler Jay S.(red), Bode B.W., Davidson P.C., Steed R.D., Robertson D.G.: Cukrzyca typu 2 Vademecum. Wydanie II. Gdańsk, Via Medica 2005.
2. Strojek K.(red), Wróbel M., Szymborska-Kajanek A., Rokicka D: Diabetologia. Praktyczny Poradnik. Wydanie III. Poznań: TerMedia 2014;7.
3. Korzon-Burakowska A., Adamska K., Skuratowicz-Kubica A., Jaworska M., Świerblewska E., Kunicka K. Wpływ edukacji na parametry wyrównania cukrzycy i jakość życia chorych na cukrzycę typu 2 leczonych insuliną. Via Medica. Diabetologia Praktyczna 2010; 11(2).
4. Skrypnik D., Skrypnik K., Suliburska J., Bogdański P., Pupek-Musialik D. Dietoterapia wybranych chorób metabolicznych. Via Medica. Forum Zaburzeń Metabolicznych 2013; 4(2): 80–89.
5. Mędręła-Kuder E. Prawidłowa dieta w cukrzycy typu 2 jako forma rehabilitacji chorych. ROCZN. PZH 2011; 62(2): 219-223.
6. Witkowska K., Kupcewicz E. Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na jakość życia chorych z cukrzycą typu 2. 2014. Przedsiębiorczość i Zarządzanie 2014; XV(12): 189–202.
7. Niebisz A.B., Jasik M., Karnafel W. Rola diety i zmiany stylu życia w leczeniu cukrzycy typu 2 u osoby z zespołem metabolicznym. Via Medica. Diabetologia Praktyczna 2006; 7(2):138-141
8. Humańska M.A., Felsmann M., Wieczorek A. Nawyki żywieniowe a występowanie chorób wieku starczego – doniesienia wstępne. Gerontologia Polska 2017; 25: 95-98.
9. Anna Baranik A., Ostrowska L. Praktyczne zalecenia dotyczące żywienia chorych z cukrzycą typu 2 i otyłością. Via Medica. Forum Zaburzeń Metabolicznych 2011; 2(4), 222–223.
10. Gacek M. Wybrane parametry somatyczne, stan zdrowia i zachowania żywieniowe w grupie chorych na cukrzycę typu 2. Via Medica. Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2011; 7(3).
11. Włodarek D. Dietetyka. Wydawnictwo Format AB, Warszawa 2005.

Data przyjęcia: 01.06.2024

Data recenzji: 22.06.2024

Data wydania: 27.09.2024

Jakość życia chorych z zespołem jelita krótkiego żywionych pozajelitowo

Quality of life in patients with short bowel syndrome receiving parenteral nutrition

Natalia Konik^{1,2}, Marta Berghausen-Mazur^{1,2}, Sylwia Krzemińska¹

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

2. Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku

Marta Berghausen-Mazur ORCID 000-0002-0119-7699

Sylwia Krzemińska ORCID 0000-0001-7695-0967

Streszczenie

Wstęp: Żywienie pozajelitowe znane nam obecnie jest odkryciem współczesnej medycyny. Możliwość wykorzystania innej drogi żywienia niż przewód pokarmowy pozwala na stosunkowo normalne funkcjonowanie szerokiej grupy pacjentów. Dzięki wprowadzeniu procedury domowego żywienia pozajelitowego zwłaszcza wśród chorych z zespołem jelita krótkiego o różnej etiologii mamy możliwość utrzymania prawidłowego stanu odżywienia, zapobieganiu wielu powikłaniom czy uzupełnianiu niedoborów pokarmowych, ale przede wszystkim wydłużeniu życia tych chorych. Leczenie żywieniowe staje się nieodłącznym elementem kompleksowej opieki nad pacjentem. Żywienie pozajelitowe na początku stosowania terapii stanowi dla pacjentów i ich opiekunów pewnego rodzaju wyzwanie. To nie leczenie żywieniowe, a choroba podstawowa oraz jej postęp wpływają na jakość życia chorego. Bardzo ważna jest pomoc w rozwiązywaniu problemów oraz wsparcie psychologiczne, które w dużej mierze może pomóc choremu w pogodzeniu się z chorobą i wspomóc normalne funkcjonowanie w codziennym życiu.

Celem pracy jest ocena jakości życia pacjentów z zespołem jelita krótkiego pozostających na żywieniu pozajelitowym.

Materiał i metody: Badania zostały przeprowadzone w grupie 95 pacjentów Ośrodka Żywienia Klinicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego przy ulicy Koszarowej we Wrocławiu w okresie od grudnia 2023 do marca 2024 roku. Narzędziem standaryzowanym do oceny jakości życia zastosowanym w pracy był Kwestionariusz SF-36.

Wnioski: W przeprowadzonej analizie nie wykazano istotnych statystycznie różnic w jakości życia kobiet i mężczyzn. Choroba podstawowa wśród pacjentów żywionych pozajelitowo istotnie statystycznie wpływa na funkcjonowanie fizyczne, powoduje ograniczenia spowodowane zdrowiem fizycznym oraz ma wpływ na

witalność tej grupy chorych. Nie wykazano wpływu choroby podstawowej na jakość życia w takich aspektach jak wpływ emocji na życie codzienne, ogólne zdrowie psychiczne, funkcjonowanie społeczne, odczuwanie bólu oraz ogólne poczucie zdrowia. Nie wykazano istotnie statystycznego związku pomiędzy rodzajem jednostki chorobowej a zdolnością do prowadzenia procedury domowego żywienia pozajelitowego oraz uczestniczenia w życiu społecznym. Zauważalne jest jednak to, że wśród przebadanych chorych znacząca większość nie jest zdolna do samoopieki i żywienie pozajelitowe prowadzone jest przez opiekuna, oraz że ponad połowa pacjentów nie uczestniczy wcale w życiu społecznym.

Słowa kluczowe: jakość życia, żywienie pozajelitowe, zespół jelita krótkiego

Summary

Parenteral nutrition as we know it today is a discovery of modern medicine. The ability to use a different route of nutrition other than the gastrointestinal tract allows for relatively normal functioning of a wide group of patients. The introduction of home parenteral nutrition, especially among patients with short bowel syndrome of various etiologies, enables the maintenance of proper nutritional status, prevention of many complications, correction of nutritional deficiencies, and, most importantly, prolongation of life for these patients. Nutritional therapy becomes an integral part of comprehensive patient care. At the beginning of the therapy, parenteral nutrition presents a challenge for patients and their caregivers. It is not the nutritional therapy but the underlying disease and its progression that affect the patient's quality of life. Assistance in problem-solving and psychological support is crucial as it can greatly help patients come to terms with their illness and support normal functioning in daily life.

The aim of this study is to assess the quality of life of patients with short bowel syndrome on parenteral nutrition. The study was conducted in a group of 95 patients from the Clinical Nutrition Center of the Provincial Specialist Hospital on Koszarowa Street in Wrocław, during the period from December 2023 to March 2024. The standardized tool used to assess the quality of life in this study was the SF-36 Questionnaire.

Conclusions: The analysis did not show statistically significant differences in the quality of life between men and women. The underlying disease among patients on parenteral nutrition significantly affects physical functioning, causes limitations due to physical health, and impacts the vitality of this group of patients. No significant impact of the underlying disease on aspects such as the influence of emotions on daily life, general mental health, social functioning, pain perception, and overall health perception was found. There was no statistically significant relationship between the type of disease and the ability to perform home parenteral nutrition procedures and participation in social life. However, it is noticeable that the vast majority of the patients surveyed are not able to self-care and that parenteral nutrition is provided by a caregiver, and more than half of the patients do not participate in social life at all.

Keywords: quality of life, parenteral nutrition, short bowel syndrome

Wprowadzenie

Żywnienie pozajelitowe znane nam obecnie jest odkryciem współczesnej medycyny. Możliwość wykorzystania innej drogi żywienia niż przewód pokarmowy pozwala na stosunkowo normalne funkcjonowanie szerokiej grupy pacjentów. Dzięki wprowadzeniu procedury domowego żywienia pozajelitowego zwłaszcza wśród chorych z zespołem jelita krótkiego o różnej etiologii mamy możliwość utrzymania prawidłowego stanu odżywienia, zapobieganiu wielu powikłaniom czy uzupełnianiu niedoborów pokarmowych, ale przede wszystkim wydłużeniu życia tych chorych. Leczenie żywieniowe staje się nieodłącznym elementem kompleksowej opieki nad pacjentem [1].

Choroba, niezależnie od tego czy jest świeżo rozpoznana czy trwa już od pewnego czasu, zawsze ma wpływ na zmianę systemu wartości. Wpływa zarówno na sferę fizyczną jak i psychiczną chorego. Pacjent bardzo często staje przed koniecznością przeorganizowania swojego dotychczasowego życia. Ponadto rodzina chorego staje w obliczu całkowicie nowej sytuacji. Bardzo często dochodzi do zamiany ról społecznych, do wypracowania odpowiedniego modelu wsparcia i pomocy choremu. Pacjenci z zespołem jelita krótkiego objęci opieką ośrodka prowadzącego domowe żywienie pozajelitowe mają dodatkowo inne współistniejące choroby, które powodują u nich konieczność skorzystania z pomocy osób trzecich, ponieważ nie są zdolni do samoopieki [2].

Jakość życia zaczyna coraz częściej stanowić temat badań również w medycynie. Zmiana podejścia do samego

chorego z typowo biologicznego skupionego na ocenie stanu pacjenta na podejście holistyczne, uwzględniające również wpływ choroby i leczenia na funkcjonowanie w różnych obszarach (fizycznym, psychicznym, społecznym). Do wskaźników jakości życia zalicza się ówczynie takie aspekty życia jak zdolność do przystosowania się do nowej sytuacji życiowej, dobrostanu psychologicznego oraz funkcjonowania w obrębie określonych grup społecznych. Zgodnie z definicją WHO jakość życia to indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi. Nauki medyczne nieznacznie rozszerzyły powyższą definicję, która dodatkowo uwzględnia pojęcie zdrowia jako stan pełnego dobrobytu fizycznego, psychicznego oraz społecznego [3,4].

Żywnienie pozajelitowe na początku stosowania terapii stanowi dla pacjentów i ich opiekunów pewnego rodzaju wyzwanie. To nie leczenie żywieniowe, a choroba podstawowa oraz jej postęp wpływają na jakość życia chorego. Bardzo ważna jest pomoc w rozwiązywaniu problemów oraz wsparcie psychologiczne, które w dużej mierze może pomóc choremu w pogodzeniu się z chorobą i wspomóc normalne funkcjonowanie w codziennym życiu.

W postępowaniu klinicznym z pacjentem leczonym pozajelitowym w domu powinno uwzględnić się rutynowe badanie jakości życia i zależnie od uzyskanej oceny należy proponować szczegółowe poradnictwo psychologiczne oraz pomoc w radzeniu sobie z bólem fizycznym [3].

Cel

Celem głównym pracy jest ocena jakości życia pacjentów z zespołem jelita krótkiego pozostających na żywieniu pozajelitowym.

Pytania badawcze na jakie postanowiono odpowiedzieć w pracy to:

- Czy płeć wpływa na jakość życia chorych w badanej grupie?
- Czy choroba podstawowa znacznie obniża jakość życia pacjenta?
- Czy choroba podstawowa wpływa na zdolność do samoopieki u chorego.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone wśród pacjentów Ośrodka Żywienia Klinicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego przy ulicy Koszarowej we Wrocławiu w okresie od grudnia 2023 do marca 2024 roku.

Kryterium włączenia do badań był wiek chorego powyżej 18 roku życia, stan pacjenta umożliwiający samodzielne odpowiedzi na pytania oraz świadoma zgoda na udział w badaniu. Do badania włączeni zostali tylko ci chorzy, u których rozpoznano zespół jelita krótkiego. Chorzy wypełniali autorski kwestionariusz ankiety oraz

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Zmienna		n	%
Płeć	Kobieta	62	65,26
	Mężczyzna	33	34,74
Wiek	Poniżej 30 lat	4	4,21
	30 - 39 lat	7	7,37
	40 - 49 lat	9	9,47
	50 - 59 lat	10	10,53
	Powyżej 60 lat	65	68,42
Wykształcenie	Podstawowe	12	12,63
	Zawodowe	29	30,53
	Średnie	32	33,68
	Wyższe	22	23,16
Miejsce zamieszkania	Wieś	20	21,05
	Miasto	34	35,79
	Miasto powiatowe	11	11,58
	Miasto wojewódzkie	30	31,58
Stan cywilny	Wolna/wolny	11	11,58
	Mężatka/zonaty	55	57,89
	Związek nieformalny	8	8,42
	Wdowa/wdowiec	21	22,11
Źródło utrzymania	Praca	17	17,89
	Renta/emerytura	76	80,00
	Zasiłek	2	2,11
Sytuacja finansowa	Zła	8	8,42
	Dostateczna	41	43,16
	Dobra	41	43,16
	Bardzo dobra	5	5,26
Powód wprowadzenia żywienia pozajelitowego	Choroba nowotworowa	40	42,11
	Choroby zapalne jelit	34	35,79
	Inne (zator tętnicy krępkowej, martwica jelit, endometrioza, resekcje po urazach komunikacyjnych)	21	22,11

kwestionariusz SF - 36 samodzielnie lub przy pomocy opiekuna, a wszystkie odpowiedzi pozostawały w pełni anonimowe. Do analizy włączono 95 prawidłowo wypełnionych ankiet. Charakterystyka badanej grupy została przedstawiona w tabeli 1.

W badanej grupie większość stanowią kobiety 65,26%. Najliczniejszą grupę wiekową wśród badanych stanowią respondenci w wieku powyżej 60 lat (68,42%), 10,53% grupy jest w przedziale wiekowym 50-59, 9,47% grupy ma między 40 a 49 lat, 7,37% jest w grupie wiekowej 30-39 lat, a tylko 4,21% badanych ma poniżej 30 lat. Najwięcej osób z grupy badanej charakteryzuje wykształcenie średnie 33,68% i zawodowe 30,53%.

Jedynie 21,05% badanych mieszka na wsi, pozostali w miastach o różnej liczbie mieszkańców, większość osób, ponad 67% pozostaje w związku formalnym lub nieformalnym.

Zdecydowana większość osób, czyli 80%, utrzymuje się z renty lub emerytury, a większość osób ocenia swoją sytuację finansową, jako dostateczną lub dobrą (po 43,16% wszystkich respondentów). 8,42% oceniło swoją sytuację finansową, jako złą, a tylko 5,26%, jako bardzo dobrą.

Najczęściej wymienianą przyczyną wprowadzenia żywienia pozajelitowego jest choroba nowotworowa, którą wskazało 42,11% badanych. Kolejna grupa, ponad 35% podała choroby zapalne jelit, a 22,11% wskazało inne przyczyny (zator tętnicy krępkowej, martwica jelit, endometrioza, resekcje po urazach komunikacyjnych).

W celu oceny jakości życia pacjenta z zespołem jelita krótkiego żywionym pozajelitowo zastosowano autorski kwestionariusz ankiety oraz kwestionariusz SF - 36 autorstwa profesora Jana Tyłki oraz Ryszarda Piotrowicza [4].

Autorski kwestionariusz ankiety składał się z pytań dotyczących danych socjo-demograficznych, w dalszej zaś pytań dotyczących żywienia pozajelitowego.

Kwestionariusz SF - 36 (Short Form Health Survey) jest narzędziem do samooceny chorego jego stanu zdrowia. Wszystkie pytania znajdujące się w kwestionariuszu mają za zadanie ocenić jakość życia chorego na poziomie funkcjonowania fizycznego, ograniczeń w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego, występowania dolegliwości bólowych, ogólnego poczucia zdrowia, witalności, funkcjonowania społecznego, ale również ograniczeń w pełnieniu ról wynikających z problemów emocjonalnych i poczucia zdrowia psychicznego [4].

W celu prezentacji wyników otrzymanych w skali nominalnej i porządkowej wykorzystano metody statystyki opisowej tj.: liczebność (n) i odsetek (%). W analizie statystycznej wykorzystano test niezależności χ^2 celem oceny zależności pomiędzy badanymi zmiennymi w skali nominalnej i porządkowej.

W celu prezentacji wyników otrzymanych w skali ilościowej wykorzystano metody statystyki opisowej tj.: średnia arytmetyczna (M), mediana (Me), odchylenie standardowe (SD), rozstęp kwartyłowy (IQR), minimum

(Min), maksimum (Max). W celu oceny zgodności rozkładu badanych zmiennych z rozkładem normalnym zastosowano test Shapiro-Wilka. Przy braku rozkładu normalnego zmiennych stosowano testy nieparametryczne. Zastosowano test Manna-Whitneya celem oceny różnicy pomiędzy dwoma grupami.

Do oceny istotnych statystycznie różnic między wieloma grupami zastosowano test ANOVA rang Kruskala-Wallisa i testu Dunn (test wielokrotnych porównań średnich rang dla wszystkich grup), jako testu post-hoc, celem oceny pomiędzy, którymi grupami zaszły istotne statystycznie różnice. Przyjęto 5% błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności (α) wynoszący 0,05 ($\alpha=0,05$). Na podstawie wyników analizy przyjęto reguły prawdopodobieństwa testowego: $p \leq 0,05$ – istotność statystyczna, $p \leq 0,01$ – silna istotność statystyczna, $p \leq 0,001$ – bardzo silna istotność statystyczna.

Analizę statystyczną wykonano przy użyciu programu Statistica v.13.0 (StatSoft).

Do zbierania danych oraz wspomagania analiz statystycznych zastosowano program MS Excel 2010 (Microsoft).

Wyniki

W celu odpowiedzi na pierwsze pytanie badawcze przeprowadzono analizę oceniającą poziom jakości życia

kwestionariuszem SF36 w zależności płci respondentów w poszczególnych domenach. W tabeli 2 przedstawione są wyniki tych analiz.

W grupie mężczyzn w domenie funkcjonowania fizycznego średnia wyniosła $2,67 \pm 1,53$, natomiast w grupie kobiet $2,76 \pm 1,36$. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w poziomie funkcjonowania fizycznego pomiędzy kobietami i mężczyznami ($p > 0,05$).

W grupie mężczyzn w domenie średnia ograniczeń spowodowanych zdrowiem fizycznym wyniosła $3,45 \pm 0,98$, natomiast w grupie kobiet wyniosła średnia $2,76 \pm 2,11$. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w poziomie ograniczeń spowodowanych zdrowiem fizycznym pomiędzy kobietami i mężczyznami ($p > 0,05$).

W grupie mężczyzn średnia wpływu emocji na życie codzienne wyniosła $2,98 \pm 2,35$, natomiast w grupie kobiet średnia $2,15 \pm 2,08$. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w poziomie wpływu emocji na życie codzienne pomiędzy kobietami i mężczyznami ($p > 0,05$).

W grupie mężczyzn średnia witalności wyniosła średnia $2,52 \pm 1,06$, w grupie kobiet $2,52 \pm 0,99$. Nie wykazano

Tabela 2. Jakość życia badanych w zależności od płci

Domena SF36	Płeć	n	M	Me	Min	Max	IQ R	SD	Test Manna-Whitneya	
									Z	p
Funkcjonowanie fizyczne	Mężczyzna	33	2,67	2,80	0,00	5,00	2,20	1,53	-0,36	> 0,05
	Kobieta	62	2,76	2,85	0,30	5,00	2,30	1,36		
Ograniczenia spowodowane zdrowiem fizycznym	Mężczyzna	33	3,45	5,00	0,00	5,00	2,50	1,98	1,45	> 0,05
	Kobieta	62	2,76	3,13	0,00	5,00	5,00	2,11		
Wpływ emocji na życie codzienne	Mężczyzna	33	2,98	5,00	0,00	5,00	5,00	2,35	1,71	> 0,05
	Kobieta	62	2,15	1,67	0,00	5,00	3,33	2,08		
Witalność	Mężczyzna	33	2,52	2,50	0,00	4,75	1,25	1,07	0,27	> 0,05
	Kobieta	62	2,52	2,50	0,25	4,75	1,25	0,99		
Ogólne zdrowie psychiczne	Mężczyzna	33	1,75	1,60	0,00	3,80	1,60	1,02	-0,22	> 0,05
	Kobieta	62	1,81	1,60	0,40	4,20	1,40	0,94		
Funkcjonowanie społeczne	Mężczyzna	33	1,52	1,50	0,00	3,50	1,00	0,95	0,11	> 0,05
	Kobieta	62	1,52	1,50	0,00	4,00	2,00	1,07		
Odczuwanie bólu	Mężczyzna	33	2,02	2,00	0,00	4,00	1,00	1,23	0,39	> 0,05
	Kobieta	62	1,90	2,00	0,00	4,00	1,50	1,29		
Ogólne poczucie zdrowia	Mężczyzna	33	2,61	2,80	0,20	3,60	1,00	0,76	0,53	> 0,05
	Kobieta	62	2,53	2,60	0,60	4,00	1,20	0,83		

Średnia arytmetyczna (M), mediana (Me), odchylenie standardowe (SD), rozstęp kwartyłowy (IQR), minimum (Min), maksimum (Max), licznosc (n), poziom istotności statystycznej (p),

Tabela.3. Jakość życia w zależności od choroby podstawowej.

Domena SF36	Jednostka chorobowa	n	M	Me	Mi n	Ma x	IQ R	SD	Test Kruskala-Wal-lisa	
									H	p
Funkcjonowanie fizyczne	Choroba nowotworowa	40	2,95	3,25	0,30	5,00	2,10	1,41	7,13	≤ 0,05
	Choroby zapalne jelit	34	2,21	2,05	0,00	4,80	2,30	1,33		
	Inne	21	3,14	3,40	1,20	5,00	2,60	1,36		
Ograniczenia spowodowane zdrowiem fizycznym	Choroba nowotworowa	40	3,16	3,75	0,00	5,00	4,38	2,12	7,85	≤ 0,05
	Choroby zapalne jelit	34	2,24	1,88	0,00	5,00	5,00	2,19		
	Inne	21	3,93	5,00	1,25	5,00	2,50	1,33		
Wpływ emocji na życie codzienne	Choroba nowotworowa	40	2,29	2,50	0,00	5,00	5,00	2,12	5,28	> 0,05
	Choroby zapalne jelit	34	2,01	0,83	0,0	5,00	5,00	2,24		
	Inne	21	3,41	5,00	0,00	5,00	1,67	2,07		
Witalność	Choroba nowotworowa	40	2,44	2,50	0,00	4,00	1,50	1,00	6,72	≤ 0,05
	Choroby zapalne jelit	34	2,30	2,25	0,50	4,75	1,50	1,02		
	Inne	21	3,02	2,75	2,00	4,75	1,00	0,87		
Ogólne zdrowie psychiczne	Choroba nowotworowa	40	1,69	1,60	0,00	3,80	1,40	0,99	1,91	> 0,05
	Choroby zapalne jelit	34	1,74	1,50	0,40	4,00	1,40	0,90		
	Inne	21	2,07	2,00	0,80	4,20	1,40	0,98		
Funkcjonowanie społeczne	Choroba nowotworowa	40	1,54	1,50	0,00	3,50	1,75	1,08	3,54	> 0,05
	Choroby zapalne jelit	34	1,28	1,50	0,00	3,00	1,50	0,92		
	Inne	21	1,86	1,50	0,00	4,00	1,00	1,01		
Odczuwanie bólu	Choroba nowotworowa	40	1,98	2,00	0,00	4,00	1,75	1,31	1,69	> 0,05
	Choroby zapalne jelit	34	1,74	1,75	0,00	4,00	1,50	1,16		
	Inne	21	2,21	2,50	0,00	4,00	2,00	1,36		
Ogólne poczucie zdrowia	Choroba nowotworowa	40	2,56	2,60	0,20	4,00	1,00	0,82	2,38	> 0,05
	Choroby zapalne jelit	34	2,42	2,40	0,60	3,60	1,20	0,83		
	Inne	21	2,77	3,00	1,20	3,80	0,80	0,71		

istotnych statystycznie różnic w poziomie witalności pomiędzy kobietami i mężczyznami ($p > 0,05$).

W grupie mężczyzn średnia ogólnego zdrowia psychicznego wyniosła $1,75 \pm 1,02$, natomiast w grupie kobiet średnia $1,81 \pm 0,94$. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w poziomie ogólnego zdrowia psychicznego pomiędzy kobietami i mężczyznami ($p > 0,05$).

W grupie mężczyzn średnia funkcjonowania społecznego wyniosła $1,52 \pm 0,95$, natomiast w grupie kobiet $1,52 \pm 1,07$. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w poziomie funkcjonowania społecznego pomiędzy kobietami i mężczyznami ($p > 0,05$).

W grupie mężczyzn średnia odczuwania bólu wyniosła $2,02 \pm 1,00$, natomiast w grupie kobiet $1,90 \pm 1,5$. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w poziomie odczuwania bólu pomiędzy kobietami i mężczyznami ($p > 0,05$).

W grupie mężczyzn średnia ogólnego poczucia zdrowia wyniosła $2,61 \pm 0,76$, natomiast w grupie kobiet $2,53 \pm 0,83$. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w poziomie ogólnego poczucia zdrowia pomiędzy kobietami i mężczyznami ($p > 0,05$).

W celu odpowiedzi na kolejne pytanie badawcze przeprowadzono analizę oceniającą poziom jakości życia kwestionariusza SF36 w zależności od jednostki chorobowej, która spowodowała konieczność żywienia pozajelitowego. W tabeli 3 przedstawione są wyniki tych analiz.

Średnia arytmetyczna (M), mediana (Me), odchylenie standardowe (SD), rozstęp kwartyłowy (IQR), minimum (Min), maksimum (Max), liczność (n), poziom istotności statystycznej (p),

W grupie osób z chorobą nowotworową średnia funkcjonowania fizycznego wyniosła $2,95 \pm 1,41$, dla osób z chorobami zapalnymi jelit średnia $2,21 \pm 1,33$, a dla osób z innymi chorobami średnia $3,14 \pm 1,36$. Wykazano istotne statystycznie różnice w poziomie funkcjonowania fizycznego pomiędzy grupami ($p \leq 0,05$). Wykazano, że funkcjonowanie fizyczne jest gorsze w grupie osób z innymi jednostkami chorobowymi takimi jak zator tętnicy kręzkowej, martwica jelit, endometrioza oraz resekcje po urazach komunikacyjnych w porównaniu do osób z chorobami zapalnymi jelit ($p \leq 0,05$). Pomiedzy pozostałymi grupami nie wykazano istotnych statystycznie różnic.

W grupie osób z chorobą nowotworową średnia ograniczeń spowodowanych zdrowiem fizycznym wyniosła średnia $3,16 \pm 2,12$, dla osób z chorobami zapalnymi jelit średnia $2,24 \pm 2,19$, a dla osób z innymi chorobami średnia $3,93 \pm 1,33$. Wykazano istotne statystycznie różnice w poziomie ograniczeń spowodowanych zdrowiem fizycznym pomiędzy grupami ($p \leq 0,05$). Wykazano, że ograniczenia spowodowane zdrowiem fizycznym są

bardziej nasilone w grupie osób z innymi jednostkami chorobowymi w porównaniu do osób z chorobami zapalnymi jelit ($p \leq 0,05$). Pomiedzy pozostałymi grupami nie wykazano istotnych statystycznie różnic.

W grupie osób z chorobą nowotworową średnia wpływu emocji na życie codzienne wyniosła średnia $2,29 \pm 2,12$, dla osób z chorobami zapalnymi średnia $2,01 \pm 2,24$, a dla osób z innymi chorobami średnia $3,41 \pm 2,07$. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w poziomie wpływu emocji na życie codzienne pomiędzy badanymi grupami ($p > 0,05$).

W grupie osób z chorobą nowotworową średnia witalności wyniosła $2,44 \pm 1,00$, dla osób z chorobami zapalnymi jelit średnia $2,30 \pm 1,02$, a dla osób z innymi chorobami średnia $3,02 \pm 0,87$. Wykazano istotne statystycznie różnice w poziomie witalności pomiędzy grupami ($p \leq 0,05$). Wykazano, że witalność jest niższa w grupie osób z innymi jednostkami chorobowymi w porównaniu do osób z chorobami zapalnymi jelit ($p \leq 0,05$). Pomiedzy pozostałymi grupami nie wykazano istotnych statystycznie różnic.

W grupie osób z chorobą nowotworową średnia ogólnego zdrowia psychicznego wyniosła $1,69 \pm 0,99$, dla osób z chorobami zapalnymi jelit średnia $1,74 \pm 0,90$, a dla osób z innymi chorobami średnia $2,07 \pm 0,98$. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w poziomie ogólnego zdrowia psychicznego pomiędzy badanymi grupami ($p > 0,05$).

W grupie osób z chorobą nowotworową średnia funkcjonowania społecznego wyniosła $1,54 \pm 1,08$, dla osób z chorobami zapalnymi jelit średnia $1,28 \pm 0,92$, a dla osób z innymi chorobami $1,86 \pm 1,01$. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w poziomie funkcjonowania społecznego pomiędzy badanymi grupami ($p > 0,05$).

W grupie osób z chorobą nowotworową średnia odczuwania bólu wyniosła $1,98 \pm 1,31$, dla osób z chorobami zapalnymi jelit średnia $1,74 \pm 1,16$, a dla osób z innymi chorobami $2,21 \pm 1,36$. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w poziomie odczuwania bólu pomiędzy badanymi grupami ($p > 0,05$).

W grupie osób z chorobą nowotworową średnia ogólnego poczucia zdrowia wyniosła $2,56 \pm 0,832$, dla osób z chorobami zapalnymi jelit średnia $2,42 \pm 0,83$, a dla osób z innymi chorobami $2,77 \pm 0,71$. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w poziomie ogólnego poczucia zdrowia pomiędzy badanymi grupami ($p > 0,05$).

Kolejnym badaniem była ocena związku między chorobami podstawowymi a zdolnością do samoopieki w badanej grupie. Wyniki przedstawione są w tabelach 4 i 5.

Wyniki w tabeli 4. przedstawiają związek między jednostką chorobową spowodowaną koniecznością wprowadzenia żywienia pozajelitowego, a osobą prowadzącą

Tabela 4. Związek między jednostką chorobową a osobą prowadzącą żywienie w domu

Jaka jednostka chorobowa spowodowała konieczność wprowadzenia żywienia pozajelitowego?							
		Choroba nowotworowa		Choroby zapalne jelit		Inne	
		n	%	n	%	n	%
Kto prowadzi żywienie pozajelitowe w warunkach domowych?	Samodzielnie	13	32,50	14	41,18	3	14,29
	Opiekun	27	67,50	20	58,82	18	85,71
	Ogółem	40		34		21	
χ ² niezależności		χ ² =	4,75	p	> 0,05		

to żywienie w warunkach domowych. W grupie osób cierpiących na chorobę nowotworową, 13 osób (32,50%) prowadzi żywienie pozajelitowe samodzielnie, a 27 osób (67,50%) jest żywionych przez opiekuna. W grupie osób z chorobami zapalnymi jelit, 14 osób (41,18%) prowadzi żywienie samodzielnie, a 20 osób (58,82%) jest żywionych przez opiekuna. W grupie osób cierpiących na inne choroby, które spowodowały konieczność wprowadzenia żywienia pozajelitowego, 3 osoby (14,29%) prowadzą żywienie samodzielnie, a 18 osób (85,71%) jest żywionych przez opiekuna. Z wszystkich przebadanych osób wynika, że na 95 pacjentów żywionych pozajelitowo tylko osób 30 (31,58%) prowadzi żywienie pozajelitowe samodzielnie, zaś 65 osób (68,42%) wymaga pomocy opiekuna.

Test chi-kwadrat wykazał, że nie ma statystycznie istotnego związku między rodzajem choroby, a osobą prowadzącą żywienie pozajelitowe w warunkach domowych ($p > 0,05$). Zarówno osoby samodzielnie prowadzące żywienie, jak i te, które są żywione przez opiekuna, rozkładają się równomiernie między różne jednostki chorobowe bez znaczących różnic statystycznych.

Wyniki w tabeli 5 przedstawiają związek między jednostką chorobową spowodowaną koniecznością wprowadzenia żywienia pozajelitowego, a uczestnictwem pacjentów w życiu społecznym lub organizacjach. W grupie osób cierpiących na chorobę nowotworową, 1 osoba (2,50%) uczestniczy w życiu społecznym, 33 osoby (82,50%) nie uczestniczą, a 6 osób (15,00%) uczestniczy czasami. Wśród osób z chorobami zapalnymi jelit, 8 osób (23,53%) uczestniczy w życiu społecznym, 22 osoby (64,71%) nie uczestniczą, a 4 osoby (11,76%) uczestniczą czasami. W grupie osób z innymi chorobami, 3 osoby (14,29%) są aktywne społecznie, 14 osób (66,67%) nie uczestniczy, a 4 osoby (19,05%) uczestniczą czasami. Z wszystkich przebadanych osób wynika, że na 95 pacjentów żywionych pozajelitowo tylko 12 (12,63%) aktywnie uczestniczy w życiu społecznym, 14 osób (14,73%) czasami

uczestniczy w życiu społecznym, a aż 69 osób (72,63%) nie uczestniczy wcale.

Test chi-kwadrat wykazał, że nie ma statystycznie istotnego związku między rodzajem choroby, a uczestnictwem w życiu społecznym lub organizacjach ($p > 0,05$). Pomimo różnic w procentach uczestnictwa między grupami chorób, statystyki te nie pokazują istotnych różnic statystycznych.

Dyskusja

Poprzez holistyczne podejście do chorego na przestrzeni lat zaczęto tworzyć kwestionariusze pomagające w ocenie jakości życia. W różnych jednostkach chorobowych uwzględnia się takie domeny jak postrzeganie zdrowia fizycznego i psychicznego. Szczególnie istotne znaczenie ma ocena jakości życia u pacjentów z chorobami przewlekłymi. Zwykle są to choroby nieuleczalne i pacjent często musi zmagać się z chorobą i leczeniem do końca życia. Choroba przewlekła niesie za sobą konsekwencje ujemnie wpływające na różne wymiary życia chorego, które mogą mieć charakter tymczasowy lub stały[6].

Subiektywną ocenę jakości życia rozpatruje się obecnie w czterech podstawowych kategoriach takich jak:

- sprawność fizyczna – badania dotyczą głównie wpływu samej choroby, ale także procesu leczenia na samodzielność chorego oraz jego kondycję fizyczną,
- samopoczucie psychiczne – badanie stanu psychicznego, które ma bardzo duży wpływ na podejście pacjenta do samej choroby, ale również symptomy psychiatryczne z niej wynikające,
- uczestnictwo w życiu społecznym – badanie przede wszystkim podejście chorego do odgrywania ról społecznych, utrzymania kontaktów interpersonalnych czy aktywny udział w aktywnościach społecznych,
- stan somatyczny – wpływ na jakość życia występujących objawów związanych z chorobą.

Należy jednak zawsze mieć na uwadze, że jakość życia

Tabela 5. Związek między jednostką chorobową a uczestnictwem w życiu społecznym

Jaka jednostka chorobowa spowodowała konieczność wprowadzenia żywienia pozajelitowego?							
		Choroba nowotworowa		Choroby zapalne jelit		Inne	
		n	%	n	%	n	%
Czy uczestniczy Pani/Pan w życiu społecznym/organizacjach?	Tak	1	2,50	8	23,53	3	14,29
	Nie	33	82,50	22	64,71	14	66,67
	Czasem	6	15,00	4	11,76	4	19,05
	Ogół	40		34		21	
χ^2 niezależności		$\chi^2 =$	8,84	p	> 0,05		

jest wartością subiektywną. W niniejszej pracy podjęto próbę oceny jakości życia pacjentów żywionych pozajelitowo w przebiegu zespołu jelita krótkiego.

Po analizie dostępnej literatury nie udało się dotrzeć do materiałów, które uwzględniałyby dokładnie tę samą grupę pacjentów. Dostępny jest szereg badań rozgraniczający grupę chorych na tych żywionych pozajelitowo, chorych z zespołem jelita krótkiego, chorobą nowotworową czy nieswoistymi zapaleniami jelit. Analiza porównawcza uzyskanych wyników badań odnosić będzie do wymienionych publikacji oraz konkretnych grup pacjentów w zależności od jednostki chorobowej, przez którą wdrażane jest żywienie pozajelitowe. W analizowanych pracach znaleziono informacje, że najczęściej żywienie pozajelitowe stosowane jest u pacjentów z nowotworem jak w przypadku badania M.F. Winkler'a, czy w zespole jelita krótkiego (w badaniach nie określono konkretnej etiologii ZKJ) K.A. Schonenberger, E. Reber, V.V. Huwiler i wsp., badaniu M.F. Winkler'a, badaniu J. Baxtera i wsp., czy badaniu S.T. Burden'a i wsp.[4, 7, 8, 9].

Porównując dostępne piśmiennictwo publikowane na przestrzeni lat udało mi się znaleźć tylko jedną analizę wykonaną w Polsce autorstwa B. Murszczyńskiej, G. Majewskiej, B. Baczewskiej i wsp. Pozostałe publikacje dotyczą chorych żywionych pozajelitowo z innych europejskich państw. W otrzymanych wynikach badań stwierdzono, że płeć nie ma znaczącego wpływu na jakość życia pacjentów żywionych pozajelitowo. Podobne wyniki dotyczące płci znaleziono w publikacji S.T. Burden'a i wsp. Stwierdzono dodatkowo, że wszystkie aspekty dotyczące jakości życia nie wykazały różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami. Średnia wieku badanej grupy w niniejszym opracowaniu stanowiła chorych powyżej 60 roku życia, zaś pacjentów poniżej 30 roku życia oraz między 40 – 50 rokiem życia było najmniej. W badaniach J. Baxtera i wsp., Burden'a i wsp. i M.Theilla i wsp. wiek pacjentów był znacznie bardziej zróżnicowany, a większość pacjentów stanowiła grupa chorych pomiędzy 41 – 50 rokiem

życia. Wykazano także, iż pomimo tego, że ponad 80% badanych pozostaje na rencie lub emeryturze, oceniają oni swoją sytuację finansową jako dobrą lub bardzo dobrą. Badania wykazały, że większość chorych nie jest zdolna do samoopieki, czyli prowadzenia domowego żywienia pozajelitowego (obsługi i pielęgnacji dostępu do żywienia), co znacząco różni się od wyników badań przeprowadzonych przez P.B. Jeppesen'a i wsp. i M.Theilla i wsp., gdzie porównywalnie z pomocy opiekunów korzystało mniej niż 40% badanych chorych. Różnica ta wynikać może z tego, że dostrzegalna jest różnica w ilości przebadanych osób [3, 8, 9, 10, 11].

Porównywalne wyniki jak w publikacjach J. Baxtera i wsp., M.Theilla i wsp. i S.T. Burden'a i wsp. dotyczą uczestnictwa w życiu społecznym, które w badanej grupie również jest znacznie ograniczone. W pracy wykazano także, że samo żywienie pozajelitowe nie ma jednoznacznego wpływu na jakość życia, ale choroba podstawowa wpływa na nie w znaczącym stopniu, zwłaszcza w sferze funkcjonowania fizycznego [5, 6, 8].

Podsumowując jakość życia chorych z zespołem jelita krótkiego pozostających na żywieniu poza- jelitowym nie jest uzależniona od samej procedury żywienia, ale przede wszystkim od choroby podstawowej. Niestety pomimo istotności badania jakości życia, która jest ważnym czynnikiem decydującym o skuteczności terapii wciąż jest niewiele piśmiennictwa oraz badań dotyczących jakości życia pacjentów otrzymujących żywienie pozajelitowe w domu, zwłaszcza na terenie naszego kraju.

Wnioski

W przeprowadzonej analizie nie wykazano istotnych statystycznie różnic w jakości życia kobiet i mężczyzn.

Choroba podstawowa wśród pacjentów żywionych pozajelitowo istotnie statystycznie wpływa na funkcjonowanie fizyczne, powoduje ograniczenia spowodowane zdrowiem fizycznym oraz ma wpływ na witalność tej

grupy chorych. Nie wykazano wpływu choroby podstawowej na jakość życia w takich aspektach jak wpływ emocji na życie codzienne, ogólne zdrowie psychiczne, funkcjonowanie społeczne, odczuwanie bólu oraz ogólne poczucie zdrowia.

Nie wykazano istotnie statystycznego związku pomiędzy rodzajem jednostki chorobowej a zdolnością do prowadzenia procedury domowego żywienia pozajelitowego oraz uczestniczenia w życiu społecznym. Zauważalne jest jednak to, że wśród przebadanych chorych znacząca większość nie jest zdolna do samoopieki i żywienia pozajelitowe prowadzone jest przez opiekuna, oraz że ponad połowa pacjentów nie uczestniczy wcale w życiu społecznym.

Bibliografia

1. Szczygieł B., Socha J.: Żywienie pozajelitowe i dojelitowe w chirurgii. Wydanie I. PZWL, Warszawa, 1994, 11-18
2. Karwowska K., Kunecki M., Zmarzły A.: Domowe żywienie pozajelitowe. Wydanie I. Continuo. Warszawa, 2015, 67-71
3. Muraszczyńska B., Majewska G., Baczevska B.: Ocena jakości życia pacjentów żywionych poza- jelitowo w domu. Journal of Education, Health and Sport. 2016, 6(12): 322-337
4. Schonenberger K., Reber E., Huwiler V. I wsp., Quality of Life in the Management of Home Paraenteral Nutrition, Ann Nutr Metab. 2023, 79(3): 326-333.
5. Tylka J., Piotrowicz R. Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska, Kardiologia 2009; 67: 1166-1169
6. Wnuk M., Marcinkowski J.: Jakość życia w chorobach przewlekłych. Hygeia Public Health, 2013, 48(3): 274-278.
7. Winkler M.: Quality of Life in Adult Home Parenteral Nutrition Patients. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. 2005, 29(3): 162-170.
8. Baxter J., Fayers P., Bozzetti F. I wsp.: An international study of the quality of life of adult patients treated with home parenteral nutrition. Clinical Nutrition, 2019, 38: 1788-1796.
9. Burden S., Jones D., Gittins M.: Needs-based quality of life in adults dependent on home parenteral nutrition. Clinical Nutrition, 2019, 38: 1433-1438.
10. Theilla M., Kagan I., Chernov K. i wsp.: Self-Evaluation of Quality of Life Among Patients Receiving Home Parenteral Nutrition: A Validation Study. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. 2018, 42(3): 516-521.
11. Jeppesen P., Langholz E., Mortensen P.: Quality of life in patients receiving home parenteral nutrition. Gut, 1999, 44: 844-852.

Data przyjęcia: 15.07.2024

Data recenzji: 21.09.2024

Data wydania: 27.09.2024

Jakość życia pacjentów z zaburzeniami gospodarki wodno-elektrolitowej

Quality of life of patients with water and electrolyte disorders

Justyna Ilona Lamik
Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie

Streszczenie

Homeostaza wodno-elektrolitowa to równowaga między ilościami wody, sodu, potasu, chloru i innych elektrolitów. Jest kluczowym aspektem utrzymania zdrowia, a jej zaburzenia mogą prowadzić do poważnych konsekwencji dla funkcji komórkowych, narządów i układów.

Cel: Celem pracy jest świadczenie najwyższej jakości opieki pielęgniarskiej dla pacjentów, ich rodzin oraz wspieranie systemu opieki zdrowotnej poprzez profesjonalną działalność zawodową.

Materiał o metody: W pracy zastosowano studium indywidualnego przypadku, metody badawcze zastosowane w badaniu: wywiad z pacjentem i rodziną, badania obserwacyjne, Skala Oceny Jakości Życia (WHOQOL – BREF), analiza dokumentacji medycznej, badanie fizykalne.

Podsumowanie i wnioski: Za sprawą holistycznego podejścia pielęgniarki do pacjenta uzyskano równowagę ustrojową. Podczas wnikliwej obserwacji i oceny stanu pacjenta na czas zareagowano na istotne czynniki wpływające na zaburzenia wodno-elektrolitowe, w odpowiednim czasie podjęto leczenie i osiągnięto homeostazę

Słowa kluczowe: jakość życia, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej, studium przypadku

Abstract

Water and electrolyte homeostasis is the balance between the amounts of water, sodium, potassium, chlorine and other electrolytes. It is a key aspect of maintaining health, and its disorders can lead to serious consequences for cellular functions, organs and systems.

Objective: The aim of the work is to provide the highest quality nursing care for patients, their families and to support the healthcare system through professional professional activity.

Material and methods: The work uses an individual case study, research methods used in the study: interview with the patient and family, observational studies, Quality of Life Assessment Scale (WHOQOL - BREF), analysis of medical records, physical examination.

Summary and conclusions: Thanks to the nurse's holistic approach to the patient, systemic balance was achieved.

ved. During careful observation and assessment of the patient's condition, important factors influencing water and electrolyte disorders were responded to in a timely manner, treatment was initiated in a timely manner and homeostasis was achieved

Keywords: quality of life, water and electrolyte disorders, case study

Wprowadzenie

Zaburzenia wodno-elektrolitowe to grupa schorzeń charakteryzujących się nieprawidłowym bilansem płynów i elektrolitów w organizmie. Homeostaza wodno-elektrolitowa to równowaga między ilościami wody, sodu, potasu, chloru i innych elektrolitów. Jest kluczowym aspektem utrzymania zdrowia, a jej zaburzenia mogą prowadzić do poważnych konsekwencji dla funkcji komórkowych, narządów i układów. Tego rodzaju zaburzenia mogą obejmować takie stany jak; odwodnienie (nadmierna utrata wody), nadmierna retencja płynów, hiponatremia czy hiperkaliemia [1]. Wpływ na homeostazę wodno-elektrolitową może mieć szereg czynników, zarówno endogennych (wewnątrzorganizmowych) jak i egzogennych (zewnętrznych). Oto kilka kluczowych czynników wpływających na homeostazę wodno-elektrolitową:

- Nerki - są głównym organem zaangażowanym w utrzymanie homeostazy wodno-elektrolitowej. Regulują ilość wody i elektrolitów wydalanych z organizmu poprzez procesy filtracji, resorpcji i sekrecji.
- Hormony - pełnią istotną rolę w regulacji homeostazy wodno-elektrolitowej. Przykłady to:
 - Aldosteron - wydzielany przez nadnercza, zwiększa resorpcję sodu i wydalanie potasu w nerkach,
 - Wazopresyna (ADH) - wydzielana przez przysadkę, zwiększa zatrzymywanie wody przez nerki,
 - Peptydy natriuretyczne - takie jak ANP (A-type natriuretic peptide) i BNP (B-type natriuretic peptide), które zwiększają wydalanie sodu i wody z organizmu.
- Układ pokarmowy - przez procesy trawienia i wchłaniania, organizm reguluje ilość wody i elektrolitów wchłanianych z przewodu pokarmowego.

- Skóra - procesy potowe regulują wydalanie soli i wody, wpływając na równowagę elektrolitową.
- Oddychanie - w czasie oddychania organizm gubi pewne ilości wody w postaci pary wodnej, wpływając na bilans wodny.
- Aktywność fizyczna - intensywna aktywność fizyczna, szczególnie w warunkach wysokiej temperatury, może prowadzić do utraty płynów i elektrolitów poprzez pot.
- Stan zdrowia - choroby takie jak niewydolność nerek, zaburzenia hormonalne, choroby układu sercowo-naczyniowego czy zaburzenia metaboliczne mogą znacząco wpływać na homeostazę wodno-elektrolitową.
- Środowisko zewnętrzne - warunki otoczenia, takie jak temperatura, wilgotność, ciśnienie atmosferyczne, mogą wpływać na ilość wody traconej lub zatrzymanej przez organizm.

Zmiany w elektrolitach są bardzo szkodliwe dla naszego organizmu, ponieważ powodują zmiany w ładunku błon komórkowych i potencjale elektrycznym pomiędzy komórkami [2]. W rezultacie mogą wystąpić zaburzenia przewodzenia nerwowego i bolesne skurcze mięśni. Do najczęstszych przyczyn zaburzeń równowagi wodno-elektrolitowej zalicza się:

- niewydolność nerek;
- zaburzenia hormonalne, takie jak niedoczynność lub nadczynność tarczycy;
- niewłaściwa dieta; braki w diecie mogą prowadzić do niedoborów elektrolitów;
- zaburzenia wchłaniania w przewodzie pokarmowym;
- uporczywe biegunki lub silne wymioty;
- chemioterapię i radioterapię, a także stosowanie niektórych leków;
- odwodnienie;
- hiperglikemię;
- oparzenia;
- nadmierna potliwość;
- niedobór witamin, np. witaminy D.

Zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej mogą prowadzić do szeregu poważnych konsekwencji, takich jak zaburzenie funkcji narządów, zmniejszenie efektywności układu krążenia, czy nawet zagrożenie życia pacjenta [3].

Diagnostyka zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej: Oznaczenie elektrolitów - podstawową procedurą diagnostyczną jest pomiar poziomu elektrolitów w próbce krwi. Analiza elektrolitów (zwłaszcza sodu, potasu i chlorków) może zidentyfikować możliwe odchylenia od normalnych wartości.

Interpretacja wyników - kluczowym wyzwaniem jest nie tylko oznaczenie poziomu elektrolitów, ale także interpretacja wyników w świetle ogólnego stanu zdrowia pacjenta. Na przykład niski poziom sodu może wskazywać na nadmierną utratę płynów, podczas gdy wysoki poziom potasu może wskazywać na problemy z pracą nerek. Monitorowanie objawów klinicznych - diagnostyka zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej wymaga również uwzględnienia objawów klinicznych. U pacjen-

tów mogą wystąpić takie objawy, jak osłabienie, dezorientacja, nudności lub zaburzenia rytmu serca, które mogą wskazywać na obecność specyficznych zaburzeń równowagi elektrolitowej.

Zintegrowane badania obrazowe - w niektórych przypadkach, zwłaszcza gdy podejrzewa się chorobę hormonalną lub nerkową, zastosowanie badań obrazowych (np. rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej) może dostarczyć dodatkowych informacji o budowie narządu. Dokładne oznaczenie poziomu elektrolitów we krwi jest podstawą diagnozy zaburzeń wodno-elektrolitowych. Integracja wyników badań laboratoryjnych z obserwacjami klinicznymi pacjentów jest również coraz ważniejsza, aby skutecznie dostosować leczenie i poprawić jakość opieki nad pacjentem [4].

Fizjologia układu wodno-elektrolitowego to dziedzina nauki zajmująca się badaniem procesów regulujących równowagę wodno-elektrolitową w organizmie. Ta złożona seria procesów obejmuje interakcję różnych narządów, hormonów i mechanizmów komórkowych, które współpracują w celu utrzymania homeostazy płynów i elektrolitów [5]. Kluczowe aspekty funkcjonowania układu wodno-elektrolitowego.

Objawy zaburzeń wodno-elektrolitowych
Zaburzenia wodno-elektrolitowe mogą objawiać się różnorodnie, a ich symptomy zależą od rodzaju zaburzenia, stopnia nasilenia oraz czasu trwania. Poniżej przedstawiam wyczerpujące rozwinięcie tematu, skupiając się na ogólnych objawach, które mogą występować przy zaburzeniach wodno-elektrolitowych:

1. Ogólne objawy:
 - Niedokrwistość - zaburzenia wodno-elektrolitowe mogą wpływać na krążenie krwi i dostarczanie tlenu do tkanek, prowadząc do niedokrwistości.
 - Omdlenia i zasłabnięcia - spadek objętości krwi krążącej może powodować nagłe omdlenia lub utratę przytomności.
 - Zmęczenie - niedobór elektrolitów, zwłaszcza potasu, może prowadzić do uczucia chronicznego zmęczenia.
2. Objawy neurologiczne:
 - Zmiany nastroju - zaburzenia elektrolitowe mogą wpływać na funkcję układu nerwowego, co manifestuje się w zmianach nastroju, drażliwości lub depresji.
 - Zaburzenia świadomości - ciężkie zaburzenia, zwłaszcza wapniowe i sodowe, mogą prowadzić do dezorientacji, zaburzeń świadomości, a nawet śpiączki.
 - Drgawki - niski poziom sodu lub wapnia może predysponować do napadów drgawkowych.
3. Objawy ze strony układu moczowego:
 - Moczówka prosta centralna - niedobór wazopresyny (ADH) może prowadzić do nadmiernego oddawania moczu i nawracającej pragnienia.
 - Oliguria lub anuria - w przypadku odwodnienia lub niewłaściwej równowagi elektrolitowej, ilość wydalanego moczu może zmniejszyć się do minimum.
4. Objawy gastrologiczne:

- Nudności i wymioty - nieprawidłowy poziom elektrolitów, zwłaszcza potasu, mogą wpływać na pracę mięśni gładkich, co prowadzi do nudności i wymiotów.
 - Zaburzenia perystaltyki jelit - elektrolity są kluczowe dla prawidłowego funkcjonowania mięśni gładkich przewodu pokarmowego, a ich zaburzenia mogą prowadzić do biegunek lub zaparć.
5. Objawy Kardiologiczne:
- Arytmie serca - zaburzenia elektrolitowe, zwłaszcza potasu, mogą prowadzić do nieprawidłowości w rytmie serca.
 - Niewydolność serca - długotrwałe zaburzenia elektrolitowe mogą wpływać na zdolność serca do skutecznego pompowania krwi.
6. Objawy Skórne:
- Suchość skóry - odwodnienie może prowadzić do suchości skóry i utraty elastyczności.
 - Zmiany skórne - zaburzenia elektrolitowe mogą wpływać na równowagę kwasowo-zasadową skóry, co prowadzi do różnych zmian, w tym wysypki.
7. Zmiany Temperatury Ciała:
- Hipertermia lub hipotermia - zaburzenia elektrolitowe mogą wpływać na zdolność organizmu do utrzymania właściwej temperatury.
 - Objawy zaburzeń wodno-elektrolitowych są zróżnicowane i zależą od specyfiki danego zaburzenia oraz stopnia nasilenia. W przypadku podejrzenia takich zaburzeń, istotne jest skonsultowanie się z lekarzem, w celu zlecenia wykonania stosownych badań laboratoryjnych i dostosowania planu leczenia do indywidualnych potrzeb pacjenta. Wczesna diagnoza i interwencja są kluczowe dla skutecznego zarządzania zaburzeniami wodno-elektrolitowymi.

Cel

Celem pracy jest poprawa jakości życia, dążenie do równowagi wodno-elektrolitowej poprzez wyrównanie poziomu makroskładników mineralnych najczęściej sodu i potasu, nawodnienie a niekiedy działania w sytuacji przewodnienia pacjenta. Celem pracy jest również świadczenie najwyższej jakości opieki pielęgniarskiej dla pacjentów, ich rodzin oraz wspieranie systemu opieki zdrowotnej poprzez profesjonalną działalność zawodową.

Metoda badawcza

W pracy zastosowano studium indywidualnego przypadku, który polega na analizie konkretnego przypadku pacjenta z daną jednostką chorobową powodującą zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej, z wykorzystaniem procesu pielęgnowania [6]. Poniżej przedstawiono metody badawcze zastosowane w badaniu:

Wywiad z pacjentem i rodziną:

Badania obserwacyjne

Skala Oceny Jakości Życia (WHOQOL – BREF) [7] – skala służy do oceny jakości życia zarówno osób zdrowych, jak i chorych. Opiera się ona na 4 dziedzinach jakości życia:

- fizycznej (czynności dnia codziennego, zależność od

- leków i leczenia, energia i zmęczenie, mobilność, ból i dyskomfort, wypoczynek i sen, zdolność do pracy),
- psychicznej (wygląd zewnętrzny, negatywne uczucia, pozytywne uczucia, samoocena, duchowość, religia, osobista wiara, myślenie, uczenie się, pamięć, koncentracja),
- społecznej (związki osobiste, wsparcie społeczne, aktywność seksualna)
- funkcjonowaniu w środowisku (zasoby finansowe, wolność, bezpieczeństwo, zdrowie i opieka zdrowotna, środowisko domowe, zdobywanie nowych informacji i umiejętności, uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku), transport. Skala składa się z 26 pytań

Analiza dokumentacji medycznej:

Badanie fizykalne

Organizacja przebiegu badań

W pracy przedstawiono studium indywidualnego przypadku 56 letniego pacjenta chorego na przewlekły zespół zapalenia nerek, w stanie po usunięciu graftu z powodu zakażenia i niewydolności nerki przeszczepionej i w chwili obecnej dializowanego pozaustrojowo.

Badanie zostało przeprowadzone w terminie od 09.10.2023 r. do 08.12.2023 r. Pacjent wyraził zgodę na przeprowadzenie wywiadu, wgląd do dokumentacji medycznej i wyników badań. Ponadto został przeprowadzony wywiad z rodziną, podczas którego zostały zebrane dane celem wykorzystania ich w późniejszej formie do opracowania studium przypadku oraz postawienia diagnozy pielęgniarskiej. Pacjent zezwolił na zgromadzenie informacji na temat swojej choroby i wykorzystanie zebranego materiału. Pacjent został również poinformowany o anonimowości badania oraz możliwości rezygnacji na każdym jego etapie bez podania przyczyny.

Analiza przypadku

Pacjent lat 56 z przewlekłą chorobą nerek. W 2008 roku (pacjent miał 41 lat) zdiagnozowano u niego niewydolność nerek własnych w przebiegu najpewniej przewlekłego kłębuszkowego zapalenia nerek (bez weryfikacji histo-patologicznej). Ponadto współistniało nadciśnienie tętnicze, mięszowowo-nerkowe. Podczas wywiadu wspomina objawy towarzyszące mu w tamtym czasie takie jak: silne bóle odczuwane w okolicy lędźwiowej, biegunka, nudności i wymioty, obrzęk kończyn dolnych i górnych, do tego bardzo wysokie ciśnienie tętnicze krwi. Od tego czasu pacjent leczony był w stacji dializ w programie przewlekłych dializ.

W przeprowadzonym z pacjentem wywiadzie padło stwierdzenie, "że od tamtego czasu dla niego jak również jego najbliższej rodziny życie zmieniło się diametralnie".

Przed zachorowaniem pacjent był w sile wieku, pracował zawodowo w firmie budowlanej przy robotach budowlanych i wykończeniowych budynków. Jego sytuacja finansowa była wówczas bardzo dobra, wybudował swój własny dom w rodzinnej wsi, w którym obecnie

mieszka wraz z żoną i młodszym synem. Starszy syn 5 lat temu wyprowadził się i obecnie mieszka ze swoją żoną i dwójką dzieci w pobliskiej wsi. Młodszy syn pracuje i planuje latem 2024 wziąć ślub i również się wyprowadzić. Pacjent w chwili obecnej jest na rencie inwalidzkiej a żona pracuje zawodowo. Sytuacja finansowa w chwili obecnej nie jest zadowalająca i dlatego synowie bardzo wspierają finansowo swoich rodziców.

Okres pierwszej dializoterapii trwał 1,5 roku. Hemodializa była w cyklu 3 x w tygodniu, o czasie 45 min. W tym czasie została wytworzona przetoka tętniczo - żylna na lewym nadgarstku. Pacjent podaje, że dobrze znosił pierwsze dializy, ale Jego stan emocjonalny uległ pogorszeniu. Bał się o własne życie i martwił się o zabezpieczenie materialne swojej rodziny na wypadek swojej śmierci. W wywiadzie z rodziną, żona pacjenta, podaje, że w tamtym okresie Jej mąż był w ciężkim stanie psychicznym. Jednego dnia bał się śmierci a drugiego chciał umrzeć, żeby nie być ciężarem dla rodziny. Kilukrotnie w tamtym okresie był hospitalizowany.

W roku 2009 rozpoczęto kwalifikację chorego do ewentualnego zgłoszenia do przeszczepienia nerki. W czerwcu 2010 roku pacjent został wytypowany do transplantacji nerki od zmarłego dawcy w Klinice Immunologii Transplantologii i Chorób Wewnętrznych w Warszawie. W indukcji u chorego zastosowano thymoglobulinę (dawka łączna 600 mg, czyli ok. 7,5 kg/mc), a z uwagi na obecność złogów w nerce przeszczepionej okołooperacyjnie implantowano cewnik DJ. Chory nie wymagał dializoterapii, obserwowano systematyczne obniżanie się kreatyniny aż do 125 µmol/l w dniu wypisu. Po zabiegu transplantacji u chorego utrzymywały się podwyższone wartości glikemii (5,56–8,11 mmol/l) w związku z czym rozpoznano cukrzycę potransplantacyjną. Czasowo stosowano insulinoterapię a w związku z poprawą funkcji nerek wdrożono doustne leczenie hipoglikemizujące gliklazidem. U pacjenta po przeszczepieniu nerki po 3 miesiącach od transplantacji wykryto zainfekowanie wirusem HBV dlatego okres powrotu do życia zawodowego wydłużył się.

Jakość życia po przeszczepie nerki uległa znacznemu poprawieniu. W wywiadzie pacjent podaje, że miał mniejsze problemy z codziennym funkcjonowaniem, polepszył się stan fizyczny i psychiczny, zaczął pracować zawodowo jako kierowca busa w małej, wiejskiej piekarni, zaczął podróżować z żoną i dziećmi i zdecydowanie miał większy potencjał sił witalnych. Bardzo chciał jak najdłużej zachować ten stan, dlatego przestrzegał wszystkich zaleceń lekarskich i pielęgniarskich, brał systematycznie leki, dbał o higienę osobistą, otoczenia oraz snu. Przestrzegał terminów wizyt kontrolnych w poradni transplantacyjnej. Unikał źródeł infekcji. Stosował się do zaleceń dietetycznych, dbał o odpowiednie nawodnienie organizmu. Pacjent zaprzestał palenia papierosów oraz picia alkoholu.

Pacjent w roku 2012 trafił do szpitala i został poddany zabiegowi cholecystektomii po wcześniejszym zdiagnozowaniu choroby pęcherzyka żółciowego. W październiku 2020 r. przebył zakażenie koronawirusem, ale przebieg zakażenia był łagodny i nie wymagał hospitalizacji.

W roku 2021 pacjent przyjęty został na oddział Szpitala Klinicznego w Warszawie w celu diagnostyki przyczyny białkomoczu do 2,5 g/dobę oraz pogorszenia czynności graftu (wzrost stężenia kreatyniny z 2,0-2,3 do 2,7 mg/dl).

W wykonanych badaniach laboratoryjnych wykazano:

Tabela 3. Wyniki badań laboratoryjnych z pobytu w szpitalu.

Badany wskaźnik	Wynik	Norma
Białko w moczu	50 mg/dl	0,00 – 10,0 mg/dl
pH moczu	5,0	5,0 – 8,0
Kreatynina w surowicy	2,77 mg/dl	0,60 – 1,30 mg/dl
Potas	4,83 mmol/l	3,5 – 5,1 mmol/l
Sód	135 mmol/l	136 – 148 mmol/l
Glukoza	4,44 mmol/l	4,1 – 5,6 mmol/l
Lipaza w surowicy	33 U/L	13 – 60 U/L
Fetoproteina (AFP)	2,3 ng/ml	0,0 – 9,0 ng/ml
ALT	28 U/L	1 – 45 U/L
AST	26 U/L	1 – 40 U/L
Amylaza w surowicy	63 U/L	25 – 115 U/L
Antygen CA 19-9	8,4 U/ml	0,0 – 35,0 U/ml
Antygen (CEA)	2,2 ng/ml	0,0 – 3,0 ng/ml

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań pacjenta.

W trakcie hospitalizacji wykonano pacjentowi:

- RTG głowy - w lewej zatoce szczękowej zacinienie o wym. ok. 35x16 mm – polip lub zgrubienie błony śluzowej.
- RTG klatki piersiowej PA + boczne – bez istotnych różnic w porównaniu do badania PA poprzedniego z roku 2020.
- USG jamy brzusznej + Doppler narządu przeszczepionego – jama brzuszna bez zmian patologicznych, nerka przeszczepiona o prawidłowej echogeniczności, równomiernie unaczyniona.
- Biopsja graftu bez bezpośrednich powikłań

Pacjent wypisany do domu z rozpoznaniem niewydolności nerek, zredukowanego nadciśnienia tętniczego, hyperurykemią, dyslipidemią leczoną statyną, Mucocele lewej zatoki szczękowej, przewlekłym leczeniem immunosupresyjnym.

Przy wypisie zalecono pacjentowi kontrolę za około miesiąc w Poradni Transplantacyjnej, systematyczne

przyjmowanie leków, stosowanie diety z ograniczeniem soli, cukrów prostych i tłuszczów zwierzęcych, samo-kontrola ciśnienia tętniczego, ekstrakcja zęba w osłonie antybiotykowej (Augmentin 2 x 625 mg przez 3 dni), wydano skierowanie do Poradni Laryngologicznej celem kwalifikacji do usunięcia zmiany zatoki szczękowej lewej.

Pacjent kilkakrotnie leczył się ambulatoryjnie oraz był hospitalizowany z powodu gorączki, nawracającej infekcji CMV, duszności oraz zmian w TK klatki piersiowej.

Pod koniec 2022 r. pacjent został przyjęty do szpitala z powodu gorączki do 38 °C, biegunki, uporczywych nudności i wymiotów, z towarzyszącymi dolegliwościami dyzurycznymi, wystąpienia obrzęków kończyn dolnych oraz grzbietowych powierzchni dłoni. Podczas hospitalizacji w szpitalu przeprowadzono kompleks badań laboratoryjnych i stwierdzono znamienne podwyższone parametry stanu zapalnego (CRP 212,41 mg/l), prokalcitoniny (55,95 ng/mL), kreatyniny (5,64 mg/dL, eGFR 11,7 ml/min) w surowicy krwi, CMV IgG (>250,0 AU/ml). W wykonanych przy przyjęciu do szpitala badaniach obrazowych (RTG klatki piersiowej, USG jamy brzusznej) nie stwierdzono istotnych odchyleń. Zabezpieczono materiał do badań bakteriologicznych (posiew moczu, krwi). Włączono empiryczną antybiotykoterapię. Posiew moczu wykazał wynik dodatni – wyhodowano *Proteus mirabilis* (wrażliwość na Levofloksacynę włączoną empirycznie). Zastosowanym leczeniem farmakologicznym uzyskano poprawę stanu klinicznego, obniżenie parametrów zapalnych, nerkowych. Po telefonicznej konsultacji z lekarzem Kliniki Nefrologii i Transplantologii w Warszawie ustalono termin przekazania pacjenta.

W styczniu 2023 r. jak podaje pacjent w wywiadzie został ponownie włączony do programu dializ po ustaniu czynności przeszczepionej nerki. Przetoka tętniczo-żylna w okolicy nadgarstkowej lewej wytworzona w 2010 r. jest nadal sprawna. Hemodializa wykonywana jest 3 x w tygodniu, na dializatorze FX CorDiax 80, czas dializy 270 min, płyn dial. HD: Na⁺ 138, K⁺ 2, Ca⁺⁺ 1,5, przepływ krwi: 350 ml/min. Antykoagulacja: Fragmin roztwór do wstrzyknięć 5 tys. j.m. antyXa/0,2 mL 10 ampułkostrzykawk 0,2 mL ryczałt 5000 j.m. Suchy ciężar ciała 75,5 kg.

Pacjent w okresie od 15.04.2023 do 29.04.2023 był hospitalizowany w Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej w Warszawie z powodu zakażenia graftu. 16.04.2023 wykonano graftectomię. Wskazaniem do graftectomii było zakażenie nerki przeszczepionej. W okresie pooperacyjnym pacjent wymagał przetoczenia 3 jedn. KKCz, gdyż morfologia wykonana 30.04.2023 r. wykazała niskie wartości (9,6 g/dL).

W maju i sierpniu 2023 r. pacjent był hospitalizowany w Oddziale Kardiologicznym, gdzie po wykonaniu selektywnej koronografii stwierdzono istotne zwężenie w D1, które poszerzono implantacją stentu DES.

Pacjent w wywiadzie podaje, że w czerwcu 2023 r. przeszedł badanie endoskopowe górnego odcinka przewodu pokarmowego, ponieważ często występowały u niego bóle brzucha, nudności oraz wymioty. W wyniku tego badania stwierdzono zapalenie błony śluzowej żołądka, nie-szczelność wpustu. Test HP (*Helicobacter pylori*) ujemny.

Po wyrażeniu zgody przez pacjenta na ponowny zabieg transplantacji nerki wykonano badania niezbędne do powtórnej kwalifikacji do przeszczepu nerki. Pacjent aktywny na KLO przeszczepów unaczynionych od 21.09.2023. Pacjent jest nadal w programie przewlekłej hemodializy w cyklu 3x w tygodniu po 270 min.

Proces pielęgnowania

W obecnej chwili jak podaje pacjent w wywiadzie ponownie został włączony do programu przewlekłych dializ z powodu ustania czynności nerki przeszczepionej. Usunięty został również graft z powodu zakażenia i niewydolności nerki przeszczepionej. Hemodializa jest w cyklu 3 x w tygodniu (Wt., Cz., Sob.), czas dializy: 245 min, przepływ krwi: 270 ml/min.

Hemodializy bardzo źle znosi, jak podaje w wywiadzie. Odczuwa z dużą intensywnością bóle fizyczne tj. obolałe mięśnie, ból głowy (wg skali NRS –7), skurcze, świąd oraz suchość skóry, zadyszka, wyczerpanie, brak energii, zaburzenia ze strony układu pokarmowego. Jak sam mówi "jakby ktoś z niego wysłał całą krew". Chroniczne zmęczenie i zaburzony sen źle wpływają na jego kondycję psychiczną, relacje z rodziną zwłaszcza z żoną oraz na spotkania towarzyskie. Pacjent sam dba o samopielęgnację, sam przygotowuje posiłki dla siebie, dba o dietę niskosodową, niskopotasową, niskofosforanową, bogatą białkowo, ale po hemodializach potrzebuje pomocy przy wykonaniu tych czynności, gdyż niejednokrotnie jest zależny od pomocy bliskich. Bardzo uciążliwe dla niego jest ograniczenie spożycia płynów ze względu na możliwość przewodnienia organizmu. Wykluczenie zawodowe powoduje frustrację i czuje się zbędną osobą w życiu rodzinnym. Świadomość, że zakwalifikował się na listę oczekujących na przeszczep ma nadzieję na lepsze jutro, jak podaje w wywiadzie.

W wywiadzie pacjent przedstawił listę leków jakie zażywa zgodnie z zaleceniami lekarskimi: Furosemid 40 mg, Controloc 40 mg, Alfadiol 0,25 µg, Simvasteryl 30 mg, Acard 75 mg, Iporel 75 µg, Calperos 1 g, Betaloc ZOK 100 mg, Milurit 100 mg.

Pacjent podczas wywiadu wypełnił kwestionariusz WHOQOL – BREF oceniający jakość życia, wyraził zgodę na badania fizykalne, których wartości przedstawiały się następująco: ciśnienie tętnicze krwi RR 100/60 mmHg, tętno 77 ud/min, temperatura ciała 36,8 °C, waga 75,5 kg, wzrost 183 cm, BMI 22,54. Od dawna porzucił nałogi jak palenie papierosów oraz alkohol.

Tabela 4. Stan biologiczny pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta: A.K		
Układ nerwowy	Ocena świadomości	Pełna
	Wzrok	Prawidłowy
	Słuch	Prawidłowy
	Sen	Zaburzony
Układ krążenia	RR	100/60 mmHg
	Hr	77 ud/min
	Obrzęki	Miejscowe
	Omdlenia	Nie
Układ oddechowy	Oddech	Prawidłowy
	Kaszel	Brak
	Duszność	Wysiłkowa
	Plwocina	Brak
Układ pokarmowy	Jama ustna	Bez zmian
	Apetyt	Zmniejszony
	Pragnienie	Wzmożone
	Wydalenie	Zaparcia
	Dolegliwości	Nudności, wymioty, wzdęcia
	Ciężar ciała	Prawidłowy - BMI 22,54
	Dieta	Wysokobiałkowa
Układ moczowo-płciowy	Ilość moczu	Skąpomocz
	Oddawanie moczu	Utrudniony odpływ
	Cykl miesięczkowy	Nie dotyczy
Układ kostno-stawowy	Ruchomość	Pełna
	Postawa ciała	Prawidłowa
	Poruszanie się	Samodzielne
Stan skóry	Skóra	Czysta, biała
	Zmiany i urazy	Brak
	Stan włosów	Dobry
	Stan paznokci	Dobry
Ból	Umiejscowienie	Głowa, klatka piersiowa, mięśnie
	Natężenie	Silny
	Charakter	Ostry, promieniujący
	Co przynosi ulgę	Farmakologia

Źródło: Opracowanie własne

W dniu przeprowadzenia wywiadu pielęgniarskiego dzięki precyzyjnym odpowiedziom pacjenta, rodziny, wypełnionego kwestionariusza oceny jakości życia i własnej obserwacji można było dokonać oceny stanu bio-psycho-społecznego pacjenta.

Na podstawie uzyskanych informacji z przeprowadzonego wywiadu z pacjentem i jego rodziną, analizie dokumentacji medycznej, badania fizykalnego oraz własnej obserwacji sformułowano diagnozy pielęgniarskie oraz wspólnie z pacjentem ustalenie celu opieki i plan działania.

Problem pielęgnacyjny 1: Ryzyko zaburzeń czynności układu sercowo-naczyniowego spowodowane przewlekłymi dializami oraz wahaniami ciśnienia tętniczego. Cel opieki: Zapobieganie wystąpieniu zaburzeń sercowo-naczyniowych.

Działania pielęgniarские:

- systematyczne monitorowanie wartości RR oraz tętna, dokumentowanie wyników w dzienniczku samokontroli,
- obserwacja pacjenta podczas podawania leków obniżających ciśnienie,
- obserwacja pacjenta w zakresie wystąpienia objawów zaburzeń rytmu serca,
- przestrzeganie zażywania leków zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- edukacja pacjenta na temat diety i jej wpływu na stan zdrowia,
- edukacja pacjenta na temat prawidłowego mierzenia ciśnienia tętniczego krwi oraz konieczności dokumentowania w dzienniczku samokontroli.

Problem pielęgnacyjny 2: Występujące obrzęki spowodowane przewlekłą niewydolnością nerek.

Cel opieki: Monitorowanie wielkości obrzęków oraz profilaktyka wystąpienia obrzęku płuc.

Działania pielęgniarские:

- monitorowanie wagi pacjenta,
- prowadzenie bilansu płynów oraz dokumentowanie w dzienniczku samokontroli,
- stosowanie leków moczopędnych,
- edukacja pacjenta na temat diety i jej wpływu na stan zdrowia,
- przestrzeganie zalecanej diety,
- pomiar podstawowych parametrów życiowych oraz ich udokumentowanie.

Problem pielęgnacyjny 3: Dyskomfort spowodowany nudnościami i/lub wymiotami:

Cel opieki: Zmniejszenie wymiotów oraz uniknięcie zaaspirowania treści żołądkowej do dróg oddechowych.

Działania pielęgniarские:

- ocena nasilenia dolegliwości ze strony układu pokarmowego,
- wykonanie higieny jamy ustnej oraz nawilżenie śluzówki jamy ustnej,
- edukacja pacjenta na temat diety i jej wpływu na stan zdrowia,

Tabela 5: Kwestionariusz oceny jakości życia WHOQOL-BREF

Imię i nazwisko pacjenta: A.K.		
Pytanie o sprawy życia z ostatnich czterech tygodni	Jaka jest Pana jakość życia?	Zła
	Czy jest Pan zadowolony ze swojego życia?	Niezadowolony
Pytania dotyczące nasilenia stanów, których Pan doznawał w ciągu ostatnich czterech tygodni	Jak ból fizyczny przeszkadzał Panu robić to, co Pan powinien?	W dużym stopniu
	W jakim stopniu potrzebuje Pan leczenia medycznego do codziennego funkcjonowania?	W dużym stopniu
	Ile ma Pan radości w życiu?	Nieco
	W jakim stopniu ocenia Pan, że Pana życie ma sens?	Nieco
	Czy dobrze Pan koncentruje uwagę?	Średnio
	Jak bezpiecznie czuje się Pan w swoim codziennym życiu?	Średnio
	W jakim stopniu Pana otoczenie sprzyja zdrowiu?	Dość dobrze
Pytania dotyczące tego, jak Pan czuje się i jak Panu wiodło się w ciągu ostatnich czterech tygodni	Czy ma Pan wystarczająco energii w codziennym życiu?	Nieco
	Czy jest Pan w stanie zaakceptować swój wygląd (fizyczny)?	Przeważnie
	Czy mam Pan wystarczająco dużo pieniędzy na swoje potrzeby?	Nieco
	Na ile dostępne są informacje, których może Pan potrzebować w codziennym życiu?	Przeważnie
	W jakim zakresie ma Pan sposobność realizowania swoich zainteresowań?	Wcale
	Jak odnajduje się Pan w tej sytuacji?	Źle
	Czy jest Pan zadowolony ze swojego stanu?	Bardzo niezadowolony
	W jakim stopniu jest Pan zadowolony ze swojej wydolności w życiu codziennym?	Niezadowolony
	W jakim stopniu jest Pan zadowolony ze swojej zdolności (gotowości) do pracy?	Bardzo niezadowolony
	Czy jest Pan zadowolony z siebie?	Niezadowolony
	Czy jest Pan zadowolony ze swoich relacji z ludźmi?	Ani zadowolony, ani niezadowolony
	Czy jest Pan zadowolony ze swojego życia intymnego?	Bardzo niezadowolony
	Czy jest Pan zadowolony z oparcia, wsparcia, jakie dostaje Pan od swoich przyjaciół?	Zadowolony
	Jak bardzo jest Pan zadowolony ze swoich warunków mieszkaniowych?	Zadowolony
	Jak bardzo jest Pan zadowolony z placówek służby zdrowia?	Zadowolony
Czy jest Pan zadowolony z komunikacji (transportu)?	Zadowolony	
Pytanie odnoszące się do częstotliwości doznań, jakich Pan doświadcza o okresie ostatnich czterech tygodni	Jak często doświadcza Pan negatywnych uczuć, takich jak przygnębienie, rozpacz, lęk, depresja?	Bardzo często

Źródło: opracowanie własne

- stosowanie zalecanej diety przez pacjenta,
- prowadzenie bilansu płynów oraz dokumentowanie w dzienniczku samokontroli,
- zastosowanie leków minimalizujących nudności, ograniczających wymioty,
- pobranie materiału do badań w kierunku oznaczenia elektrolitów na zlecenie lekarza,
- przyjęcie przez pacjenta pozycji półwysokiej.

Problem pielęgnacyjny 4: Ryzyko wystąpienia infekcji spowodowane obniżoną odpornością przez stosowanie leków immunosupresyjnych.

Cel opieki: Zapobieganie wystąpienia infekcji oraz poprawa odporności.

Działania pielęgniarские:

- obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia niepokojących objawów,
- systematyczne przyjmowanie leków zgodnie z zaleceniem lekarskim,
- utrzymanie higieny ciała oraz bielizny pościelowej,
- pomiar podstawowych parametrów życiowych, udokumentowanie w dzienniczku samokontroli,
- zadbanie o poprawę odporności tj. stosowanie preparatów z witaminą C, diety wysokobiałkowej,
- poinformowanie chorego i rodziny o konieczności wyeliminowania źródeł potencjalnego zakażenia,
- zapewnienie choremu odpowiedniego wypoczynku oraz świeżego powietrza.

Problem pielęgnacyjny 5: Ograniczona samoopieka i samopielęgnacja z powodu skutków dializoterapii.

Cel opieki: Zapewnienie pacjentowi pomocy związanej z samoopieką i samopielęgnacją.

Działania pielęgniarские:

- ocena poziomu deficytu w samoopiece i samopielęgnacji wg skali Barthel,
- udzielanie wsparcia i pomocy przy czynnościach dnia codziennego,
- asystowanie pacjentowi przy czynnościach higienicznych,
- edukacja pacjenta w kierunku wyjaśnienia istoty choroby i radzenia sobie z powikłaniami,
- zachęcenie pacjenta do rehabilitacji nefrologicznej po dostosowaniu indywidualnie dobranego programu fizjoterapeutycznego,
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa.

Problem pielęgnacyjny 6: Możliwość wystąpienia zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej i kwasicy metabolicznej.

Cel opieki: Utrzymanie równowagi wodno-elektrolitowej i zapobieganie kwasicy metabolicznej.

Działania pielęgniarские:

- systematyczne przyjmowanie leków zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- pomiar podstawowych parametrów życiowych,
- edukacja pacjenta na temat diety i jej wpływu na stan zdrowia,
- przestrzeganie zalecanej diety i kontrola przyjmowanych płynów,

- pobieranie materiału do badań laboratoryjnych na zlecenie lekarskie.

Problem pielęgnacyjny 7: Występowanie uporczywych bóli mięśni, głowy spowodowane przewlekłą dializoterapią.

Cel opieki: Zniwelowanie bólu.

Działania pielęgniarские:

- ocena skali bólu za pomocą skali NRS,
- pomiar podstawowych parametrów życiowych,
- zapewnienie pacjentowi spokoju i bezpieczeństwa
- edukacja pacjenta w kierunku metod łagodzenia bólu,
- zachęcenie pacjenta do rehabilitacji nefrologicznej po dostosowaniu indywidualnie dobranego programu fizjoterapeutycznego,
- zastosowanie leków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- eliminacja czynników powodujących natężenie bólu.

Problem pielęgnacyjny 8: Świąd i suchość skóry jako powikłanie przewlekłej hemodializy.

Cel opieki: Złagodzenie świądu i suchości skóry.

Działania pielęgniarские:

- ocena stanu skóry pacjenta,
- zastosowanie maści oraz kremów nawilżających,
- przyjmowanie leków według zaleceń lekarskich,
- edukacja pacjenta na temat diety i jej wpływu na stan zdrowia,
- stosowanie diety niskofosforanowej,
- eliminowanie czynników alergizujących,
- stosowanie lekkiej, przewiewnej odzieży,
- unikanie gorących kąpeli.

Problem pielęgnacyjny 9: Ryzyko zakażenia dostępu naczyniowego z powodu nienależytej higieny.

Cel opieki: Zapobieganie zakażeniu dostępu naczyniowego.

Działania pielęgniarские:

- obserwacja i częste monitorowanie "szumu" przetoki,
- edukacja pacjenta w zakresie samoopieki,
- dbanie o higienę ciała, a szczególnie okolicy przetoki,
- wykonywanie treningu przetoki według zaleceń pielęgniarских,
- obserwacja przetoki pod kątem wystąpienia objawów, tj. ból, zaczerwienienie, stwardnienie, gorączka.

Problem pielęgnacyjny 10: Występowanie zespołu przewlekłego zmęczenia i wyczerpania spowodowanego przewlekłymi dializami.

Cel opieki: Łagodzenie i radzenie sobie ze zmęczeniem i wyczerpaniem.

Działania pielęgniarские:

- ocena stanu zmęczenia i wyczerpania pacjenta,
- zachęcenie do wypoczynku i zastosowania metod relaksacyjnych,
- zachęcenie pacjenta do rehabilitacji nefrologicznej po dostosowaniu indywidualnie dobranego programu fizjoterapeutycznego,

- okazanie zrozumienia,
- zapewnienie wsparcia i bezpieczeństwa,
- dbanie o prawidłową higienę snu.

Problem pielęgnacyjny 11: Występowanie napięcia emocjonalnego, stresu i depresji związanego z niepokojem o swoje dalsze losy.

Cel opieki: Złagodzenie napięć emocjonalnych, stresu i depresji.

Działania pielęgniarские:

- ocena wpływu choroby na stan emocjonalny pacjenta,
- wyjaśnienie pacjentowi w sposób zrozumiały jego wątpliwości i wahania związane z chorobą,
- okazanie zrozumienia,
- rozmowa z pacjentem, zapewnienie wsparcia psychicznego i poczucia bezpieczeństwa,
- wyjaśnienie pacjentowi, że wahania stanu fizycznego związanego z przebiegiem choroby powodują nawroty przygnębienia, smutku i niepokoju
- edukacja oraz motywowanie rodziny do wszechstronnego wsparcia chorego,
- zaproponowanie pacjentowi pomocy psychologa.

Ewaluacja działań pielęgniarских

W wyniku zaplanowanych działań pielęgniarских osiągnięto następujące założenia:

1. Za sprawą holistycznego podejścia pielęgniarki do pacjenta uzyskano równowagę ustrojową. Podczas wnikliwej obserwacji i oceny stanu pacjenta na czas zareagowano na istotne czynniki wpływające na zaburzenia wodno-elektrolitowe, w odpowiednim czasie podjęto leczenie i osiągnięto homeostazę.
2. W skutecznej komunikacji z pacjentem, która jest kluczowym elementem opieki pielęgniarskiej, ważne było:
 - zrozumienie poziomu świadomości pacjenta - dostosowanie sposobu komunikacji do poziomu edukacyjnego pacjenta, unikając języka medycznego upewniając się, że pacjent rozumie swoje zaburzenia elektrolitowe oraz wyjaśniając, dlaczego równowaga elektrolitowa jest istotna dla zdrowia,
 - uważne słuchanie - należy być uważnym na obawy, pytania i doświadczenia pacjenta związane z zaburzeniem elektrolitowym, co przyczyni się do określenia jego potrzeb i obaw ułatwiając tym lepsze zrozumienie sytuacji pacjenta,
 - ustalanie celu i planu opieki wspólnie z pacjentem - zachęcenie pacjenta do aktywnego uczestnictwa w decyzjach dotyczących opieki nad jego zdrowiem, może zwiększyć jego zaangażowanie,
 - zwracanie uwagi na komunikację niewerbalną - zwrócenie uwagi na gesty, mimikę twarzy i ton głosu co może być równie istotne jak słowne przekazywanie informacji,
 - powtarzanie kluczowych informacji - pacjenci z zaburzeniami elektrolitowymi mogą być zaniepokojeni i przyswajać informacje z trudnością, dlatego ważne

jest powtarzanie kluczowych informacji, zapewnienie informacji na piśmie, aby pacjent mógł do nich wracać,

- wspieranie emocjonalne - zaburzenia elektrolitowe mogą wpływać nie tylko na stan fizyczny, ale także emocjonalny pacjenta, dlatego udzielenie wsparcia emocjonalnego pozwala pacjentowi wyrazić swoje uczucia i obawy.
3. Wskutek działań rehabilitacyjnych dostosowanych do indywidualnych potrzeb pacjenta, które odgrywają kluczową rolę w poprawie funkcji fizycznych, psychicznych i społecznych, poprawiła się jakość życia pacjenta co wspomogło proces zdrowienia.
 4. Rola rodziny w opiece nad pacjentem była niezmiernie istotna i wpłynęła zarówno na proces leczenia, jak i jakość życia pacjenta. Poniżej przedstawiam działania, których rodzina podjęła się przy opiece nad pacjentem:
 - wsparcie emocjonalne - najważniejszą rolą rodziny, jak podkreśla de Walden-Gałuszeko, jest wspieranie emocjonalne pacjenta w czasie trwania choroby, a w szczególności w trudnych momentach chorowania [8],
 - uczestnictwo w procesie leczenia - rodzina aktywnie uczestniczyła w procesie leczenia pacjenta. Były to zadania związane z bezpośrednią opieką, pomocą w umawianiu i przestrzeganiu wizyt lekarskich, pomocą w organizacji leków czy dostarczaniu posiłków,
 - monitorowanie objawów i postępu - bieżące obserwacje ze strony bliskich dostarczyły cenne informacje lekarzom i pielęgniarkom, co umożliwiło szybsze dostosowanie planu leczenia,
 - pomoc w czynnościach dnia codziennego - rodzina odegrała kluczową rolę w pomocy przy codziennych czynnościach, związanych z higieną osobistą, ubieraniem, przygotowywaniem posiłków czy zarządzaniem lekami,
 - edukacja pacjenta i rodziny - rodzina wspierała pacjenta, pomagając w zrozumieniu informacji przekazywanych przez zespół medyczny oraz podejmowała działania zmierzające do poprawy zdrowia,
 - zapewnienie komfortu i bezpieczeństwa - rodzina stworzyła środowisko sprzyjające szybszemu zdrowieniu zapewniając komfort, bezpieczeństwo i poczucie wsparcia co wpłynęło znacząco na samopoczucie pacjenta.

Przedstawione metody opieki wpłynęły przede wszystkim na złagodzenie cierpienia pacjenta zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej. Pomimo problemów związanych z postrzeganą chorobą i jej późniejszym leczeniem, pozytywny wpływ na leczenie miała osobowość pacjenta, w tym wola walki i umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Pacjent jest zaangażowany w leczenie i powrót do zdrowia. Wysiłki całego personelu pielęgniarского, rodziny i przyjaciół wpłynęły pozytywnie na skuteczność leczenia, gdyż pacjent znalazł wiarę i siłę do pokonania choroby.

Podsumowanie i wnioski

Jakość życia pacjentów z zaburzeniami gospodarki wodno-elektrolitowej jest problemem wielowymiarowym obejmującym aspekty fizyczne, psychospołeczne i emocjonalne. Choroba wpływa na codzienne funkcjonowanie i wymaga intensywnego leczenia. Ważne jest, aby zrozumieć ogólne determinanty jakości życia, ustalić obszary wymagające poprawy i zidentyfikować wyniki kliniczne.

Holistyczne podejście do problemów pacjenta, zapewnienie mu profesjonalnej opieki jest niezbędne w opiece nad chorym z zaburzeniami gospodarki wodno-elektrolitowej. Pielęgniarka powinna wspierać pacjenta w sferze zarówno medycznej, psychospołecznej jak i duchowej. W powodzeniu leczenia duże znaczenie ma również edukacja pacjenta z zaburzeniami wodno-elektrolitowymi. Takie całościowe podejście do pacjenta, utożsamienie się z jego cierpieniem, wspieranie go na każdym etapie choroby może przyczynić się do poprawy jakości jego życia, samoakceptację i wolę walki z chorobą.

Rola rodziny w opiece nad chorym jest bardzo ważna. Rodzina odgrywa kluczową rolę zarówno pod względem emocjonalnym, jak i praktycznym. Wsparcie rodziny i bliskich może znacząco wpływać na przebieg leczenia i jakość życia pacjenta. Rodzina może zapewnić wsparcie emocjonalne, dać poczucie bezpieczeństwa, pomóc w codziennych czynnościach i być integralną częścią procesu rehabilitacji. Rola rodziny jest również cenna przy przekazywaniu informacji pomiędzy pacjentem a zespołem terapeutycznym co pomaga dostosować plan leczenia i opieki do indywidualnych potrzeb pacjenta. Dlatego praca z rodziną jest nieodzownym elementem holistycznego podejścia pielęgniarki do opieki nad pacjentem.

Bibliografia

1. Błaszczuk U., Zalejska-Fiolka J.: Gospodarka wodno-elektrolitowa. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach. 2020.
2. Łubkowska B.: Rola wody w życiu człowieka i środowisku. Żywnienie a Środowisko. Gdańsk. 2016.
3. Budziszewska B.: Zaburzenia metaboliczne i wodno-elektrolitowe u pacjentów z hematologicznymi chorobami nowotworowymi. *Varia Medica*; 3/2018.
4. Alexander J., „et al.”; red. Scott D. C. Stern, red. Adam S. Cifu, red. Diane Altkorn, tł. Berski M.: Diagnostyka różnicowa oparta na EBM. *Medycyna Praktyczna*. Kraków. 2023; (29). - XV, [1], 736
5. Górski J.: Fizjologia człowieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa. 2010.
6. Kózka M., Lenartowicz H.: Metodologia badań w pielęgniarstwie. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 2010
7. <https://www.poliilko.pl/wp-content/uploads/2023/02/Kwestionariusz-WHOQOL-BREF.pdf>
8. De Walden-Gałuszko K. (red.): *Psychoonkologia*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej. 2000

Data przyjęcia: 02.06.2024

Data recenzji: 16.09.2024

Data wydania: 27.09.2024

Wpływ nikotynizmu na choroby sercowo-naczyniowe

The impact of nicotine addiction on cardiovascular diseases

Klaudia Mistygacz

Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie

Streszczenie

Wstęp: Palenie tytoniu jest głównym, a równocześnie modyfikowalnym czynnikiem ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. W 1958 roku Hammond po raz pierwszy powiązał palenie papierosów ze zgonami z powodu chorób serca. Oczywiście jest, że palenie tytoniu powoduje częste występowanie chorób układu krążenia. Światowa Organizacja Zdrowia uznała palenie papierosów za największą, pojedynczą, możliwą do wyeliminowania przyczyną zgonów w Europie.

Cel: Celem głównym mojej pracy było ukazanie szkodliwości palenia tytoniu, a przede wszystkim jego destrukcyjnego wpływu na układ krążenia człowieka.

Materiał i metody: Metodą badawczą w była metoda indywidualnego przypadku. W case study wykorzystano: obserwację pacjenta, analizę dokumentacji medycznej oraz pomiary (badanie fizykalne, Skala SCORE, skala Barthel, Skala Katza).

Wyniki: Po obliczeniu przez kalkulator SCORE ryzyko w skali Pol -SCORE to 6% w przypadku tego pacjenta. Wynik oznacza duże ryzyko chorób sercowo – naczyniowych. Ocena sprawności funkcjonalnej pacjenta według skali Barthel. Przyjęto trzy przedziały wyniku skali: 0–20 punktów – osoba niezdolna do samoopieki, stan ciężki, 25–85 punktów – osoba wymagająca częściowej pomocy, stan średnio ciężki, 90–100 punktów – osoba samodzielna, stan lekki. Pacjent R.M po angioplastyce wieńcowej otrzymał 40 punktów w skali Barthel co po interpretacji wyników oznacza, że wymaga częściowej pomocy – stan średnio ciężki. W ocenie podstawowych czynności życiowych wg. skali KATZA, pacjent otrzymał 3 pkt co świadczy o umiarkowanej niepełnosprawności. **Wnioski:** Ewaluacja działań pielęgniarskich pozwoliła ocenić proces pielęgnowania pacjenta z którego wynika, że opieka nad pacjentem po zawale mięśnia serca, palącego tytoniu powinna być długofalowa. Przy odpowiedniej opiece medycznej, dbanie o własne zdrowie (odstawienie nikotyny) i pozytywne nastawienie pacjenta, rokowania na przyszłość są optymistyczne.

Słowa kluczowe: palenie tytoniu, nałóg, choroby układu sercowo-naczyniowego

Abstract

Introduction: Tobacco smoking is the main and at the same time modifiable risk factor for cardiovascular diseases. In 1958, Hammond first linked cigarette smoking to deaths due to heart disease. It is obvious that smoking causes frequent occurrence of circulatory system diseases. The World Health Organization has recognized cigarette smoking as the single largest, preventable cause of death in Europe.

Aim: The main aim of my work was to show the harmfulness of tobacco smoking, and above all its destructive impact on the human circulatory system.

Material and methods: The research method was the individual case method. The case study used: patient observation, analysis of medical records and measurements (physical examination, SCORE scale, Barthel scale, Katz scale).

Results: After calculation by the SCORE calculator, the risk on the Pol -SCORE scale is 6% for this patient. The result means a high risk of cardiovascular diseases. Assessment of the patient's functional capacity according to the Barthel scale. Three ranges of the scale score were adopted: 0–20 points – a person unable to take care of themselves, severe condition, 25–85 points – a person requiring partial assistance, moderately severe condition, 90–100 points – an independent person, mild condition. Patient R.M. received 40 points on the Barthel scale after coronary angioplasty, which after interpretation of the results means that he requires partial assistance – moderately severe condition. In the assessment of basic life functions according to the KATZ scale, the patient received 3 points, which indicates moderate disability.

Conclusions: The evaluation of nursing activities allowed us to assess the process of nursing the patient, which shows that care for a patient after a heart attack, a smoker, should be long-term. With appropriate medical care, taking care of one's own health (withdrawal from nicotine) and a positive attitude of the patient, the prognosis for the future is optimistic.

Keywords: smoking, addiction, cardiovascular diseases

Wstęp

Palenie tytoniu zwiększa w istotny sposób zachorowalność na liczne choroby [1]. Jest przyczyną śmierci 10% osób dorosłych. Do 2023 proporcje te miały wzrosnąć do 10 milionów zgonów na rok. Jest to więcej niż w przypadku jakiegokolwiek innego czynnika. Przy utrzymaniu się tej tendencji około 5 milionów osób żyjących obecnie na świecie zginą przez tytoń. Połowa zgonów przypadnie na wiek średni w okresie produkcyjnym, zabierając im 20-25 lat życia. Śmierć z powodu chorób tytoniozależnych, zjawisko dotyczące niegdyś jedynie mężczyzn, zaczyna obecnie dotyczyć również kobiet [2]. W skład dymu tytoniowego wchodzi wiele substancji o kancerogennym działaniu np. substancje smoliste, które gromadząc się przez lata mogą powodować nowotwory płuc, przełyku, krtani, gardła. W skład dymu wchodzi również tlenek węgla, fenole, cyjanowodór, które działają na układ oddechowy upośledzając jego funkcję. Palenie tytoniu także negatywnie wpływa na układ krążenia, powodując powstawanie chorób serca, zawałów serca, nadciśnienia tętniczego, udarów, tętniaków. Również układ pokarmowy odczuwa negatywny wpływ dymu tytoniowego. U palaczy częściej występują wrzody żołądka, dwunastnicy z powodu nadprodukcji soku żołądkowego [3]. Wśród palaczy częściej występują przypadki choroby Leśniowskiego-Crona, nowotwory złośliwe trzustki, zatok przynosowych, szyjki macicy, gruczolaki nerki, przypadki białaczki [4]. Palenie papierosów jest bardzo niebezpieczne dla kobiet w ciąży, gdyż negatywne skutki palenia tytoniu ponosi dziecko. Dzieci palących matek rodzą się przedwcześnie z niską wagą urodzeniową, często z zapaleniem ucha środkowego i zakażeniem dróg oddechowych oraz astmą. Skutki palenia tytoniu widać również na zewnątrz, występuje brunatny nalot na zębach, skóra palaczy jest sucha, ziemista [3].

Choroby układu krążenia związane z nikotynizmem

Od dawna wiadomo, że palenie tytoniu zwiększa zachorowalność oraz śmiertelność na choroby sercowo-naczyniowe. Na te choroby ma wpływ ilość wypalanych papierosów dziennie jak i okres palenia. Również bierne palenie zwiększa ryzyko chorób sercowo-naczyniowych [1]. Dym tytoniowy jest aerozolem, który składa się z cząstek fazy stałej i ciekłej, w skład którego wchodzi cztery tysiące związków w większości toksycznych, kancerogennych, mutagennych, teratogennych. Istotnym czynnikiem dymu tytoniowego jest wielkość zawartych w nim cząsteczek. Najbardziej patogenetyczne cząsteczki są mniejsze niż dziesięć mikronów, które określa się jako PM-10. Cząsteczki te docierają do najgłębszych struktur układu oddechowego skąd poprzez krążenie rozprowadzane są po całym organizmie działając toksycznie na wszystkie procesy życiowe tkanek i narządów. Na układ krążenia zasadniczy wpływ mają składniki dymu tytoniowego, które dostają się tu bezpośrednio z płuc takie jak: nikotyna, tlenek węgla, cyjanki, wolne rodniki tlenowe, jak również mediatory zapalenia powstające pod wpływem drażniącego dymu tytoniowego [5].

Palenie tytoniu jest głównym, a równocześnie modyfikowalnym czynnikiem ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. W 1958 roku Hammond po raz pierwszy powiązał palenie papierosów ze zgonami z powodu chorób serca. Oczywiście jest, że palenie tytoniu powoduje częste występowanie chorób układu krążenia. Światowa Organizacja Zdrowia uznała palenie papierosów za największą, pojedynczą, możliwą do wyeliminowania przyczyną zgonów w Europie [5].

Choroby układu krążenia powstają w wyniku tzw. oddziaływania czynników ryzyka. Przy występowaniu kilku czynników ryzyka wzrasta znacznie możliwość zachorowania. Do chorób układu krążenia należą:

- nadciśnienie tętnicze,
 - choroba wieńcowa,
 - zawał mięśnia serca,
 - niewydolność serca,
 - arytmie,
 - udar mózgu,
 - choroby naczyń obwodowych.
- Przyczyny chorób układu krążenia:
- palenie tytoniu,
 - mała aktywność fizyczna,
 - otyłość brzuszna,
 - cukrzyca typu II,
 - podwyższony poziom cholesterolu,
 - nadużywanie alkoholu,
 - nadwaga,
 - zaawansowany wiek,
 - stres, depresja,
 - genetyczne obciążenie chorobami serca [6].

Nadciśnienie tętnicze

Według Światowej Organizacji zdrowia nadciśnienie tętnicze jest jedną z najczęstszych przyczyn zgonów na świecie. Według przeprowadzonych badań przez NATPOL na tą jednostkę chorobową w Polsce choruje ok. 29 % mężczyzn i tyle samo procent kobiet co daje nam ok 9 milionów ludzi chorych w naszym kraju [7]. Nadciśnienie tętnicze to choroba objawiająca się podwyższonym ciśnieniem krwi o wartości 140/90 mmHg. Nadciśnienie tętnicze dzielimy na:

- Pierwotne – to takie które występuje samoistnie wskazuje na udział stylu życia, środowiska, diety oraz genów.
- Wtórne – zwane inaczej objawowym polega na podwyższonym ciśnieniu tętniczym z przyczyn innej choroby np. choroby tarczycy.

Choroba wieńcowa

Choroba wieńcowa charakteryzuje się niedokrwieniem serca spowodowana znacznym zwężeniem a nawet zamknięciem naczyń wieńcowych. Dławica piersiowa i zawał serca to najbardziej powszechne obrazy kliniczne choroby. Podłożem choroby wieńcowej jest miażdżycza naczyń krwionośnych [8]. Z ponad 250 poznanych dziś czynników, trzy uznano za najważniejsze przyczynowe choroby. Należą do nich zaburzenia lipidowe i podwyż-

szony poziom cholesterolu, niekontrolowane nadciśnienie tętnicze i palenie tytoniu. Te czynniki są uwzględniane we wszystkich programach prewencyjnych na świecie [9].

Zawał mięśnia serca

Mechanizmem który bezpośrednio prowadzi do zawału jest pęknięcie lub krwotok do blaszki miażdżycowej lub narastanie zakrzepu na jej powierzchni. Jeśli średnica naczynia zostanie zwężona powyżej 2/3 do 3/4 następuje dokonanie zawału mięśnia serca. Jeśli nie nastąpi udrożnienie naczynia dochodzi do martwicy tego fragmentu mięśnia serca [10]. Niektóre z czynników ryzyka wystąpienia zawału mięśnia serca można poddać częściowej lub całkowitej modyfikacji. Zaprzestanie palenia tytoniu jest najbardziej skutecznym postępowaniem leczniczym w zmniejszeniu ryzyka zawału serca [11]. Badania kliniczne przeprowadzone w 25 krajach w tym i w Polsce dowiodły, że u palących zawał serca występował o 11,5 lat wcześniej niż w grupie niepalących [26].

Arytmie

Arytmia to nieregularne bicie serca, które dzieli się na tachykardię czyli przyspieszone bicie serca (więcej jak 100 uderzeń na minutę), oraz bradykardię czyli niski rytm bicia serca.

Tachykardię dzielimy na zatokową – spowodowaną przez węzeł zatokowy, gdzie akcja serca zwiększa się w wyniku związków organicznych np. w trakcie wysiłku fizycznego, nadkomorową – rytm serca powstaje z przedsionków lub węzłów przedsionkowo – komorowego, komorową – gdzie impuls powstaje z komory serca [13].

Bradykardię dzielimy na: fizjologiczną i patologiczną. Fizjologiczna najczęściej występuje w grupie sportowców natomiast patologiczna są to zaburzenia powstałe w wytwarzaniu bodźców w układzie bodźcotwórczym może również pochodzić od złego działaniem leków.

Zazwyczaj choroby układu sercowo – naczyniowego odpowiadają za zaburzenia rytmu serca i należą do nich miażdżyca, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby tarczycy. Czynniki ryzyka arytmii są:

- długotrwały stres,
- nadużywanie kofeiny,
- palenie papierosów,
- przyjmowanie niektórych leków.

Porównując osoby palące i niepalące zauważono, że ilość wypalanych papierosów ma znaczący wpływ na ryzyko wystąpienia migotania przedsionków. Badania wykazały, że każde 10 papierosów wypalanych więcej dziennie zwiększa o 14 % ryzyko wystąpienia migotania przedsionków [14].

Udar mózgu

Choroby naczyniowe mózgu, a zwłaszcza udar mózgu stanowi jedną z najpoważniejszych problemów współczesnej medycyny. Najczęstszym przejawem choroby mózgowo – naczyniowej jest udar mózgu. Udar mózgu

jest zespołem klinicznym, który charakteryzuje się nagłą utratą ogniskowej lub rzadziej ogólnej funkcji mózgu z powodu zaburzeń w ukrwieniu mózgu. Zaburzeniu w ukrwieniu mózgu polegają na niedokrwieniu – zawał mózgu lub krwotoku – wylew śródczaszkowy. Taka definicja udaru mózgu obejmuje:

- udar niedokrwienno mózgu,
- krwotok śródmózgowy,
- krwotok podpajęczynówkowy,
- krwotok śródkomorowy,

Udar niedokrwienno stanowi 80% wszystkich udarów mózgu, 10% to krwotoki śródmózgowe, 5% stanowią krwotoki podpajęczynówkowe pozostałe 5% to zespoły udarowe trudno do sklasyfikowania [15]. Objawy udaru mózgu:

- niedowład,
- porażenia połowicze,
- deficyt połowiczny czucia,
- afazja (przy niedowładach prawostronnych),
- apraksja (przy niedowładach lewostronnych).

Do czynników ryzyka zalicza się styl życia oraz obciążenia chorobowe, są to między innymi:

- przewlekły nikotynizm,
- alkoholizm,
- uzależnienia lekowe,
- wiek (zwiększa się dwukrotnie co 20 lat),
- płeć,
- czynniki rodzinne i genetyczne,
- nadciśnienie tętnicze,
- choroby serca,
- cukrzyca [16].

Badanie Chorób Serca w Framingham było jednym z pierwszych, które oceniło związek palenia tytoniu z postacią udaru mózgu, liczbą wypalanych papierosów i wpływem zaprzestania palenia. Ryzyko udaru u nałogowych palaczy palących 40 papierosów dziennie było większe od palaczy palących 10 sztuk papierosów [15].

Choroby naczyń obwodowych

Przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych powstaje najczęściej na tle miażdżycy zarostowej tętnic, najczęściej wynikają z nieprawidłowego stylu życia m. in. palenia tytoniu, nadmiernego spożywania alkoholu, nieprawidłowego odżywiania, ograniczonej aktywności fizycznej, otyłości [17].

Zwężenia naczyń ogranicza napływ krwi do mięśni, co podczas marszu wywołuje chromanie przystankowe. Objaw ten świadczy o wyczerpaniu się kompensacyjnych możliwości krążenia obocznego. Stopień ryzyka utraty kończyny w tej fazie schorzenia nie jest wielki, ale u tych chorych stwierdza się także współistnienie zmian w tętnicach wieńcowych i mózgowych, które prowadzą do zawału serca lub udaru mózgu. Rozwój zmian o charakterze miażdżycy zarostowej w tętnicach kończyn dolnych powoduje pojawienie się bólów spoczynkowych, a następnie zmian martwiczych stwierdzanych najczęściej w obrębie stopy, które są objawem krytycznego niedokrwienia. Są to niekorzystne wskaźniki prognostyczne [18].

Zakrzepowo – zarostowe zapalenia naczyń – choroba Buergera.

Przyczyna zakrzepowo-zarostowego zapalenia naczyń jest znana, ale zwraca uwagę związek choroby z nałogiem palenia tytoniu. Choroba ta występuje częściej w populacjach o dużym rozpowszechnieniu tego nałogu. Uważa się, że nie rozwija się ona u osób niepalących, dlatego stwierdzenie palenia tytoniu w wywiadzie jest niezbędnym warunkiem do powstania rozpoznania. Sporadycznie opisywano zakrzepowo-zatorowe zapalenie naczyń u osób żujących tytoń lub zażywających tabletki.

Choroba Buergera powoduje znaczną umieralność wśród osób po 30 i 40 roku życia. Szczególnie wysokie ryzyko amputacji kończyn dotyczy tych chorych, którzy nadal palą, a jedynym skutecznym leczeniem jest zaprzestanie palenia[26].

Cel

Celem głównym mojej pracy było ukazanie szkodliwości palenia tytoniu, a przede wszystkim jego destrukcyjnego wpływu na układ krążenia człowieka.

Metoda badawcza

Metodą badawczą w była metoda indywidualnego przypadku. W case study wykorzystano: obserwację pacjenta, analizę dokumentacji medycznej oraz pomiary (badanie fizykalne, Skala SCORE, skala Barthel, Skala Katza).

Analiza przypadku

Mężczyzna lat 52 przyjęty z ostrym zespołem wieńcowym – zawał mięśnia serca, prawej i dolnej komory STEMI. Pacjent porusza się samodzielnie, przyjechał na SOR z rodziną. Pacjent w pełnym kontakcie słowno-logicznym, komunikatywny, opanowany. Pacjent zgłasza ból w klatce piersiowej od 2 dni. Chory podejrzewał u siebie przeziębienie, od 3 dni okresowo gorączka. Ból w klatce ustępował po zażyciu Polopiryny. Jednak gdy lek przestawał działać bóle w klatce piersiowej powracały, dlatego pacjent zgłosił się na SOR. Dolegliwości bólowe wystąpiły po wysiłku fizycznym i utrzymywały się z krótkimi przerwami do przyjazdu na SOR. Pacjent dodatkowo zgłasza niewielką wysiłkową duszność. Powłoki skórne lekko zsiniały. Pacjent zadbany higienicznie.

Mężczyzna mieszka wraz z żoną w małej miejscowości w domu jednorodzinnym, nie zgłasza przewlekłych chorób, nie przyjmował leków na stałe. Pacjent czynny zawodowo. W wywiadzie stwierdzono obecność następujących czynników ryzyka choroby: nikotynizm (palenie 20 sztuk papierosów na dobę), nadwaga – BMI 29,74. Wywiad rodzinny dodatni – ojciec, choroba wieńcowa. Mała aktywność fizyczna, praca w pozycji siedzącej.

Wykonano w trybie pilnym selektywną koronarografię która wykazała amputację w proksymalnym odcinku prawej tętnicy wieńcowej, którą jednocześnie udroźniono przez ewakuację skrzepliny cewnikiem Export, implantację stentu oraz dowieńcowy dożylny wlew blokera lib

i IIIa. Ponadto stwierdzone istotne zwężenia w tętnicach diagonalnej i okalającej, które zakwalifikowano do II etapu elektywnej angioplastyki. Przebieg pozabiegowy niepowikłany. Kontrolne badanie UKG wykazało poprawę kurczliwości prawej komory. W stanie ogólnym dobrym chorego wypisano do domu z zaleceniem kontynuowania farmakoterapii i okresowej kontroli w Poradni Kardiologicznej.

Koronarografia dn. 15.06.2020r. (Gy 1.644) LM bez zmian LAD przy D1 zwężenie ok 30 – 40b % obwód bez zmian. D1 w części początkowej zwężenie ok. 80% obwód dobrze rozwinięty. CX – w połowie zwężenie ok 80% i następnie ok 70 – 80 %. Obwód bez zmian. RCA amputowana w części początkowej. PCI-RCA udroźniono miejsce okluzji peowadnikiem. Predylatacja balonem 1,5x20/14 atm./2x30sek. Następnie balonem 3,0x20/ 14 atm./30 sek. Częściowa ewakuacja skrzepliny cewnikiem Export. Implantowano stent Pro Kinetic 4,5x40mm/14 atm. 30 sek. Część środkową I początkowo doprężono balonem 4,5x40/20 atj/2x20 sek. Ponadto dowieńcowo Integrellin z wlewem iv. TIMI 2/3.

Do oceny ogólnego ryzyka zgonu sercowo-naczyniowego oraz prawidłowo prowadzonej profilaktyki i leczenia chorób układu krążenia może pomóc nam skala SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Po obliczeniu przez kalkulator SCORE ryzyko w skali Pol -SCORE to 6% w przypadku tego pacjenta. Wynik oznacza duże ryzyko chorób sercowo – naczyniowych.

Ocena sprawności funkcjonalnej pacjenta według skali Barthel. Przyjęto trzy przedziały wyniku skali: 0–20 punktów – osoba niezdolna do samoopieki, stan ciężki, 25–85 punktów – osoba wymagająca częściowej pomocy, stan średnio ciężki, 90–100 punktów – osoba samodzielna, stan lekki.

Pacjent R.M po angioplastyce wieńcowej otrzymał 40 punktów w skali Barthel co po interpretacji wyników oznacza, że wymaga częściowej pomocy – stan średnio ciężki.

W ocenie podstawowych czynności życiowych wg. skali KATZA, pacjent otrzymał 3 pkt co świadczy o umiarkowanej niepełnosprawności.

Proces pielęgnowania

Diagnoza pielęgniarska 1: Silny ból w okolicy mostka.

Cel opieki pielęgniarskiej: Zminimalizowanie dolegliwości bólowych.

Zastosowane czynności pielęgniarskie:

- podłączenie pacjenta do kardiomonitora,
- zamonitorowanie akcji serca,
- wykonanie zapisu EKG,
- monitorowanie parametrów życiowych (poziom ciśnienia tętniczego krwi, tętna, saturacji)
- ułożenie chorego w wygodnej pozycji,
- ocena bólu według skali NRS,

- podaż leków p/bólowych według zlecenia lekarskiego,
- założenie wkłucia obwodowego,
- obserwacja układu nerwowego, krążenia, układu oddechowego,
- ocena deficytu tlenowego,
- redukcja napięcia emocjonalnego oraz obserwacja stanu psychicznego pacjenta .

Ocena działań pielęgniarskich: Po zastosowaniu działań uzyskano minimalizację dolegliwości bólowych.

Ewaluacja działań pielęgniarskich: Dzięki zastosowanym interwencjom pielęgniarskim dolegliwości bólowe zmniejszyły się.

Diagnoza pielęgniarska 2: Trudności w oddychaniu z powodu bólu w klatce piersiowej, duszność wysiłkowa. Cel opieki pielęgniarskiej: Ułatwienie oddychania, poprawa wentylacji.

Zastosowane interwencje pielęgniarskie:

- ułożenie chorego w pozycji wysokiej, Fowlera lub Semi-Fowlera,
- częsta zmiana pozycji nie rzadziej niż co 2 godziny – jeżeli jest to możliwe (zapobieganie wystąpienia odleżyny),
- kontrola parametrów życiowych (tętna, ciśnienia tętniczego krwi, saturacji, kontrola i ocena liczby oddechów),
- ograniczenie wysiłku chorego,
- tlenoterapia według zlecenia,
- zapewnienie ciszy i spokoju,
- ocena wydolności fizycznej i reakcja na wysiłek,
- zapewnienie odpowiednich warunków snu (cisza, zaciemnienie pomieszczenia),
- stosowanie farmakoterapii zgodnie ze zleceniem lekarza.

Ocena działań pielęgniarskich: Zastosowane działania ułatwiły oddychanie, duszność zmniejszyła się.

Ewaluacja działań pielęgniarskich: Przez zastosowane interwencje pielęgniarskie duszność zmniejszyła się.

Diagnoza pielęgniarska 3: Wystąpienie sinicy obwodowej, będącej następstwem procesu chorobowego.

Cel opieki pielęgniarskiej: Ustąpienie lub zmniejszenie sinicy obwodowej, polepszenie krążenia obwodowego.

Zastosowane interwencje pielęgniarskie:

- ułożenie pacjenta w pozycji wysokiej lub półwysokiej,
- obserwacja, pomiar i dokumentowanie tętna, ciśnienia tętniczego krwi, saturacji, ilości oddechów,
- tlenoterapia według zlecenia lekarskiego,
- obserwacja zabarwienia skóry,
- okrycie pacjenta kocem, założenie skarpetek nieuciskających kończyny,
- wykonanie badania gazometrii na zlecenie lekarskie.

Ocena działań pielęgniarskich: Kończyny lepiej ukrwione, sinica zmniejszyła się.

Ewaluacja działań pielęgniarskich: Przez zastosowanie interwencji pielęgniarskich sinica obwodowa zmniejszyła się, wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 4: Ryzyko infekcji dostępu żylnego.

Cel opieki pielęgniarskiej: W miejscu założenia wkłucia obwodowego nie wystąpiła infekcja.

Zastosowane interwencje pielęgniarskie:

- umocowanie wkłucia obwodowego za pomocą opatrunku do mocowania kaniul obwodowych,
- kontrolowanie miejsca wkłucia raz dziennie i zawsze przed i w trakcie podawania leków pod kątem infekcji miejscowej, obrzęku, zmiany zabarwienia skóry, dolegliwości bólowych w miejscu wkłucia,
- zachowanie jałowości przy użytkowaniu kaniuli (jałowe korki przyrządy do przetoczeń),
- codzienna oraz według potrzeb zmiana opatrunku wokół kaniuli,
- utrzymanie drożności dostępu dożylnego poprzez podawanie w bolusie NaCl 0,9%,
- udokumentowanie założenia wkłucia oraz codzienny wpis obserwacji wkłucia.

Ocena działań pielęgniarskich: Wkłucie drożne bez cech infekcji.

Ewaluacja działań pielęgniarskich: Przez zastosowanie interwencji pielęgniarskich wkłucie obwodowe drożne bez cech infekcji.

Diagnoza pielęgniarska 5: Brak dostatecznej wiedzy na temat ryzyka nawrotu choroby.

Cel opieki pielęgniarskiej: Edukacja pacjenta na temat choroby serca.

Zastosowane interwencje pielęgniarskie:

- poinformowanie pacjenta o celowości zaplanowanego zabiegu,
- poinformowanie pacjenta o możliwości wystąpienia skutków ubocznych związanych z zastosowaniem środka kontrastowego (konieczne jest zebranie wywiadu na temat występowania w przeszłości reakcji alergicznych na środki kontrastowe),
- poinformowanie pacjenta o możliwości wystąpienia wczesnych i późnych powikłań angioplastyki,
- poinformowanie pacjenta o konieczności okresowego unieruchomienia,
- przygotowania miejsca wkłucia do zabiegu,
- poinformowanie pacjenta na temat rekonwalescencji po zabiegu angioplastyki wieńcowej.

Ocena działań pielęgniarskich: Pacjent posiada wiedzę na temat angioplastyki wieńcowej.

Ewaluacja działań pielęgniarskich: Przez zastosowanie interwencji pielęgniarskich pacjent posiada dostateczną wiedzę na temat angioplastyki wieńcowej.

Diagnoza pielęgniarska 6: Lęk o własne życie.

Cel opieki pielęgniarskiej: Poprawa stanu psychicznego, zapewnienie bezpieczeństwa oraz potrzeb psychicznych.

Zastosowane interwencje pielęgniarskie:

- nawiązanie kontaktu z pacjentem, wyjaśnienie celu, rodzaju oraz sposobu wykonywanych zabiegów,
- poinformowanie pacjenta o możliwości, wystąpienia objawów niepożądanych,

- umożliwienie nawiązania kontaktu z lekarzem i rodziną,
- okazanie empatii pacjentowi,
- przeprowadzenie wspierającej rozmowy z pacjentem,

Ocena działań pielęgniarskich: Lęk i obawa o swoje życie nie występuje.

Ewaluacja działań pielęgniarskich: Przez zastosowanie interwencji pielęgniarskich pacjent nie boi się o swoje życie.

Diagnoza pielęgniarska 7: Wahania ciśnienia tętniczego krwi.

Cel opieki pielęgniarskiej: Normalizacja ciśnienia tętniczego krwi.

Zastosowane interwencje pielęgniarskie:

- monitorowanie wartości ciśnienia tętniczego krwi, tętna,
- dokumentowanie pomiarów parametrów życiowych w dokumentacji pacjenta,
- kontrola masy ciała,
- kontakt z lekarzem,
- farmakoterapia zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- obserwacja pacjenta pod kątem wahań ciśnienia tętniczego krwi,

Ocena działań pielęgniarskich: Prawidłowe wartości ciśnienia krwi utrzymane.

Ewaluacja działań pielęgniarskich: Przez zastosowanie interwencji pielęgniarskich wartości ciśnienia pacjenta unormowały się.

Diagnoza pielęgniarska 8: Ograniczenie samodzielności pacjenta w wykonywaniu podstawowych czynności higienicznych z powodu unieruchomienia.

Cel opieki pielęgniarskiej: Ocena samoopieki i samopielęgnacji pacjenta według skali Barthel i ADL. Pomoc w utrzymaniu higieny i zaspakajaniu bieżących potrzeb. Zwiększenie możliwości samoopieki.

Zastosowane interwencje pielęgniarskie:

- pomoc w wykonywaniu toalety ciała,
- pomoc w zmianie pozycji ciała,
- zmiana bielizny osobistej, pościelowej wg potrzeb,
- współpraca z rodziną,
- wykorzystywanie technik przemieszczania,
- zaspakajanie potrzeb bio-psycho społecznych i duchowych pacjenta,
- zwiększanie tolerancji wysiłku fizycznego,
- akceptacja aktualnego stanu przez pacjenta,
- zachęcanie pacjenta do samodzielności,
- wykonywanie ćwiczeń oddechowych biernych i czynnych (gimnastyki oddechowej),

Ocena działań pielęgniarskich: Pacjent wymaga pomocy w obowiązkach dnia codziennego.

Ewaluacja działań pielęgniarskich: Dzięki zastosowanym interwencjom pielęgniarskim nastąpiło zwiększenie możliwości samoopieki pacjenta.

Diagnoza pielęgniarska 9: Uzależnienie od palenia papierosów.

Cel opieki pielęgniarskiej: Modyfikacja stylu życia poprzez rzucenie załogu.

Zastosowane interwencje pielęgniarskie:

- ocena uzależnienia według skali Fagerstroma,
- profilaktyka chorób odtytoniowych,
- poinformowanie pacjenta o szkodliwości palenia tytoniu (podano pacjentowi broszury informacyjne na ten temat),
- przekazane pacjentowi informacji na temat możliwości wspierania leczenia uzależnienia od nikotyny lekami farmakologicznymi oraz poprzez psychoterapię (metody behawioralne),
- należy ustalić stopień uzależnienia pacjenta od nikotyny,
- należy ustalić gotowość pacjenta do zaprzestania palenia papierosów,
- ustalić z pacjentem plan działania,
- należy zachęcić pacjenta do zmiany postępowaniu wzbudzić motywację.

Ocena działań pielęgniarskich: Pacjent nadal pali dwa-ście papierosów dziennie, problem wymaga dalszej obserwacji.

Ewaluacja działań pielęgniarskich: Dzięki zastosowanym interwencjom pielęgniarskim zrozumiał konieczność zaprzestania palenia.

Diagnoza pielęgniarska 10: Nadwaga, BMI 29,74

Cel opieki pielęgniarskiej: Uzyskanie prawidłowej masy ciała.

Zastosowane interwencje pielęgniarskie:

- przekazanie informacji na temat szkodliwości nadwagi i otyłości,
- edukacja i promocja zdrowia na temat zdrowego odżywiania,
- zachęcanie do zwiększenia aktywności fizycznej,
- zwiększenie wydolności organizmu,
- współpraca z fizjoterapeutą,
- monitorowanie masy ciała,
- współdziałanie z dietetykiem.

Ocena działań pielęgniarskich: Pacjent wykazuje chęć zmniejszenia nadwagi.

Ewaluacja działań pielęgniarskich: Dzięki zastosowanym interwencjom pielęgniarskim pacjent wykazuje chęć do zdrowego odżywiania i zrzucenia wagi.

Diagnoza pielęgniarska 11: Lęk pacjenta spowodowanego wpływem choroby na pracę zawodową.

Cel opieki: Poprawa stanu psychicznego pacjenta, pacjent ma możliwość powrotu do wykonywania obowiązków zawodowych.

Zastosowane interwencje pielęgniarskie:

- przeprowadzenie rozmowy wspierającej z pacjentem (wy tłumaczenie choremu, że przebyty zawał mięśnia serca nie oznacza trwałego inwalidztwa),
- zachęcanie do odbycia programu KOS-zawał,
- zachęcanie do współpracy z fizjoterapeutami,
- kontakt z psychologiem (walka ze stresem, stanami lękowymi, depresyjnymi),
- współpraca z rodziną,

- poprawa komfortu dnia codziennego pacjenta,
 - powrót do obowiązków służbowych za 3 miesiące.
- Ocena działań pielęgniarskich: Pacjent socjalnie zaspokojony, nie obawia się o powrót do pracy.
Ewaluacja działań pielęgniarskich: Dzięki zastosowanym interwencjom pielęgniarskim pacjent nie boi się o stan swojego zdrowia fizyczny i psychiczny oraz o swoje warunki socjalne.

Podsumowanie i wnioski

Celem głównym pracy było ukazanie szkodliwości palenia tytoniu, jego wpływu na układ sercowo-naczyniowy i problemów pielęgnacyjnych, zdrowotnych pacjenta. Osoby chore i ich rodziny borykają się z wieloma problemami bio-psychospołecznymi i duchowymi. Zaprzeszanie palenia tytoniu jest najbardziej skutecznym postępowaniem leczniczym w zmniejszeniu ryzyka chorób układu krążenia. Dzięki stosowaniu leczenia uzależnienia od nikotyny, można skutecznie zapobiegać wielu wywołanym przez palenie tytoniu chorobom, a w przypadku ich wystąpienia zmniejszyć ich następstwa, znacznie ograniczając obciążenia finansowe leczenia. Z tego powodu, przy obecnym stanie wiedzy na temat następstw palenia tytoniu, nie udzielenie przez personel medyczny porady pacjentowi, powinno być błędem w sztuce.

Ewaluacja działań pielęgniarskich pozwoliła ocenić proces pielęgnowania pacjenta z którego wynika, że opieka nad pacjentem po zawale mięśnia serca, palącego tytoniu powinna być długofalowa. Przy odpowiedniej opiece medycznej, dbanie o własne zdrowie (odstawienie nikotyny) i pozytywne nastawienie pacjenta, rokowania na przyszłość są optymistyczne.

Bibliografia

1. Modrzejewski W., Musiał W.: Stare i nowe czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego-jak zahamować epidemię miażdżycy? Część I. Klasyczne czynniki ryzyka. Forum Zaburzeń Metabolicznych 2010, 1, 2; 106-114.
2. Zatoński W., Przewoźnik K.: Przeciwno Epidemi. Kraków: Wydawnictwo; Medycyna Praktyczna; 2002; 3-33.
3. <https://www.poradnikzdrowie.pl/psychologia/zdrowie-psychochiczne/dzialanie-nikotyny-jak-nikotyna-wplywa-na-zdrowie> 2024-03-08.
4. Kulik B., Latarski M.: Zdrowie publiczne. Lublin; Wydawnictwo Czelej; 2002; 83-86.
5. Binkowska-Bury M., Sałacińska I., Więch P., Januszewicz P.: Palenie tytoniu wśród studentów I roku Rzeszowskich Uczelni. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu; 2015, 2, 1, 101-106.
6. <https://diag.pl/pacjent/artukul/choroby-ukladu-krazenia-co-warto-wiedziec/>
7. Martynow A. Wpływ wybranych zmiennych na poziom przestrzegania zaleceń terapeutycznych wśród chorych z nadciśnieniem tętniczym leczonych w POZ-ie. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu; 2021-09-29.
8. <https://www.ikard.pl/strefa-pacjenta/warto-wiedziec/choroba-wiencowa.html>. 2024-04-07
9. Budaj A., Beręsewicz A., Undas A., Pasierski T., Bednarz B., Poloński L., Sadowski J., Wierzbicki K.: Choroba niedokrwienna serca. (w:) red.. Szczeklik A.: Choroby wewnętrzne Medycyna Praktyczna, Kraków 2005, 137-179.
10. Hryniewiecki T., Pruszczyk P., Stany Nagłe. Kardiologia, wyd. Medical Tribune; 2020.
11. Gaciong Z., Pasierski T., Torbicki A.: Angiologia. Wydawnictwo Lekarskie Warszawa; 2004; 155-160.
12. Moszczyński P.: Szkody zdrowotne wywołane paleniem papierosów. Przegląd Lekarski; 2005; 62(4) 253-256.
13. <https://dimedica.eu/pl/wiedza/arytmia-serca-> 2024-04-15.
14. Tobacco smoking and The risk of atrial fibrillation: a systematic review and meta - analogies of perspective studies. European Association of Preventive Cardiology; 2018. Palenie zwiększa ryzyko migotania przedsionków.
15. Kwieciński H.: Choroby mózgowo-naczyniowe. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004; 227-234.
16. Adamczyk K.: Pielęgnowanie chorych po udarach mózgu. Lublin: Wydawnictwo Czaja; 2003; 5-8; 72.
17. Wójcik A., Sodolski W., Jaworska E., Borzęcki A., Brzeski Z.: Uzależnienie u osób hospitalizowanych ze schorzeniami naczyń obwodowych. Przegląd Lekarski; 2005: 62 (10) 989-991.
18. Opolski G., Lukas W., Steciwko A.: Choroby serca i naczyń. Poradnik lekarza rodzinnego. Gdańsk: Via Medica; 2006.

Data przyjęcia: 19.06.2024

Data recenzji: 03.09.2024

Data wydania: 27.09.2024

Specyfika opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po udarze niedokrwiennym mózgu

Specificity of nursing care for a patient after ischemic stroke

Agnieszka Lamch

Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie

Streszczenie

Udary mózgu niezależnie od etiologii stanowią bardzo duży odsetek zachorowań wśród populacji ogólnoswiatowej. Właściwie prowadzone leczenie oraz późniejsza rehabilitacja zdecydowanie poprawiają stan chorego, a nawet pozwalają na powrót do pełnej sprawności. Analizując statystyki można bez wątplenia stwierdzić, że zwiększenie świadomości społeczności dotyczącej profilaktyki pierwotnej oraz wtórnej pozwoliłoby na zmniejszenie ilości zachorowań. Kształtowanie już w dzieciństwie i młodości prawidłowych nawyków żywieniowych, odpowiedniego stylu życia pozwala zmniejszyć ryzyko zachorowalności na wiele schorzeń.

Cel: Głównym celem było przedstawienie specyfiki opieki pielęgniarskiej sprawowanej nad pacjentem po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu w warunkach opieki domowej

Materiał i metody: Metodą badawczą zastosowaną w niniejszej pracy jest studium indywidualnego przypadku. Przeprowadzono wywiad pielęgniarski z pacjentem oraz jej rodziną w celu określenia stanu bio-psycho-społecznego. Ze względu na trudności w komunikacji z chorym większą ilość informacji uzyskano od opiekunów nieformalnych pacjenta. Dokonano analizy dotychczasowej dokumentacji medycznej. Zastosowano szczegółową obserwację chorego w środowisku domowym w celu określenia potrzeb na świadczenia pielęgniarskie.

Wyniki: Pacjent 76-letni po hospitalizacji w oddziale udarowym z powodu osłabienia kończyn lewych oraz utrudnionego kontaktu słownego. Chory po przebytych w październiku 2023 roku udarze niedokrwiennym półowiczym prawostronnym z afatycznymi zaburzeniami mowy.

Ponadto w wywiadzie choroba niedokrwienna serca, stan po CABG (16 lat temu), stan po implantacji kardio-stymulatora w 2022r, utrwalone migotanie przedsionków (w trakcie terapii dabigatranem). Dodatkowo stwierdzona złożona wada zastawki mitralnej (mała stenoza z umiarkowaną niedomykalnością zastawki trójdzielnej, nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia.

Wnioski: Edukacja rodziny w zakresie właściwej opieki

nad chorym pozwala na poprawę komfortu życia pacjenta oraz jego rodziny. Zauważana poprawa stanu zdrowia wynikająca z odpowiednio dobranej rehabilitacji zwiększa szanse chorego na powrót do pełnej sprawności fizycznej. Odpowiednio dobrany sprzęt medyczny nie tylko ułatwia opiekę nad chorym, ale zdecydowanie odciąża rodzinę. Edukacja zdrowotna całej rodziny pozwala na wprowadzenie profilaktyki wtórnej skierowanej dla pacjenta oraz profilaktyki pierwotnej dla członków rodziny.

Słowa kluczowe: udar niedokrwienny, edukacja rodziny, opieka długoterminowa, profilaktyka

Abstract

Strokes, regardless of their etiology, constitute a very large percentage of illnesses among the global population. Properly conducted treatment and subsequent rehabilitation significantly improve the patient's condition and even allow for a return to full fitness. Analyzing the statistics, it can be undoubtedly stated that increasing the awareness of the community regarding primary and secondary prevention would reduce the number of illnesses. Shaping proper eating habits and an appropriate lifestyle already in childhood and adolescence reduces the risk of illness from many diseases.

Aim: The main aim was to present the specificity of nursing care provided to a patient after an ischemic stroke in home care conditions

Material and methods: The research method used in this work is an individual case study. A nursing interview was conducted with the patient and her family in order to determine the bio-psycho-social state. Due to difficulties in communicating with the patient, more information was obtained from the patient's informal caregivers. The previous medical documentation was analyzed. Detailed observation of the patient in the home environment was used to determine the need for nursing services.

Results: A 76-year-old patient after hospitalization in the stroke unit due to weakness of the left limbs and difficult verbal contact. The patient had a right-sided ischemic stroke with aphasic speech disorders in October 2023.

In addition, the history included ischemic heart disease, condition after CABG (16 years ago), condition after implantation of a pacemaker in 2022, permanent atrial fibrillation (during dabigatran therapy). Additionally, a complex mitral valve defect was diagnosed (small stenosis with moderate tricuspid valve regurgitation, arterial hypertension, hyperlipidemia).

Conclusions: Educating the family about proper care for the patient allows for improving the quality of life of the patient and his family. The noticeable improvement in health resulting from appropriately selected rehabilitation increases the patient's chances of returning to full physical fitness. Properly selected medical equipment not only facilitates care for the patient, but also significantly relieves the family. Health education of the entire family allows for the introduction of secondary prevention directed at the patient and primary prevention for family members.

Keywords: ischemic stroke, family education, long-term care, prevention

Z danych wynika, że w samym 2022 roku odnotowano 73,9 tys. przypadków udaru niedokrwienego mózgu, gdzie 89,1% były epizodami pierwszorazowymi. Jako medianę wieku pacjentów NFZ podaje 73 lata, przy czym u kobiet jest to 77 lat, zaś u mężczyzn 70 rok życia. Dodatkowo coraz częściej udar niedokrwieny dotyka młodsze pokolenie do 54 roku życia. Śmiertelność pacjentów z tym rodzajem udaru wynosiła 23% (zgony nastąpiły w okresie do 90 dni od wystąpienia objawów udaru) [1].

Statystyki światowe wyglądają bardzo niepokojąco, gdyż badania przeprowadzone przez Health Metrics and Evaluation w 2019 roku (przed epidemią Covid-19) wskazują na 7,6 mln przypadków udaru niedokrwienego w skali ogólnoswiatowej, przy 3,3 mln osób zmarłych [1].

Przy tak zatrważających statystykach w Polsce od 2019 roku wprowadzony został pilotażowy program wskazujący sposób leczenia i postępowania w przypadku ostrej fazy udaru niedokrwienego z wykorzystaniem przezcewnikowej trombektomii mechanicznej. Wszyscy pacjenci po przebytych udarze mózgu podlegają rehabilitacji, co pozwala im w dużym stopniu powrócić do poprzedniej sprawności fizycznej. Bardzo istotne jest wczesne wykrycie toczącego się udaru oraz odpowiednio dobrana metoda leczenia, co pozwala na większą przeżywalność pacjentów z ograniczeniem powikłań.

Skutki udaru

Wśród skutków udaru niedokrwienego naukowcy dostrzegają licznych zaburzeń krążeniowych, co prowadzi do zaburzeń rytmu i przewodnictwa serca, zaburzenia niedokrwienne w mięśniu sercowym oraz zaburzenia ciśnienia tętniczego [2]. W ramach takich zaburzeń bardzo często obserwowane jest kalectwo poudarowe, które obejmuje przede wszystkim zaburzenia motoryczne w postaci niedowładu bądź porażenia o różnym obrazie klinicznym. Stosunkowo często pojawia się spastyczność

mięśniowa a rzadziej samo obniżenie napięcia mięśniowego. Wymaga to długotrwałej rehabilitacji i niekiedy pacjent powraca do dawnej sprawności fizycznej.

Spastyczność występuje u około 25-43% chorych w okresie pierwszego roku od udaru, przy czym zdecydowanie częściej jest obserwowana w przypadku udaru krwotocznego. Wzrost napięcia mięśniowego dotyczy głównie mięśni antygravitacyjnych odpowiedzialnych za utrzymywanie prawidłowej postawy ciała (zginacze w kończynie górnej, prostowniki w kończynie dolnej). W przypadku badania fizykalnego obserwuje się przywodzenie kończyny górnej do klatki piersiowej, zaś kończyna dolna jest nadmiernie wyprostowana w obrębie stawu biodrowego oraz kolanowego. Stopa jest charakterystycznie ustawiona w pozycji końsko – szpotawej, stąd chód koszący [4].

Zaburzenia neurologiczne w bardzo istotny sposób utrudniają pacjentowi wykonywanie czynności dnia codziennego oraz wymagają długiej i żmudnej rehabilitacji. Dodatkowo zwiększają ryzyko upadków przez pacjenta w związku z zaburzeniami chodu.

Świadomość ograniczeń w funkcjonowaniu bezpośrednio wpływa na nastawienie psychiczne chorego, który sukcesywnie wycofuje się z pełnionych ról społecznych. Powstające zaburzenia psychiczne pod postacią depresji czy stanów lękowych mogą być obserwowane w każdej fazie udaru, jednak najczęściej uwidaczniają się kilka miesięcy po leczeniu. Niedowłady często korelują z odczuwaniem przez pacjenta bólu, niejednokrotnie wymuszając pozycję leżącą u chorego. Z kolei długotrwałe przebywanie w pozycji leżącej w łóżku czy też nadmierne przeciążenie układu kostno-stawowego podczas spędzania czasu w wózku inwalidzkim przyczynia się do zwiększenia ryzyka odleżyn.

W przypadku wystąpienia udaru w obrębie jądra podkorowego w wyniku udaru zatokowego u chorych widoczne są objawy Parkinsonizmu poudarowego w postaci mniej widocznych drżeń niż w samej chorobie Parkinsona, ale nie zmniejszających swojego nasilenia przy stosowaniu farmakoterapii.

Jeśli udar mózgu obejmował obie strony mózgu (zajęcie dróg korowo-opuszkowych biegnących do jąder nerwów V, VII, IX, X oraz XII) i miał niewielkie nasilenie może występować zespół rzekomoopuszkowy. Powoduje on u chorych zaburzenia połykania, przymusowy płacz i śmiech, zaburzenia mimiczne (hipermimia) oraz zaburzenia dyzartryczne. Dysfagia może występować u ponad 50% chorych w okresie ostrego udaru mózgu. W literaturze medycznej można spotkać się także z opisami zaburzeń praktyki oraz zaburzeń mózdkowych jako skutki udaru mózgu [3].

U 90% chorych dysfagia ustępuje samoistnie częściowo lub całkowicie w okresie od 2 do 4 tygodni od udaru.

W wyniku tego zaburzenia u pacjentów można obserwować niedożywienie bądź nadmierną utratę masy ciała. W takich przypadkach wskazane jest żywienie za pomocą sondy nosowo – żołądkowej jednak maksymalnie przez 6 tygodni lub z wykorzystaniem przezskórnej gastrostomii. W przypadku zaburzeń w połykaniu personel medyczny w ramach profilaktyki zachłystowego zapalenia płuc wykonuje test połykania GUSS.

Zaburzenia zwieraczy dotyczą nawet 60% pacjentów w ostrej fazie udaru, zaś jako powikłanie w okresie pierwszego roku utrzymuje się u 15% chorych [4]. W związku z uszkodzeniem ośrodków odpowiedzialnych za kontrolę mikcji może dochodzić do powstania pęcherza neurogennego. Pacjenci mogą zgłaszać parcie na mocz, częstomocz oraz nietrzymanie moczu. W ostrej fazie udaru pacjentom zakładany jest cewnik Foley'a, który należy utrzymywać stosunkowo krótko, o czym decyduje lekarz prowadzący pacjenta.

Oprócz neurologicznych powikłań udaru mózgu występują także uszkodzenia narządowe, do których należy zaliczyć [6]:

- powikłania płucne w tym zapalenie płuc występujące w okresie do 36 godzin od udaru dokonanego, w dużej mierze spowodowane aspiracją, wynikającą z niemożności utrzymania drożności dróg oddechowych u pacjentów po udarze,
- zespół ostrej niewydolności oddechowej – najczęściej w wyniku aspiracji treści pokarmowej do płuc, co związane jest z zaburzeniami połykania,
- niedotlenienie z wynikiem SpO₂ poniżej 90% zwłaszcza w pierwszych godzinach po przyjęciu do szpitala,
- zaburzenia w układzie sercowo – naczyniowym spowodowane zmianami w szlakach autonomicznych i neurohormonalnych zaangażowanych w kontrolę czynności sera,
- zmiany w obrazie EKG obejmujące odwrócenie załamka T, uniesienie lub obniżenie odcinka ST, pionowe załamki T i patologiczne załamki Q, co sprzyja niedokrwiennemu uszkodzeniu mięśnia sercowego,
- ostre uszkodzenie nerek, powikłania wątrobowe – zmienia się metabolizm glukozy i białek biorących udział w syntezie insuliny, zmniejszeniu ulega hormon wzrostu w wątrobie. Uszkodzenie wątroby wywołane udarem i dysfunkcja hepatocytów są związane z zaburzeniami metabolicznymi, zmniejszeniem liczby wątrobowych czynników transkrypcyjnych i upośledzeniem funkcji układu odpornościowego.
- powikłania endokrynologiczne – może występować u chorych niedoczynność przedniego płata przysadki mózgowej powodując niewydolność nadnerczy.

Nowoczesne metody leczenia

Ośrodki udarowe bądź oddziały udarowe zajmują się leczeniem pacjentów po udarach różnej etiologii. Obecnie jeszcze w niektórych ośrodkach stosowana jest metoda trombolizy, która pozwala rozpuścić powstałe w świetle tętnicy zakrzep z zastosowaniem rtPa lub streptokinazy.

Celem takiego leczenia jest przywrócenie drożności w naczyniach krwionośnych. Do niedawna była metodą pierwszego wyboru, jednak nie może być stosowana u wszystkich pacjentów z udarem niedokrwiennym. Wykluczenia zgodnie z zaleceniami European Society of Cardiology obejmują przeciwwskazania bezwzględne i względne [7]. Do pierwszych zaliczono między innymi przebyte różnego rodzaju udary w tym niedokrwienny w okresie ostatnich sześciu miesięcy, uraz lub nowotwór OUN, przebytą operację, uraz głowy w ostatnich 3 tygodniach, krwawienie z przewodu pokarmowego w ciągu ostatniego miesiąca, zaburzenia krzepnięcia, tętniaki rozwarstwiające aorty. Do przeciwwskazań względnych należą: TIA w ciągu ostatnich sześciu miesięcy, stosowanie leków przeciwkrzepliwych, pierwszy tydzień połogu, RKO pourazowa, nadciśnienie tętnicze odporne na działanie farmakoterapię z utrzymującym się ciśnieniem skurczowym powyżej 180 mm Hg, zaawansowane choroby wątroby, wirusowe zapalenie wsierdzia oraz czynna choroba wrzodowa.

Fibrynoliza dotętnicza przy zastosowaniu jej do 6 godzin od pierwszych objawów udaru niedokrwiennego, zwiększa szanse pacjenta na powrót do zdrowia, jednak żadne wytyczne nie określają jednoznacznie dawki jaką należy zastosować.

Do zdecydowanie nowszych metod należy zaliczyć leczenie wewnątrznaczyniowe – endowaskularne w ostrej fazie udaru niedokrwiennego. Polega ono na cewnikowym usunięciu z naczynia krwionośnego zakrzepu poprzez wykonanie zabiegu z wykorzystaniem dostępu przez tętnicę udową. Bardzo często metoda ta jest określana mianem trombektomii mechanicznej. Zastosowanie jej jest możliwe nawet do 6,5 godziny od pierwszych objawów udaru. Wykonanie takiego zabiegu możliwe jest tylko w placówkach, ponieważ wymaga to zaangażowania większej ilości specjalistów z różnych dziedzin medycyny takich jak: neurolog, radiolog interwencyjny, neurochirurg, anestezjolog, pielęgniarka anestezjologiczna oraz radiologiczna. Najczęściej stosuje się trombektomię mechaniczną u pacjentów z przeciwwskazaniem do trombolizy dożylną lub niedrożnością dużych naczyń a także u chorych bez efektu leczniczego po rt-Pa.

Pacjentom kwalifikującym się do tej metody leczenia należy wykonać badanie angio-TK, aby dokładnie zlokalizować skrzeplinę, badania laboratoryjne oraz TK w celu wykluczenia krwawienia. Kryteria kwalifikacji do tego zabiegu są bardzo precyzyjne oraz szczegółowe, zgodnie z wytycznymi towarzystw medycznych w których zawarto między innymi takie zalecenia:

- świeży udar niedokrwienny bez reakcji na farmakologię,
- niedrożność tętnicy szyjnej lub bliższego odcinka tętnicy środkowej mózgu powodującej udar,
- ograniczenie dotyczące wieku powyżej 18 roku życia,
- wynik w skali NIHSS ≥ 6 ,
- wynik w skali ASPECTS ≥ 6 .

Skala ASPECT ma zakres od 0 do 10 punktów, przy czym 10pkt. informuje o prawidłowym przepływie mózgowym bez cech niedokrwienia. Wyniki w tej skali powyżej 8pkt informują o lepszym stanie klinicznym pacjenta oraz zmniejszają ryzyko powikłań podczas leczenia trombolitycznego. Niska punktacja wynika z zatorów na odcinku tętnicy szyjnej wewnętrznej, wtedy rokowanie jest niepomyślne [8].

Wśród wielu wykluczeń do tego zabiegu zalicza się: krwawienia śródmózgowe, czas powyżej 6 godzin od pierwszych objawów, hipoglikemia, RR skurczowe powyżej 185 mmHg lub rozkurczowe powyżej 110 mmHg, leczenie heparyną w ostatnich 24 godzinach.

Obecnie uznaje się ten rodzaj leczenia za najbardziej skuteczny w przypadku udaru niedokrwinnego. Pozwala w największym stopniu zminimalizować powikłania oraz deficyty neurologiczne u pacjentów, przez co mają najlepsze rokowania powrotu do całkowitej sprawności fizycznej.

W Polsce pilotażowy program leczenia z zastosowaniem trombektomii mechanicznej został wprowadzony w 2018 roku, jednak zbyt mało wykwalifikowanych operatorów trombektomii powoduje wykonywanie zaledwie 14,7% zabiegów u pacjentów udarowych. Prawdopodobnie pomocne w odpowiedniej edukacji lekarzy – operatorów będą wytyczne WIST, które w sposób precyzyjny ukazują ścieżkę edukacyjną dla przyszłych operatorów, co zwiększy dostępność zabiegów dla pacjentów [7].

Rokowanie po udarze mózgu

Rokowanie u pacjentów po udarze niedokrwinnym mózgu uzależnione jest od kilku przesłanek, mianowicie [9]:

- czasu w którym zostało rozpoczęte leczenie,
- rozległości obszaru niedokrwinnego mózgu,
- oceny wielkości deficytu neurologicznego,
- stanu poszczególnych układów człowieka.

Na rokowania wpływają także przyczyny udaru oraz schorzenia współistniejące takie jak: miażdżyca, choroby metaboliczne w tym cukrzyca oraz ogólny stan układu krążeniowego.

Prognozowanie ubytków neurologicznych oraz następstw udaru jest niezwykle trudne zwłaszcza w okresie pierwszych trzech dni leczenia. Jeśli uszkodzenie mózgu zlokalizowano w obrębie ukrwienia przez tętnicę szyjną wewnętrzną to rokowanie jest niekorzystne dla pacjenta. Dodatkowo występująca utrata przytomności (senność, sopor, śpiączka) oraz zaburzenia czucia są niekorzystne w prognozowaniu długoterminowym, gdyż oznaczają uszkodzenia nie tylko półkul mózgowych lecz także pnia mózgu. Uszkodzenia ogniskowe o małym nasileniu i obszarze nawet u seniorów pozwalają na przeżycie wielu lat bez widocznych następstw udaru. Niestety zaburzenia motoryczne spowodowane udarem wraz z wiekiem pacjenta będą się nasilać prowadząc do kalectwa.

W wyniku miejscowego niedokrwienia chory może samodzielnie poruszać się a także siadać i stać. Z kolei rozlane niedokrwienie diagnozowane jest jeśli pacjent nie może sterować osią ciała [9].

W przypadku leczenia trombolitycznego prognozowanie jest najlepsze dla pacjentów, jednak z uwagi na liczne przeciwwskazania oraz brak odpowiednio przeszkolonego personelu medycznego zabiegi te są zdecydowanie zbyt rzadko stosowane.

Dość często wśród farmaceutyków podawanych pacjentom jest kwas acetylosalicylowy, który zmniejsza ryzyko śmiertelności oraz niepełnosprawności.

Przy odpowiedniej rehabilitacji zarówno fizjoterapeutycznej jak i neurologopedycznej stan zdrowia pacjenta oraz jakość życia ulegną znacznej poprawie.

W przypadku wystąpienia zaburzeń oddechowych u pacjenta w trakcie ostrej fazy udaru ryzyko zgonu okołoudarowego jest bardzo wysokie, należy wdrożyć procedury prawidłowej wentylacji, co przy okazji zapobiega zachłyśnięciu treścią pokarmową [10].

Wystąpienie dysfagii poudarowej przyczynia się do zwiększonego ryzyka zachłystowego zapalenia płuc, stąd tak ważne jest wykonywanie testów zaburzeń połykania.

Należy nadmienić, że w przypadku zaburzeń neurologicznych u pacjentów bardzo często występują deficyty w zaspokajaniu potrzeb życia codziennego, dlatego tak bardzo istotne jest wsparcie najbliższych oraz pomoc specjalistów.

Rehabilitacja następstw schorzenia

Rehabilitacja rozpoczęta w pierwszych dniach po udarze przynosi najwięcej oczekiwanych efektów, warto zaznaczyć, że nie należy jej rozpoczynać w pierwszych 24 godzinach od epizodu u chorych którzy nie mogą poruszać się samodzielnie ani z pomocą osób drugih.

Początkowa rehabilitacja odbywa się już w ramach pobytu na oddziale udarowym, następnie w oddziałach rehabilitacyjnych, szpitalnych lub dziennych.

W powrocie do sprawności choremu pomagają zespół specjalistów w zależności od spowodowanych ubytków w wyniku udaru. Mogą to być zarówno fizjoterapeuci, neurologopedzi, psychologowie.

Chory ma zapewnioną fizjoterapię, która ma poprawić siłę mięśniową i koordynację ruchową .

Zadaniem rehabilitacji jest pobudzenie neuroplastyczności mózgu do tworzenia nowych połączeń nerwowych. Stosowane są metody Kabata, Bobatha, Brunnstroma oraz wymuszenia ruchu. Ćwiczenia te wymagają wielogodzinnej pracy z terapeutą, co pozwala osiągnąć zakładane

korzyści dla pacjenta. Taka odbudowa neuronów może trwać nawet latami jednak przy intensywnym i stałym treningu motorycznym możliwa jest prawie całkowita poprawa stanu zdrowia [11].

Najchętniej stosowaną metodą rehabilitacji przez fizjoterapeutów jest metoda Bobath polegająca na stosowaniu głośnych komend po których chory ma wykonywać ćwiczenia chorą kończyną, tak by zapobiegać jej wiotkości. Praca polega na ułatwieniu reakcji wyprostnych porażonej kończyny. Fizjoterapeuci wprowadzają ćwiczenia równoważne z pozycji bardzo niskich do wysokich oraz ćwiczenia propriocepcji. W kolejnych fazach dobiera się tak ćwiczenia, by zapobiec spastyczności stawów porażonej kończyny. Dodatkowo z chorym wykonywane są ćwiczenia w zamkniętych oraz otwartych łańcuchach kinematycznych, zwłaszcza ćwiczenia mięśni tułowia pomagających w stabilizacji pacjenta. Kolejna faza ćwiczeń w tej metodzie pozwala na wykonywanie ruchów całym ciałem z wykorzystaniem wszystkich kończyn za pomocą podpórek. Ostatnim elementem są ćwiczenia ręki pozwalające osiągnąć maksymalną funkcjonalność. Kolejne ćwiczenia pomagają zachować płynność wykonywanych ruchów [12].

W zależności od stopnia uszkodzenia wdraża się ćwiczenia ukierunkowane na poprawę funkcji chodu, równowagę ciała, powrót czucia głębokiego oraz przywrócenie sprawności porażonej kończyny. Wśród stosowanych ćwiczeń wykonywane są także ćwiczenia normalizujące napięcia mięśniowe przy jednoczesnym zwiększaniu siły mięśni i tolerancji na wysiłek.

Istotnym problemem w terapii jest nietrzymanie moczu przez pacjentów po udarach, ale dzięki odpowiednim ćwiczeniom problem ten zostaje zniwelowany. Pomocna w tym zakresie jest elektrostymulacja porażonych grup mięśniowych.

W bardziej zaawansowanych ośrodkach rehabilitacyjnych możliwe jest wykorzystanie inżynierii biomedycznej do celów rehabilitacyjnych. Zastosowanie mają wtedy bieżnie ruchome, platformy o stabilnym i niestabilnym podłożu a także roboty rehabilitacyjne. Zastosowanie wspomnianych bieżni pozwala pacjentom zwiększyć siłę mięśniową oraz wydolność fizyczną [13]

Dodatkowo podczas usprawniania mięśni porażonych można stosować zapisy potencjałów elektrycznych generowanych przez poszczególne partie mięśniowe. W kręgach specjalistycznych jest on nazywany elektromiograficznym biofeedbackiem i można go łączyć z ortezami pacjentów, co w efekcie końcowym zdecydowanie skraca czas rehabilitacji.

W ramach nowoczesnej rehabilitacji na świecie są już wykorzystywane roboty rehabilitacyjne zapewniające pacjentom kompletny oraz powtarzalny wzorzec chodu. Dodatkowo podczas takich ćwiczeń pacjent jest bar-

dziej zabezpieczony przed upadkiem niż w przypadku rehabilitacji tradycyjnej. Niestety taki rodzaj ćwiczeń wymaga od pacjenta między innymi dobrej tolerancji wysiłkowej, dobrego stanu ogólnego, braku zaburzeń ortostatycznych oraz padaczki.

Do mniej zaawansowanych metod rehabilitacji stosowanej u pacjentów po udarze niedokrwiennym z możliwością wykonywania ich nawet w POZ zalicza się [5]:

- kinezyterapię,
- fizjoterapię,
- psychoterapię,
- rehabilitację zawodową i społeczną.

U pacjentka przebywającego jeszcze w łóżku można zastosować ćwiczenia bierne oraz oddechowe. W przypadku braku możliwości wcześniejszego rozpoczęcia rehabilitacji wskazane jest jak najczęstsze zmienianie pozycji ciała co zapobiega nie tylko odleżynom ale także przykurczom mięśniowym.

Należy pamiętać, że pacjent po udarze może odczuwać dolegliwości bólowe porażonej kończyny, jednak przy zastosowaniu zabiegów cieplnych lub pola magnetycznego możliwa jest redukcja dolegliwości, zaś dodatkowo poprawie ulega utlenowanie tkanek. Zabiegi fizykalne w postaci masażu wirowego lub podwodnego pozwalają na rozluźnienie poszczególnych partii mięśniowych.

W przypadku zaistniałej spastyczności mięśni po epizodzie udarowym bardzo często stosuje się terapię TENS (impulsy o niskiej częstotliwości) lub prądy Traberta (jednokierunkowe). Zastosowanie z kolei krioterapii bądź ultradźwięków przed ćwiczeniami zmniejsza dolegliwości bólowe podczas rehabilitacji [13].

Cel

Głównym celem było przedstawienie specyfiki opieki pielęgniarskiej sprawowanej nad pacjentem po przebytym udarze niedokrwiennym mózgu w warunkach opieki domowej

Metoda badawcza

Metodą badawczą zastosowaną w niniejszej pracy jest studium indywidualnego przypadku. Jako pierwsze działania przed ustaleniem deficytów u chorego zgodnie z metodologią badań w pielęgniarstwie przeprowadzono [14]:

- Wywiad pielęgniarski z pacjentem oraz jej rodziną w celu określenia stanu bio – psycho – społecznego. Ze względu na trudności w komunikacji z chorym większą ilość informacji uzyskano od opiekunów nieformalnych pacjenta.
- Analizę dotychczasowej dokumentacji medycznej.
- Badanie podmiotowe i przedmiotowe za zgodą chorego.
- Zastosowano szczegółową obserwację chorego w jego naturalnym domowym środowisku w celu określenia potrzeb na świadczenia pielęgniarskie.

Organizacja przebiegu badań

Badanie oraz obserwację środowiska zamieszkania pacjenta przeprowadzono przez 3 kolejne dni, natomiast plan opieki indywidualnej realizowano przez 10 kolejnych dni.

Chory został poinformowany o poufności danych wrażliwych w przypadku zgody na przeprowadzenie badania oraz realizację planu opieki. Dodatkowo pacjent wraz z rodziną został poinformowany o możliwości przerwania prowadzonego badania bez podania przyczyny przez obie strony. Uzyskano pisemną zgodę pacjenta na udział w badaniu. Chory udostępnił dobrowolnie swoją dokumentację medyczną wykorzystaną na potrzeby niniejszej pracy.

W opracowanej pracy przedstawiono przypadek 76-letniego pacjenta, u którego w październiku 2023 roku został zdiagnozowany udar niedokrwienny mózgu z niedowładem połowicznym.

Pacjent był hospitalizowany w oddziale neurologii z pododdziałem udarowym w szpitalu w Częstochowie. Po hospitalizacji chory został skierowany do opieki domowej, gdzie nadzór lekarsko – pielęgniarski miał być sprawowany przez Przychodnię Rejonową.

Analiza przypadku

Pacjent 76-letni po hospitalizacji w oddziale udarowym z powodu osłabienia kończyn lewych oraz utrudnionego kontaktu słownego. Chory po przebytych w październiku 2023 roku udarze niedokrwiennym połowicznym prawostronnym z afatycznymi zaburzeniami mowy.

Ponadto w wywiadzie choroba niedokrwienna serca, stan po CABG (16 lat temu), stan po implantacji kardio-stymulatora w 2022r, utrwalone migotanie przedsionków (w trakcie terapii dabigatranem). Dodatkowo stwierdzona złożona wada zastawki mitralnej (mała stenoza z umiarkowaną niedomykalnością zastawki trójdzielnej, nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia.

Podczas hospitalizacji pacjent przytomny, stwierdzano zaburzenia mowy afatyczno-dystrytryczne oraz niedowład połowiczny lewostronny III/IV stopień Lovetta NIHSS 7pkt Sk Rankin 3pkt.

W TK mózgowia różnoczasowe obszary niedokrwienne w lewym płacie ciemieniowym w okolicy ciemieniowo – potylicznej, prawej półkuli mózgu, w istocie białej w okolicy rogów czołowych komór bocznych mózgu oraz zmiany atroficzne. W okolicy ciemieniowej w warstwach od środkowokomorowych do nadkomorowych widoczna jest duża zmiana hipodensyjna o gęstościach płynowych. W zakresie istoty białej i szarej mózgu odpowiadająca „starej” zmianie niedokrwiennej w zakresie unaczynienia tętnicy środkowej mózgu lewej. W okolicy potylicznej – ciemieniowej w warstwach od dolno do górnokomorowych widoczna jest duża zmiana hipodensyjna o gę-

stościach płynowych odpowiadająca wcześniejszemu niedokrwieniu w zakresie unaczynienia tętnicy środkowej mózgu prawej. Zaniki korowe mózgowia. Drobne i pojedyncze ogniska naczyniopochodne w istocie białej i podkorowo obustronne.

Ultrasonograficznie obraz w Angio TK stwierdzono krytyczne zwężenie początkowego odcinka prawej ICA oraz istotne zwężenie lewej VA w odcinku śródczaszkowym, poza tym w pozostałych tętnicach domózgowych blaszki miażdżycowe bez znaczenia hemodynamicznego.

Przeprowadzono konsultację chirurga naczyniowego. Chory po wyrażeniu zgody na zabieg rekonstrukcji zakwalifikowany do operacji implantacji stentu do RICA-CAS RICA. Wyznaczono termin przyjęcia do Oddziału Chirurgii Naczyniowej.

W przeprowadzonym badaniu EKG: rytm ze stymulatora 60/min-stymulacja skuteczna.

W holterowskim pomiarze wartości ciśnienia nie odbiegają od normy przy zastosowaniu farmakoterapii.

W UKG niewielkie pogorszenie parametrów echokardiograficznych-EF 46%, większa niedomykalność zastawki mitralnej.

W badaniach morfotycznych nie stwierdzono u pacjenta odchyleń od normy.

Chory ma zlecone do stałego stosowania następujące leki:

Eteksylan dabigatranu (Pradaxa) 150mg	1 - 0 - 1
Bisoprololi fumaras (Bisocard) 5mg	1 - 0 - 1
Spironolactorum (Spironol) 25mg	1 - 0 - 1
Ramiprilum (Vivace) 2,5mg	1 - 0 - 0
Atorvastatinum (Atorvasterol) 10mg	0 - 0 - 1
Piracetamum (Memotropil) 1,2g	1 - 1 - 0

Chory wypisany do domu z zaleceniem dalszego leczenia ambulatoryjnego.

Przed opracowaniem planu indywidualnej opieki w asyście pielęgniarki opieki długoterminowej dokonano oceny stanu bio-psycho-społecznego a także przeprowadzono badanie fizykalne.

Proces pielęgnowania

W ramach opracowania indywidualnego procesu pielęgnowania należy dobrać odpowiednie metody działania, które poprawią jakość i komfort życia pacjenta. Edukacja przeprowadzona dla opiekunów nieformalnych pacjenta ma za zadanie ukazać im właściwą opiekę i pielęgnację przy jednoczesnym mniejszym obciążeniu dla własnego zdrowia.

Podstawowe dane o pacjencie: lat 76, żonaty, dwoje dorosłych dzieci, trójka wnucząt, wykształcenie zawodowe, emeryt. Mieszka z żoną w małej miejscowości pod Częstochową, w parterowym budynku z lat 80.

Stan ogólny

- stan świadomości: przytomny, w utrudnionym kontakcie słowno – logicznym, okresowo zorientowany co do miejsca i czasu.
- sposób poruszania się: chory nie przemieszcza się samodzielnie, czas spędza w łóżku ze względu na porażenie lewostronne oraz osłabioną siłę mięśniową w kończynach prawych. Rodzina nie zapewniła jeszcze wózka inwalidzkiego umożliwiającego przemieszczanie chorego.
- stan higieniczny: skóra czysta, nadmiernie sucha. Zaczerwienie w obrębie powłok skórnych w okolicy obu pośladków oraz kości ogonowej, spowodowane zbyt długim unieruchomieniem oraz brakiem zmian pozycji ułożeniowych.

Ocena samodzielności pacjenta wg skali Barthel: ustalono deficyty w zakresie:

- spożywania posiłków – chory potrzebuje pomocy 5 pkt,
- przemieszczania się 0 pkt – nie jest w stanie,
- utrzymania higieny osobistej 0 pkt – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych,
- korzystanie z toalety- 0 pkt – zależny,
- mycie, kąpiel całego ciała – 0 pkt zależny,
- poruszanie się po powierzchniach płaskich – 0 pkt – nie porusza się,
- wchodzenie i schodzenie po schodach – 0 pkt – nie jest w stanie,
- ubieranie się i rozbieranie – 0 pkt – zależny,
- kontrolowanie stolca- 5 pkt – czasami popuszcza,
- kontrolowanie moczu – 5 pkt czasami popuszcza.

Pacjent w skali Barthel uzyskał tylko 15 pkt na 100 możliwych co świadczy o pełnej zależności od osób trzecich.

Pacjent uskarża się na dolegliwości bólowe w obrębie powłok skóry pośladków. W skali Norton do oceny ryzyka rozwoju odleżyn chory uzyskał 9 pkt, na 24 pkt. Wynik pozwala ocenić duże ryzyko powstania odleżyn. W chwili badania zaczerwienienie na pośladkach oraz kości ogonowej zgodnie z klasyfikacją EPUAP (Europejskiego Panelu Doradczego ds. Odleżyn) kwalifikuje się do I stopnia, w którym uwzględnione zostaje nieblednące zaczerwienienie sprawiające dolegliwości bólowe.

Emocjonalnie chory ma zdecydowanie obniżony nastrój, do czego przyczyniają się trudności w wymowie. Chory ma problemy ze snem nocnym z powodu dolegliwości bólowych oraz nadmiernej senności podczas dnia.

Ocena poszczególnych układów

Układ krążenia:

- tętno: cechy miarowe 62 ud/min,
- prawidłową wydolność serca wspomaga kardiostymulator,

- RR: prawidłowe o wartości 138/78 mmHg, rytm serca: zatokowy.

Układ oddechowy:

- oddech prawidłowy (14 oddechów na minutę) do pomiaru tylko w spoczynku,
- kaszel i duszności chory neguje.

Układ pokarmowy

- łaknienie: obniżone,
- sposób odżywiania: doustnie przy pomocy osób trzecich,
- wydalanie: prawidłowe, sporadycznie niekontrolowane wypróżnienia,
- wzrost i waga pacjenta: 168cm, waga 64kg.

Układ moczowy:

- diureza: prawidłowa,
- sposób wydalania moczu: fizjologiczny, okresowe niekontrolowane mikcje.

Układ nerwowy

- orientacja auto i allopsychiczna okresowo zaburzona,
- czucie powierzchowne i czucie głębokie: zaburzone w kończynach lewej strony, umiarkowanie obniżone po stronie prawej,
- mowa: niezrozumiała,
- pamięć: zaburzona, okresowo poprawa

Układ kostno-mięśniowy

- postawa ciała: prawidłowa,
- przykurcze: w obrębie stawów kończyn lewych,

Układ mięśniowy

- napięcie i siła mięśniowa zdecydowanie osłabiona po stronie prawej, brak siły mięśniowej po stronie lewej,
- sprawność kończyn: ograniczona po stronie prawej, bez cech sprawności po stronie lewej.

Narządy zmysłów

- wzrok: osłabiony, stosownie do wieku,
- słuch: osłabiony.

Ze względu na deficyt w zakresie samoobsługi i samopielęgnacji oraz trudności w komunikacji u chorego, 70 letnia żona sprawuje nad nim opiekę. Dzieci pacjenta pracują zawodowo i tylko sporadycznie mogą pomagać w opiece nad pacjentem. Małżonka nadzoruje stosowanie farmakoterapii oraz wykonuje systematyczne pomiary ciśnienia tętniczego krwi, co odnotowuje w dzienniczku kontrolnym. Ze względu na swoje schorzenia i stosowny wiek nie jest w stanie samodzielnie przemieszczać pacjenta z łóżka ani zmieniać mu pozycji ułożeniowej, co naraża go na ciągłe przebywanie w łóżku

Problemy pielęgnacyjne

Podczas opieki nad pacjentem stwierdzono liczne deficyty, dla których opracowano indywidualny plan opieki, który systematycznie wdrażano oraz zmieniano w zależności od potrzeb chorego. Wśród diagnoz wyodrębniono między innymi:

Diagnoza pielęgnarska 1: Deficyt w zakresie samoopieki i samopielęgnacji jako następstwo niedowładu połowicznego.

Cel: Zaspokojenie potrzeb dnia codziennego u chorego.

Działania pielęgniarские:

- ocena stopnia niesprawności pacjenta,
- pomoc przy codziennej toalecie ciała z jednoczesnym zabezpieczeniem powłok skórnych przed nadmiernym wysuszeniem,
- pomoc podczas spożywania posiłków,
- zapewnienie bezpieczeństwa w łazience, toalecie,
- zwiększenie samodzielności poprzez korzystanie ze sprzętu pomocniczego,
- zapewnienie intymności podczas korzystania z toalety czy kąpieli,
- pomoc przy zmianie odzieży oraz bielizny osobistej,
- angażowanie chorego do ćwiczeń biernych,
- edukacja rodziny związana ze sposobami opieki nad chorym.

Ocena podjętych działań: Deficyty samoopieki oraz samopielęgnacji zostały u chorego zaspokojone.

Diagnoza pielęgniariska 2: Trudności w komunikacji z otoczeniem wynikające z dyzartii.

Cel: Ułatwienie komunikacji.

Działania pielęgniarские:

- zachęcanie chorego do kontaktu z otoczeniem,
- stosowanie form komunikacji pozawerbalnej,
- uważne słuchanie wypowiedzi pacjenta,
- wypowiadanie prostych poleceń z jednoczesnym poparciem gestem,
- okresowa kontrola zmysłu wzroku i słuchu,
- utrzymywanie kontaktu wzrokowego z chorym,
- edukacja rodziny o sposobach komunikacji z pacjentem.

Ocena podjętych działań: Pacjent stara się wypowiadać pojedyncze sylaby, sporadycznie można zrozumieć wypowiadane treści.

Diagnoza pielęgniariska 3: Trudności ze zmianą pozycji zwiększające ryzyko powstania odleżyn.

Cel: Ułatwienie zmian pozycji w łóżku. Prowadzenie profilaktyki p. odleżynowej.

Działania pielęgniarские:

- regularne zmiany pozycji ciała, nie rzadziej niż co 2 godziny,
- zapewnienie dostępu do łóżka chorego z co najmniej trzech stron,
- wdrażanie rodziny do profilaktyki p. odleżynowej,
- zorganizowanie dostępu do środków ortopedycznych w postaci materaca p. odleżynowego,
- stosowanie wałków oraz innych udogodnień zabezpieczających pozycję ciała,
- zapobieganie powikłaniom zatorowo-zakrzepowym,
- zapobieganie wystąpieniu przykurczy, deformacji stawów.

Ocena podjętych działań: Trudności ze zmianą pozycji ciała zostały zniwelowane przy współdziałaniu rodziny chorego.

Diagnoza pielęgniariska 4: Dolegliwości bólowe w obrębie powłok skórnych okolicy kości ogonowej oraz pośladków wynikająca z występującej odleżyny.

Cel: Zmniejszenie dolegliwości bólowych, eliminacja odleżyny.

Działania pielęgniarские:

- ocena stanu powłok skórnych,
- ocena odleżyny wg skali np. Torrance'a ,
- pobranie wymazu z rany odleżynowej do badania bakteriologicznego, wdrożenie antybiotyku zgodnie z antybiogramem,
- stosowanie farmakoterapii zmniejszającej dolegliwości bólowe zgodnie z zleceniem lekarskim,
- codzienna toaleta ciała wraz ze stosowaniem środków higienicznych o pH 5,5,
- regularne natłuszczanie powłok skórnych z oceną jej nawodnienia,
- zwiększenie spożycia wody do poziomu ok. 2 litrów dziennie,
- częste wietrzenie powłok skórnych,
- zastosowanie opatrunków dedykowanych leczeniu odleżyn, zgodnie ze skalą,
- wprowadzenie w diecie większej ilości białka,
- ocena stanu klinicznego pacjenta- odżywienia, nawodnienia, awitaminozy/WitC/, niedoborów cynku, magnezu, obniżenia hematokrytu, stężenia glukozy,
- okresowe zastosowanie pieluchomajtek w celu utrzymania odpowiedniego poziomu wilgotności powłok skórnych,
- częste wietrzenie pomieszczenia w którym przebywa chory.

Ocena podjętych działań: Ból u chorego został zniwelowany.

Diagnoza pielęgniariska 5: Brak możliwości samodzielnego spożywania posiłków wynikający z niedowładów oraz osłabienia siły mięśniowej.

Cel: Zaspokojenie potrzeby spożywania pokarmów, poprawa samodzielności podczas spożywania posiłków.

Działania pielęgniarские:

- dostosowanie odpowiedniej podaży wartości energetycznych,
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu spożywania posiłków,
- dostosowanie posiłków do możliwości i preferencji smakowych chorego,
- podawanie posiłków o odpowiedniej porze dnia i temperaturze,
- pomoc w samodzielnym utrzymaniu sztućców w dłoni prawej,
- edukacja rodziny z zakresu dostosowywania posiłków w zależności od stanu pacjenta,
- toaleta jamy ustnej po każdorazowym posiłku.

Ocena podjętych działań: Pacjent chętnie spożywa różnorodne posiłki w ilościach pozwalających na prawidłową przemianę materii i funkcjonowanie perystaltyki jelit. Rodzina wyedukowana chętnie pomaga pacjentowi.

Diagnoza pielęgniariska 6: Trudności w zaspokajaniu potrzeby snu wynikająca z zaburzeń rytmu dzień noc.

Cel: Zapewnienie komfortu snu nocnego.

Działania pielęgniarские:

- zminimalizowanie bodźców w godzinach wieczornych, min 90 min przed snem,
- zapewnienie zajęcia w ciągu dnia w celu eliminacji drzemek,
- dostosowanie odpowiedniego mikroklimatu pomieszczenia przed snem,
- zadbanie o czystą pościel i odzież osobistą,
- konsumpcja ostatniego posiłku minimum 2 godziny przed snem,
- zastosowanie pieluchomajtek zapewniających komfort skóry,
- ewentualna podaż leków ułatwiających zasypianie jeśli zostaną zlecone przez lekarza,
- wyjaśnienie rodzinie potrzeby wyciszenia chorego w godzinach wieczornych.

Ocena podjętych działań: Pacjent zdecydowanie lepiej przesypia noc, zniwelowano drzemki w ciągu dnia. Użytkoano prawidłowy rytm snu i czuwania.

Diagnoza pielęgniarska 7: Zaburzenia myślenia oraz orientacji wynikające z istoty choroby.

Cel: Poprawa orientacji oraz myślenia.

Działania pielęgniarskie:

- ocena stanu psychicznego oraz emocjonalnego pacjenta,
- stosowanie zleconej farmakoterapii,
- okazywanie wsparcia oraz zapewnienie poczucia bezpieczeństwa,
- przekazywanie informacji o czasie i miejscu pobytu chorego,
- zastosowanie regularności czynności dnia codziennego,
- unikanie zmian w najbliższym otoczeniu, przypomnienie daty. umieszczenie zegara ściennego, kalendarza w pokoju pacjenta,
- systematyczne utrwalanie wiadomości dotyczących rodziny, wydarzeń, oglądanie albumów rodzinnych,
- motywowanie rodziny do uczestnictwa w życiu chorego.

Ocena podjętych działań: Zaburzenia myślenia utrzymują się, okresowo pacjent zorientowany albo i autopsychicznie.

Diagnoza pielęgniarska 8: Przykurcze w obrębie stawów kończyn po stronie lewej powodujące dolegliwości bólowe.

Cel: Zmniejszenie przykurczów w obrębie stawów, eliminacja dolegliwości bólowych.

Działania pielęgniarskie:

- ocena stopnia przykurczów stawowych,
- wykonywanie ćwiczeń biernych oraz czynno-biernych z uwzględnieniem zakresu ruchomości poszczególnych stawów,
- ćwiczenie pamięci motorycznej u chorego,
- układanie chorego w pozycjach przeciwdziałających spastyczności mięśni,
- stosowanie udogodnień w formie wałków, poduszek w celu odciążenia kończyn bezwładnych,
- zachęcanie do wykonywania ruchów kończynami bez porażenia,

- zapewnienie pomocy fizjoterapeuty

Ocena podjętych działań: Zastosowanie działań z pomocą rehabilitanta w nieznacznym stopniu zmniejszyło powstałe przykurcze kostno – stawowe.

Diagnoza pielęgniarska 9: Ryzyko zakażenia układu moczowego wz wiązku z niekontrolowanym wypróżnianiem.

Cel: Zapobieganie infekcjom dróg moczowych.

Działania pielęgniarskie:

- zachowanie odpowiedniej higieny pacjenta,
- stosowanie pieluchomajtek ze zmianą w razie potrzeby, nie rzadziej niż 3 razy w ciągu dnia,
- kontrolowanie spożywania płynów, bilans płynów,
- kontrolne badania moczu zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- obserwacja zgłaszanych dolegliwości pod kątem infekcji (ból, pieczenie, zaczerwienienie w obrębie cewki moczowej), wzrost temperatury ciała,
- pobranie moczu i krwi na posiew,
- wykonanie badań obrazowych,
- wykonywanie cewnikowania pacjenta z zachowaniem aseptyki oraz antyseptyki w przypadku otrzymania zlecenia lekarskiego.

Ocena podjętych działań: Ryzyko zostało zminimalizowane, brak oznak infekcji układu moczowego.

Diagnoza pielęgniarska 10: Ryzyko powstania choroby zakrzepowo – zatorowej wynikające z długotrwałego unieruchomienia.

Cel: Ograniczenie ryzyka choroby zakrzepowo – zatorowej.

Działania pielęgniarskie:

- systematyczna kontrola parametrów ciśnienia tętniczego z odnotowaniem pomiaru w dzienniczku kontrolnym,
- dopilnowanie prawidłowego oraz systematycznego stosowania zleconej farmakoterapii,
- ocena sprawności kardiostymulatora,
- systematyczna kontrola w poradni kardiologicznej,
- prowadzenie ćwiczeń biernych poprawiających funkcjonowanie układu krążenia,
- obserwacja powłok skórnych pacjenta,
- dbałość o prawidłowe nawodnienie pacjenta w ilości około 2 litrów dziennie,
- regularna zmiana pozycji, nie rzadziej niż co 2 godziny,
- wykonywanie masażu limfatycznego kończyn,
- edukacja rodziny w zakresie profilaktyki oraz objawów sugerujących rozwijanie się choroby zakrzepowo – zatorowej.

Ocena podjętych działań: Brak oznak świadczących o rozwoju choroby zatorowo – zakrzepowej u chorego.

Diagnoza pielęgniarska 11: Deficyt wiedzy rodziny w zakresie choroby oraz postępowania w przypadku pogorszenia stanu zdrowia chorego.

Cel: Zwiększenie wiedzy na temat choroby na temat choroby i postępowania opiekuńczo pielęgniarskiego u pacjenta.

Działania pielęgniarские:

- przekazanie wiedzy dotyczącej możliwych następstw w okresie długofalowym,
- promowanie ćwiczeń biernych w celu usprawniania pacjenta,
- przedstawienie negatywnych skutków braku właściwej pielęgnacji,
- zasugerowanie zwiększenia empatii i zrozumienia dla ograniczeń pacjenta,
- poinformowanie o możliwości korzystania z pomocy odpowiednich instytucji.

Ocena podjętych działań: Rodzina ma zwiększoną świadomość konsekwencji choroby.

Ewaluacja działań pielęgniarских.

1. Dzięki pomocy członków rodziny, którzy chętnie uczestniczyli w czynnościach pielęgnacyjno-opiekuńczych nad pacjentem uzyskano zdecydowaną poprawę w zaspokajaniu potrzeb dnia codziennego u chorego. Rodzina angażując się w pomoc dostrzegła deficyty występujące u chorego oraz uzyskała wiedzę i doświadczenie niezbędne w celach prawidłowego sprawowania opieki. Dzięki takiemu postępowaniu udało się ograniczyć wysiłek fizyczny małżonki chorego, która także wymaga pomocy ze względu na swój stan zdrowia i stosowny wiek.
2. Nie uzyskano znaczącej poprawy w zakresie wymowy pacjenta, nadal istnieją duże trudności w zrozumieniu jego wypowiedzi. Zasugerowano pomoc neurologopedy, która ćwiczyłaby z pacjentem, jednocześnie edukując rodzinę w jaki sposób mogą usprawniać wymowę chorego, co niewątpliwie wpłynie pozytywnie na jego nastrój.
3. Dzięki stosowaniu udogodnień, profilaktyki przeciwodleżynowej oraz odpowiedniej pielęgnacji zaistniałej odleżyny uzyskano normalizację powłok skórnych, a także zniwelowano nadmierne jej przesuszenie. Uzyskano dofinansowanie do materaca p. odleżynowego, co niewątpliwie zmniejszy ryzyko powstania nowych odleżyn. Zakupiono także wałki i kliny w celu łatwiejszej zmiany pozycji ułożeniowej pacjenta. Pokazano w jaki sposób i jak często zmieniać pozycję chorego, co dodatkowo wpłynie korzystnie na profilaktykę choroby zakrzepowo – zatorowej oraz zapobiegnie spastyczności mięśni. W skutek wyleczenia aktualnej odleżyny uzyskano zdecydowane zmniejszenie dolegliwości bólowych u chorego. Wymagało to także wsparcia farmakologicznego.
4. Niewątpliwie lekka modyfikacja diety chorego pozwala na zachowanie prawidłowej perystaltyki jelit a także zapobiega niedoborom minerałów oraz elektrolitów.
5. Pomimo stosowania fizykoterapii nie uzyskano poprawy sprawności kończyn w stopniu pozwalają-

cym na samodzielne spożywanie pokarmów czy też przemieszczanie się, jednak nastąpiło zmniejszenie występujących przykurczów w obrębie stawów kończyn górnych i dolnych.

6. Dzięki zaangażowaniu członków rodziny w pielęgnację chorego uzyskano poprawę jakości snu nocnego, gdyż udało się wyeliminować drzemki w ciągu dnia. Pacjent chętnie słucha tego co się dzieje w domu, dodatkowo w pokoju chorego został umieszczony telewizor i pacjent bardzo chętnie ogląda programy telewizyjne.
7. Zniesiono bariery architektoniczne występujące w mieszkaniu i istnieje duże prawdopodobieństwo, że w wyniku dalszych działań rehabilitacyjnych stan chorego ulegnie poprawie w takim stopniu, że będzie mógł korzystać z wózka inwalidzkiego.
8. Przy stosowaniu systematycznej farmakoterapii związanej z poprawą krążenia w naczyniach mózgowych uzyskano poprawę myślenia oraz orientacji. Chory ma możliwość wskazania ręką przedmiotów, które chce by mu podano oraz wybiera potrawy które chce spożyć.
9. Dzięki właściwej pielęgnacji stref intymnych zmniejszono ryzyko powstania zakażenia układu moczowego, dodatkowo zastosowano ziołowe preparaty pozwalające utrzymać właściwe pH moczu. Dodatkowo zwiększenie ilości spożywanych płynów przyczyniło się do regularnej diurezy, co zapobiega rozwojowi flory bakteryjnej oraz zaleganiom moczu. Dobrano odpowiednie środki pielęgnacyjne do potrzeb pacjenta, co wpłynęło na zwiększenie elastyczności powłok skórnych.
10. Zaangażowanie rodziny niewątpliwie poprawiło jakość i komfort życia pacjenta. Uzyskano także wsparcie z pobliskiego Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, której pracownicy będą pomagać rodzinie.
11. W założeniach długofalowych przy stosowaniu odpowiedniej rehabilitacji, farmakoterapii oraz wsparciu rodziny możliwa jest większa poprawa stanu zdrowia chorego.

Podsumowanie i wnioski

Niezależnie od rodzaju choroby naczyniowej mózgu opieka nad pacjentem jest długofalowa oraz niezwykle trudna nie tylko dla opiekunów nieprofesjonalnych w postaci rodziny, ale także dla zespołu interdyscyplinarnego.

U pacjenta po przebytych udarze mózgu zmniejszenie wydolności oraz ograniczenie w zaspokajaniu potrzeb dnia codziennego w sposób negatywny wpływa na wszystkie jego aspekty życia. Chory z upływem czasu wycofuje się z pełnionych ról, a nawet popada w stany depresyjne z powodu swoich ograniczeń. Pacjent czuje

skrępowanie wynikające z zależności od osób trzecich, często są to seniorzy, którzy nie mogą liczyć na wsparcie ze strony zapracowanych dzieci.

Na podstawie zrealizowanej opieki nad pacjentem uzyskano następujące wnioski:

1. Edukacja rodziny w zakresie właściwej opieki nad chorym pozwala na poprawę komfortu życia pacjenta oraz jego rodziny.
2. Zauważana poprawa stanu zdrowia wynikająca z odpowiednio dobranej rehabilitacji zwiększa szanse chorego na powrót do pełnej sprawności fizycznej.
3. Odpowiednio dobrany sprzęt medyczny nie tylko ułatwia opiekę nad chorym, ale zdecydowanie odciąża rodzinę.
4. Edukacja zdrowotna całej rodziny pozwala na wprowadzenie profilaktyki wtórnej skierowanej dla pacjenta oraz profilaktyki pierwotnej dla członków rodziny.
5. Pielęgniarki jako profesjonalny personel medyczny poprzez swoje działania motywują nieformalnych opiekunów do prowadzenia dalszej obserwacji chorego pod kątem objawów niepokojących.
6. Pielęgniarki już na etapie leczenia szpitalnego wpływają na poprawę stanu zdrowia chorego, jego funkcjonowanie w społeczeństwie oraz akceptację ograniczeń co jest kontynuowane w opiece długoterminowej.

Bibliografia

1. Portal Narodowego Funduszu Zdrowia URL: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-udar-niedokrwienny-mozgu>, data wejścia 11.11.2023
2. Kozubski W., Liberski P.: Neurologia – podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2023.
3. Budrewicz S., Słotwiński K., Madetko N., Koszewicz M.: Zaburzenia połykania w chorobach układu nerwowego – diagnostyka i leczenie. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2018; 14 (1), 28-34.
4. Pietrzak M., Knoff B., Kryczka T.: Pielęgniarstwo w Podstawowej Opiece Zdrowotnej. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2021.
5. Jaracz K., Domitrz I.: Pielęgniarstwo neurologiczne. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2019.
6. Robba C., Battaglini D., Ball L. Et al.: Ischaemic stroke-induced distal organ damage: pathophysiology and new therapeutic strategies. *Intensive Care Medicine Experimental* 2020 (23).
7. Musiak P., Niżankowski R., Witkowski A.: Szansa na przełamanie kryzysu w leczeniu udaru mózgu w Polsce. *Wytyczne WIST. Nauka* 3/2023, s.145-149.
8. Podlasek A., Kobayashi A., Grunwald I.: Skala ASPECTS w udarze niedokrwiennym. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2018; 14(4), s. 222-229.
9. Domitrz I., Cegielska J., Stolarski J.: neurologia. Podręcznik dla studentów fizjoterapii. Tom 2. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2023.

10. Czeczelewska E., Skrocka E.: Udar niedokrwienny mózgu leczony trombolitycznie - powikłania i ich leczenie. *Pielęgniarstwo Neurologiczne* 2021. URL: <https://nursing.com.pl/artukul/udar-niedokrwienny-mozgu-leczony-trombolitycznie-powiklania-i-ich-leczenie-611a2d409e-0a066e7247fd92>, data wejścia 13.11.2023, godz. 15.36
11. Szołtys B., Piejko L., Grzebińska A. i wsp.: Nowoczesna rehabilitacja pacjentów po udarach mózgu. *Rehabilitacja w praktyce* 3/2019; s. 19-22.
12. Skorupińska A., Kostorz K., Bojarska – Hurnik S.: Zastosowanie metody Bobath w rehabilitacji osób dorosłych po udarze niedokrwiennym mózgu. *Geriatra* 2017; 11:130- 134.
13. Kwolek A.: Fizjoterapia w neurologii i neurochirurgii. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012.
14. Lenartowicz H., Kózka M.: Metodologia badań w pielęgniarstwie. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2023.

Data przyjęcia: 12.05.2024

Data recenzji: 15.09.2024

Data wydania: 27.09.2024

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)

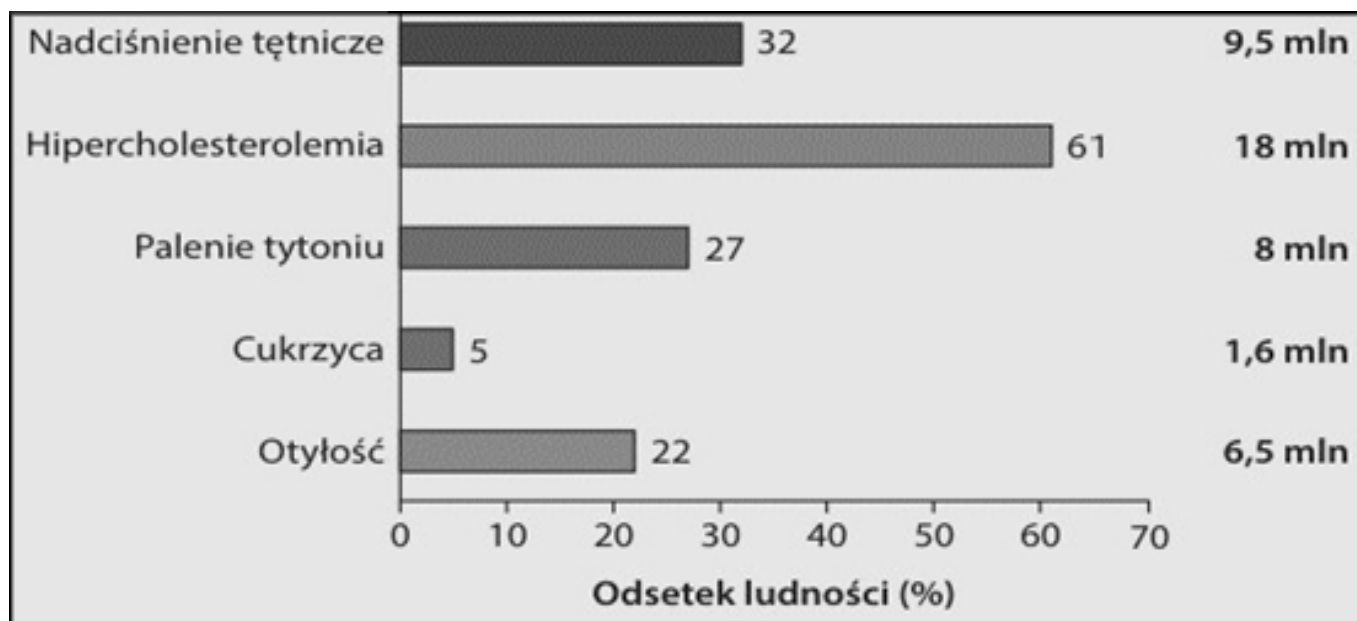
Źródło: M. Kałużna-Oleksy (red.): Niewydolność serca w Polsce. Realia, koszty, sugestie poprawy sytuacji, Warszawa: INNOWO Instytut Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju; 2020: 28.

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 ¼ 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 przyzwyczajeń 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 psychicznym 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 cykloazyguanylanowej 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: IN-NOWO 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