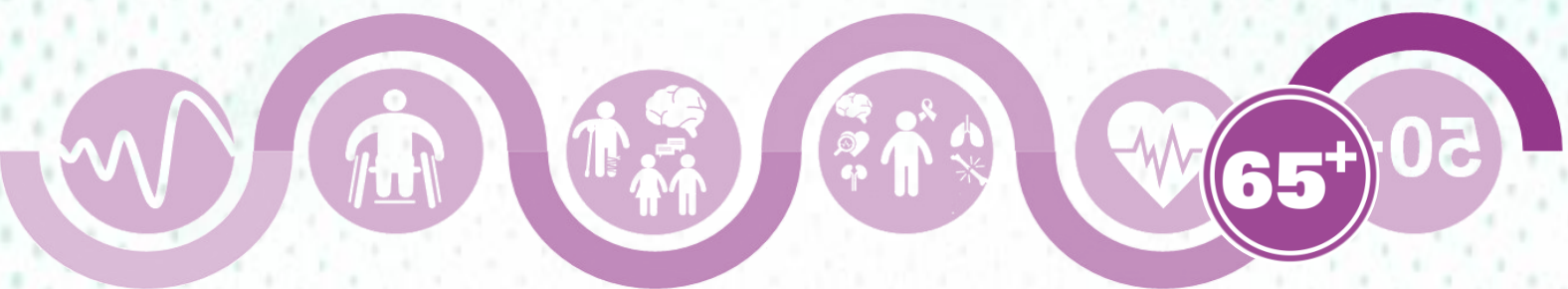


WSPÓŁCZESNE WYZWANIA W OCHRONIE ZDROWIA

Tom 13

praca zbiorowa pod red.
Krystyny Klimaszewskiej,
Elżbiety Krajewskiej-Kułak

Białystok, 2025



Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



WSPÓŁCZESNE WYZWANIA W OCHRONIE ZDROWIA

Tom XIII

**Praca zbiorowa pod redakcją
Dr n. med. Krystyny Klimaszewskiej,
Prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kulak**

Białystok 2025

RECENZENCI MONOGRAFII

Dr hab. n. o zdr. Katarzyna Van Damme-Ostapowicz

Western Norway University of Applied Sciences, Faculty of Health and Social Sciences,
Førde, Norway

Dr n. med. Anna Ślifirczyk

Uniwersytet Przyrodniczo Humanistyczny w Siedlcach,
Wydział Nauk Medycznych i Nauk i Zdrowiu, Instytut Nauk o Zdrowiu

Wydawca

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Kilińskiego 1
Białystok

ISBN komplet

978-83-951075-6-6

ISBN XIII tom

978-83-978350-1-6

Wydanie I

Białystok 2025

Wszelkie prawa zastrzeżone

Opracowanie graficzne: wykorzystano darmowe wektory z <https://pl.freepik.com/>

Druk

Monografia wydana w formie pdf

Pełna wersja dostępna online na stronach

https://www.umb.edu.pl/wnoz/o_wydziale/monografie_pracownikow_wnz

https://www.umb.edu.pl/monografie_konferencyjne

**Za zgodność z prawami autorskimi użytych w tekście cytowań, fotografii, rycin i
tabel odpowiedzialność ponoszą autorzy poszczególnych rozdziałów.**

**Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, przedrukowywanie i
rozpowszechnianie całości lub fragmentów niniejszej pracy bez zgody wydawcy
zabronione**

WSPÓŁCZESNE WYZWANIA W OCHRONIE ZDROWIA

Tom XIII

***Ze wszystkich nauk medycyna jest
najszlachetniejsza***
Hipokrates



Od Autorów

Szanowni Państwo

Z satysfakcją oddajemy w ręce Czytelników trzynasty tom monografii „**Współczesne wyzwania w ochronie zdrowia**”, stanowiący kontynuację cyklu publikacji poświęconych aktualnym problemom, trendom i kierunkom rozwoju szeroko pojętej opieki zdrowotnej.

W dynamicznie zmieniającej się rzeczywistości społecznej, ekonomicznej i technologicznej sektor ochrony zdrowia staje przed coraz bardziej złożonymi wyzwaniami. Wzrost oczekiwań pacjentów, starzenie się społeczeństwa, rozwój medycyny opartej na danych oraz rosnące znaczenie profilaktyki i zdrowia publicznego wymagają od środowisk naukowych, praktyków oraz decydentów nieustannego dialogu i współpracy.

Niniejsza monografia jest efektem takiego dialogu – wymiany doświadczeń, wyników badań i refleksji ekspertów reprezentujących różne dziedziny nauki i praktyki. Zawarte w niej opracowania dotyczą zarówno zagadnień klinicznych, organizacyjnych i ekonomicznych, jak i społecznych aspektów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Mamy nadzieję, że prezentowane artykuły staną się inspiracją do dalszych badań i dyskusji nad kierunkami rozwoju współczesnej medycyny i zdrowia publicznego, a także przyczynią się do lepszego zrozumienia złożoności wyzwań, przed jakimi stoi dzisiejszy system ochrony zdrowia.

Wszystkim Autorom dziękujemy za zaangażowanie i wkład merytoryczny, a Czytelnikom życzymy inspirującej lektury.

Dr n. med. Krystyna Klimaszewska

Prof. Dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska - Kułak

Wykaz autorów

Basaj Kinga

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Bielecka Katarzyna

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Borowska Olga

Lic. piel.

Absolwentka Studiów I stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Rzeszowski

Borucińska Katarzyna

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Brodowicz-Król Magdalena

Dr n. o zdr.

Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii Collegium Medicum Uniwersytetu Rzeszowskiego

Chowaniec Joanna

Mgr piel.

Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii

Cylwik Karolina

Mgr piel.

Nasz Lekarz Przychodnie Medyczne Sp. z o. o. w Toruniu

Czaja Anna

Lic. piel.

Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Daniszewski Eugeniusz Sławomir

Mgr piel.

Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Nasz Lekarz Przychodnie Medyczne Sp. z o. o. w Toruniu

Drożdżał - Dzik Agnieszka

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Dunda Katarzyna

Lic. piel.

Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dusza Marzena

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Girzelska Joanna

Dr n. med.

Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku

Głuch Milena

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Hniłka Gabriela

Mgr piel.

Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie

Kalinowska Paulina

Dr n. o zdr.

Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatricznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Kielbasa Ewa

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Klimaszewska Krystyna

Dr n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Koń Klaudia

Lic. piel.

Absolwentka Studiów I stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Rzeszowski

Kosowska Katarzyna

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Kostrzewa-Zabłocka Ewa

Dr n. med.

*Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie. Klinika Diabetologii.
Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie. Poradnia Diabetologiczna.
NZOZ „Zdrowie” Poradnia Diabetologiczna w Chełmie.*

Kowalik Kacper

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Krajewska – Kułak Elżbieta

Prof. dr hab. n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Kraśnianin Elżbieta

Dr n. med.

Katedra Położnictwo, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii Collegium Medicum Uniwersytetu Rzeszowskiego

Kremer Martyna

Lic. piel.

Absolwentka Studiów I stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Rzeszowski

Kruk Edyta

Dr n. o zdr.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Wydział Medyczny. Collegium Medicum Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Kulbaka Ewa

Dr n. med

Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

Kuśper Anna

Lic. piel.

Absolwentka Studiów I stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Rzeszowski

Łukomska Wiktoria

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Maciąg Justyna

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Madej Agnieszka

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Majewska Ewelina

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Marciniak Anna

Mgr piel.

*Absolwentka Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Przemyślu, kierunek:
Pielęgniarstwo*

Mazur-Warzecha Eliza

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Milewski Rafał

Dr n. med. i n. o zdr.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Nowak Renata

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Opalińska Marcelina

Lic. piel.

Absolwentka Studiów I stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Rzeszowski

Parszewska Agnieszka

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Pecka Anna

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Pempuś Julita

Mgr piel.

*Absolwentka Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Przemyślu, kierunek:
Pielęgniarstwo*

Peret Klaudia

Lic. piel.

*Absolwentka, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii Collegium Medicum Uniwersytetu
Rzeszowskiego*

Piasecka Martyna

Mgr piel.

*Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i
Położnych Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium
Medicum w Bydgoszczy*

Pyszczyk Beata

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Rębiś Renata

Mgr piel.

Absolwentka, Radomska Szkoła Wyższa

Rękas Magdalena

Dr n. o zdr.

Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii Collegium Medicum UR

Róg Józefa

Mgr piel.

*Absolwentka Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Przemyślu, kierunek:
Pielęgniarstwo*

Rutka Anna

Mgr piel.

Absolwentka, Radomska Szkoła Wyższa

Rutkowska Kamila

Lic. piel

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Sierpińska Lidia

Dr n. o zdr.

*I Szpital Wojskowy z Przychodnią, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Lublinie*

Sławska – Okruta Agnieszka

Dr n. med. i n. o zdr.

Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

Sobótek Dagmara

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Sosnowy Karolina

Lic. piel.

Absolwentka Studiów I stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Rzeszowski

Stefaniak- Fijoł Adrianna

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Strzelecka Beata

Mgr piel.

Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

Sura Barbara

Mgr piel.

*Instytut Ochrony Zdrowia, Wydział Nauk Społecznych, Humanistycznych i Ochrony Zdrowia,
Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyśle*

Szałach Agnieszka

Mgr piel.

*Absolwentka, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Akademia
Zamojska*

Tarabasz Agnieszka

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Trembulak Marcin

Lic. piel.

Absolwent Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Turosz Maria Anna

Dr

*Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Filia AWF w Białej
Podlaskiej*

Tworzydło-Kijanka Agnieszka

Mgr piel.

*Absolwentka Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Przemyśle, kierunek:
Pielęgniarstwo*

Walczak Paulina

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Winiarska Aneta

Lic. piel.

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Wiśniewska Katarzyna

Dr n. med. i n. o zdr.

Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

Żurawska Aneta

Mgr piel.

*Instytut Ochrony Zdrowia, Wydział Nauk Społecznych, Humanistycznych i Ochrony Zdrowia,
Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyślu*

Żurawska vel Dziurawiec Kinga

Dr n. med.

*Instytut Ochrony Zdrowia, Wydział Nauk Społecznych, Humanistycznych i Ochrony Zdrowia,
Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyślu*

Spis treści

ZADANIA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD DZIECKIEM Z PORTEM NACZYNIOWYM <i>Ewa Kulbaka, Katarzyna Wiśniewska, Marcin Trembulak</i>	20
EDUKACJA TERAPEUTYCZNA W OPIECE NAD DZIECKIEM Z PRZEDWCZESNYM PRZEKWITANIEM <i>Karolina Sosnowy, Magdalena Brodowicz-Król</i>	31
WIEDZA KOBIET W WIEKU PROKREACYJNYM NA TEMAT POBIERANIA I PRZECHOWYWANIA KRWI PĘPOWINOWEJ <i>Agnieszka Tworzydło-Kijanka, Aneta Żurawska, Kinga Żurawska vel Dziurawiec</i>	41
AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA JAKO STRATEGIA RADZENIA SOBIE Z SYNDROMEM CYWILIZACYJNYM <i>Maria Anna Turosz</i>	50
MODEL OKOŁOOPERACYJNEJ OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM PO OPERACJI TĘTNIKA AORTY BRZUSZNEJ METODĄ KLASYCZNĄ <i>Marcelina Opalińska, Joanna Chowaniec, Lidia Sierpińska, Magdalena Brodowicz-Król</i>	59
STAN WIEDZY PIELĘGNIAREK NA TEMAT WIRUSA HPV <i>Anna Marciniak, Barbara Sura, Kinga Żurawska vel Dziurawiec</i>	70
EDUKACJA TERAPEUTYCZNA RODZINY PACJENTA W SPEKTRUM AUTYZMU <i>Olga Borowska, Joanna Chowaniec, Magdalena Brodowicz-Król</i>	82
ADAPTACJA ZAWODOWA PIELĘGNIAREK <i>Agnieszka Szalach, Magdalena Brodowicz-Król, Edyta Kruk, Renata Rębiś</i>	92
ROLA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD DZIECKIEM Z ATOPOWYM ZAPALENIEM SKÓRY <i>Anna Kuśper, Joanna Chowaniec, Magdalena Brodowicz-Król</i>	103
ROLA PIELĘGNIARKI W PROFILAKTYCE ZAKAŻEŃ RAN POOPERACYJNYCH U PACJENTÓW PO WSZCZEPIENIU ENDOPROTEZY BIODRA <i>Katarzyna Wiśniewska, Ewelina Majewska</i>	114
ROLA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z ZESPOŁEM JELITA DRAŻLIWEGO <i>Katarzyna Wiśniewska, Marzena Dusza</i>	127
OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z WYŁONIONĄ STOMIĄ <i>Katarzyna Wiśniewska, Agnieszka Madej</i>	138
ROLA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z OSTRYM ZAPALENIEM PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO <i>Katarzyna Wiśniewska, Agnieszka Parszewska</i>	152

Spis treści

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z OSTRYM ZAPALENIEM WYROSTKA ROBACZKOWEGO	164
<i>Katarzyna Wiśniewska, Agnieszka Tarabasz</i>	
ROLA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z NOWOTWOREM JELITA GRUBEGO	176
<i>Katarzyna Wiśniewska, Ewa Kulbaka, Kamila Rutkowska</i>	
EDUKACYJNA ROLA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD DZIECKIEM Z CELIAKIĄ	188
<i>Klaudia Koń, Joanna Chowanec, Magdalena Brodowicz-Król</i>	
ROLA I ZADANIA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM PRZYGOTOWANYM DO KORONAROGRAFII	201
<i>Katarzyna Wiśniewska, Joanna Girzelska, Paulina Walczak</i>	
OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO ARTROSKOPII KOLANA	213
<i>Katarzyna Wiśniewska, Kacper Kowalik</i>	
ROLA I ZADANIA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM PO ZABIEGU ANGIOPLASTYKI WIEŃCOWEJ	222
<i>Katarzyna Wiśniewska, Joanna Girzelska, Katarzyna Kosowska</i>	
OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM GERIATRYCZNYM Z CHOROBA AFEKTYWNĄ DWUBIEGUNOWĄ	233
<i>Katarzyna Wiśniewska, Beata Strzelecka, Katarzyna Borucińska</i>	
JAKOŚĆ ŻYCIA I SATYSFAKCJA Z ŻYCIA RODZICA DZIECKA LECZONEGO Z POWODU CUKRZYCY TYPU I	246
<i>Magdalena Rękas, Gabriela Hnilka</i>	
PIELĘGNACJA PACJENTKI Z ZAKAŻENIEM UKŁADU MOCZOWEGO W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ	251
<i>Katarzyna Wiśniewska, Milena Głuch</i>	
MODEL OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM Z OSTRYM ZESPOŁEM WIEŃCOWYM	268
<i>Katarzyna Wiśniewska, Agnieszka Sławska – Okruta, Ewa Kielbasa</i>	
STRES I ZESPÓŁ WYPALENIA ZAWODOWEGO U PIELĘGNIAREK – ROZWAŻANIA TEORETYCZNE	282
<i>Piasecka Martyna</i>	
MODEL OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM Z KOLEJNYM ZAWAŁEM MIĘŚNIA SERCOWEGO	292
<i>Katarzyna Wiśniewska, Agnieszka Sławska – Okruta, Eliza Mazur-Warzecha</i>	
OPIEKA PIELĘGNIARSKA PACJENTA Z ZAIMPLANTOWANYM STENTGRAFTEM AORTY BRZUSZNEJ I TĘTNIC BIODROWYCH	304
<i>Katarzyna Wiśniewska, Anna Pecka</i>	

Spis treści

MODEL OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM Z CHOROBA NIEDOKRWIENNĄ SERCA	316
<i>Katarzyna Wiśniewska, Agnieszka Sławska – Okruta, Dagmara Sobótek</i>	
OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTKĄ Z KAMICĄ ŻÓŁCIOWĄ	330
<i>Katarzyna Wiśniewska, Justyna Maciąg</i>	
OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z MŁODZIEŃCZYM IDIOPATYCZNYM ZAPALENIEM STAWÓW	347
<i>Martyna Kremer, Lidia Sierpińska, Magdalena Brodowicz-Król</i>	
OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTKĄ Z INKONTYNENCJĄ	358
<i>Katarzyna Wiśniewska, Katarzyna Bielecka</i>	
OPIEKA NAD DZIECKIEM Z WIRUSOWYM ZAPALENIEM PŁUC (RSV)	370
<i>Katarzyna Dunda, Paulina Kalinowska, Rafał Milewski</i>	
OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z ZAPALENIEM MIĘŚNIA SERCOWEGO	384
<i>Katarzyna Wiśniewska, Aneta Winiarska</i>	
CZYNNIKI RYZYKA CHOROÓB ZWYRODNIENIOWYCH KRĘGŁOSŁUPA WŚRÓD PIELĘGNIAREK PRACUJĄCYCH NA ODDZIAŁACH SZPITALNYCH	401
<i>Magdalena Brodowicz-Król, Agnieszka Szalach, Ewa Kulbaka, Anna Rutka</i>	
OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z ROZSZCZPEM WARGI, PODNIĘBIENIA ORAZ WYROSTKA ZĘBOWODOŁOWEGO	409
<i>Katarzyna Wiśniewska, Renata Nowak</i>	
OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z MUKOWISCYDOZĄ	428
<i>Anna Czaja, Paulina Kalinowska, Rafał Milewski</i>	
ROLA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z GASTROPAREZĄ CUKRZYCOWĄ	440
<i>Ewa Kostrzewa-Zabłocka</i>	
OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z ŁUSZCZYCOWYM ZAPALENIEM STAWÓW	447
<i>Katarzyna Wiśniewska, Agnieszka Drożdżał – Dzik</i>	
JAKOŚĆ ŻYCIA KOBIET Z ZESPOŁEM MAYER–ROKITANSKY–KÜSTER–HAUSER	460
<i>Józefa Róg, Kinga Żurawska vel Dziurawiec</i>	
MODEL OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM PO PIERWSZYM ZAWALE MIĘŚNIA SERCOWEGO	473
<i>Katarzyna Wiśniewska, Agnieszka Sławska – Okruta, Agata Wiktoria Łukomska</i>	
MODEL OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM Z CUKRZYCĄ	485
<i>Katarzyna Wiśniewska, Agnieszka Sławska – Okruta, Beata Pyszczyk</i>	

Spis treści

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM GERIATRYCZNYM ZE SCHIZOFRENIĄ PARANOIDALNĄ	497
<i>Katarzyna Wiśniewska, Beata Strzelecka, Kinga Basaj</i>	
KOMPETENCJE PIEŁĘGNIARKI W PROMOWANIU KARMIENIA NATURALNEGO W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM	509
<i>Magdalena Brodowicz-Król, Agnieszka Szalach, Elżbieta Kraśnianin, Klaudia Peret</i>	
MODEL OPIEKI PIEŁĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM Z NADCIŚNIENIEM TĘTNICZYM	518
<i>Katarzyna Wiśniewska, Agnieszka Sławska – Okruta, Adrianna Stefaniak- Fijoł</i>	
OKOŁOPORODOWE ZABURZENIA NASTROJU WYZWANIEM WSPÓŁCZESNEJ OPIEKI POŁOŻNICZEJ	539
<i>Julita Pempuś, Kinga Żurawska vel Dziurawiec</i>	
POWIKŁANIA IMMUNOTERAPII SWOISTEJ U PACJENTÓW DOROSŁYCH Z CHOROBYMI ALERGICZNYMI	551
<i>Eugeniusz Sławomir Daniszewski, Karolina Cylwik</i>	

ZADANIA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD DZIECKIEM Z PORTEM NACZYNIOWYM

Ewa Kulbaka¹, Katarzyna Wiśniewska², Marcin Trembulak³

1- *Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Radońska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*

2- *Radońska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*

3- *Absolwent Radońskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu*

WSTĘP

Porty naczyniowe stają się coraz bardziej popularnym sposobem podawania leków chemioterapeutycznych w trakcie walki z nowotworami. Związane jest to z licznymi korzyściami, które charakteryzują ten system, szczególnie w zakresie skuteczności oraz bezpieczeństwa wprowadzania leków bezpośrednio do naczyń centralnych, a także z możliwości długotrwałego użytkowania systemu bez potrzeby częstej reimplantacji. Znajomość podstawowych aspektów dotyczących budowy, obsługi, wskazania i przeciwwskazania, oraz zalety i wady portów naczyniowych to fundament prawidłowego oraz efektywnego wykorzystania tego rozwiązania [1].

W nowoczesnej onkologii systemy dożylnie do podawania leków cytostatycznych są łatwym rozwiązaniem. Pielęgniarka jest kluczowym pracownikiem, który dba o pacjenta z wszczepionym portem naczyniowym. Konieczne jest, aby pielęgniarka posiadała odpowiednie szkolenie w zakresie opieki nad osobami z takim portem oraz w obsłudze systemu dożylnego. Z rosnącą liczbą pacjentów korzystających z portów naczyniowych można przewidywać, że ta metoda dostarczania leków onkologicznych, zarówno w leczeniu systemowym, jak i celowanym, będzie coraz bardziej popularna. Najczęściej do wszczepienia portu kwalifikują się pacjenci z rakiem piersi, rakiem jelita grubego oraz nowotworami układu chłonnego [2, 3].

Stosowanie cewników naczyniowych niesie ze sobą wiele korzyści, umożliwiając bezpieczne i efektywne podawanie leków, lepsze zarządzanie terapią oraz skuteczniejszą kontrolę nad leczeniem. Przy podejmowaniu decyzji dotyczących prowadzenia terapii, najważniejszym aspektem powinno być dobro pacjenta, które zawsze musi być priorytetem dla całego zespołu

medycznego. Posiadanie specjalistycznej wiedzy umożliwia podejmowanie właściwych decyzji oraz skuteczne kierowanie procesem leczenia chorego [1].

Wprowadzenie cewników do żył centralnych i wszczepialne cewniki portowe stanowią jeden z najważniejszych postępów w technologiach pielęgniarstwa dla pacjentów onkologicznych. Tworzą one niezbędną niezawodną drogę, przez którą pacjenci mogą otrzymywać wsparcie żywieniowe, chemioterapię, długoterminowe infuzje i powtarzane badania krwi. Dlatego analiza kontrastywna tych 2 ścieżek stała się popularnym zagadnieniem dla pielęgniarek [4].

Zastosowanie portów naczyniowych u pacjentów otrzymujących chemioterapię przynosi korzyści zarówno osobom chorym, jak i zespołowi medycznemu. Pacjent powinien być poinformowany o potencjalnych powikłaniach. Kluczowe dla odpowiedniej opieki oraz zapobiegania komplikacjom związanym z użytkowaniem portów naczyniowych jest doświadczenie oraz profesjonalne działania personelu pielęgniarstwa. Również sporządzenie i wdrażanie wewnętrznych wytycznych dotyczących opieki i korzystania z implantowanych systemów naczyniowych ma zasadnicze znaczenie [1, 5]. Ukazanie istotnych aspektów opieki na dzieckiem z dostępem naczyniowym w postaci procesu pielęgnowania może poprawić jakość usług pielęgniarstwa oraz bezpieczeństwo pacjenta.

CEL PRACY

Celem głównym prezentowanych badań jest ukazanie zadań personelu pielęgniarstwa w opiece nad dzieckiem z założonym portem naczyniowym w przebiegu leczenia chemioterapią celowaną.

MATERIAŁ I METODY

Metodą badawczą która została użyta w przedmiotowym badaniu było case study, czyli studium indywidualnego przypadku małego pacjenta po implantacji portu naczyniowego w przebiegu zdiagnozowania choroby onkologicznej – mięsaka tkanek miękkich. Dobór metody pozwolił w sposób holistyczny ocenić stan bip-psycho-społeczny małego pacjenta jak również pozwolił uzyskać odpowiedzi na postawione problemy badawcze. W zakresie zastosowanych technik badawczych wykorzystano wywiad i obserwację pielęgniarstwa jak również pomiar i analizę dokumentacji medycznej. W zakresie zastosowanych narzędzi wykorzystano: przewodnik do gromadzenia danych o pacjencie, ocenę nudności i wymiotów według kryteriów WHO, bristolską skalę uformowania stolca, skalę oceny bólu NRS, BMI, Kwestionariusz do oceny stanu odżywienia MNA (Mini

Nutritional Assessment), Skala do oceny stanu błony śluzowej jamy ustnej z zastosowaniem NCI-CTCAE (National Cancer Institute Common Toxicity Criteria Adverse Events), skale Bartel, skalę Glasgow. Badanemu założono książeczkę obserwacji i obsługi zaimplantowanego portu dożylnego.

Badanie z użyciem zastosowanej metodologii zostało zrealizowane w maju 2025 roku w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie w Klinice Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej. Podmiotem badania był mały pacjent ze zdiagnozowanym mięsakiem tkanek miękkich zakwalifikowany do wszczepienia portu naczyniowego. Na udział w badaniu wyraził zgodę opiekun małoletniego – matka. Badani zarówno matka jak pacjent zostali poinformowani o celu, przebiegu i istocie badania.

Wyniki

Opis indywidualnego przypadku

Metodą case study objęto 12 letniego chłopca u którego zdiagnozowano mięsaka maziówkowego (synovial sarcoma, SS), zaliczanego do RMS-like.

Początkowe objawy choroby były nieswoiste, chłopiec zgłaszał objawy bólowe w okolicy paliczka dalszego palca serdecznego. Ból nasilał się przy dotyku. Z uwagi na brak zmian skórnych w okolicy, ból zakwalifikowano do objawów wzrostowych. Z uwagi na nasilające się dolegliwości bólowe pacjent był poddany kontroli USG oraz badaniom obrazowym w wyniku których zdiagnozowano guza. Kolejno poddano pacjenta hospitalizacji którego celem była całkowita resekcja guza z marginesem wraz z pobraniem materiału do badania histopatologicznego. Weryfikacja materiału wykazała rozpoznanie Sarcoma Synoviale. Wykonano kolejne badania obrazowe, które wykluczyły przerzuty guza pierwotnego.

Pacjenta zakwalifikowano do założenia portu naczyniowego celem prowadzenia chemioterapii zgodnie ze schematem dla guzów RMS-like. Podczas hospitalizacji po wdrożeniu chemioterapii u pacjenta wystąpiła gorączka, podwyższone parametry zapalne, agranulocytoza, zastosowano antybiotykoterapię wraz z kontynuacją chemioterapii. U pacjenta występują liczne skutki uboczne leczenia chemioterapeutycznego w postaci polineuropatii, bradykardii, nudności, wymiotów, zaparć, ogólnego zmęczenia.

W oparciu o zgromadzone dane uzyskane z wywiadu, obserwacji, pomiarów, analizy dokumentów oraz zastosowanych narzędzi badawczych sformułowano diagnozy pielęgniarskie ze wskazaniem celu i interwencji pielęgniarskich w opiece nad małoletnim pacjentem z portem naczyniowym w trakcie leczenia cytostatykami.

Proces pielęgnowania pacjenta

- **Diagnoza pielęgnarska 1:** Port naczyniowy – lęk małoletniego pacjenta oraz opiekuna przed nieznanym.

Cel opieki: Zniwelowanie obaw i strachu przed implantacją portu naczyniowego.

Interwencje pielęgnarskie:

- Wy tłumaczenie pacjentowi i opiekunowi, na czym polega port naczyniowy i dlaczego jego założenie jest korzystne dla pacjenta przed rozpoczęciem leczenia
- Edukacja pacjenta na temat konieczności przepłukiwania portu naczyniowego w momencie, kiedy nie jest regularnie używany, poinformowanie o tym, że każde użycie portu naczyniowego powinno być udokumentowane w książeczce wkłuć do portu.
- Zalecenie pacjentowi, aby udając się do innej placówki medycznej, posiadał zawsze przy sobie paszport portu naczyniowego i ewentualnie igłę Hubera – w sytuacji, gdyby nie była dostępna w innej placówce.

Wynik opieki: Zminimalizowano obawy i strach przed implantacją portu naczyniowego.

- **Diagnoza pielęgnarska 2:** Możliwość wystąpienia powikłań związanych z założonym portem naczyniowym.

Cel opieki:

Zapobieganie powikłaniom lub wczesne ich wykrycie.

Interwencje pielęgnarskie:

- przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki,
- kontrola miejsca wprowadzenia portu,
- zachowanie maksymalnej jałowości przy użytkowaniu portu,
- edukacja rodziców dotycząca postępowania z portem naczyniowym

Wynik opieki: Stosowano zasady aseptyki i antyseptyki przy obsłudze portu, nie zauważono objawów powikłań. Do dalszej obserwacji.

- **Diagnoza pielęgnarska 3:** Systematyczna pielęgnacja portu naczyniowego.

Cel opieki:

Niedopuszczenie do zakażenia oraz braku drożności systemu.

Interwencje pielęgnarskie:

- Systematyczna codzienna kontrola miejsca wprowadzenia igły i prowadzenie wymaganej dokumentacji.
- Postępowanie zgodnie z zasadami i rekomendacjami, w szczególności w zakresie:
 - Igieł Hubera: igłę w porcie można pozostawić na maksymalnie 7 dni, pod warunkiem codziennego monitorowania miejsca wkłucia, właściwego doboru długości igły, użycia przezroczystego, okluzyjnego i sterylnego opatrunku (który umożliwia obserwację igły w porcie), braku jakichkolwiek znaków zakażenia. Jeżeli przez port podawane są emulsje tłuszczowe, igłę w porcie należy wymieniać co 24 godziny.
 - Płukania portu: płukanie portu należy wykonywać zawsze bezpośrednio po zakończeniu iniekcji/ infuzji w ilości minimum 10 ml 0,9% NaCl, w przypadku emulsji tłuszczowych oraz preparatów krwiopochodnych minimum 20 ml 0,9% NaCl.
 - Stosowania strzykawek: nie należy stosować strzykawek o objętości mniejszej niż 10 ml (użycie mniejszych strzykawek powoduje powstanie zbyt dużego ciśnienia w układzie portu, co może skutkować jego uszkodzeniem).
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki

Wynik opieki: Pielęgnacja portu naczyniowego wykonana codziennie zgodnie z zasadami i rekomendacjami Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Onkologicznych,

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Skutki uboczne zastosowanego protokołu chemioterapii, czyli wymioty, odczucia nudności, utrata apetytu, zaparcia.

Cel opieki:

Eliminacja skutków ubocznych stosowanej chemioterapii.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena nasilenia nudności i wymiotów na podstawie skali WHO oraz ocena stolca.
- Zastosowanie leku przeciwwymiotnego, zgodnego z indywidualnym planem leczenia, przed podaniem cytostatyku,
- Unikanie podawania cytostatyków bezpośrednio po posiłku lub w trakcie jego spożywania,
- Nauczenie dziecka technik relaksacyjnych oraz zwrócenie jego uwagi na inne zajęcia,

- Prowadzenie karty obserwacyjnej oraz regularne pomiary podstawowych parametrów życiowych,
- Zalecenie picia siemienia lnianego w celu ochrony błony śluzowej żołądka,
- Zapewnienie dostępności miski nerkowatej, ligniny oraz wody do płukania ust,
- W przypadku wystąpienia biegunki, kontrolowanie wyglądu stolca,
- Sostarczanie płynów w małych ilościach, picie małymi łykami,
- Unikanie drażniących zapachów.

Wynik opieki: Po wdrożeniu zaplanowanych interwencji oraz wdrożeniu farmakoterapii zgodnie ze zleceniem lekarskim zminimalizowano skutki uboczne cytostatyków.

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Zwiększone ryzyko infekcji spowodowane neutropenią i obniżeniem odporności w wyniku zastosowania terapii cytostatycznej.

Cel opieki:

Ograniczenie ryzyka zakażeń wynikających z neutropenii.

Interwencje pielęgniarskie:

- Systematyczne obserwowanie ważnych parametrów zdrowotnych pacjenta, takich jak tętno, ciśnienie krwi, częstość oddechów oraz poziom saturacji.
- Prowadzenie dokładnego bilansu przyjmowanych i wydalanych płynów, aby zapewnić odpowiednie utrzymanie równowagi wodno-elektrolitowej.
- Wspieranie pacjenta w zachowaniu wysokiego poziomu higieny osobistej i otoczenia poprzez wprowadzenie ochronnej izolacji.
- Szkolenie pacjenta oraz jego rodziny w zakresie przestrzegania zasad sanitarno-epidemiologicznych z uwagi na osłabioną odporność.

Wynik opieki:

U pacjenta zaobserwowano stan podgorączkowy mogący wskazywać na rozwój neutropenii.

- **Diagnoza pielęgniarska 6:** Dyskomfort małego pacjenta spowodowany przewlekłym bólem.

Cel opieki: Zmniejszenie dolegliwości bólowych i poprawa komfortu pacjenta i jego opiekuna.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena intensywności bólu za pomocą skali NRS.

- Określenie, które czynności lub czynniki zwiększają ból i jaka jest jego natura (pieczenie, ucisk).
- Obserwacja parametrów życiowych (ciśnienie krwi, tętno, oddech, temperatura, kolor skóry, zmiany troficzne).
- Odwrócenie uwagi pacjenta od bólu, na przykład poprzez rozmowę lub włączenie telewizora.
- Podanie środków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarskim
- Obserwacja skuteczności podawanych leków i reakcji organizmu pacjenta.

Wynik opieki: Pacjent ocenia zmniejszenie bólu na 4–5 punktów w skali NRS po wdrożeniu farmakoterapii zgodnie z IKZL.

- **Diagnoza pielęgniarska 7:** Stan zwiększonej ciepłoty ciała z towarzyszącymi dreszczami w okresie neutropenii.

Cel opieki:

Obniżenie temperatury ciała, złagodzenie symptomów oraz zapewnienie pacjentowi poczucia komfortu.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zmierzenie kluczowych parametrów życiowych, w tym temperatury ciała.
- Wymiana odzieży pościelowej i osobistej pacjenta w związku ze zwiększonym poceniem się.
- Powiadomienie pacjenta i jego opiekunów o konieczności picia wystarczającej ilości płynów doustnie, odpowiadającej dobowemu wydalaniu moczu w wysokości 2 - 2,5l.
- Prowadzenie dokumentacji dotyczącej bilansu płynów.
- Zapewnienie ciszy oraz odpowiednich warunków do wypoczynku.
- Współpraca w zakresie farmakoterapii zgodnie z zaleceniami lekarza.

Wynik opieki:

Po wdrożeniu farmakoterapii gorączka została usunięta. Problem pielęgnacyjny wymaga dalszej obserwacji.

- **Diagnoza pielęgniarska 8:** Obniżony apetyt spowodowany problemami trawiennymi, powstawaniem owrzodzeń w jamie ustnej oraz brakiem percepcji smaku i zapachu związanym z terapią cytostatykami.

Cel opieki:

Zapewnienie odpowiedniego żywienia dla pacjenta oraz zmniejszenie dolegliwości bólowych związanych z zapaleniem błony śluzowej.

Interwencje pielęgniarskie:

- Śledzenie stanu zapalnego błony śluzowej jamy ustnej z wykorzystaniem Skali oceny stanu błony śluzowej jamy ustnej według NCI – CTCAE.
- Ocena intensywności bólu przy użyciu skali NRS.
- Ocena stanu odżywienia małego pacjenta z wykorzystaniem skali MNA.
- Współpraca z lekarzem i dietetykiem w celu ustalenia właściwej diety dla pacjenta, biorąc pod uwagę możliwość karmienia przez zgłębnik żołądkowy.
- Ustalenie z pacjentem wykazu posiłków, które są dla niego akceptowalne, a także tych, które powodują nasilenie bólu.
- Zalecenie pacjentowi płukania jamy ustnej solą fizjologiczną lub naparem z rumianku, aby zmniejszyć zapalenie błony w jamie ustnej w postaci zaczerwienienia.
- Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych pacjenta oraz jego wagi ciała.
- Podawanie leków zgodnie z zleceniem od lekarza.

Wynik opieki:

U pacjenta wprowadzono dietę półpłynną, a jego stan odżywienia oraz masa ciała są prawidłowe. Zastosowano leczenie przeciwgrzybicze, co przyczyniło się do zatrzymania dalszego rozwoju zaczerwienienia w jamie ustnej i rozwoju owrzodzeń.

- **Diagnoza pielęgniarska 9:** Ryzyko zaburzeń równowagi wodno-elektrolitowej wskutek utraty apetytu, nudności oraz wymiotów.

Cel opieki:

Redukcja ryzyka oraz zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena poziomu zaburzeń równowagi wodno-elektrolitowej poprzez monitorowanie stanu nawodnienia pacjenta. Obserwacja napięcia skóry, poziomu nawilżenia jamy ustnej oraz pomiar ciśnienia krwi.
- Na zlecenie lekarza wykonanie badań biochemicznych w celu oznaczenia stężenia wapnia, kreatyniny, chlorków, fosforanów, magnezu oraz potasu.
- Na zlecenie lekarza podanie płynów dożylnych w celu poprawy stanu nawodnienia.
- Poinformowanie pacjenta o konieczności zgłaszania złego samopoczucia.

- Stworzenie odpowiednich warunków do odpoczynku oraz rehabilitacji po przeszczepie.

Wynik opieki:

Objawy odwodnienia nie wystąpiły. Wystąpiła poprawa apetytu.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 10:** Zaparcia wywołane chemioterapią.

Cel opieki:

Ułatwienie wydalania stolca, poprawa komfortu małego pacjenta.

Interwencje pielęgniarskie:

- Przeprowadzono rozmowę na temat diety bogatej w białko:
 - Zalecano jedzenie surowych lub gotowanych warzyw,
 - Zjadanie suszonych śliwek, picie soku lub kompotu z suszonych śliwek,
 - Unikanie produktów mleczarskich oraz białego pieczywa.
 - Zalecono spożywanie około trzech litrów płynów, szczególnie soków owocowych, oraz szklanki ciepłej wody przed śniadaniem.
 - Zachęcano do większej aktywności fizycznej, w tym do spacerów po oddziale oraz na świeżym powietrzu.
- Podano środki przeczyszczające: Lactulozę.
- Przekazano opiekunom pacjenta materiały informacyjne, ulotki, zawierające informacje na temat zaparć oraz metod ich leczenia (do wykorzystania w warunkach domowych).
- Monitorowano liczbę wypróżnień i zapisano w dokumentacji.

Wynik opieki:

Po wdrożeniu Lactulozy nastąpiło wypróżnienie.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 11:** Uczucie niepokoju pacjenta spowodowane koniecznością stałego przyjmowania leków drogą portu naczyniowego.

Cel opieki pielęgniarskiej:

Zminimalizowanie uczucia niepokoju poprzez edukację pacjenta i wyjaśnienia konieczności przyjmowania leków wraz z kształtowaniem postawy odpowiedzialności za swoje zdrowie i współudziału w leczeniu.

Interwencje pielęgniarskie:

- Przekazanie zaleceń dotyczących stosowanej farmakoterapii.

- Edukacja pacjenta i opiekunów pacjenta z zakresu działań ubocznych stosowanego leczenia oraz sposób zapobiegania im.
- Wy tłumaczenie czym jest port naczyniowy, do czego służy i dlaczego się go stosuje.
- Pokazanie zalet i wad portu naczyniowego.
- Wyjaśnienie wraz z pokazem jak dbać o stały dostęp naczyniowy i jakie objawy mogą być niepokojące.

Wynik opieki:

Pacjent jak również jego rodzina zostali uposażeni w niezbędny zasób wiedzy odnośnie leczenia drogą portu naczyniowego. Poziom niepokoju został zmniejszony.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonego badania oparte go o studium indywidualnego przypadku małego pacjenta z zaimplantowanym portem naczyniowym wysunięto następujące wnioski będące odpowiedzią na postawione w metodologii pytania badawcze:

1. Działania w zakresie opieki i pielęgnacji u pacjenta z wczepionym portem naczyniowym wymagają zachowania zasad pielęgnacji i postępowania z portem zgodnie z wytycznymi producenta portu naczyniowego, przede wszystkim wymagają zachowania zasad aseptyki i antysptyki w celu niwelowania ryzyka niedrożności systemu.
2. Edukacyjna rola pielęgniarek w odniesieniu do pacjentów i ich opiekunów z zakresu założonego portu naczyniowego obejmuje przede wszystkim informację o dozwolonych i zabronionych czynnościach które przekładają się za odpowiednie funkcjonowanie systemu. Posiadanie podstawowej wiedzy na temat budowy, sposobu obsługi, wskazań i przeciwwskazań oraz zalet i wad portów naczyniowych jest podstawą prawidłowego i skutecznego stosowania tego systemu.
3. Zadaniem pielęgniarki w opiece nad małym pacjentem z wczepionym portem naczyniowym jest postępowanie zgodnie z zasadami użytkowania portu naczyniowego, wczesne rozpoznanie powikłań i następstw jak również przestrzeganie krok po kroku czynności pozwalających prawidłowo prowadzić wlewy bez ryzyka powikłań i zdarzeń niepożądanych.
4. Zadania które personel pielęgniarki może zaplanować stanowią istotę procesu pielęgnowania oraz stanowią istotę protokołu postępowania z pacjentem z wczepionym portem naczyniowym. Znajomość aktualnych rekomendacji stanowi filar

opieki nad pacjentem z założonym portem naczyniowym.

5. W przebiegu opieki i pielęgnacji nad pacjentem z założonym portem naczyniowym nie wystąpiły powikłania. Niezwykle istotnym elementem opieki nad pacjentem z portem naczyniowym jest obserwacja najczęstszych powikłań takich jak: niedrożność systemu, powikłania septyczne, zakażenia podczas infuzji, zakrzepica żylna, brak przepływu przez system portu naczyniowego oraz uszkodzenia mechaniczne.

PIŚMIENNICTWO

1. Krężelewska H., Mess E., Ornat M., i wsp.: Rola pielęgniarki w profesjonalnej opiece nad chorym z zaawansowaną chorobą nowotworową – porty donaczyniowe w chemioterapii. *Medycyna Paliatywna* 2016; 8(3): 105–112.
2. Młynarski R.: Port dożylny. InfoStudio, Lublin 2009.
3. Góraj E, Misiak M.: Zastosowanie wszczepiennych portów naczyniowych – wskazania, obsługa, pielęgnacja i powikłania. *Medycyna Paliatywna* 2013; 5: 93-105.
4. Domurat M., Sierko E., Wojtukiewicz MZ.: Wszczepialne systemy dostępu naczyniowego u chorych na nowotwory. *Nowotwory. Journal of Oncology* 2015; 65: 302-316.
5. Vescia S., Baumgartner A., Jacobs V i wsp.: Postępowanie z portami żylnymi w onkologii – Przegląd bieżących badań. *Medycyna Praktyczna – Onkologia* 2008; 5: 11-20

EDUKACJA TERAPEUTYCZNA W OPIECE NAD DZIECKIEM Z PRZEDWCZESNYM PRZEKWITANIEM

Karolina Sosnowy¹, Magdalena Brodowicz-Król²

1 - Absolwentka Studiów I stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Rzeszowski

2 - Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii

WSTĘP

Przedwczesne pokwitanie (PP) jest jednym z najczęstszych zaburzeń dojrzewania płciowego, charakteryzującym się wystąpieniem wtórnych cech płciowych przed 8. rokiem życia u dziewcząt oraz przed 9. rokiem życia u chłopców. Jest to zjawisko patologiczne, które wymaga wnikliwej diagnostyki i zindywidualizowanego podejścia terapeutycznego [1].

Częstość występowania zjawiska przedwczesnego pokwitania wynosi około 1 na 5 000–10 000 dzieci i jest wyraźnie wyższa u dziewcząt niż u chłopców [1,2]. W badaniach epidemiologicznych wskazuje się na różnice regionalne i etniczne, co podkreśla wpływ zarówno czynników genetycznych, jak i środowiskowych [3]. Wzrost liczby przypadków przedwczesnego pokwitania w ostatnich dekadach może być związany z różnymi czynnikami środowiskowymi, takimi jak ekspozycja na substancje endokrynnie czynne (EDC), nadmierna masa ciała oraz zmiany w stylu życia dzieci i młodzieży. Zjawisko to zostało także zaobserwowane w kontekście pandemii COVID-19, gdzie izolacja i zmiana trybu życia przyczyniły się do zwiększenia przypadków przyspieszonego dojrzewania u dziewcząt [4].

W aspekcie fizjologicznym dojrzewanie płciowe jest procesem wynikającym z aktywacji osi podwzgórze-przysadka-gonady (HPG), prowadzącym do rozwoju wtórnych cech płciowych, zdolności do reprodukcji oraz ostatecznego wzrostu i dojrzewania szkieletowego. W przypadku przedwczesnego pokwitania proces ten ulega przyspieszeniu, co może powodować nie tylko fizyczne, ale także psychiczne konsekwencje u dziecka [5].

Choroby przewlekłe, takie jak cukrzyca typu 2, zespół metaboliczny i przewlekłe stany zapalne, mogą prowadzić do zaburzeń hormonalnych sprzyjających przedwczesnemu dojrzewaniu [2]. Zrozumienie czynników ryzyka przedwczesnego pokwitania wymaga interdyscyplinarnego podejścia, które obejmuje aspekty genetyczne, endokrynologiczne, środowiskowe i psychospołeczne. Rozpoznanie i monitorowanie tych czynników jest

kluczowe dla wczesnej diagnozy i skutecznej interwencji, co pozwala na minimalizowanie ryzyka długoterminowych powikłań zdrowotnych. Wprowadzenie strategii prewencyjnych, takich jak ograniczenie ekspozycji na EDCs oraz edukacja w zakresie zdrowego stylu życia, może znacząco wpłynąć na obniżenie ryzyka wystąpienia tego zaburzenia [6, 7].

Dzieci, które doświadczają przedwczesnego dojrzewania, często spotykają się z trudnościami adaptacyjnymi w grupie rówieśniczej. Różnice fizyczne, takie jak rozwój piersi u dziewcząt czy zmiany głosu u chłopców, mogą prowadzić do wykluczenia społecznego, nękania oraz obniżenia samooceny [8]. Psychologiczne skutki mogą obejmować także wzrost ryzyka depresji oraz zaburzeń lękowych [9, 10]. Nie mniej istotne są wyzwania związane z funkcjonowaniem rodziny dziecka. Rodzice często odczuwają niepokój i stres związany z przyspieszonym dojrzewaniem ich dziecka, co może wpływać na dynamikę relacji rodzinnych oraz zdolność do udzielania wsparcia [11].

W kontekście współczesnych wyzwań w pediatrii rola edukacyjna nabiera szczególnego znaczenia, wpływając zarówno na poprawę jakości życia pacjentów, jak i na ich lepsze rokowania.

CEL PRACY

Celem pracy było wyznaczenie zakresu działań edukacyjnych w opiece nad dzieckiem z przedwczesnym pokwitaniem.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto pacjentkę hospitalizowaną w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie na II Klinice Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej. Uzyskano zgodę placówki i opiekunów dziecka na ich przeprowadzenie. Przed rozpoczęciem badań rodzice oraz pacjent otrzymali informacje dotyczące celu badania oraz zostali zapewnieni o poufności przekazywanych informacji. W pracy zastosowano metodę indywidualnego przypadku. Wykorzystano następujące techniki badawcze: wywiad indywidualny z matką i dzieckiem, badanie fizykalne, obserwację oraz analizę dokumentacji medycznej.

WYNIKI

Badaniem objęto pacjentkę w wieku 6 lat i 2 miesięcy, przyjętą do oddziału w celu szczegółowej diagnostyki przedwczesnego pokwitania. Dziewczynka została przyjęta do II

Kliniki Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 w Rzeszowie.

Pacjentka urodzona w 39 tygodniu ciąży przez cesarskie cięcie. Ciąża pierwsza, poród pierwszy, matka pod stałą opieką ginekologiczną, bez powikłań, w skali Apgar oceniona na 9 punktów na 10 możliwych.

W okresie noworodkowym oraz niemowlęcym rozwój pacjentki przebiegał bez istotnych odchyłeń. Zgodnie z relacjami rodziców, dziecko rozwijało się prawidłowo fizycznie oraz psychoruchowo. Dziewczynka była szczepiona zgodnie z kalendarzem szczepień, nie chorowała przewlekłe ani nie wymagała hospitalizacji. W wieku 4 lat, pacjentka przeszła ospę wietrzną. W sierpniu 2024 roku, w Oddziale Otolaryngologicznym w Sanoku, przeszła operację usunięcia migdałków.

W wywiadzie rodzinnym istotne są choroby układu krążenia po stronie matki, matka pacjentki przeżyła dwa udary niedokrwienne mózgu w wieku 33 i 36 lat. W rodzinie ze strony matki występują przypadki tętniaków, w tym u babci oraz innych krewnych. Układy oddechowy, pokarmowy, nerwowy, moczowy oraz narząd ruchu bez odchyłeń od normy.

- **Diagnoza pielęgniarska 1:** Brak wiedzy pacjentki i matki w zakresie przedwczesnego pokwitania

Cel opieki: Dostarczenie wiedzy w zakresie przedwczesnego pokwitania.

Interwencje pielęgniarskie:

1. Ocena aktualnego poziomu wiedzy, przeprowadzenie indywidualnej rozmowy z matką oraz pacjentką w celu zidentyfikowania posiadanych informacji i obszarów niewiedzy dotyczących przedwczesnego pokwitania.
2. Ustalenie indywidualnego planu edukacyjnego, dostosowanie treści i metod edukacyjnych do potrzeb i możliwości matki i pacjentki.
3. Wyjaśnienie charakteru przedwczesnego pokwitania, omówienie, w prosty i zrozumiały sposób, co to jest przedwczesne pokwitanie, jakie są jego główne cechy i dlaczego występuje.
4. Omówienie przyczyn i mechanizmów: Wyjaśnienie znanych przyczyn przedwczesnego pokwitania oraz podstawowych mechanizmów hormonalnych leżących u jego podłoża, w sposób przystępny dla matki.
5. Szczegółowe omówienie objawów, które mogą wystąpić u pacjentki, wyjaśnienie, które z nich już się pojawiły i jakie mogą pojawić się w przyszłości.

6. Wyjaśnienie procesu diagnostycznego: Opisanie przeprowadzonych i planowanych badań, wyjaśnienie celu każdego z nich i znaczenia dla ustalenia diagnozy.
7. Edukacja dotycząca samoobserwacji
8. Instruktaż, na co matka powinna zwracać uwagę w codziennej obserwacji pacjentki (np. tempo rozwoju cech płciowych, zmiany zachowania, samopoczucie).
9. Udzielenie informacji o wsparciu: Przekazanie informacji o grupach wsparcia dla rodziców dzieci z zaburzeniami endokrynologicznymi oraz o możliwościach konsultacji psychologicznej dla pacjentki i rodziny.
10. Dostarczenie materiałów edukacyjnych: Udostępnienie pisemnych materiałów informacyjnych, broszur, ulotek lub linków do wiarygodnych stron internetowych, które matka (i w miarę możliwości pacjentka) będzie mogła przejrzeć w domu.
11. Ocena skuteczności edukacji: Regularne sprawdzanie poziomu zrozumienia przekazywanych informacji poprzez zadawanie pytań i zachęcanie do zadawania własnych.
12. Dostosowanie tempa edukacji: Uwzględnienie tempa przyswajania wiedzy przez matkę i pacjentkę, powtarzanie kluczowych informacji w razie potrzeby.

Ocena efektów podjętych działań: Matka pacjentki wykazuje zrozumienie istoty przedwczesnego pokwitania, jego przyczyn, objawów oraz przebiegu diagnostyczno-terapeutycznego. Prawidłowo identyfikuje objawy wymagające obserwacji oraz potrafi wskazać możliwe źródła wsparcia.

- **Diagnoza pielęgniarska 2:** Ryzyko wystąpienia zaburzeń emocjonalnych i obniżonego poczucia własnej wartości u pacjentki związane z niezrozumieniem zmian w ciele i potencjalną odmiennością od rówieśników.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia zaburzeń emocjonalnych i wspieranie pozytywnego poczucia własnej wartości u pacjentki.

Interwencje pielęgniarskie:

1. Nawiązanie kontaktu terapeutycznego, zbudowanie zaufanej relacji z pacjentką poprzez okazywanie empatii, cierpliwości i zrozumienia.
2. Obserwacja zachowania i samopoczucia, monitorowanie nastroju, aktywności, interakcji z innymi i werbalnych komunikatów pacjentki pod kątem oznak lęku, smutku, wycofania lub drażliwości.
3. Komunikacja dostosowana do wieku, rozmawianie z pacjentką w sposób prosty, zrozumiały i adekwatny do jej poziomu rozwoju.

4. Wyjaśnienie zmian w ciele, tłumaczenie zachodzących zmian fizycznych jako naturalnego procesu, który czasowo pojawił się wcześniej niż u innych dzieci.
5. Wspieranie wyrażania emocji, zachęcanie pacjentki do mówienia o swoich uczuciach i obawach.
6. Wspieranie kontaktów społecznych, zachęcanie do utrzymywania relacji z rówieśnikami i uczestniczenia w zabawach, o ile pacjentka jest na to gotowa.
7. Współpraca z psychologiem, w razie potrzeby konsultacja z psychologiem dziecięcym w celu oceny stanu emocjonalnego pacjentki i wdrożenia odpowiednich interwencji terapeutycznych.
8. Edukacja matki w zakresie wsparcia emocjonalnego, udzielanie matce wskazówek, jak rozmawiać z córką o jej emocjach, jak reagować na jej obawy i jak budować jej poczucie własnej wartości.
9. Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, stworzenie spokojnej atmosfery, w której pacjentka czuje się bezpiecznie i komfortowo.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentka wykazuje większe poczucie bezpieczeństwa. Podczas rozmów zaczęła wyrażać swoje emocje, zdawać pytania i przejawiać zainteresowanie tematyką zmian rozwojowych.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 3:** Ryzyko nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, związane z niedostatecznym zrozumieniem korzyści leczenia i potencjalnymi obawami.

Cel opieki: Zachęcenie do przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentkę przy wsparciu matki.

Interwencje pielęgniarskie:

1. Wyjaśnienie pacjentce i matce sposobu leczenia w prosty i przystępny sposób, dlaczego leczenie jest ważne i jakie korzyści przyniesie (np. zatrzymanie zbyt szybkiego dojrzewania, poprawa wzrostu, zmniejszenie dyskomfortu).
2. Omówienie sposobu podawania leków, szczegółowe wyjaśnienie, jak, kiedy i w jakiej dawce należy podawać leki.
3. Wyjaśnienie potencjalnych skutków ubocznych, uprzedzenie matki o możliwych skutkach ubocznych leczenia i poinstruowanie, jak postępować w przypadku ich wystąpienia oraz kiedy skontaktować się z lekarzem.
4. Budowanie pozytywnego nastawienia do leczenia, podkreślanie pozytywnych aspektów leczenia i minimalizowanie negatywnych.

5. Wspieranie regularności, ustalenie z matką strategii przypominania o lekach i włączenie pacjentki w ten proces na tyle, na ile jest to możliwe (np. wybieranie pory przyjęcia leku).
6. Monitorowanie przestrzegania zaleceń, regularne dopytywanie matki o to, jak przebiega podawanie leków i czy nie ma ewentualnych problemów.
7. Rozwiązywanie problemów, aktywne poszukiwanie rozwiązań w przypadku trudności z podawaniem leków lub wystąpienia skutków ubocznych.
8. Nagradzanie współpracy, wprowadzenie prostych systemów nagród za współpracę w procesie leczenia (np. za regularne przyjmowanie leków).
9. Ciągła edukacja, przypominanie o znaczeniu leczenia i odpowiadanie na pojawiające się pytania.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentka, przy aktywnym wsparciu matki, przestrzega zaleceń terapeutycznych. Obie wykazują pozytywne nastawienie do terapii.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Ryzyko wystąpienia potencjalnych trudności w akceptacji zmian w wyglądzie ciała związane z przedwczesnym dojrzewaniem.

Cel opieki: Wspieranie akceptacji zmian w wyglądzie ciała związanych z przedwczesnym pokwitaniem

Interwencje pielęgniarskie:

1. Profesjonalne i empatyczne podejście, okazywanie zrozumienia dla potencjalnego dyskomfortu pacjentki związanego ze zmianami w jej ciele.
2. Normalizacja zmian, wyjaśnienie w odpowiedni sposób, że zmiany te są wynikiem naturalnych procesów hormonalnych, które w tym przypadku rozpoczęły się wcześniej.
3. Skupianie się na pozytywnych aspektach, jeśli to możliwe, zwracanie uwagi na pozytywne aspekty związane z dojrzewaniem.
4. Zachęcanie do wyrażania uczuć, stworzenie bezpiecznej przestrzeni, w której pacjentka może mówić o odczuciach dotyczących swojego wyglądu.
5. Wspieranie budowania pewności siebie, chwalenie pacjentki za jej inne cechy i umiejętności, niezwiązane z wyglądem.
6. Edukacja matki w zakresie wsparcia, udzielanie matce wskazówek, jak rozmawiać z córką o jej wyglądzie w sposób wspierający i akceptujący.
7. Zarówno personel medyczny, jak i rodzina powinni unikać negatywnych komentarzy na temat wyglądu pacjentki.

8. Jeśli pacjentka doświadcza silnego dyskomfortu lub ma problemy z akceptacją swojego ciała, rozważenie konsultacji z psychologiem.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentka przejawia większą otwartość w rozmowach na temat swojego wyglądu. Nie zgłasza poczucia wstydu ani dyskomfortu. W ocenie zespołu terapeutycznego, nie występują objawy istotnych trudności w akceptacji zmian w wyglądzie.

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Ryzyko izolacji społecznej związane z odmiennością rozwoju fizycznego od rówieśników.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka izolacji społecznej i wspieranie utrzymania pozytywnych relacji z rówieśnikami.

Interwencje pielęgniarskie:

1. Ocena interakcji społecznych, obserwacja zachowania pacjentki w kontaktach z innymi dziećmi, identyfikacja ewentualnych trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji.
2. Rozmowa z matką o kontaktach społecznych, zebranie informacji od matki na temat relacji pacjentki z rówieśnikami w przedszkolu i poza nim.
3. Wspieranie udziału w aktywnościach grupowych, zachęcanie pacjentki do uczestniczenia w zabawach i zajęciach z innymi dziećmi, o ile czuje się komfortowo.
4. Edukacja rówieśników (za zgodą pacjentki i matki), w porozumieniu z rodzicami i placówką edukacyjną, rozważenie przeprowadzenia delikatnej i dostosowanej do wieku rozmowy z rówieśnikami pacjentki na temat różnic w rozwoju, aby promować zrozumienie i akceptację.
5. Wspieranie budowania umiejętności społecznych, poprzez zabawę i rozmowę, pomaganie pacjentce w rozwijaniu umiejętności komunikacji, współpracy i rozwiązywania konfliktów.
6. Normalizacja sytuacji, podkreślanie, że każde dziecko rozwija się w swoim tempie i że różnice są naturalne.
7. Zachęcanie do rozwijania zainteresowań i pasji, które mogą być wspólnym tematem z innymi dziećmi.
8. W przypadku zaobserwowania sytuacji wykluczenia lub drwin, podejmowanie interwencji w sposób wspierający dla pacjentki i edukacyjny dla innych dzieci.
9. Współpraca z placówką edukacyjną, zawiązanie kontaktu z nauczycielami i wychowawcami w celu omówienia sytuacji pacjentki i wspólnego opracowania strategii wsparcia społecznego.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentka chętniej uczestniczy w zabawach grupowych i nawiązuje kontakty z rówieśnikami. Nie zaobserwowano sytuacji wykluczenia ani przejawów izolacji społecznej. Matka potwierdza poprawę relacji dziecka z innymi dziećmi.

- **Diagnoza pielęgniarstwa 6:** Potencjalne trudności w zrozumieniu i akceptacji długoterminowego charakteru leczenia przedwczesnego pokwitania

Cel opieki: Wspieranie matki i pacjentki w zrozumieniu i akceptacji długoterminowego charakteru leczenia przedwczesnego pokwitania.

Interwencje pielęgniarstwa:

1. Wyjaśnienie długoterminowego planu leczenia, przedstawienie ogólnego planu leczenia, wyjaśniając, że może ono trwać kilka lat.
2. Wyjaśnienie, że leczenie będzie przebiegać etapami i cele mogą się zmieniać w czasie.
3. Regularne przypominanie o długoterminowych korzyściach leczenia (np. prawidłowy wzrost, ochrona przed przedwczesnymi konsekwencjami dojrzewania).
4. Zachęcanie do cierpliwości i wytrwałości w przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych.
5. Zwracanie uwagi i chwalenie za osiągnięte postępy w leczeniu.
6. Podkreślanie, że wiele przewlekłych schorzeń wymaga długotrwałego leczenia i że to jest normalne.

Ocena efektów podjętych działań: Matka wykazuje zrozumienie dla długotrwałego charakteru terapii i deklaruje gotowość do jej kontynuowania. U pacjentki zaobserwowano pozytywną postawę wobec procesu terapeutycznego.

WNIOSKI

1. Zakres działań edukacyjnych w opiece nad dzieckiem z przedwczesnym pokwitaniem jest determinowany wieloma czynnikami, wśród których kluczowe znaczenie mają indywidualne potrzeby i poziom zrozumienia pacjentki, uwzględniające jej wiek rozwojowy, możliwości poznawcze i emocjonalne, a także poziom wiedzy i doświadczenia rodziców lub opiekunów, ich indywidualne potrzeby informacyjne oraz umiejętności radzenia sobie z wyzwaniami. Istotne są również konkretne trudności i problemy, z jakimi mierzy się dziecko i jego rodzina w kontekście fizycznych, psychologicznych i społecznych aspektów przedwczesnego dojrzewania, a także etap diagnozy i leczenia, który generuje odmienne potrzeby edukacyjne na różnych jego stadiach, oraz dostępność zasobów i możliwości edukacyjnych w danym systemie opieki zdrowotnej.

2. Najczęstsze trudności, z jakimi borykają się dzieci z przedwczesnym pokwitaniem i ich rodziny, obejmują deficyt wiedzy i świadomości na temat specyfiki schorzenia, podwyższone ryzyko zaburzeń emocjonalnych i obniżonego poczucia własnej wartości wynikające z niezrozumienia zmian w ciele i odmienności od rówieśników, ryzyko nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych z powodu braku zrozumienia korzyści leczenia i obaw, trudności w akceptacji zmian w wyglądzie ciała, ryzyko izolacji społecznej związane z odmiennym rozwojem fizycznym, trudności w zrozumieniu i akceptacji procedur medycznych, potencjalne zaburzenia snu, ryzyko stygmatyzacji i niezrozumienia ze strony otoczenia, brak adekwatnego wsparcia ze strony dalszej rodziny i społeczności lokalnej, trudności w dostosowaniu codziennego życia do zaleceń terapeutycznych oraz trudności w zrozumieniu i akceptacji długoterminowego charakteru leczenia.
3. Edukacja terapeutyczna stanowi kluczowe wsparcie dla rodziców w radzeniu sobie z tymi trudnościami poprzez zwiększenie ich wiedzy i świadomości na temat schorzenia, dostarczenie strategii radzenia sobie z wyzwaniami emocjonalnymi i psychospołecznymi, wzmocnienie kompetencji w komunikacji z dzieckiem, ułatwienie zrozumienia i akceptacji długoterminowego leczenia, udzielanie wsparcia w dostosowaniu codziennego życia do terapii, łączenie z innymi rodzinami w podobnej sytuacji oraz informowanie o dostępnych zasobach wsparcia.
4. Najbardziej efektywne formy edukacji terapeutycznej w kontekście przedwczesnego pokwitania prawdopodobnie obejmują indywidualne konsultacje i psychoedukację dostosowaną do potrzeb pacjenta i rodziny, grupowe sesje edukacyjne i warsztaty dla rodziców, materiały edukacyjne w różnych formatach dostosowane do wieku i poziomu zrozumienia, wsparcie psychologiczne i psychoterapię, współpracę interdyscyplinarną specjalistów w celu zwiększenia dostępności i atrakcyjności edukacji.

PIŚMIENNICTWO

1. Wędrychowicz A.: Zaburzenia dojrzewania płciowego. W: Pyrżak B, Walczak M (red.). Endokrynologia wieku rozwojowego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018;53-67
2. Gołąb-Jenerał K, Zachurzok A.: Zrozumieć przedwczesne dojrzewanie płciowe u dzieci – postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne. *Pediatrica po Dyplomie*, 2023

<https://podyplomie.pl/pediatrica/38878,zrozumiec-przedwczesne-dojrzewanie-plciowe-u-dzieci-postepowanie-diagnostyczno-terapeutyczne>

3. Sultan C., Gaspari L., Maimoun L., et al.: Disorders of puberty. Best Pract Res ClinObstetGynaecol 2018; 48:62-89
4. Stagi S., De Masi S., Bencini E., et al.: Increased incidence of precocious and accelerated puberty in females during and after the Italian lockdown for the coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic. Ital J Pediatr 2020;46(1):165
5. Pyrżak B., Walczak M.: Endokrynologia wieku rozwojowego. Red. Pyrżak, Beata; Walczak, Mieczysław. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2023, s.1084
6. Witkowski A.: Fizjologia- Zaburzenia dojrzewania płciowego- Endokrynologia- Pediaatria. Medycyna Praktyczna. <https://www.mp.pl/podrecznik/pediatrica/chapter/B42.1.7.1>.
7. Novello L., Speiser P.: Premature Adrenarche. Pediatr Ann 2018;47(1):e7-11
8. Słowikowska-Hilczer J., Małecka-Tendera E.: Przedwczesne dojrzewanie płciowe. Podręcznik Pediatrii. Medycyna Praktyczna (red.) Mrukowicz J. Przedwczesne dojrzewanie płciowe - Zaburzenia dojrzewania płciowego - Endokrynologia - Pediaatria - Podręcznik multimedialny oparty na zasadach EBM - Medycyna Praktyczna
9. Drosdzol-Cop A., Gawlik A.: Wybrane zagadnienia ginekologii dziecięcej i dziewczęcej W: Pyrżak B, Walczak M. (red.). Endokrynologia Wieków Rozwojowych, Warszawa: PZWL; 2018 s.595-630
10. Ślizień- Kuczapska E., Smyczyńska J., Rabijewski M.: Wybrane zagadnienia zaburzeń kształtowania się zdrowia prokreacyjnego u dziewcząt. Czy warto włączyć obserwację cyklu do praktyki lekarskiej? Część I. Naturalny przebieg procesu dojrzewania u dziewcząt-granice fizjologii i patologii. Kwartalnik naukowy Fides et Ratio 2020; 3(43):285-298
11. Szydło A, Witkowska- Krawczak E, Pyrżak B.: Zaburzenia dojrzewania u dzieci i młodzieży. Część 1: Przedwczesne dojrzewanie płciowe - kiedy skierować dziecko do endokrynologa Standardy Medyczne/Pediatrica 2024; 21: 84-89

WIEDZA KOBIET W WIEKU PROKREACYJNYM NA TEMAT POBIERANIA I PRZECHOWYWANIA KRWI PĘPOWINOWEJ

Agnieszka Tworzydło-Kijanka¹, Aneta Żurawska², Kinga Żurawska vel Dziurawiec²

1 - Absolwentka Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Przemysłu, kierunek: Pielęgniarstwo

2 - Instytut Ochrony Zdrowia, Wydział Nauk Społecznych, Humanistycznych i Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych,

WSTĘP

Krew pępowinowa to cenne źródło hematopoetycznych komórek macierzystych o wysokim potencjale proliferacyjnym, które, podobnie jak komórki szpiku kostnego, mogą być przeszczepiane w celu odbudowy układu krwiotwórczego i odpornościowego. mogą również różnicować się w wyspecjalizowane typy komórek progenitorowych. Wskutek tego nabierają właściwości morfologicznych i biochemicznych niezbędnych do pełnienia wyspecjalizowanych funkcji. Ze względu na zdolność do różnicowania komórki macierzyste można podzielić na następujące grupy:

- 1) komórki totipotencjalne - powstają z blastocysty i mają zdolność do różnicowania się w dowolny typ komórek;
- 2) komórki pluripotentne - mogą rozwinać się w dowolną komórkę poza komórkami rozrodczymi;
- 3) komórki unipotentne, w tym komórki prekursorowe - mają potencjał do różnicowania się tylko w jeden typ komórek [1, 2].

Komórki macierzyste są wykorzystywane w leczeniu lub łagodzeniu postępów około 80 chorób, w szczególności schorzeń układu limfatycznego i krwiotwórczego, takich jak niedokrwistość sierpowatokrwinkowa, niedokrwistość Fanconiego i adrenoleukodystrofia. Trwające badania kliniczne stale poszerzają możliwości terapeutyczne tych komórek, w leczeniu m.in. chorób neurodegeneracyjnych, nowotworów (wytworzenie komórek CAR-T oraz CAR-NK tzw. „naturalni zabójcy”, do których genomu wbudowuje się gen kodujący receptor dla antygenu CD-19 umożliwiającym samym precyzyjne niszczenie komórek nowotworowych), cukrzycy, niedoborów odporności, talasemii, w terapii eksperymentalnej

zawału mięśnia sercowego i osteoporozy. W ostatnich latach wykorzystanie krwi pępowinowej rozszerzyło się poza medycynę transplantacyjną i objęło obszary medycyny regeneracyjnej w badaniach klinicznych nad schorzeniami, które kiedyś uważano za nieuleczalne, takimi jak autyzm, mózgowe porażenie dziecięce i urazy mózgu [3, 4].

Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 11 września 2012 r. traktuje o dobrowolnym i nieodpłatnym oddawaniu tkanek i komórek, z podkreśleniem zasad etycznych i zaleceń politycznych mających na celu zapewnienie integralności, bezpieczeństwa i etycznego przebiegu procesów oddawania tkanek i komórek. Na świecie działa 171 publicznych banków krwi pępowinowej oraz 199 laboratoriów zajmujących się jej rodzinnym przechowywaniem. W Europie największym bankiem jest grupa FamiCord, której założycielem jest Polski Bank Komórek Macierzystych. Z danych za 2025 wynika, że grupa FamiCord przechowuje ponad 1 000 000 porcji komórek różnych typów i dostarczyła komórki macierzyste do zastosowań klinicznych dla ponad 7000 pacjentów. Komórki zostały wykorzystane do standardowych przeszczepień (z krwi pępowinowej, szpiku kostnego i mobilizowanej krwi obwodowej) oraz do terapii komórkowych, a także do badań klinicznych. W naszym kraju na pobranie i przechowywanie krwi pępowinowej zdecydowało się ok. 2-3% rodzących [5, 6].

Na całym świecie wykonano około 60 000 przeszczepień komórek macierzystych z krwi pępowinowej. Podczas pandemii w 2020 roku — tylko na obszarze europejskiej grupy transplantacyjnej przeprowadzono 45 364 transplantacji komórek krwiotwórczych (pozyskanych z krwi pępowinowej, krwi obwodowej lub szpiku kostnego) u 41 016 pacjentów, w tym 18 796 (41%) transplantacji allogenicznych (od dawcy) i 26 568 (59%) transplantacji autologicznych (tj. w sytuacji, gdy biorca i dawca to ta sama osoba) [7, 8].

CEL PRACY

Celem pracy jest analiza stanu wiedzy kobiet z zakresu wykorzystywania i przechowywania krwi pępowinowej.

MATERIAŁ I METODA

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, techniką badawczą było ankietowanie, zaś jako narzędzie zastosowano autorski kwestionariusz ankiety. Badania zostały przeprowadzone w okresie od października do grudnia 2023 roku za pośrednictwem Internetu. Ankieta była skierowana do kobiet znajdujących się w okresie prokreacyjnym. Wypełniło ją 112 kobiety z różnych regionów Polski, wieku 18-50 lat.

Analizę statystyczną zebranego materiału przeprowadzono w pakiecie Statistica 13.3 firmy StatSoft. Zależności zachodzące pomiędzy zmiennymi oceniono testem chi-kwadrat Pearsona. Wyniki ukazano w postaci częstości, liczbowo i procentowo, w tabelach wielodzzielczych. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki

Tematyką przechowywania i wykorzystania krwi pępowinowej interesowało się 47 kobiet - 42,0% (tabela 1).

Tabela 1. Zainteresowanie tematyką przechowywania i wykorzystania krwi pępowinowej

Zainteresowanie tematyką przechowywania i wykorzystania krwi pępowinowej	Liczba	%
Tak	47	42,0
Nie	65	58,0
Razem	112	100,0

Źródło: badanie własne

Wiedzę z zakresu przechowywania i wykorzystania krwi pępowinowej ankietowane pozyskiwały najczęściej z Internetu, z ulotek i od personelu medycznego. Nierzadko też korzystały w tym celu z książek, czasopism medycznych, posiadały tę wiedzę z czasów studiów, pozyskiwały ją z telewizji od znajomych. Rzadko korzystały z innych źródeł (tab. 2).

Tabela 2. Źródła wiedzy, z jakich badane korzystały w celu pozyskania informacji na temat przechowywania i wykorzystania krwi pępowinowej

Źródło wiedzy	Zdecydowani e tak	Tak	Trudno powiedzieć	Nie	Zdecydowani e nie
Internet	47 42,0%	46 41,1%	2 1,8%	13 11,6%	4 3,6%
Książki	27 24,1%	33 29,5%	6 5,4%	39 34,8%	7 6,3%
Czasopisma medyczne	9 8,0%	56 50,0%	16 14,3%	26 23,2%	5 4,5%
Personel medyczny	28 25,0%	41 36,6%	10 8,9%	27 24,1%	6 5,4%
Wiedza z	3	41	19	44	5

czasów studiów	2,7%	36,6%	17,0%	39,3%	4,5%
Koleżanki/rodzina	8 7,1%	45 40,2%	3 2,7%	49 43,8%	7 6,3%
Ulotki	31 27,7%	38 33,9%	11 9,8%	26 23,2%	6 5,4%
Telewizja	2 1,8%	60 53,6%	2 1,8%	40 35,7%	8 7,1%
Inne (np. radio)	0 0,0%	0 0,0%	26 23,2%	76 67,9%	10 8,9%

Źródło: badanie własne

Niewielki odsetek respondentek (7,1%) deklaruwał, że posiada wśród swoich bliskich osoby, które zdecydowały się na pobranie krwi pępowinowej (tab. 3).

Tabela 3. Obecność wśród członków rodziny osób, które miały pobieraną krew pępowinową

Obecność wśród członków rodziny osób, które miały pobieraną krew pępowinową	n	%
Tak	8	7,1
Nie	47	42,0
Brak wiedzy	57	50,9
Razem	112	100,0

Źródło: badanie własne

Krew pępowinową pobieraną miało 12 kobiet – 14,8%, spośród tych które już mają dziecko (81 kobiet, 71,3% badanych) (tab. 4).

Tabela 4. Zdecydowanie się na pobranie krwi pępowinowej podczas poprzedniego porodu

Zdecydowanie się na pobranie krwi pępowinowej podczas poprzedniego porodu	n	%
Tak	12	14,8
Nie	69	85,2
Razem	81	100,0

Źródło: badanie własne

Chęć oddania krwi pępowinowej będąc w ciąży wyrażało 41 – 36,6% kobiet (tab. 5).

Tabela 5. Wyrażenie ewentualnej zgody na pobranie krwi pępowinowej będąc w ciąży

Wyrażenie ewentualnej zgody na pobranie krwi pępowinowej będąc w ciąży	n	%
Tak	41	36,6
Nie	25	22,3
Nie zastanawiano się nad tym	46	41,1
Razem	112	100,0

Źródło: badanie własne

Świadomość istnienia możliwości oddania krwi pępowinowej do celów publicznych deklarowało 46 ankietowanych, co stanowi 41,1% populacji badanej (tab. 6).

Tabela 6. Bycie świadomą istnienia możliwości oddania krwi pępowinowej do celów publicznych

Bycie świadomą istnienia możliwości oddania krwi pępowinowej do celów publicznych	Liczba	%
Tak	46	41,1
Nie	66	58,9
Razem	112	100,0

Źródło: badanie własne

Dokonano oceny ogólnego poziomu wiedzy badanych kobiet z zakresu wykorzystywania i przechowywania krwi pępowinowej. Poziom wiedzy badanych określono w kategorii: niskiego, średniego lub wysokiego. Ocena poziomu wiedzy uzależniona była od liczby prawidłowych odpowiedzi udzielonych przez badane w ankiecie. Badane uzyskać mogły maksymalnie 36 punktów (po 1 punkcie za każdą prawidłowo wskazaną odpowiedź). Za niski poziom wiedzy uznano wskazanie prawidłowo do 50,0% odpowiedzi, za poziom wysoki wskazanie prawidłowo co najmniej 75,0% odpowiedzi, zaś poziom wiedzy średni znajdował się pomiędzy zakresem 50,0% a 75,0% punktów.

Wiedza 58 badanych (51,8%) z zakresu wykorzystywania i przechowywania krwi pępowinowej była niska. Wiedzę na średnim poziomie posiadało 50 respondentek (44,6%) a

jedynie 4 badane (3,6%) wykazały się wysokim poziomem wiedzy w tym zakresie (tab. 7).

Tabela 7. Obiektywna ocena wiedzy badanych z zakresu wykorzystywania i przechowywania krwi pępowinowej

Obiektywna ocena wiedzy badanych z zakresu wykorzystywania i przechowywania krwi pępowinowej	Liczba	%
Niska	58	51,8
Średnia	50	44,6
Wysoka	4	3,6
Razem	112	100,0

Źródło: badanie własne

Wykazano obecność istotnej statystycznie zależności pomiędzy poziomem wiedzy badanych kobiet z zakresu pobierania i magazynowania krwi pępowinowej a częstością, z jaką poddawały się one pobieraniu krwi pępowinowej lub też wyrażały chęć pobrania jej w kolejnej ciąży ($p=0,002$). Częściej decydowały się na pobieranie krwi pępowinowej i jej przechowywanie a także częściej deklarowały taką gotowość respondentki, które miały w tym zakresie średnią lub wysoką wiedzę aniżeli wiedzę na niskim poziomie (tab. 8).

Tabela 8. Ocena zależności pomiędzy wiedzą badanych a decydowaniem się na pobranie krwi pępowinowej i jej magazynowaniu.

Pobranie i przechowywanie / gotowość pobrania i przechowywania	Niska wiedza		Średnia wiedza		Wysoka wiedza		Razem	
	n	%	n	%	n	%	Liczba	%
Tak	14	24,1	29	58,0	2	50,0	45	40,2
Nie	44	75,9	21	42,0	2	50,0	67	59,8
Razem	58	100,0	50	100,0	4	100,0	112	100,0
p	$\chi^2(2)=12,98$ $p=0,002$							

χ^2 - wartość testu chi-kwadrat Pearsona; p - wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

Źródło: badanie własne

DYSKUSJA

W 2009 roku opublikowane zostały badania przeprowadzone w Turcji na grupie 334 kobiety w ciąży podczas ich rutynowych wizyt prenatalnych. Większość uczestniczek wykazywała braki w wiedzy na temat komórek macierzystych i bankowania krwi pępowinowej oraz wyraziła chęć uzyskania więcej informacji na ten temat. Niski poziom wiedzy należy tłumaczyć przede wszystkim faktem, że w 2009 roku bankowanie krwi pępowinowej nie było jeszcze tak popularne jak w dzisiejszych czasach. Przed ciążą niektóre z kobiet otrzymywały pewne informacje za pośrednictwem mediów, jednak było to przypadkowe. Uczestniczki wskazywały, że chciałyby uzyskać te informacje przed zajściem w ciążę, przede wszystkim od swojego lekarza położnika, ale również od pielęgniarek i położnych. Większość z nich również wyraziła chęć przechowywania krwi pępowinowej swoich dzieci i stwierdziła, że bardziej prawdopodobne jest skorzystanie z publicznego banku krwi pępowinowej [9].

Branecka-Woźniak i współpracownicy przeprowadzili kolejne badania mające na celu ocenę stopnia świadomości kobiet na temat możliwości pobierania komórek macierzystych z krwi pępowinowej. Spośród kobiet, które zdecydowały się na pobranie krwi pępowinowej, 88,10% wskazywała na przydatność komórek macierzystych w przyszłości jako główny powód swojej decyzji. Najczęstszą przyczyną niepobierania krwi pępowinowej były względy finansowe, zgłaszane przez 49,44% respondentek. Analiza pokazała również, że kobiety mieszkające w mieście, będące mężatkami, z wyższym wykształceniem i lepszą sytuacją materialną miały wyższy poziom wiedzy na temat komórek macierzystych [10].

Badania Awada dowiodły, iż kobiety w ciąży świadome (w 78,5%) idei pobierania krwi pępowinowej, miały niski poziom wiedzy w odniesieniu do innych parametrów związanych z gromadzeniem i przetwarzaniem komórek macierzystych krwi pępowinowej oraz ich dawstwa i bankowości. Wynik ten jest zgodny z doniesieniami Subramaniam, który badał wiedzę i postawy kobiet w ciąży wobec bankowania krwi pępowinowej w Malezji. Ponad 11% uczestniczek badania miało podstawową wiedzę na temat banków krwi pępowinowej, 18% było świadomych głównego celu pobrania, a ponad 90% nie było świadomych procedur związanych z pobieraniem i przechowywaniem krwi pępowinowej. Około 80% z nich nie było świadomych idei publicznej bankowości krwi pępowinowej [11, 12]. Z kolei badania Jarzyńskiej i współpracowników pokazały, że niemal połowa badanych nie posiadała wiedzy na temat zgodności tkankowej między biorcą a dawcą w przeszczepie komórek macierzystych z krwi pępowinowej. Wnioski z badania wskazały, że choć połowa badanych miała podstawową wiedzę na temat komórek macierzystych i ich zastosowania,

niewielka liczba znała procedurę pozyskiwania tych komórek. Zauważalny był również brak pełnego zrozumienia znaczenia zgodności tkankowej. Wyniki sugerują, że samoocena wiedzy na temat komórek macierzystych nie odzwierciedlała rzeczywistego poziomu posiadanych informacji. Edukacja zdrowotna przyszłych rodziców wymaga dalszego rozwoju, zwłaszcza w kontekście właściwego wykorzystania komórek macierzystych z krwi pępowinowej [13].

Podobna analiza przeprowadzona została w Libanie. Badania te pokazały, że respondentki, które posiadały już wiedzę na temat bankowania komórek macierzystych z krwi pępowinowej, były bardziej skłonne rozważyć przechowywanie krwi pępowinowej w bankach krwi, jeśli było to przystępne cenowo (45,9%). Dlatego istotne jest informowanie kobiet w ciąży na temat bankowania komórek macierzystych, aby mogły podejmować odpowiednie decyzje dla siebie [14]. Podobna zależność wykazana została w badaniach własnych. Wiedza badanych kobiet z zakresu pobierania i magazynowania krwi pępowinowej wpływała na częstość, z jaką decydowały się na pobieranie krwi pępowinowej i jej przechowywanie - taką gotowość statystycznie częściej deklarowały respondentki, które miały w tym zakresie średnią lub wysoką wiedzę.

WNIOSKI

1. Poziom wiedzy badanych jest niski i wpływa na decyzję o pobraniu i zmagazynowaniu krwi pępowinowej.
2. Poziom wiedzy ankietowanych w zakresie możliwości przekazania zmagazynowanej krwi pępowinowej osobom spoza rodziny (cel publiczny) jest niski.
3. Mniej niż połowa ankietowanych zdecydowała się lub zdecyduje się w przyszłości na pobranie i zmagazynowanie krwi pępowinowej.

PIŚMIENNICTWO

1. Zakrzewski W., Dobrzyński M., Szymonowicz M., et al.: Stem cells: past, present, and future. *Stem Cell Research and Therapy* 2019; 10 (1): 68.
2. Devi S., Bongale A.M., Tefera M.A., et al.: Fresh Umbilical Cord Blood-A Source of Multipotent Stem Cells, Collection, Banking, Cryopreservation, and Ethical Concerns. *Life* 2023; 13 (9): 1794.
3. Villarreal-Martínez L., González-Martínez G., Sáenz-Flores M., et al.: Stem Cell Therapy in the Treatment of Patients With Autism Spectrum Disorder: a Systematic Review and Meta-analysis. *Stem Cell Reviews and Reports* 2022; 18 (1): 155-164.

4. Liu Q., Chen M.X., Sun L., et al.: Rational use of mesenchymal stem cells in the treatment of autism spectrum disorders. *World Journal of Stem Cells* 2019; 11 (2): 55-72
5. <https://www.pbkm.pl/baza-wiedzy/zestawienie-leczonych-pacjentow> (data pobrania 13.09.2025)
6. <https://www.pbkm.pl/o-nas/zapytania-ofertowe/2022/stanowisko-pbkm> (data pobrania 14.09.2025)
7. https://cord.memberclicks.net/assets/docs/Fact_Sheet.pdf (data pobrania 12.09.2025)
8. Passweg J.R., Baldomero H., Chabannon C., et al.: Impact of the SARS-CoV-2 pandemic on hematopoietic cell transplantation and cellular therapies in Europe 2020: a report from the EBMT activity survey. *Bone Marrow Transplantation* 2022; 57 (5): 742-752.
9. Deluga A., Olkusa E., Ślusarska B.: Wiedza rodziców na temat okresu noworodkowego i ich oczekiwania wobec pielęgniarek i położnych. *Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu* 2012; 4: 281-286
10. Branecka-Woźniak D., Sawionek K., Stanisław M. i wsp.: Świadomość kobiet w zakresie pobierania komórek macierzystych z krwi pępowinowej w kontekście danych socjodemograficznych. *Pomeranian Journal of Life Science* 2018; 64 (3): 69-74.
11. Awad E.Y., EL-Said F.M., Khaton S.E.: Pregnant women' knowledge and attitudes toward cord blood stem cell banking and donation at gharbia Governorate, Egypt. *Tanta Scientific Nursing Journal* 2023;31(4): 129–52.
12. Subramaniam SP, Mangantig E, Mazlan AM, Fauzi HM. Knowledge and attitude of pregnant women toward cord blood banking in hospital Kuala Lumpur. *Malaysian Journal of Medical Health Science* 2021; 17.
13. Jarzyńska P., Janiszewska M., Firlej E. i wsp. Ocena wiedzy na temat komórek macierzystych wśród przyszłych rodziców. *Journal of Education, Health and Sport* 2017; 7 (4): 176-184.
14. Saleh F.A.: Knowledge and attitude among Lebanese pregnant women toward cord blood stem cell storage and donation. *Medicina* 2019; 55 (6): 1-11.

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA JAKO STRATEGIA RADZENIA SOBIE Z SYNDROMEM CYWILIZACYJNYM

Maria Anna Turosz¹

1 - Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Filia AWF w Białej Podlaskiej

WPROWADZENIE

H.Selye – prekursor badań nad stresem powiedział, iż „Bez stresu nie ma życia” [1]. Zrozumienie tego cytatu jest niezbędne, aby zrozumieć specyfikę współczesnego świata. Nasza cywilizacja jest cywilizacją zmiany, jedyne co pewne to właśnie zmiana, która generuje w człowieku ewolucyjnie ukształtowany lęk, jako swoisty czynnik ochronny przed zagrożeniem. Wszystko co nowe, w szybko zmieniającym się świecie, wymaga poznania i dostosowania się, i tu mamy do czynienia z pojęciem stresu jako mobilizacji energii celem adaptacji do nowych sytuacji - zarówno pozytywnych, jak i negatywnych; przy czym brak takich możliwości jest podłożem do kształtowania się chorób psychosomatycznych, a nawet śmierci.

Jednak współcześnie mamy do czynienia z zupełnie innymi stresorami, patologiczny stres oddziałuje praktycznie stale, a zwiększająca się długość życia człowieka staje się swoistą pułapką – przedłuża okres oddziaływania stresu. Te nowe okoliczności powodują zaburzenia, które do tej pory traktowano raczej jako stany psychologiczne czy socjologiczne – niemające charakteru ściśle patologicznego. Ich głównymi cechami są – przewlekłość przyczyn i przewlekłość zaburzeń, a ich długotrwały charakter skłania coraz większą liczbę autorów do definiowania syndromu cywilizacyjnego jako wypadkowej naszego współczesnego stylu życia, cywilizacji, w której żyjemy oraz zaburzeń psychosomatycznych. Wszystkie te zjawiska wydają się obecnie narastać epidemicznie i wymagają pilnych opracowań koncepcyjnych i terapeutycznych. Podczas stosowania nowego programu redukcji stresu aktywność fizyczna będzie odgrywała fundamentalną rolę w przeciwdziałaniu mechanizmom dystresu cywilizacyjnego [2].

W niniejszym artykule zostanie przedstawione współczesne rozumienie stresu oraz

aktywności fizycznej, a także jej wiodącej roli w dbałości o jakość życia i zdrowie psychofizyczne współczesnego człowieka.

ROZWINIĘCIE

Pojęcie stresu nieco inaczej ujmowane jest przez fizykę, biologię, czy też psychologię. W koncepcjach biologicznych stres rozumiany jest jako proces reakcji organizmu na czynniki zagrażające równowadze organizmu, których źródłem jest środowisko człowieka. Czołowymi przedstawicielami tej koncepcji są: W. Cannon - twórca modelu „walcz-uciekaj” oraz H. Selye, który opisał mechanizm rozwoju sytuacji stresowej, będący procesem składającym się z fazy: alarmowej (organizm broni się wstępnie poprzez aktywację układu współczulnego i mobilizację do reakcji obronnej bądź ucieczki), odporności (efektywne funkcjonowanie w czasie działającego stresora, co wymaga korzystania z zasobów jednostki, brak ich regeneracji może być zaczątkiem choroby) oraz wyczerpania (doszło do wyczerpania zasobów organizmu, a dalsze działanie stresora może doprowadzić do wyczerpania, choroby, a nawet śmierci).

W koncepcjach psychologicznych stres ujmowany jest w trojaki sposób, jako: bodziec, reakcja wewnętrzna człowieka oraz relacja między bodźcem a reakcją. We współczesnym rozumieniu stresu wiodącymi są relacyjne koncepcje stresu w ujęciu m.in. R. Lazarusa i S. Folkmana „Transakcyjna Teoria Stresu”, czy S.E. Hobfolla „Teoria Zachowania Zasobów”, a także ujmująca perspektywę czasową „Teoria Proaktywnego Radzenia Sobie ze Stresem” autorstwa R. Schwarzera i S. Tauberta [3].

W Transakcyjnej Teorii Stresu kluczową jest subiektywna ocena sytuacji przez człowieka, bowiem jak wskazują badania psychologiczne, w większości nam przytrafiają się bardzo podobne sytuacje: choroby, traumy, śmierć, oszustwo, zdrada, konflikt – to co nas różni, to sposób patrzenia na te same fakty. Jedni patrzą na dany fakt widząc w nim niebezpieczeństwo /zagrożenie. Negatywne myślenie jest stymulatorem pobudzenia sympatycznej części autonomicznego układu nerwowego, dzięki czemu mamy energię do działania w sytuacji zmiany. Jednak, jeśli nasza ocena zbyt często jest negatywna, czego następstwem jest zbyt częste uruchamianie tego mechanizmu, to może to być zaczątkiem chorób psychosomatycznych. W każdej sytuacji mamy wybór, możemy ocenić ją negatywnie, neutralnie lub pozytywnie.

W Teorii Zachowania Zasobów S.E. Hobfoll klasyfikuje zasoby człowieka m.in. na wewnętrzne np. kompetencje zawodowe, poczucie własnej wartości oraz zewnętrzne np. status ekonomiczny czy wsparcie społeczne. Dodatkowo klasyfikacja strukturalna różnicuje

zasoby na: materialne, stanu, podmiotowe oraz energii. Autor jest zdania, iż tym co najbardziej zagraża prawidłowemu funkcjonowaniu człowieka jest nagła utrata zasobów. W sytuacji radzenia sobie ze stresem, w sytuacjach trudnych wiodącą rolę odgrywają zasoby osobowościowe oraz wsparcie społeczne [4].

Stres kojarzono głównie negatywnie jednak w rzeczywistości kluczową rolę odgrywa nastawienie z jakim jednostka podchodzi do danego wydarzenia. W następstwie sposób patrzenia na sytuację ma swoje odzwierciedlenie w jakości życia.

U podłoża stresu znajdują się cztery główne źródła: ekosystem, czynniki społeczne, fizjologia, myśli. Podczas subiektywnej oceny stopnia niebezpieczeństwa w sytuacji stresowej człowiek decyduje jak dalej się zachowa. Początkowo określa jakimi zasobami dysponuje, a następnie czy jest w stanie poradzić sobie z problemem. Osoby nader zestresowane zakładają najgorsze scenariusze, a ich wiara we własne możliwości jest na niskim poziomie [5].

W Koncepcji Proaktywnego Radzenia Sobie ze Stresem autorzy - R.Schwarzer i S.Taubert zwrócili uwagę, iż dla człowieka wyzwaniem nie jest jedynie jego przeszłość, czy teraźniejszość, również przyszłe, oczekiwane zagrożenia mogą zaburzać aktualne funkcjonowanie osoby, dając jednocześnie czas do przygotowania się. Umieszczenie stresora w przyszłości każe brać pod uwagę zarówno najbliższą, jak i oddaloną w czasie perspektywę. Autorzy koncepcji proaktywnego radzenia sobie nawiązali do podziału jaki wprowadzili Beehr i McGrath, wyróżniając pięć typów zachowania zaradczego osadzonego w perspektywie czasowej:

a) prewencyjne radzenie sobie – występujące na długo przed (choćby potencjalnym) wystąpieniem stresującego wydarzenia (przykładowo uzależniony od papierosów rzuca nałóg na czas zanim wystąpi realne ryzyko wystąpienia nowotworu);

b) antycypacyjne radzenie sobie – wówczas, gdy stresujące wydarzenie znajduje się w niedalekiej perspektywie czasowej (np. ktoś korzysta z leków uspokajających przed przystąpieniem do poważnej operacji);

c) dynamiczne radzenie sobie – gdy wydarzenie stresowe dzieje się w tym momencie (np. poprzez odwrócenie uwagi od chronicznego bólu celem jego redukcji);

d) reaktywne radzenie sobie – gdy stresujące wydarzenie właśnie nastąpiło (np. poprzez modyfikację rytmu i sposobu życia osoby po amputacji nogi);

e) rezydualne radzenie sobie – wówczas, gdy sytuacja ma miejsce na długo po wystąpieniu stresującego wydarzenia, poprzez walkę z długofalowymi skutkami tego wydarzenia

Proaktywne radzenie sobie jest wymiarem, który nie dotyczy doznanej krzywdy bądź straty, ale jest nakierowany na przyszłość w specyficzny sposób, zamiast zarządzaniem ryzykiem staje się zarządzaniem wyzwaniami, gdzie ludzie mają konkretną wizję i plan swoich przyszłych działań. Osoby proaktywne dążą do polepszenia życia i budowania zasobów, które zapewnią postęp i jakość funkcjonowania. W koncepcji tej powraca wspomniane pojęcie eustresu, który przyczynia się do rozbudzenia sił witalnych i zwiększenia produktywności [6].

Proaktywne radzenie sobie skupia się na poprawie ludzkiego życia i poprzez to włącza elementy psychologii pozytywnej - pozytywne kontakty z ludźmi, pozytywne przekonania zwiększają poziom zdrowia fizycznego poprzez promocję zachowania prozdrowotnego. Osoby pewne siebie i optymistyczne zyskują więcej wsparcia społecznego i łatwiej jest im zmobilizować się w sytuacji stresu. Można wskazać na następujące różnice pomiędzy tradycyjnymi a proaktywnym podejściem radzenia sobie w sytuacji stresu:

- dotychczasowe koncepcje radzenia sobie są wyłącznie reaktywne poprzez to, że mówi się w nich o reakcji na sytuację, która już miała miejsce, a celem jest zmierzenie się ze stratą i naprawienie jej. Tymczasem proaktywne radzenie sobie jest nakierowane na przyszłość, budowanie zasobów, osiągnięcie celów i osobisty wzrost.
- w reaktywnym radzeniu sobie osoba zмага się z ryzykiem, zaś w proaktywnym podejściu chodzi o zarządzanie celami. Osoba staje nie tyle przed zagrożeniem, co wymaganiami, wyzwaniami i okazjami do rozwoju.
- zmiana motywacji, która w proaktywnym radzeniu sobie jest bardziej pozytywna i bierze swoje źródło z postrzegania sytuacji jako wyzwania, nie zaś oceny sytuacji w kategoriach zagrożenia, jak to ma miejsce w reaktywnym radzeniu sobie.

Do charakterystycznych cech proaktywnego radzenia sobie należy zaliczyć: zintegrowanie strategii planujących i prewencyjnych z proaktywnym, samoregulującym zdobywaniem celów; łączenie osiągania celów z identyfikacją i wykorzystaniem zasobów społecznych; użycie proaktywnego radzenia emocjonalnego w celu osiągnięcia samoregulacji [7].

Istnieją różne klasyfikacje stylów radzenia sobie ze stresem rozumianych jako „(...) posiadany przez jednostkę charakterystyczny dla niej repertuar strategii radzenia sobie z sytuacjami stresowymi” por. I.Heszen – Niejodek, czy też „ (...) trwała dyspozycja osobowościowa jednostki do określonego zmagania się z sytuacjami stresowymi ” por. K.Wrześniewski. Jedną z wiodących klasyfikacji stylów radzenia sobie ze stresem opracowali N.S.Endler i J.D.A.Parker wyróżniając styl:

- skoncentrowany na zadaniu /radzenie sobie ze stresem wiąże się z podejmowaniem czynności zmierzających do rozwiązania problemu/,
- skoncentrowany na emocjach /zmniejszenie napięcia emocjonalnego poprzez koncentrację na osobie, własnych doznaniach, myślenie życzeniowe, fantazjowanie/,
- skoncentrowany na unikaniu /odcięcie się od poznawczego, emocjonalnego i behawioralnego doświadczania sytuacji problemowej poprzez dwa warianty ucieczki od problemu, tj. angażowanie się w czynności zastępcze oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich [8].

Biorąc pod uwagę relacyjny charakter sytuacji stresowej warto pamiętać, iż skutki działania stresora na jednostkę będą zależały w dużej mierze od jej aktywności własnej zmierzającej do utrzymania homeostazy przy użyciu określonych stylów i strategii radzenia sobie w sytuacji stresowej.

Jedną z najbardziej prozdrowotnych strategii radzenia sobie ze stresem jest aktywność fizyczna, która uruchamia gałąź parasympatyczną autonomicznego układu nerwowego (odpowiedzialną za funkcjonowanie na poziomie homeostazy) oraz reaktywność osi podwzgórze – przysadka - nadnercza; zapewnia też właściwy poziom neuroprzekaźników w mózgu: m.in. serotoniny, dopaminy oraz endorfin. Z fizjologicznego punktu widzenia, w momencie pierwotnej oceny sytuacji jako „zagrożającej” zostaje włączona gałąź sympatyczna autonomicznego układu nerwowego na potrzeby reakcji „walcz – uciekaj”; organizm potrzebuje dodatkowej dawki energii do podjęcia działania, czego konsekwencją jest zburzenie homeostazy i stymulowanie do zwiększonej pracy układu krwionośnego, oddechowego, hormonalnego kosztem układu trawiennego i moczowo-płciowego [9].

Taka reakcja jeśli jest aktywowana okazjonalnie, nie wywiera negatywnego wpływu na zdrowie człowieka, jednak, gdy widzimy naszą codzienność zazwyczaj jako negatywną i zagrożającą, a każdy poranek zaczynamy od myśli „co dzisiaj się złego wydarzy?”, „czego znowu będą chcieli ode mnie w szkole, pracy, relacji?” itp., to reakcja, która miała nas pierwotnie przystosowywać do życia, wtórnie zacznie jemu zagrażać w postaci rozwoju mechanizmów chorób psychosomatycznych.

Wśród najważniejszych czynników które mają istotny wpływ na stan zdrowia, a także długość życia należy wymienić aktywność fizyczną. Systematyczna aktywność fizyczna jest bardzo silnym biologicznym stymulatorem i należy do głównych determinantów zdrowia fizycznego i psychicznego człowieka. Dysponujemy obecnie bardzo przekonującymi dowodami, że właściwa aktywność fizyczna ma kluczowe znaczenie w kształtowaniu rozwoju fizycznego i sprawności fizycznej dzieci i młodzieży, szeroko rozumianej promocji

zdrowia Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia publicznego fizycznego i psychicznego we wszystkich grupach wieku, a także w profilaktyce, leczeniu i rehabilitacji wielu chorób przewlekłych. Najważniejsze dokumenty Światowej Organizacji Zdrowia oraz Komisji Europejskiej jednoznacznie wskazują, że regularny wysiłek fizyczny jest niezbędnym elementem dla efektywnego budowania potencjału zdrowia oraz zapobiegania wielu chorobom. Dotyczy to wszystkich pokoleń, w tym także małych dzieci i osób w podeszłym wieku [10].

Aktywność fizyczna/ruchowa jest rozumiana jako każdy ruch ciała wymagający pracy mięśni szkieletowych i powodujący wydatek energetyczny. Można wyróżnić trzy główne rodzaje aktywności fizycznej:

- ogólna aktywność fizyczna – wszelkiego rodzaju działania angażujące mięśnie np. spacer, chodzenie po zakupy, uprawianie ogródka, sprzątanie itp.
- aktywność wydolnościowa, czyli ćwiczenia aerobowe (tlenowe, cardio).
- Ćwiczenia wyrabiające siłę mięśniową i gibkość – trening oporowy, siłowy i ćwiczenia rozciągające [11].

Podstawowe mechanizmy korzystnego wpływu aktywności fizycznej to:

1. Modyfikacja czynników ryzyka choroby wieńcowej
2. Poprawa funkcji układu sercowo-naczyniowego
3. Redukcja obciążenia następczego
4. Poprawa obwodowego napięcia żylnego
5. Poprawa funkcji śródbłonna (stabilizacja blaszki miażdżycowej)
6. Pozytywny wpływ na procesy zapalne
7. Pozytywny wpływ na układ czynników wewnętrznego układu krzepliwego i wewnętrznego układu trombolitycznego
8. Pozytywny wpływ na równowagę współczulno-przywspółczulną
9. Poprawa wydolności układu oddechowego
10. Poprawa wydolności układu ruchu
11. Poprawa perfuzji i przyrost masy mięśniowej
12. Korzystny wpływ na psychę
13. Zmniejszenie depresji i lęku
14. Zwiększenie odporności na stres

Aktywność fizyczna ułatwia też nawiązywanie właściwych relacji interpersonalnych, zwiększa sieć wsparcia, co przekłada się na łatwość sprostania obowiązkom dnia

codziennego, a także ogólnie odczuwalną poprawę jakości życia. Bardzo ważne wydaje się także stwierdzenie, że aktywność fizyczna pozwala dbać o higienę umysłu [12].

Szczególnie interesującym zagadnieniem wydaje się wpływ ruchu na funkcjonowanie poznawcze. Badania dowodzą, że regularne treningi, zwłaszcza o charakterze aerobowym o umiarkowanej intensywności, usprawniają funkcjonowanie poznawcze osób dorosłych i wpływają na poprawę zdolności szkolnych w grupie dzieci i młodzieży. Ruch sprzyja także lepszemu funkcjonowaniu poznawczemu osób z zaburzeniami psychicznymi. Ponadto ćwiczenia fizyczne stanowią istotną pozafarmakologiczną metodę leczenia łagodnych zaburzeń poznawczych, czy chorób neurodegeneracyjnych. Analiza badań wielu autorów ujawnia, iż systematyczna aktywność fizyczna jest istotnym czynnikiem zmniejszającym ryzyko chorób psychicznych, stanowi jedną z metod terapii chorych na schizofrenię, uznawana jest też za element leczenia osób z rozpoznaniem depresji, zaburzeń lękowych, choroby afektywnej dwubiegunowej. Nat aktywności fizycznej wraz ze wciąż zwiększającym się czasem spędzanym przed komputerem, tabletem itd. (screen time) stanowi istotny czynnik ryzyka wystąpienia objawów lękowych, depresyjnych i zaburzeń snu w grupie młodych dorosłych. Należy pamiętać, że aktywność fizyczna poprawia funkcjonowanie osób cierpiących na wiele zaburzeń psychicznych i mimo że wciąż jest niedoceniana jako element terapii, powinna być standardem lekarskich zaleceń [13].

Niestety jak ujawniają wyniki badań Eurobarometru z 2022 roku dotyczące sportu i aktywności fizycznej (międzynarodowy projekt regularnego badania opinii publicznej na zlecenie Komisji Europejskiej) 45% Europejczyków deklaruje, że nigdy nie ćwiczy ani nie uprawia sportu. Natomiast 38% robi to co najmniej raz w tygodniu, a 6% pięć razy w tygodniu lub częściej. Odsetek respondentów wzrósł o 6% od 2009 roku, z 39% do 45%. Respondenci z Finlandii (71%), Luksemburga (63%), Holandii (60%) oraz Danii i Szwecji (59% w obu krajach) najczęściej ćwiczą lub uprawiają sport co najmniej raz w tygodniu. Z kolei ponad połowa respondentów w ośmiu krajach deklaruje, że nigdy nie ćwiczy ani nie uprawia sportu, a najwyższy odsetek odnotowano w Portugalii (73%), Grecji (68%) i Polsce (65%). Tylko 23% Polaków ćwiczy regularnie i dość regularnie. Warto zaznaczyć, iż około połowa badanych zarówno Polaków (48%), jak i przedstawicieli innych państw Unii Europejskiej (54%) ma świadomość i ćwiczy dla lepszego stanu swojego zdrowia [13].

PODSUMOWANIE

Niedostateczna aktywność fizyczna jest stymulatorem upośledzenia funkcji fizycznych i poznawczych, chorób somatycznych, a przede wszystkim wielu problemów ze zdrowiem

psychicznym współczesnego człowieka funkcjonującego w stresie cywilizacyjnym.

Prawie jedna trzecia dorosłych na świecie (31,8%; 1,8 miliarda), w badaniu z prowadzonym przez WHO w latach 2000 - 2022 r. a obejmującym 197 krajów, nie osiąga zalecanych poziomów aktywności fizycznej, co wskazuje niestety na negatywny progres w odniesieniu do 2000 roku (900 milionów). Dowody epidemiologiczne wskazują, iż największe korzyści zdrowotne można uzyskać zwiększając aktywności fizyczną wśród osób o najniższym poziomie aktywności – kobiety oraz osoby starsze. Światowe Zgromadzenie Zdrowia (WHA) ustaliło cel względnego zmniejszania niewystarczającej aktywności fizycznej o 15% w latach 2010 – 2030. Aktywność fizyczna jawi się jako podstawowa strategia w przeciwdziałaniu dystresowi cywilizacyjnemu dostępna bez względu na płeć, wiek, czy uwarunkowania geopolityczne [15].

PIŚMIENNICTWO

1. Terelak J.F.: Psychologia stresu. Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2001.
2. Łoza B., Polikowska M.: Zespół cywilizacyjny. Nowe rozpoznanie i nowe metody oddziaływań terapeutycznych. *Neuropsychiatria*, 2015 (7), 3, 114-124.
3. Zimbardo P., Johnson R.L., McCann V.: Psychologia. Kluczowe koncepcje. Człowiek i jego środowisko. T.5. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2017.
4. Strelau J., Doliński D. (red.): Psychologia. Podręcznik akademicki. T.2. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2024.
5. Niewiadomska I.: Zasoby psychospołeczne czynnikiem warunkującym pozytywną adaptację człowieka [w:] Skazani na wykluczenie? Zasoby adaptacyjne osób zagrożonych marginalizacją społeczną, Kalinowski M, Niewiadomska I. (red.). Wydawnictwo KUL, Caritas Polska, Lublin 2010, 15-39.
6. Falkiewicz A.: Psychologiczne koncepcje stresu i radzenia sobie. *Studia Paradyskie*, 27, 2017, 279–293.
7. Jankowiak B.: Proaktywne radzenie sobie ze stresem u osób dorosłych a ich zachowania zdrowotne i wartości życiowe. *Przegląd Terapeutyczny*, 2006, 1, 1-18.
8. Wrześniewski K.: Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. [w:] Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne, Heszen-Niejodek I., Ratajczak Z., (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1996, 44-64.
9. Grygorczuk A.: Pojęcie stresu w medycynie i psychologii. *Psychiatria*, 5, 3, 111-115.
10. Drygas W., Głowczyńska R., Turska-Kmieć A., Folga A.: Aktywność fizyczna jako kluczowy czynnik w promocji zdrowia i profilaktyce chorób przewlekłych [w:]

Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia publicznego: raport Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk, 2021, 31-51.

11. Gieroba B.: Wpływ aktywności fizycznej na zdrowie psychiczne i funkcje poznawcze. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2019, 25 (3), 153-161.
12. Rosak -Szyrocka J.: Aktywność fizyczna jako sposób radzenia sobie ze stresem zawodowym. *Bezpieczeństwo Pracy*, 2021, 6, 4-8.
13. Dyrła-Mularczyk K., Giemza-Urbanowicz W.: Wpływ aktywności fizycznej na funkcjonowanie układu nerwowego i procesy poznawcze – przegląd badań. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 2019 (14), 3–4, 84–91.
14. Special Eurobarometer 525 Sport and Physical Activity,
<https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2668> (data pobrania 1.10.2025).
15. Wytyczne WHO dotyczące aktywności fizycznej i siedzącego trybu życia,
<https://www.who.int/poland/pl/publications/9789240014886>

MODEL OKOŁOOPERACYJNEJ OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM PO OPERACJI TĘTNIAKA AORTY BRZUSZNEJ METODĄ KLASYCZNĄ

Marcelina Opalińska¹, Joanna Chowaniec², Lidia Sierpińska³, Magdalena Brodowicz-Król²

1 - Absolwentka Studiów I stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Rzeszowski

2 - Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii

3 - I Szpital Wojskowy z Przychodnią, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie

WSTĘP

Tętniak aorty brzusznej, to nieprawidłowe, znaczne poszerzenie aorty w odcinku brzuszny, które przekracza półtorakrotnie jej prawidłową średnicę wynoszącą około 2,5 do 3 centymetrów. Choroba ta rozwija się stopniowo w wyniku osłabienia ściany naczynia, która pod wpływem ciśnienia krwi zaczyna się rozciągać. Tętniak aorty brzusznej przez długi czas może nie dawać żadnych objawów, dlatego często wykrywany jest przypadkowo podczas diagnostyki obrazowej wykonywanej z innych powodów. Mimo braku dolegliwości, tętniak stanowi poważne zagrożenie dla życia pacjenta, zwłaszcza w przypadku jego pęknięcia, które prowadzi do masywnego krwotoku wewnętrznego. Jedną z najczęściej stosowanych metod leczenia jest klasyczna operacja otwarta z wycięciem tętniaka i wszczepieniem protezy naczyniowej. Mimo rosnącej popularności technik małoinwazyjnych, takich jak endowaskularna naprawa tętniaka, operacja klasyczna pozostaje metodą z wyboru w wielu przypadkach, zwłaszcza gdy warunki anatomiczne nie pozwalają na zastosowanie stentgraftu [1, 2]. Zabieg ten, choć skuteczny, wiąże się z dużym ryzykiem okołoperacyjnym i wymaga starannego monitorowania stanu chorego oraz prowadzenia intensywnej opieki pielęgniarstwa na każdym etapie leczenia – przed, w trakcie i po operacji. Rola pielęgniarki w procesie leczenia operacyjnego tętniaka aorty brzusznej jest kluczowa i wielowymiarowa – obejmuje nie tylko działania medyczne i techniczne, ale również wsparcie psychiczne, edukację pacjenta oraz zapobieganie powikłaniom [2, 3].

Przygotowanie pacjenta i rodziny do leczenia operacyjnego

Przygotowanie pacjenta do operacji tętniaka aorty brzusznej metodą klasyczną to proces wieloetapowy, który wymaga zaangażowania zarówno zespołu medycznego, jak i samego pacjenta oraz jego rodziny. Kluczowe znaczenie ma przeprowadzenie dokładnej diagnostyki i badań przedoperacyjnych, które pozwalają na ocenę stanu zdrowia pacjenta i wykluczenie ewentualnych przeciwwskazań do zabiegu [4, 5].

Ważnym elementem jest także przygotowanie psychiczne, ponieważ stres i lęk mogą negatywnie wpływać na wyniki leczenia. Pacjent powinien być świadomy przebiegu operacji, korzyści płynących z zabiegu oraz możliwych powikłań. W niektórych przypadkach zalecana jest konsultacja psychologiczna, która może pomóc w radzeniu sobie z lękiem przedoperacyjnym [5]. Rodzina pacjenta odgrywa kluczową rolę w procesie przygotowania do operacji i rekonwalescencji. Bliscy pacjenta powinni być odpowiednio poinformowani o przebiegu zabiegu, możliwych powikłaniach oraz zasadach opieki pooperacyjnej. Ich wsparcie psychiczne i emocjonalne jest nieocenione, zwłaszcza w pierwszych dniach po operacji, kiedy pacjent może być osłabiony i wymagać intensywnej opieki [6].

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem po operacji tętniaka aorty brzusznej

Rola pielęgniarki jest kluczowa dla zapewnienia skutecznej rekonwalescencji i minimalizacji ryzyka powikłań. Pielęgniarka pełni funkcję nie tylko opiekuńczą, ale także edukacyjną i koordynacyjną, dbając o holistyczne podejście do pacjenta. W pierwszych godzinach po operacji priorytetem jest monitorowanie podstawowych funkcji życiowych pacjenta, takich jak ciśnienie tętnicze, tętno, częstość oddechów oraz saturacja krwi. Stała obserwacja pozwala na wczesne wykrycie ewentualnych powikłań, takich jak krwawienie, zakrzepica czy niewydolność narządowa. Szczególną uwagę należy zwrócić na kontrolę diurezy, gdyż zmniejszona ilość wydalanego moczu może wskazywać na problemy z perfuzją nerkową. Profilaktyka powikłań, takich jak zakażenia czy powstawanie odleżyn, wymaga od pielęgniarki regularnej zmiany pozycji pacjenta, dbałości o higienę oraz aseptycznego postępowania z raną pooperacyjną. Edukacja pacjenta w zakresie technik oddechowych i ćwiczeń przeciwzakrzepowych jest niezbędna dla zapobiegania powikłaniom płucnym i zakrzepowo-zatorowym. Pielęgniarka odgrywa również kluczową rolę w edukacji pacjenta i jego rodziny. Informuje o zasadach dalszej rehabilitacji, konieczności przestrzegania zaleceń lekarskich oraz monitorowania objawów mogących sugerować nawroty choroby lub powikłania. Wsparcie emocjonalne i psychiczne pacjenta, który przeszedł poważną operację, jest nieodzownym elementem kompleksowej opieki pielęgniarskiej. Koordynacja opieki

między różnymi członkami zespołu medycznego, w tym lekarzami, rehabilitantami i dietetykami, zapewnia spójność działań terapeutycznych i optymalizuje proces zdrowienia pacjenta. W literaturze podkreśla się, że indywidualne podejście do pacjenta, uwzględniające jego potrzeby biologiczne, psychiczne i społeczne, jest fundamentem skutecznej opieki pielęgniarskiej. Stałe doskonalenie umiejętności i aktualizacja wiedzy przez pielęgniarki są niezbędne dla zapewnienia najwyższych standardów opieki. Profesjonalizm i empatia pielęgniarki są kluczowe dla pomyślnego przebiegu rekonwalescencji i poprawy jakości życia pacjenta po operacji [6, 7, 8, 9].

Opieka w okresie okołoperacyjnym

Opieka pielęgniarska w okresie okołoperacyjnym nad pacjentem poddanym operacji tętniaka aorty brzusznej metodą klasyczną jest kluczowym elementem procesu terapeutycznego, mającym na celu zapewnienie bezpieczeństwa chorego, zmniejszenie ryzyka powikłań oraz przyspieszenie powrotu do zdrowia. Obejmuje ona trzy zasadnicze etapy: opiekę przedoperacyjną, opiekę śródoperacyjną oraz opiekę pooperacyjną. Opieka przedoperacyjna rozpoczyna się od momentu zakwalifikowania pacjenta do operacji tętniaka aorty brzusznej. W tym okresie kluczowe jest przygotowanie chorego pod względem fizycznym i psychicznym do zabiegu. Pacjent powinien być szczegółowo poinformowany o przebiegu operacji, ryzyku z nią związanym oraz znaczeniu rehabilitacji pooperacyjnej. Edukacja obejmuje naukę ćwiczeń oddechowych (statycznych i dynamicznych), które zapobiegają zapaleniu płuc i poprawiają wydolność oddechową, naukę efektywnego kaszlu, ułatwiającego odkrztuszanie wydzieliny po operacji, a także naukę ćwiczeń przeciwzakrzepowych, minimalizujących ryzyko zakrzepicy żył głębokich. W ramach przygotowań wykonywane są podstawowe badania diagnostyczne (m.in. badania krwi, USG, tomografia komputerowa). Kluczowe jest również monitorowanie ciśnienia tętniczego oraz edukacja pacjenta w zakresie kontroli czynników ryzyka, takich jak palenie papierosów i hiperlipidemia. Operacja tętniaka aorty brzusznej może być źródłem znacznego stresu dla pacjenta. Dlatego też istotne jest zapewnienie wsparcia psychologicznego, które zmniejsza poziom lęku i poprawia współpracę z zespołem medycznym. Podczas zabiegu kluczowym zadaniem pielęgniarki jest asystowanie zespołowi chirurgicznemu oraz monitorowanie stanu pacjenta. W trakcie operacji pielęgniarka monitoruje ciśnienie tętnicze, częstość akcji serca, saturację oraz diurezy. Współpraca z zespołem anestezjologicznym zapewnia bezpieczeństwo chorego i umożliwia szybką reakcję na ewentualne powikłania. Pielęgniarka odpowiada za przygotowanie stanowiska na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM), gdzie

pacjent zostanie przewieziony bezpośrednio po zakończeniu zabiegu. Okres pooperacyjny rozpoczyna się zaraz po zakończeniu operacji i obejmuje intensywną opiekę nad pacjentem w celu minimalizacji ryzyka powikłań oraz przywrócenia sprawności. W pierwszej dobie po operacji pacjent przebywa na OIOM, gdzie prowadzi się intensywną obserwację stanu zdrowia. Pielęgniarka regularnie monitoruje ciśnienie, tętno, temperaturę oraz diurezy. Pacjentowi podaje się leki przeciwbólowe oraz antybiotyki zapobiegające zakażeniom. Już w pierwszej dobie po operacji rozpoczyna się rehabilitacja: ćwiczenia oddechowe, delikatne ćwiczenia przeciwzkrzepowe (zgięcia i wyprosty stóp) oraz pionizacja pacjenta w łóżku. W drugiej i trzeciej dobie pooperacyjnej pacjent stopniowo jest pionizowany. Pielęgniarka pomaga w siadaniu na łóżku oraz pierwszych próbach wstawania. Wprowadza się spacer przy balkoniku oraz stopniowe wydłużanie dystansu. Aby zminimalizować ryzyko powikłań, pielęgniarka regularnie prowadzi obserwację rany pooperacyjnej, wykonuje opatrunki oraz dba o higienę pacjenta. Kluczowe jest przeciwdziałanie zapaleniu płuc i zakrzepicy poprzez kontynuowanie ćwiczeń oddechowych i ruchowych. Przed wypisem pacjent oraz jego rodzina są informowani o dalszych zaleceniach dotyczących rehabilitacji domowej. Pacjent otrzymuje wskazówki dotyczące dbania o ranę pooperacyjną, unikania wysiłku fizycznego oraz stopniowego powrotu do codziennej aktywności. Opieka pielęgniarska w okresie okołoperacyjnym jest nieodzownym elementem całego procesu leczenia pacjenta z tętniakiem aorty brzusznej. Kompleksowe podejście, łączące opiekę medyczną, wsparcie psychologiczne oraz rehabilitację, przyczynia się do poprawy wyników leczenia i minimalizacji ryzyka powikłań [5, 10, 11].

CEL PRACY

Celem pracy było przedstawienie i analiza modelu opieki okołoperacyjnej pielęgniarskiej nad pacjentem po operacji tętniaka aorty brzusznej przeprowadzonej metodą klasyczną.

MATERIAŁ I METODY

Badania zostały przeprowadzone w warunkach szpitalnych w dniach 25-28.03.2025r. w Oddziale Chirurgii Naczyń. Badaniem został objęty 81 letni mężczyzna z rozpoznanym tętniakiem aorty brzusznej. W niniejszej pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku. Techniki badawcze wykorzystane w pracy to: wywiad, analiza dokumentacji

medycznej, pomiar parametrów życiowych oraz obserwacja. W pracy zastosowano następujące narzędzia badawcze:

- Skalę NRS 2002 – oceniającą ryzyko niedożywienia u pacjentów hospitalizowanych
- Skalę VAS – służącą do oceny natężenia stopnia bólu
- Skalę Douglas – oceniającą ryzyko powstania odleżyn
- Skalę Capriniego – oceniająca ryzyko wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej
- Skalę ALDRETA – służącą do oceny stanu pacjenta po znieczuleniu ogólnym w sali pooperacyjnej

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjent lat 81, przyjęty na Oddział Chirurgii Naczyń z powodu tętniaka aorty brzusznej w celu rozszerzenia diagnostyki i zaplanowania dalszego leczenia. Tętniak wykryty u pacjenta po raz pierwszy w 2020 roku (styczeń) w przesiewowym USG jamy brzusznej, wówczas średnica tętniaka wynosiła 34 mm. W styczniu 2021 roku tętniaka potwierdzono w badaniu CT, rozmiar tętniaka wynosił 47 mm, zakwalifikowano pacjenta do leczenia zabiegowego, na które pacjent nie wyraził zgody z powodu obawy psychicznej przed zabiegiem. Pacjent pozostawał w kontroli ambulatoryjnej Poradni Chorób Naczyń. Przy wizycie kontrolnej w grudniu 2023 roku średnica tętniaka wynosiła 57 mm z widoczną skrzepliną w świetle naczynia. Pacjent na wizycie neguje dolegliwości bólowe ze strony jamy brzusznej oraz zaburzenia czynności przewodu pokarmowego. Pacjent z obrzękami obu kończyn dolnych wokół kostek (lewa większy obrzęk), które nasilają się po dłuższym chodzeniu lub staniu i ustępują po leżeniu, z towarzyszącą bolesnością kończyn i uczuciem zmęczenia. Zgłasza bóle obu stawów kolanowych, o charakterze zwyrodnieniowym oraz sporadyczne bóle odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Stan ogólny pacjenta dobry. Pacjent wydolny krążeniowo i oddechowo, przytomny, zorientowany auto- i allopsychicznie. Stan odżywienia pacjenta prawidłowy. Skóra czysta, bez zmian patologicznych, prawidłowo ocieplona, miejscowo występują liczne drobne naczynka krwionośne na twarzy, nadbrzuszu i na stopach, na grzbiecie obu stóp otarcia naskórka. U pacjenta wykonano Angio TK aorty brzusznej z ujęciem tętnic biodrowych, badanie echokardiograficzne (DOPPLER) oraz zdjęcie klatki piersiowej przegładowe i boczne. Pacjent został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego tętniaka aorty brzusznej z wszyciem protezy prostej. Pacjent choruje na nadciśnienie tętnicze, ma rozpoznaną niedomykalność zastawki dwudzielnej i trójdzielnej i

hipercholesterolemię. Pacjent z obu stronnymi torbielami prostymi nerek, uchyłkiem pęcherza moczowego i przerostem gruczołu krokowego. Nałóg palenia papierosów (około 1 paczka dziennie). Pacjent z żylakami kończyn dolnych, niewydolnością żył powierzchownych kończyn dolnych i chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa. Leczony operacyjnie w 2017 roku (operacja przepukliny pachwinowej prawostronnej). W dniu 26.03.2025 u pacjenta wycięto tętniak z zespoleniem, pacjent w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym z monitorowaniem rozszerzonym. U pacjenta pobrano badania kontrolne z krwi: morfologię, jonogram, mocznik, TSH, kreatyninę, glukozę, HBs, układ krzepnięcia, moc, grupę krwi, próbę krzyżową, białko, albuminy oraz wykonano EKG. Zmierzono podstawowe parametry życiowe oraz pomiary antropometryczne: waga: 89kg, wzrost: 187cm, BMI: 25,45, HR: 70/min, RR: 135/75 mmHg, temperatura: 37,0, oddechy: 14/min, SpO2: 98%. Pacjent został zakwalifikowany do znieczulenia ogólnego z blokadą TAP. Pacjenta zaintubowano, założono wkłucie obwodowe, centralne, dotętnicze oraz założono cewnik do pęcherza moczowego. Farmakoterapia zgodnie z Indywidualną Kartą Zleceń Lekarskich: Fentanyl, Propofol, Rocuronium, Paracetamol, Atropina, Pyralgina, Dexaven, Oxynorm, Midanium, Lignocaina, Furosemid i Bupivacaina. Wdrożono antybiotykoterapię: Cefazolin i leczenie p/zakrzepowe: Heparyna oraz przetoczono płyny: 0,9% NaCl i Sterofundin. Regularna ocena podstawowych parametrów życiowych. Po zabiegu pacjent przeniesiony do Oddziału Intensywnej Terapii celem dalszego leczenia. Pacjent po przewiezieniu na OIT niewybudzony, pod wpływem leków analgosedatywnych, zaintubowany, wentylowany mechanicznie z FiO2: 30%, słyszalny szmer pęcherzykowy nad polami płucnymi. Pacjent leżący z raną pooperacyjną w linii pośrodkowej brzucha, opatrunek czysty. Skóra czysta bez patologicznych wykwitów. Tony serca czyste, akcja miarowa około 70/min, RR: 105/50 mmHg, brzuch miękki, założony cewnik Foleya, mocz o zabarwieniu słomkowym (stosownie do płci i wieku). Układ narządu ruchu prawidłowy z zachowaną bierną i pełną ruchomością. Pacjenta zbadano przedmiotowo i podmiotowo. Oceniono ryzyko związane ze stanem odżywienia (NRS 2002) wraz z BMI oraz ryzyko żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej. Prowadzono kartę dokumentacji postępowania przeciwbólowego, kartę gorączkową, kartę zleceń lekarskich i kartę monitorowania wkłuc dożylnych i tętniczych. Założona została karta parametrów życiowych oraz gospodarki wodno-elektrolitowej. Dodatkowo została założona karta obserwacji i leczenia odleżyn (wg. Douglasa) oraz karta zmiany pozycji. Pacjenta oceniono pod kątem ryzyka wystąpienia odleżyn. Przy przyjęciu pobrano krew do badań laboratoryjnych, wykonano kontrolne RTG klatki piersiowej. Po odzyskaniu wydolnego oddechu własnego i przytomności pacjent został ekstubowany. Farmakoterapia zgodnie z IKZ: Oksykodon w

pompie, Sterofundin, Biofazolin, Clexane, Paracetamol, Pyralgin, IPP, Midanium, Torasemid, tlenoterapia. Wykonano nebulizację: Mucosolvan. W dniu 28.03.2025 stan chorego stabilny, pacjent nie zgłasza dolegliwości bólowych. Kończyny dolne prawidłowo zabarwione i ocieplone. Opatrunek na ranie pooperacyjnej suchy. Włączono pojenie pacjenta bez ograniczeń oraz nutridrinki. W badaniu fizykalnym osłuchowo nad polami płucnymi pojedyncze świsty, zwłaszcza po stronie lewej. Włączono leki doustne. Farmakoterapia zgodnie z IKZ. U pacjenta włączono dietę lekkostrawną. Pacjenta w stanie ogólnym dobrym, przekazano do dalszego leczenia w Oddziale Chirurgii Naczyń gdzie w stanie ogólnym dobrym, z raną brzuszną w trakcie prawidłowego gojenia, został wypisany do domu z zaleceniami.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 1:** Ból pooperacyjny w miejscu operacji

Cel opieki: Utrzymanie bólu na poziomie akceptowalnym przez pacjenta (VAS < 3)

Planowane działania:

1. Regularna ocena stopnia nasilenia bólu w skali VAS.
2. Podanie leków p/bólowych zgodnie z IKZ.
3. Regularne monitorowanie efektów działania leków.
4. Prowadzenie karty postępowania p/bólowego.
5. Obserwacja objawów ubocznych leków (nudności, senność).
6. Dostosowanie pozycji ciała zmniejszającej ból.
7. Regularny pomiar podstawowych parametrów życiowych.
8. Dokumentowanie interwencji i odpowiedzi pacjenta.

Ocena podjętych działań: Ból pooperacyjny utrzymany na poziomie akceptowalnym przez pacjenta, skutecznie monitorowany.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 2:** Ryzyko infekcji rany pooperacyjnej.

Cel opieki: Zapobieganie zakażeniu rany operacyjnej.

Planowane działania:

1. Codzienna ocena rany pod kątem rozwijającej się infekcji (zaczerwienienie, obrzęk, wydzielina).
2. Regularna zmiana opatrunków w warunkach aseptycznych i antyseptycznych.
3. Antybiotykoterapia zgodnie z IKZ.

4. Dokumentowanie wyglądu rany.
5. Regularna ocena bólu w okolicy rany.
6. Zapewnienie odpowiedniego odżywienia wspomagającego gojenie się rany.
7. Edukacja pacjenta w zakresie higieny rany.
8. Obserwacja objawów ogólnych zakażenia (gorączka).
9. Przekazanie pacjentowi instrukcji dotyczących pielęgnacji rany po wypisie.

Ocena podjętych działań: Rana czysta, bez wysięku, gojenie się rany prawidłowe.

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Ryzyko wystąpienia powikłań zakrzepowo - zatorowych, związanych z ograniczoną mobilnością i obecnością chorób współistniejących (żylaki, niewydolność żylna).

Cel opieki: Zapobieganie zakrzepicy i zatorowości płucnej.

Planowane działania:

1. Ocena ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChzz) według skali Capriniego.
2. Wdrożenie profilaktyki przeciwzakrzepowej.
3. Monitorowanie wystąpienia obrzęków kończyn dolnych.
4. Codzienna obserwacja skóry kończyn dolnych.
5. Zastosowanie pończoch uciskowych.
6. Utrzymanie prawidłowego nawodnienia pacjenta.
7. Prowadzenie karty zmiany pozycji pacjenta.
8. Wspieranie w mobilizacji od pierwszych dni po operacji.
9. Zachęcanie do aktywności w łóżku, ćwiczenia kończyn.

Ocena podjętych działań: Brak objawów ŻChZZ, kończyny dolne bez obrzęków po mobilizacji.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Ryzyko powikłań oddechowych po znieczuleniu ogólnym i wentylacji mechanicznej.

Cel opieki: Zapobieganie niewydolności oddechowej i zapaleniu płuc.

Planowane działania:

1. Regularne monitorowanie SpO2 i częstości oddechów.
2. Obserwacja obecności świstów i duszności.

3. Obserwacja wydzieliny z dróg oddechowych.
4. Edukacja pacjenta o technice kaszlu i oddychania.
5. Ocena wydolności oddechowej przed ekstubacją.
6. Zachęcanie pacjenta do wykonywania ćwiczeń oddechowych.
7. Zapewnienie pacjentowi wygodnej pozycji ciała (pozycjonowanie pacjenta).
8. Wczesna mobilizacja pacjenta.

Ocena podjętych działań: Pacjent nie wykazuje objawów niewydolności oddechowej ani cech infekcji.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 5:** Zaburzenia krążeniowe (hipotensja pooperacyjna).

Cel opieki: Utrzymanie prawidłowego ciśnienia tętniczego.

Planowane działania:

1. Regularne monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi.
2. Kontrola diurezy godzinowej.
3. Obserwacja objawów niedokrwienia (zimne kończyny).
4. Podaż płynów zgodnie ze zleceniem.
5. Ocena działania leków hipotensyjnych i moczopędnych.
6. Dokumentacja podstawowych parametrów życiowych.
7. Obserwacja tętna obwodowego.
8. Ocena stanu świadomości pacjenta.

Ocena podjętych działań: Ciśnienie w normie, pacjent bez objawów niedokrwienia.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 6:** Ryzyko wystąpienia odleżyn.

Cel opieki: Zapobieganie uszkodzeniom skóry wynikającym z unieruchomienia.

Planowane działania:

1. Ocena ryzyka powstania odleżyn według skali Douglas.
2. Regularna zmiana pozycji ciała co 2 godziny i odnotowanie jej w dokumentacji.
3. Utrzymanie skóry w czystości i suchości.
4. Aplikacja preparatów ochronnych na skórę.
5. Zabezpieczenie miejsc narażonych na ucisk.
6. Zapewnienie odpowiedniego nawodnienia i odżywienia pacjenta.
7. Prowadzenie ćwiczeń czynnych i biernych.

Ocena podjętych działań: Skóra pacjenta zachowuje integralność, nie stwierdza się cech odleżyn ani innych uszkodzeń wynikających z długotrwałego unieruchomienia.

WNIOSKI

1. Pielęgniarka w okresie okołoperacyjnym podejmowała działania mające na celu przygotowanie pacjenta do zabiegu, zapewnienie mu bezpieczeństwa oraz ciągłości opieki po operacji. Jej działania były zgodne z obowiązującymi standardami opieki.
2. Pielęgniarka stosowała procedury ukierunkowane na zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym. Systematycznie kontrolowała parametry życiowe, oceniała stan rany operacyjnej oraz realizowała profilaktykę przeciwzakrzepową i oddechową.
3. Pielęgniarka wspierała pacjenta w procesie rekonwalescencji, prowadziła edukację zdrowotną, mobilizowała chorego do aktywności fizycznej oraz motywowała do podejmowania działań adekwatnych do jego stanu zdrowia.
4. Pielęgniarka podejmowała działania mające na celu poprawę komfortu psychicznego i fizycznego pacjenta. Łagodziła ból, redukowała lęk oraz udzielała wsparcia emocjonalnego, dbając o dobrostan pacjenta w wymiarze całościowym.

PIŚMIENNICTWO

1. Shi F, He Y, Wang S, et al.: Endovascular and open surgical repair of abdominal aortic aneurysms: A comparative analysis of western and Chinese studies. *Rev Cardiovasc Med.* 2020;21(1):75-92.
2. Januszewicz W, Grodzicki T, Janaszek-Sitkowska H. i wsp.: Nadciśnienie tętnicze - czynnik ryzyka rozwoju tętniaka aorty brzusznej. 2005.
3. Shaw PM, Loree J, Oropallo A, McCoy TM. Aortic Aneurysm (Nursing). In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan 19.
4. Sznepka M, Brzęk A, Kuczmik W, Ziaja D. Analysis of the adverse events in the perioperative period in high-risk patients treated surgically and endovascularly for infrarenal aortic aneurysm. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne / Surgical and Vascular Nursing.* 2022;16(1):35-40.
5. Loufopoulos G, Tasoudis P, Koudounas G, et al. Long-Term Outcomes of Open Versus Endovascular Treatment for Abdominal Aortic Aneurysm: Systematic Review and

- Meta-Analysis With Reconstructed Time-to-Event Data. *Journal of Endovascular Therapy*. 2023;32(4):946-956. doi:[10.1177/15266028231204805](https://doi.org/10.1177/15266028231204805)
6. Bley T, Roos J. Pre- and Post-aortic Endovascular Interventions: What a Radiologist Needs to Know. In: Hodler J, Kubik-Huch RA, von Schulthess GK, editors. Diseases of the Chest, Breast, Heart and Vessels 2019-2022: Diagnostic and Interventional Imaging [Internet]. Cham (CH): Springer; 2019 Feb 20. Chapter 19.
 7. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al.: Wytyczne ESC 2021 dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej. Polish Heart Journal (Kardiologia Polska), 2021;79(V):1-122.
 8. Letterstal A, Sandström V, Olofsson P, Forsberg C. Postoperative mobilization of patients with abdominal aortic aneurysm. *J Adv Nurs*. 2004;48(6):560-568.
 9. Bryant C, Ray C, Wren TL. Abdominal aortic aneurysm repair: a look at the first 24 hours. *J Perianesth Nurs*. 2002;17(3):164-169.
 10. Kapła W, Chojnacki M. Blood pressure and pulse rate in the operation period. The role of nursing staff in blood pressure and pulse rate examination in the pre-, intra- and postoperative period. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne/Surgical and Vascular Nursing*. 2008;2(2):51-5.
 11. Shaw PM, Loree J, Oropallo A, McCoy TM. Abdominal Aortic Aneurysm (Nursing). 2025 Jan 19. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. PMID: 33760440.

STAN WIEDZY PIEŁĘGNIAREK NA TEMAT WIRUSA HPV

Anna Marciniak¹, Barbara Sura², Kinga Żurawska vel Dziurawiec²

1- Absolwentka Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Przemysłu, kierunek: Pielęgniarstwo

2 - Instytut Ochrony Zdrowia, Wydział Nauk Społecznych, Humanistycznych i Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych

WSTĘP

Ludzki wirus brodawczaka (z ang. human pappillomavirus - HPV) jest jednym z najczęstszych wirusów narządów płciowych. Do tej pory sklasyfikowano nieco ponad 200 różnych typów wirusa, z których niemal 10% posiada tzw. wysoki potencjał onkogenny (m.in. 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45). Szacuje się, że blisko 100% przypadków stanów przedrakowych i nowotworów szyjki macicy wiąże się z infekcją wirusami HPV. Wirus odpowiedzialny jest również za rozwój ok. 64-100% stanów przedrakowych i nowotworów pochwy, 90% nowotworów odbytu, 30% nowotworów prącia, ok. 15-30% nowotworów sromu, 1% nowotworów nosogardzieli, 20% nowotworów nasady języka, migdałków oraz 25% nowotworów nieokreślonej części gardła. Dane szacunkowe pokazują, że blisko 15 – 20% kobiet będzie trwale zakażonych HPV, który w przypadku braku diagnostyki i odpowiedniego leczenia rozwinie się jako rak szyjki macicy [1, 2, 3].

Pierwszym krajem, który już w 2007 roku wprowadził powszechne, bezpłatne szczepienia dziewcząt przeciw HPV była Australia, w 2013 roku program szczepień objął również o chłopców. Programy szczepień przeciw HPV prowadzone są aktualnie w ponad 100 krajach na świecie, m.in. w Australii, Stanach Zjednoczonych, Kanadzie. W samej Australii poziom wszczepialności w 2022 roku wynosił 80% nastolatków i 77% nastolatek. Do 2019 roku niemal wszystkie kraje UE/EOG wprowadziły szczepienie przeciw HPV do krajowych programów szczepień. W Polsce dopiero od czerwca 2023 roku funkcjonuje program bezpłatnych szczepień przeciw HPV obejmujący dziewczęta i chłopców, którzy skończyli 11 lat, ale przed 14. urodzinami, ale niestety poziom wszczepialności w grupie docelowej nie przekroczył 16% u dziewczynek i 9% u chłopców. Od 1 września 2024 r. można zaszczepić dzieci tuż po 9. urodzinach [4].

CEL PRACY

Celem pracy jest określenie stanu wiedzy pielęgniarek na temat wirusa HPV.

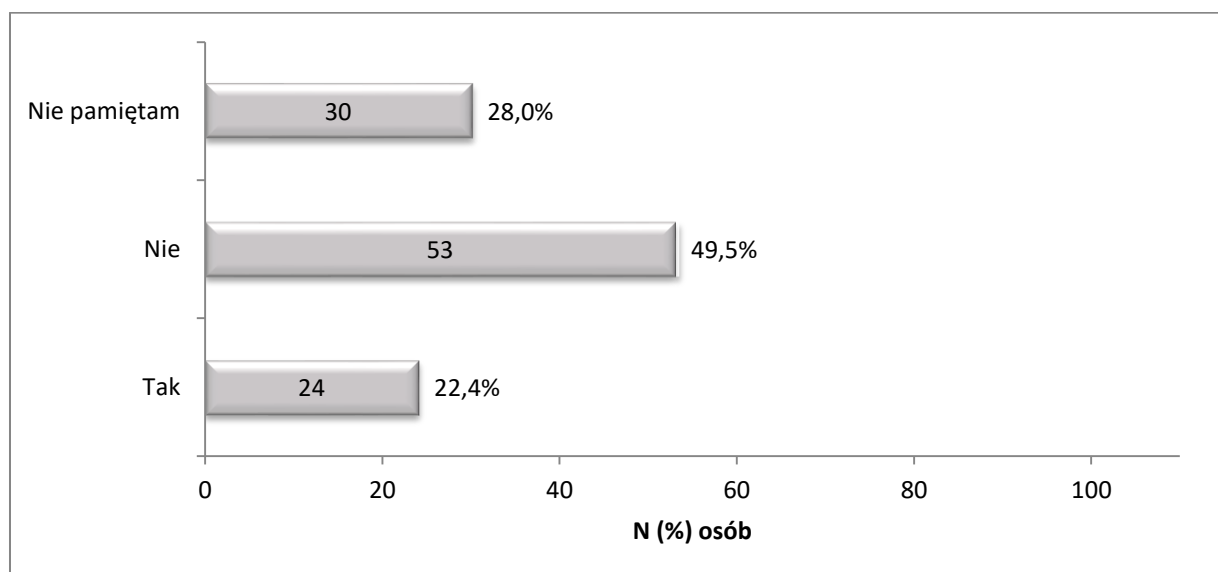
MATERIAŁ I METODA

Metodą zastosowaną w badaniu był sondaż diagnostyczny. Jako technikę badawczą zastosowano ankietowanie, natomiast narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. Świadomą zgodę na badanie wyraziło 118 pielęgniarek wieku 24-58 lat. Pielęgniarki poddane badaniu wypełniały kwestionariusze w 2024 roku. Do końcowej analizy zakwalifikowanych zostało 107 kwestionariuszy.

Analiza statystyczna opierała się na testach nieparametrycznych dla zmiennych ilościowych (test Manna-Whitney'a, test Kruskala-Wallisa) ze względu na niespełnienie warunku normalności rozkładów zmiennych (sprawdzono testem Kołmogorowa-Smirnowa z poprawką Lillieforsa). Dla zmiennych mierzonych na skalach jakościowych wykorzystano test niezależności χ^2 . Założono próg istotności statystycznej $p < 0,05$. Obliczenia wykonano programem SPSS 22.

WYNIKI

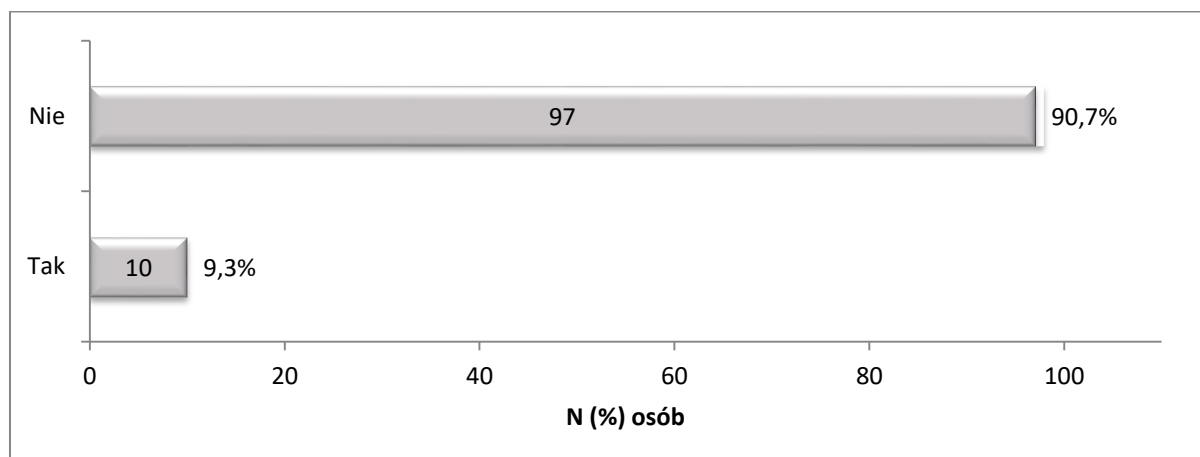
Niemal połowa pielęgniarek nigdy nie miała wykonanego wymazu w kierunku HPV (49,5%) (Ryc. 1).



Ryc. 1. Posiadanie wykonanego wymazu w kierunku HPV.

Źródło: opracowanie własne

Przeciwno wirusowi HPV zaszczepiło się tylko niespełna 10% pielęgniarek (ryc. 2).

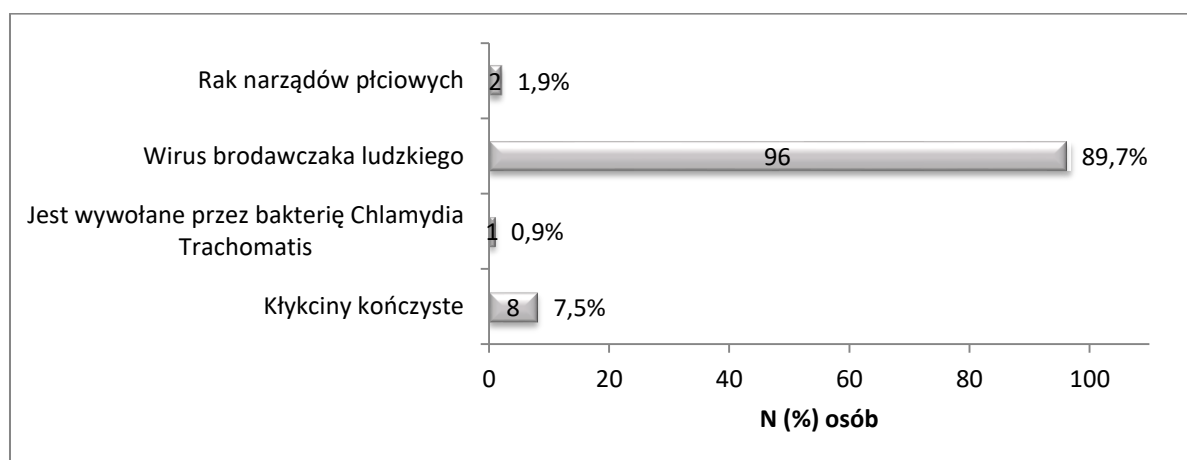


Ryc. 2. Zaszczepienie się przeciwko HPV

Źródło: opracowanie własne

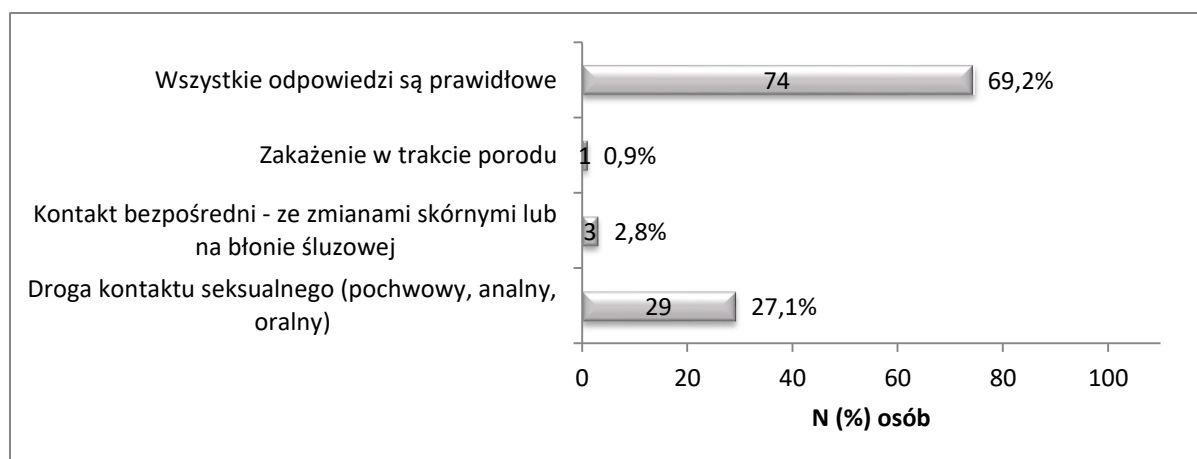
Niemal 90% respondentek wie czym jest HPV, a prawie 70% zna sposoby rozprzestrzenienia się wirusa (rycina 3 oraz 4).

Do najczęstszych czynników ryzyka zakażenia HPV badane pielęgniarki zaliczały stosunek seksualny oraz dużą liczbą partnerów seksualnych, w mniejszym stopniu wskazywały na stosunek niepełny, wczesny wieki inicjacji seksualnej oraz osłabienie odporności. W trakcie analizy poniższych danych odpowiedziom badanych przyporządkowano konkretne wartości liczbowe, aby zbadać „siłę” danego czynnika ryzyka (Tabela 1).



Ryc. 3. Wiedza, czym jest HPV

Źródło: opracowanie własne



Ryc. 4. Wiedza o drogach przenoszenia wirusa HPV

Źródło: opracowanie własne

Tabela 1. Czynniki ryzyka zakażenia wirusem HPV.

	Zdecydowanie tak	tak	Trudno powiedzieć	nie	Zdecydowanie nie	pkt*	SD
Stosunek seksualny	52,3%	44,9%	1,9%	0,9%	0,0%	1,51	0,59
Duża liczba partnerów seksualnych	46,7%	48,6%	4,7%	0,0%	0,0%	1,58	0,58
Stosunek niepełny (kontakt ze skórą i błonami śluzowymi)	16,8%	54,2%	25,2%	3,7%	0,0%	2,16	0,74
Wczesny wiek inicjacji seksualnej	20,6%	37,4%	32,7%	9,3%	0,0%	2,31	0,91
Palenie tytoniu	7,5%	18,7%	28,0%	37,4%	8,4%	3,21	1,08
Oslabienie odporności (HIV, leki immunosupresyjne)	18,7%	43,0%	25,2%	12,1%	,9%	2,34	0,95
Antykoncepcja hormonalna	4,7%	15,0%	43,9%	29,9%	6,5%	3,19	0,93

*(skala 1-5 pkt.; niższe wartości, to bardziej istotny czynnik ryzyka)

SD – odchylenie standardowe

Źródło: opracowanie własne

Według ankietowanych wirus HPV jest wiodącą przyczyną raka szyjki macicy (1,48 pkt.), nowotworów szyjki macicy (1,74 pkt.), stanów przedrakowe szyjki macicy (1,75 pkt.).

W najmniejszym stopniu, według wiedzy ankietowanych, wirus HPV mógł być odpowiedzialny za wystąpienie nowotworów migdałków i zatok (2,98 pkt.), nowotworów głowy i szyi (2,93 pkt.), oraz nowotworów gardła i krtani (2,75 pkt.) - Tabela 2.

Tabela 2. Schorzenia, które może powodować wirus HPV.

	Zdecydo- wanie tak	tak	Trudno powiedzieć	nie	Zdecydo- wanie nie	pkt*	SD
Rak szyjki macicy	57,0%	38,3%	4,7%	0,0%	0,0%	1,48	0,59
Kłękiny kończyste okolic odbytu i narządów płciowych	30,8%	45,8%	19,6%	2,8%	0,9%	1,97	0,84
Stany przedrakowe szyjki macicy	35,5%	56,1%	6,5%	1,9%	0,0%	1,75	0,66
Brodawczakowatość dróg oddechowych	12,1%	41,1%	31,8%	10,3%	4,7%	2,54	0,99
Brodawki skórne	22,4%	44,9%	25,2%	6,5%	,9%	2,19	0,89
Nowotwory szyjki macicy	38,3%	50,5%	10,3%	,9%	0,0%	1,74	0,68
Nowotwory sromu	29,0%	54,2%	15,9%	,9%	0,0%	1,89	0,69
Nowotwory pochwy	29,9%	51,4%	17,8%	,9%	0,0%	1,90	0,71
Nowotwory odbytu	21,5%	46,7%	26,2%	3,7%	1,9%	2,18	0,88
Nowotwory głowy i szyi	9,3%	24,3%	36,4%	24,3%	5,6%	2,93	1,04
Nowotwory jamy ustnej	13,1%	32,7%	30,8%	18,7%	4,7%	2,69	1,07
Nowotwory gardła i krtani	13,1%	29,0%	32,7%	20,6%	4,7%	2,75	1,07
Nowotwory migdałków i zatok	8,4%	22,4%	37,4%	26,2%	5,6%	2,98	1,03

*(skala 1-5 pkt.; im niższe wartości, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia schorzenia spowodowanego infekcją HPV)

Źródło: opracowanie własne

Wśród metod zapobiegania zakażeniu wirusem HPV największe znaczenie według respondentek mają: szczepienia przeciwko wirusowi, posiadanie stałego, zdrowego partnera seksualnego oraz używanie prezerwatyw (Tabela 3).

Tabela 3. Skuteczność metod zapobiegania zarażeniu wirusem HPV.

	Zdecydo- wanie tak	tak	Trudno powie- dzieć	nie	Zdecydo- wanie nie	pkt*	SD
Używanie prezerwatyw	52,3%	42,1%	3,7%	1,9%	0,0%	1,55	0,66
Szczepienie przeciwko HPV przed rozpoczęciem życia płciowego	57,0%	39,3%	3,7%	0,0%	0,0%	1,47	0,57
Stały, zdrowy partner seksualny	55,1%	42,1%	1,9%	0,9%	0,0%	1,49	0,59
Powstrzymanie się od aktywności seksualnej	19,6%	26,2%	27,1%	27,1%	0,0%	2,62	1,09
Stosunek niepełny (bez penetracji)	8,4%	16,8%	42,1%	28,0%	4,7%	3,04	0,99

*(skala 1-5 pkt.; im niższe wartości, tym wyższa skuteczność metody zapobiegania zakażeniu)

Źródło: opracowanie własne

Podając dane analizie statystycznej wykazano związek między wykształceniem ankietowanych a znajomością metod zapobiegających zakażeniu HPV. Pielęgniarki z wykształceniem wyższym w większym stopniu wskazywały skuteczność szczepień ($p=0,0412$) oraz stałego partnera ($p=0,0052$) (Tabela 4).

Badano również wiedzę na temat wiarygodności i skuteczności szczepienia przeciwko wirusowi. Według badanych szczepienie skutecznie chronił przed rakiem szyjki macicy i innymi chorobami (1,85 pkt) (Tabela 5).

Zaobserwowano istotną statystycznie zależność między wykształceniem badanych a wiedzą na temat skuteczności szczepień przeciwko HPV. Pielęgniarki bez wyższego wykształcenia istotnie częściej wskazywały, że nie ma istotnych wskazań klinicznych do przyjmowania szczepionki ($p=0,0156$) (Tabela 6).

Tabela 4. Wykształcenie badanych a skuteczność metod zapobiegania zakażeniu HPV.

metoda	wykształcenie	Pkt*	SD	p
Używanie prezerwatyw	Średnie/ policealne	1,63	0,58	H=1,068; p=0,5862
	licencjat pielęgniarstwa	1,52	0,70	
	magister pielęgniarstwa	1,55	0,67	
Szczepienie przeciwko HPV przed rozpoczęciem życia płciowego	Średnie/ policealne	1,75	0,68	H=6,376; p=0,0412
	licencjat pielęgniarstwa	1,39	0,49	
	magister pielęgniarstwa	1,36	0,58	
Stały, zdrowy partner seksualny	Średnie/ policealne	1,79	0,59	H=10,533; p=0,0052
	licencjat pielęgniarstwa	1,44	0,59	
	magister pielęgniarstwa	1,27	0,46	
Powstrzymanie się od aktywności seksualnej	Średnie/ policealne	2,88	0,99	H=6,142; p=0,0464
	licencjat pielęgniarstwa	2,39	1,07	
	magister pielęgniarstwa	2,95	1,13	
Stosunek niepełny (bez penetracji)	Średnie/ policealne	3,08	0,83	H=6,752; p=0,0342
	licencjat pielęgniarstwa	2,85	0,96	
	magister pielęgniarstwa	3,50	1,10	

*(skala 1-5 pkt.; im niższe wartości, tym wyższa skuteczność metody zapobiegania zakażeniu) Źródło: opracowanie własne

Tabela 5. Wiarygodność i skuteczność szczepienia przeciwko wirusowi HPV.

	Zdecydo- wanie tak	tak	Trudno powie- dzieć	nie	Zdecydo- wanie nie	pkt*	SD
Skuteczne, chroni przed rakiem szyjki macicy i innymi chorobami	36,4%	45,8%	14,0%	3,7%	0,0%	1,85	0,80
Nie ma istotnych wskazań klinicznych do przyjmowania szczepionki	0,9%	14,0%	45,8%	34,6%	4,7%	3,28	0,80
Jest w 50% skuteczne	3,7%	15,9%	62,6%	15,0%	2,8%	2,97	0,76

*(skala 1-5 pkt.; im niższe wartości, tym wyższy poziom skuteczności szczepienia przeciwko HPV) Źródło: opracowanie własne

Tabela 6. Wykształcenie badanych a wiarygodność i skuteczność szczepień przeciwko HPV.

	wykształcenie	Pkt*	SD	p
Skuteczne, chroni przed rakiem szyjki macicy i innymi chorobami	Średnie/ policealne	2,13	0,90	H=3,518; p=0,1722
	licencjat pielęgniarstwa	1,79	0,76	
	magister pielęgniarstwa lub inny	1,73	0,77	
Nie ma istotnych wskazań klinicznych do przyjmowania szczepionki	Średnie/ policealne	2,96	0,62	H=8,327; p=0,0156
	licencjat pielęgniarstwa	3,44	0,85	
	magister pielęgniarstwa lub inny	3,18	0,73	
Jest w 50% skuteczne	Średnie/ policealne	2,83	0,56	H=3,087; p=0,2136
	licencjat pielęgniarstwa	2,95	0,88	
	magister pielęgniarstwa lub inny	3,18	0,50	
	licencjat pielęgniarstwa	1,72	0,78	
	magister pielęgniarstwa lub inny	1,91	0,87	

*(skala 1-5 pkt.; im niższe wartości, tym wyższa skuteczność szczepień przeciwko HPV)

Źródło: opracowanie własne

DYSKUSJA

Niewiele jest badań dotyczących wiedzy na temat wirusa HPV – badania są przeprowadzane sporadycznie, wśród wybranych grup (pielęgniarki, lekarze rezydenci, studenci medycyny/pielęgniarstwa/położnictwa, pacjentki oddziału ginekologicznego), a przecież odpowiednio wysoki poziom wiedzy pracowników ochrony zdrowia jest niezbędny w procesie leczenia i edukacji. Pielęgniarki odgrywają kluczową rolę w edukacji pacjentów także w kwestii szczepień, a jeżeli ich wiedza jest ograniczona, na co wskazuje niniejsze badanie, potencjalnie może to wpływać na zdolność do skutecznego promowania szczepień przeciwko HPV. Badania wskazują, że w krajach takich jak USA, Wielka Brytania i Chiny odnotowano deficyty wiedzy wśród pielęgniarek, głównie pielęgniarek szkolnych, a to właśnie je uznano za kluczowe w kampanii szczepień przeciwko HPV, podkreślając znaczenie ich roli w edukacji młodzieży na temat korzyści związanych ze szczepionką. W badaniu, które obejmowało tylko pielęgniarzy wykazano, że niemal 40% nie miało wiedzy na temat samego wirusa, tego kto może zachorować oraz istnienia szczepionki przeciwko HPV. Z

badan prowadzonych w São Paulo w Brazylii możemy dowiedzieć się, że ponad 70% studentów uniwersytetu medycznego uważało, że szczepionka powinna zostać podana przed odbyciem pierwszego stosunku seksualnego. W szwajcarskich badaniach Jeanot E. i wsp. zaledwie 28,3% studentek pielęgniarstwa i położnictwa uważało, że szczepionka przeciw HPV jest dostępna dla kobiet, jak i mężczyzn oraz w 29,5%, że powinna być podana przed rozpoczęciem współżycia. W badaniach własnych wykazano wiedzę pielęgniarek na temat skuteczności szczepień przeciw HPV (ponad 80% poprawnych odpowiedzi, przede wszystkim badanych z wykształceniem wyższym) [5, 6, 7].

Według danych WHO z 2023 r. na świecie wskaźnik zaszczepienia dziewcząt wyniósł 27%, co oznacza wzrost w porównaniu do 20% wskaźnika zaszczepienia w 2022 r. [8]. Badania autorów tego opracowania wykazały, że 9,3% ankietowanych pielęgniarek zostało zaszczepionych przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego, podczas gdy badania Kostrzewy-Zabłockiej z 2013 r. wykazały jedynie 2% wskaźnik zaszczepienia. Ten sam zespół opisał również, że 81% badanych nigdy nie przeprowadzała takiego testu, a 13% nie wiedziała o jego istnieniu. W niniejszym badaniu praktycznie połowa przebadanych – 49,5% nigdy nie miała wykonanego wymazu w kierunku HPV, wykonany wymaz miało jedynie 22,4%. Z kolei badania włoskie ukazują, że wszczepialność studentów pielęgniarstwa sięgała 23,9% [9, 10].

W badaniach własnych wykazano, że 35,5% ankietowanych widzi związek między zakażeniem HPV a nowotworami. Dużo większe wskaźniki opublikowali badacze z Kanady, Malezji i Tajlandii, którzy wiedzę pielęgniarek w tym zakresie określili na poziomie odpowiednio 74%, 79,55% oraz 81,8% [11, 12, 13].

Niemal 70% badanych ma wiedzę na temat dróg szerzenia się wirusa HPV, podobne wyniki osiągnęli badacze z Nowej Zelandii opisujący wiedzę pracowników ochrony zdrowia (78,6%), ale też tureccy naukowcy, którzy prowadzili badania wśród kobiet nie związanych z naukami medycznymi (68,5%) [14, 15].

WNIOSKI

1. Poziom wiedzy pielęgniarek na temat wirusa HPV kształtuje się na dobrym poziomie, jednak niezbędne są dodatkowe szkolenia w celu aktualizacji i uzupełnienia wiedzy na ten temat.
2. Poziom wykształcenia wpływa na pewne obszary wiedzy badanych, głównie te dotyczące wiarygodności i skuteczności szczepionek przeciwko wirusowi. Może mieć

to realny wpływ na postawy pielęgniarek wobec szczepień, a więc i ich rolę jako edukatorów zdrowotnych.

PIŚMIENNICTWO

1. <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/wirus-hpv-co-powinienes-wiedziec> (data pobrania 10.09. 2025)
2. <https://szczepienia.pzh.gov.pl/dla-lekarzy/szczepienia-hpv/o-wirusie-hpv-i-chorobach/> (data pobrania 11.09.2025)
3. Khaikhar N. et al.: Current and future direction in treatment of HPV-related cervical disease related cervical disease. *Journal of Molecular Medicine* 2022; 100: 829–845.
4. <https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/hpv/> (data pobrania 11.09.2025)
5. Furkan S., Melike Y.G.: Knowledge, attitudes, and practices towards human papillomavirus (HPV) and HPV vaccination among male nurses. *International Journal of Nursing Practice* 2023; 30 (4): e13228
6. Costa A de S., Gomes J.M., Germani A.C., et al.: Knowledge gaps and acquisition about HPV and its vaccine among Brazilian medical students. *PLoS ONE* 2020; 15(3):e023005
7. Jeannot E., Viviano M., Follonier M-Ch, et al.: Human Papillomavirus Infection and Vaccination: Knowledge, Attitude and Perception among Undergraduate Men and Women Healthcare University Students in Switzerland. *Vaccines* 2019; 7(4): 130.
8. WHO, Immunization coverage, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage> (data pobrania 14.09.2025)
9. Kostrzewa-Zabłocka E., Dziemidok P., Makara-Studzińska M.: Wiedza pielęgniarek pracujących w szpitalu na temat profilaktyki raka szyjki macicy jest niewystarczająca. *Journal of Education, Health and Sport* 2015; 5 (4): 229-244.
10. Pelullo C.P., Esposito M.R., Di Giuseppe G.: Human papillomavirus infection and vaccination: Knowledge and attitudes among nursing students in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019; 16: 1770.
11. Nganwai P., Truadpon P., Inpa C., et al.: Knowledge, attitudes and practices vis-a-vis cervical cancer among registered nurses at the Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Thailand. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2008; 9 (1): 15–18.
12. Zhang S.K., Pan X.F., Wang S.M., et al.: Knowledge of human papillomavirus

vaccination and related factors among parents of young adolescents: A nationwide survey in China. *Annals of Epidemiology* 2015; 25 (4): 231–235.

13. Duval B., Gilca V., Boulianne N., et al.: Cervical cancer prevention by vaccination: Nurses' knowledge, attitudes and intentions. *Journal of Advanced Nursing* 2009; 65 (3): 499–508.
14. Sherman S.M., Bartholomew K., Denison H.J., et al.: Knowledge, attitudes and awareness of the human papillomavirus among health professionals in New Zealand. *PLoS One* 2018; 13 (12): e0197648.
15. Cimke V.S., Borekci G.: The determination of the knowledge level and behavior of Turkish women from various occupations about human papillomavirus, cervical cancer, and pap smear test. *Journal of Cancer Research and Therapeutics* 2019; 15 (6): 1235-1244.

EDUKACJA TERAPEUTYCZNA RODZINY PACJENTA W SPEKTRUM AUTYZMU

Olga Borowska¹, Joanna Chowaniec², Magdalena Brodowicz-Król²

1 - Absolwentka Studiów I stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Rzeszowski

2 - Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii

WSTĘP

Definicja

Diagnoza spektrum autyzmu (ASD; Autism spectrum disorder) jest obecnie coraz częściej spotykana. Wbrew opinii, nie należy jej jednak rozumieć jako diagnozy choroby; jest ona stwierdzeniem zaburzenia neurorozwojowego. Nazwa „spektrum” wskazuje, że zaburzenie to jest niejednoznaczne; oznacza to, iż każda osoba z diagnozą ASD może mieć inne natężenie cech i zachowań autystycznych. Są widoczne w dwóch wymiarach z widocznymi zaburzeniami rozwoju: komunikacji i zachowaniach stereotypowych (diada autyzmu) [1,2].

Przyczyny

Mimo dynamicznego rozwoju dziedzin medycyny zajmujących się spektrum autyzmu, jego przyczyny nie zostały jeszcze jednoznacznie rozpoznane. Wiele wskazuje na to, że nie jest to zaburzenie o jednej przyczynie; wyodrębniono już kilka czynników mogących wpływać na pojawianie się ASD, wśród których znajdują się czynniki genetyczne i epigenetyczne, środowiskowe, immunologiczne, prenatalne oraz neurologiczne. Obalono tezę o psychologicznych przyczynach ASD, takich jak zła opieka rodziców czy ich chłód emocjonalny [3,4].

Wśród czynników genetycznych w żadnym badaniu nie wyróżniono jednego genu, który wpływałby na występowanie ASD. Powszechnie uznawane jest, że to pewne złożenia genów, razem z czynnikami pozagenetycznymi mają wpływ na występowanie objawów ASD, a kombinacje tych czynników mogą być różne u każdej osoby w spektrum [3].

Jedną z lepiej zbadanych przyczyn genetycznych ASD może być zespół łamliwego

chromosomu X, który powoduje mutacje w genie FMR1, skutkując deficytem białka FMRP, a tym samym nieprawidłowe działanie synaps; powoduje to wiele różnych objawów, występujących z różnym nasileniem [5]. Dr Alicja Puścian, zajmująca się zespołem łamliwego chromosomu X twierdzi, iż „Nie każdy człowiek z autyzmem ma mutacje w genie FMR1, ale z drugiej strony, aż 60 proc. osób, które je posiadają, cierpi na autyzm” [6,7].

Wśród środowiskowych czynników najczęściej wyróżnia się zanieczyszczenia powietrza, chemikalia występujące w wodzie i żywności, wiek rodziców, choroby i infekcje matki, niektóre leki, używki, kontakt z metalami ciężkimi, a także problemy okołoporodowe. Wykluczono związek szczepień ochronnych z występowaniem ASD [8].

Epidemiologia

W ostatnich latach coraz częściej spotykamy się z terminem „spektrum autyzmu”, jednak nie oznacza to, że częstość występowania tego zaburzenia drastycznie wzrosła. Duży wpływ na to miała zmiana kryteriów diagnostycznych, rozpowszechnienie diagnozowania i wzrost świadomości społecznej [9].

Według danych WHO z marca 2022 roku 1 na 100 dzieci jest w spektrum autyzmu, chociaż niektóre szacunki podają jeszcze wyższe liczby [10]. W latach wcześniejszych diagnozowanie nie było tak dostępne jak dzisiaj, dlatego szacunki wśród ludzi dorosłych pozostają niepewne.

Diagnostyka

Diagnostyka ASD jest procesem złożonym i wieloetapowym. z uwagi na brak jednoznacznego określenia przyczyn występowania, odbywa się ona na podstawie obserwacji zachowań pacjenta. Prawidłowe zdiagnozowanie spektrum autyzmu wymaga współpracy specjalistów, takich jak psycholodzy, psychiatry, terapeuci, z rodzicami i bliskimi osoby diagnozowanej, często jej nauczycielami czy opiekunami z różnych instytucji, a także z samym pacjentem, w przypadku nastolatków i osób dorosłych, którzy są w stanie uczestniczyć w tym procesie. Pierwsze symptomy wskazujące na ASD mogą pojawić się już w pierwszych miesiącach życia, mogą jednak nie być w pełni widoczne, dopóki trudności ze strony środowiska zewnętrznego nie przerosną możliwości dziecka. Niejednokrotnie objawy mogą być też zwyczajnie nierozpoznane lub ignorowane, zwłaszcza w krajach, w których świadomość w temacie ASD jest mniej rozpowszechniona. Dlatego diagnoza spektrum autyzmu może być postawiona na każdym etapie życia [11,12].

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem i jego rodziną

Z racji coraz powszechniej spotykanej diagnozy spektrum autyzmu wzrasta zapotrzebowanie na personel medyczny specjalizujący się w pracy z osobami z ASD. Do zespołu terapeutycznego skupiającego się na pomocy osobom w spektrum oraz ich rodzinom należą również pielęgniarki. Mogłoby się wydawać, że z racji tego, iż ASD nie jest chorobą ani schorzeniem wymagającym pielęgnacji ciała, ich kompetencje nie będą miały zastosowania w kontakcie z osobą w spektrum – nie jest to jednak prawda. Pielęgniarki mogą zetknąć się z osobami nie rozwijającymi się typowo w różnych miejscach i różnych okresach życia tych osób. Najczęściej dochodzi do tego w szpitalach, podczas czasowego pobytu osób w spektrum spowodowanych innymi schorzeniami, placówkach POZ, szkołach oraz ośrodkach dla osób z autyzmem [13].

W kontaktach z dziećmi ze świeżo postawioną diagnozą i ich rodzicami do zadań pielęgniarki należy, między innymi: wyjaśnienie diagnozy, informowanie opiekunów o możliwościach terapii oraz kierowanie do opieki specjalistycznej; wyjaśnianie zasad i znaczenia komunikowania się, trudności dziecka oraz możliwości rozwoju; stosowanie technik komunikacji terapeutycznej; przekazywanie aktualnej wiedzy o zaburzeniu, terapii i innych sprawach powiązanych z ze spektrum autyzmu; kierowanie do logopedy; kształtowanie postaw społecznych mających na celu akceptację i wsparcie dziecka i jego rodziny; proponowanie kontaktu z grupami wsparcia dla rodziców; wspieranie rozwoju i kontaktów społecznych dziecka w różnych środowiskach [14].

W przypadku ludzi zaznajomionych już w pewnym stopniu z zaburzeniem, zarówno osób, których dotyczy diagnoza jak i ich bliskich, zadania pielęgniarki, poza standardowymi czynnościami pielęgnacyjnymi w razie potrzeby, obejmują również: pomoc osobie z ASD w osiągnięciu największego możliwego stopnia samodzielności w codzienności; dostrzeganie i wykorzystanie potencjału danej osoby i jej bliskich; prowadzenie edukacji zdrowotnej, zwłaszcza w przypadku współchorobowości; przestrzeganie zasad etyki zawodowej, dbanie o przestrzeganie praw pacjenta i chronienie jego godności; wykazywanie empatii, akceptacji, cierpliwości, życzliwości; wnikliwa obserwacja, zauważanie problemów pacjenta i jego rodziny, umiejętność profesjonalnej komunikacji, dostosowanej do poziomu wiedzy rozmówcy, zastosowanie komunikacji terapeutycznej, udział w psychoterapii; zapobieganie społecznemu wykluczeniu i izolacji, proponowanie różnych form terapii i rehabilitacji; zapobieganie dyskryminacji i stygmatyzacji, udział w programach edukacyjnych oraz proponowanie kontaktu z innymi członkami zespołu terapeutycznego [15].

CEL PRACY

Celem pracy było wskazanie zakresu działań edukacyjnych pielęgniarki w pracy z rodziną pacjenta w spektrum autyzmu.

MATERIAŁ I METODY

Badania zostały przeprowadzone w dniach 7-14.03.2025 r. w warunkach domowych. Badania zrealizowano po wcześniejszym uzyskaniu zgody pacjenta oraz członków jego rodziny, z którymi przeprowadzony został wywiad, tj. matka, ojciec, babcia mieszkająca w tym samym domu, młodsza siostra, młodszy brat. W niniejszej pracy wykorzystano metodę indywidulanego przypadku. W tej pracy skorzystano z czterech technik badawczych takich jak: wywiad, obserwacja, pomiar oraz analiza dokumentów. Kryteriami włączenia pacjenta i jego rodziny do badania były: świadoma zgoda pacjenta i członków jego rodziny, wiek powyżej 18 roku życia oraz rozpoznane i potwierdzone w dokumentacji medycznej pacjenta zaburzenie ze spektrum autyzmu.

WYNIKI

Pacjent lat 24, z rozpoznaniem w wieku 4 lat spektrum autyzmu, obecnie uczy się w zespole szkół specjalnych, w ostatniej klasie. Matka, lat 51, nie pracuje, zrezygnowała ze względu na konieczność zajmowania się dziećmi. Ojciec, lat 53 pracuje na stałe za granicą, przyjeżdża do kraju co 1-2 miesiące na tydzień lub dwa. Rodzice bez nałogów, matka choruje na chorobę Hashimoto (od 2 lat), ojciec na cukrzycę typu 2. Młodsze rodzeństwo: siostra, lat 20, studiuje; brat, lat 12, uczy się w 4 klasie szkoły podstawowej, miał afazję mowy, podejrzewano u niego spektrum autyzmu, jednak nie potwierdzono tej diagnozy. Warunki mieszkalne dobre, niewielki dom w małym mieście, dwa pokoje zajmują rodzice z dziećmi, trzeci babcia.

Stan biologiczny pacjenta

Pacjent, poza autyzmem, nie ma zdiagnozowanych innych zaburzeń ani chorób. Wzrost 170 cm, masa ciała 74,4 kg, wskaźnik masy ciała (BMI) – 25,7. Zazwyczaj nie skarży się na dolegliwości somatyczne, czasami miewa migrenowe bóle głowy, według relacji matki ma bardzo lekki sen – ciężko mu zasnąć, łatwo się wybudza. Prawidłowo widzi i słyszy. Okresowo przyjmuje leki uspokajające – rispolept 1 mg raz dziennie, jednak po nich jest często senny – relacja matki. Pacjent jest zadbany, jednak niekiedy widoczne są deficyty

w higienie, spowodowane średnimi umiejętnościami pacjenta w tym zakresie – matka lub siostra pomagają np. w myciu głowy czy goleniu.

Historia choroby

Pacjent urodził się w 2001 roku, jego matka w chwili porodu miała 27 lat, była to jej pierwsza ciąża. Przebiegła ona bez problemów, tak jak i poród. Dziecko w pierwszej minucie po porodzie uzyskało 9 pkt w skali Apgar, po trzech minutach – 10 pkt. W wieku 6 tygodni przeszedł zachłystowe zapalenie płuc – podawano antybiotyki. Jako dziecko rozwijał się prawidłowo, jednak około 15 miesiąca rodzice zaczęli obserwować niepokojące objawy, takie jak kręcenie przedmiotami, naciskanie różnych przycisków. Gdy rozwój mowy zaczął się opóźniać szukali pomocy logopedy, który zasugerował diagnostykę w kierunku autyzmu. Gdy pacjent miał 4 lata, doszło do pierwszej konsultacji, na której na podstawie wywiadu i obserwacji stwierdzono całościowe zaburzenia rozwoju. Mniej więcej w tym okresie zaczęły pojawiać się bardzo wyraźne objawy autyzmu – zmieniła się aktywność chłopca, pojawił się brak zainteresowania otoczeniem, unikanie kontaktu fizycznego (wcześniej lubił się przytulać), szybsze znużenie, okresy schematycznych fascynacji (np. zapalanie i gaszenie światła) a także schematyzm (podczas wychodzenia na spacer mama musiała kupić mu batonik, nawet jeśli nie chciał go jeść). Niedługo później postawiono diagnozę autyzmu wczesnodziecięcego. Od tego czasu pacjent objęty jest opieką poradni dla dzieci z autyzmem i innymi zaburzeniami rozwoju w mieście oddalonym od jego miejsca zamieszkania o ponad 150 kilometrów. Ukończył szkołę podstawową i gimnazjum z osobami rok młodszymi – przebywał rok dłużej w przedszkolu. Obecnie uczy się w zespole szkół specjalnych, jest to jego ostatni rok. Rodzice nie są pewni co do jego przyszłości.

➤ Diagnoza pielęgniarska 1: Zachowania agresywne i autoagresywne u pacjenta

Cel opieki: Uzyskanie przez pacjenta zdolności opanowywania pobudzenia i kontroli własnych zachowań

Planowane działania:

1. Zapewnienie pacjentowi spokojnego i bezpiecznego otoczenia, gdy pojawiają się oznaki agresji
2. Zapewnienie bezpieczeństwa rodzinie pacjenta
3. Stała obserwacja pacjenta – niepozostawianie go samego
4. Utrzymywanie dystansu fizycznego w celu ochrony własnej

5. Zachowanie spokoju podczas rozmowy
6. Używanie spokojnego i łagodnego tonu głosu
7. Zachęcanie pacjenta do opisu własnych przeżyć
8. Zaproponowanie pacjentowi różnych metod rozładowania własnych emocji (np. skakanie na trampolinie, słuchanie muzyki i inne uspokajające go czynności)
9. Uzgodnienie z rodziną najlepszych metod radzenia sobie z agresją pacjenta

Przewidywany wynik: Pacjent nie wykazuje zachowań agresywnych i autoagresywnych

➤ **Diagnoza pielęgniarska 2:** Nieregularne przyjmowanie leków i ich złe dawkowanie

Cel opieki: Regularne przyjmowanie leków przez pacjenta we właściwych dawkach

Planowane działania:

1. Sprawdzenie wiedzy opiekunów pacjenta na temat przyjmowanych przez niego leków
2. Uzupełnienie wiedzy opiekunów na temat leków przyjmowanych przez pacjenta – sposób działania, wskazania do przyjmowania, właściwe dawkowanie
3. Pomoc we właściwym podaniu leku – raz dziennie 1 tabletka 1 mg, jeśli wykupione zostały tabletki 2 mg, podanie 1 połowy
4. Zaproponowanie używania organizera do tabletek, ułatwiającego ich regularne przyjmowanie
5. Zaproponowanie zapisywania w kalendarzu przyjętej dawki leku

Przewidywany wynik: Pacjent przyjmuje leki regularnie, we właściwych dawkach

➤ **Diagnoza pielęgniarska 3:** Nieznajomość skutków ubocznych przyjmowanych leków

Cel opieki: Znajomość skutków ubocznych przyjmowanych przez pacjenta leków

Planowane działania:

1. Sprawdzenie poziomu wiedzy opiekunów w temacie skutków ubocznych przyjmowanych przez pacjenta leków
2. Uzupełnienie wiedzy opiekunów w temacie skutków ubocznych leków przyjmowanych przez pacjenta
3. Wskazanie wpływu złego dawkowania na częstsze pojawianie się skutków ubocznych (zbyt wysoka dawka leku – senność pacjenta)

4. Zaproponowanie opiekunom rozmowy z lekarzem o możliwościach zmiany dawkowania leku lub zmiany substancji leczniczej

Przewidywany wynik: Rodzina pacjenta zna skutki uboczne przyjmowanych przez pacjenta leków

- **Diagnoza pielęgnarska 4:** Zachowania kompulsywne – liczenie wykonywanych czynności, konieczność wykonania określonej ich liczby

Cel opieki: Pomoc pacjentowi w nabyciu umiejętności radzenia sobie ze stresorami bez konieczności wykonywania zachowań rytualnych

Planowane działania:

1. Obserwacja pacjenta pod kątem stresu, lęku, napięcia i zachowań kompulsywnych
2. Ocena dynamiki i nasilenia zachowań kompulsywnych
3. Zachęcanie pacjenta do rozmowy o pojawiających się zachowaniach i uczuciach pacjenta
4. Omówienie z pacjentem i jego rodziną znaczenia i celu zachowań kompulsywnych
5. Zaproponowanie pacjentowi i jego rodzinie konsultacji ze specjalistą psychologiem
6. Zaplanowanie stopniowej modyfikacji zachowań
7. Zachęcanie pacjenta do rozładowania napięcia i stresu na inne sposoby, np. ćwiczenia, aktywność fizyczna lub zajęcia kreatywne

Przewidywany wynik: Pacjent rozładowuje stres i inne emocje na różne sposoby, ilość zachowań kompulsywnych zmniejszyła się

- **Diagnoza pielęgnarska 5:** Niepokój matki o przyszłość pacjenta

Cel opieki: Zmniejszenie niepokoju matki o przyszłość jej dziecka

Planowane działania:

1. Rozmowa z matką na temat jej obaw i lęków, dotyczących przyszłości
2. Zaprezentowanie matce możliwości dziecka po szkole – Warsztaty Terapii Zajęciowej, Zakład Aktywności Zawodowej, Środowiskowy Dom Samopomocy
3. Rozmowa z pacjentem na temat tego, jak on wyobraża sobie swoją przyszłość
4. Zaproponowanie matce rozmowy z psychologiem

Przewidywany wynik: Matka czuje się spokojniejsza myśląc o przyszłości syna, zna możliwości wsparcia dla jej dziecka w przyszłości

- **Diagnoza pielęgniarska 6:** Poczucie winy u matki spowodowane jej obwinianiem się o występowanie zaburzenia u syna

Cel opieki: Zminimalizowanie poczucia winy u matki

Planowane działania:

1. Rozmowa z matką na temat przyczyn występowania spektrum autyzmu
2. Uświadomienie matce, że nie jest winna pojawieniu się zaburzenia u syna
3. Zachęcanie matki do pełnej akceptacji odmienności u syna
4. Zaproponowanie matce spotkania z psychologiem

Przewidywany wynik: Matka zaakceptowała zaburzenie rozwoju u syna, nie obwinia się o jego pojawienie

- **Diagnoza pielęgniarska 7:** Potrzeba zwiększenia samodzielności pacjenta w codziennym funkcjonowaniu

Cel opieki: Zwiększenie samodzielności pacjenta w codziennym funkcjonowaniu

Planowane działania:

1. Rozmowa z rodziną na temat pozytywnego wpływu wykonywania obowiązków domowych na pacjenta
2. Zaproponowanie stopniowego wdrażania pacjenta do wykonywania innych niż dotąd obowiązków domowych (np. ścieranie kurzu, składanie własnych ubrań)
3. Motywowanie pacjenta do dalszej pracy nad własnymi umiejętnościami
4. Przypominanie rodzinie o tym, jak ważne jest chwalenie pacjenta, za rzeczy, które dał radę zrobić i podbudowywanie jego poczucia własnej wartości

Przewidywany wynik: Pacjent uczestniczy w obowiązkach domowych, co przyczynia się do zwiększenia jego samodzielności.

WNIOSKI

Celem niniejszej pracy było wskazanie zakresu działań edukacyjnych pielęgniarki w pracy z rodziną pacjenta w spektrum autyzmu. Przeprowadzone badania pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. Podczas pracy z pacjentem w spektrum autyzmu i jego rodziną najistotniejszymi funkcjami zawodowymi pielęgniarki są funkcja edukacyjna, funkcja wychowawcza i funkcja rehabilitacyjna.

2. Rodzina osoby w spektrum autyzmu zmaga się z problemami w obszarach wiedzy o zaburzeniu, sposobach radzenia sobie z nim w codziennym życiu, wykluczenia społecznego i trudności w komunikacji.

3. W ramach funkcji wychowawczej, pielęgniarka podejmie interwencje dotyczące przygotowania rodziny w spektrum autyzmu do pełnej nieprofesjonalnej opieki nad tą osobą i do tworzenia jej warunków potrzebnych do rozwoju.

PIŚMIENNICTWO

1. Genovese A, Butler MG.: Clinical Assessment, Genetics, and Treatment Approaches in Autism Spectrum Disorder (ASD). *Int J Mol Sci.* 2020;21(13):4726.
2. Rybakowski F., Białek A., Chojnicka I. i wsp.: Zaburzenia ze spektrum autyzmu - epidemiologia, objawy, współzachorowalność i rozpoznawanie. *Psychiatr Pol.* 2014;48(4):653–665
3. Pisula E. Autyzm – przyczyny, symptomy, terapia. IV wyd. zaktualizowane. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia; 2021 p. 28-41.
4. Masini E, Loi E, Vega-Benedetti AF, et al.: An Overview of the Main Genetic, Epigenetic and Environmental Factors Involved in Autism Spectrum Disorder Focusing on Synaptic Activity. *Int J Mol Sci.* 2020;21(21):8290.
5. Wang L, Wang B, Wu C, Wang J, Sun M. Autism Spectrum Disorder: Neurodevelopmental Risk Factors, Biological Mechanism, and Precision Therapy. *Int J Mol Sci.* 2023;24(3):1819.
6. Puścian A., Winiarski M., Borowska J. et al. Targeted therapy of cognitive deficits in fragile X syndrome. *Mol Psychiatry.* 2022; 27:2766–2776.
7. Acero-Garcés DO, Saldarriaga W, Cabal-Herrera AM, et. al.: Fragile X Syndrome in children. *Colomb Med (Cali).* 2023;54(2):e4005089.
8. Botelho RM, Silva ALM, Borbely AU. The Autism Spectrum Disorder and Its Possible Origins in Pregnancy. *Int J Environ Res Public Health.* 2024;21(3):244.
9. Pisula E. Autyzm – przyczyny, symptomy, terapia. IV wyd. zaktualizowane. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia; 2021 p. 22-28.

10. World Health Organization 'Autism' <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders> (dostęp: 16.12.2024)
11. Pisula E. Autyzm – przyczyny, symptomy, terapia. IV wyd. zaktualizowane. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia; 2021 p. 101-130.
12. Polskaautyzm.pl 'diagnoza autyzmu' <https://polskautyzm.pl/diagnoza-autyzmu/> (dostęp 18.12.2024)
13. Zarzycka D., Ślusarska B., Podstawy pielęgniarstwa. Tom 1, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa; 2017. p. 348-349.
14. Zarzycka D., Emeryk A., Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa; 2020. p.726-728
15. Wilczek – Rużyczka E., Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa; 2019, s. 262-270.

ADAPTACJA ZAWODOWA PIEŁĘGNIAREK

Agnieszka Szalach¹, Magdalena Brodowicz-Król², Edyta Kruk³, Renata Rębiś⁴

1 - Absolwentka, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Akademia Zamojska

2 - Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii Collegium Medicum Uniwersytetu Rzeszowskiego

3 - Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Wydział Medyczny. Collegium Medicum Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

4 - Absolwentka, Radomska Szkoła Wyższa

WSTĘP

Adaptacja zawodowa jest ważnym elementem procesu zatrudnienia i przystosowania do miejsca pracy. Szczególnie ważna jest w zawodzie pielęgniarki, ponieważ jest to praca wśród ludzi chorych. Pielęgniarki pracują we wszystkich sektorach systemu opieki zdrowotnej. Mogą znaleźć pracę nie tylko w opiece i terapii, ale także w diagnostyce i rehabilitacji. Obowiązki pielęgniarskie w tej pracy obejmują ocenę potrzeb pielęgniarskich i ocenę zależności pielęgniarskiej. Praca pielęgniarki to głównie proces pielęgnacyjny, który obejmuje planowanie, diagnostykę, organizację i realizację. Jest również odpowiedzialna za monitorowanie i ocenę środków pielęgniarskich na wszystkich poziomach i formach opieki. Zadania w nagłych wypadkach obejmują z jednej strony rozpoznawanie i ocenę, a z drugiej podejmowanie odpowiednich środków medycznych. Zdefiniowanie czym dokładnie jest zawód nie jest łatwe, ale w bardzo ogólnym ujęciu niektóre elementy mogą być traktowane jako odniesienie, takie jak [1]:

- a) wystarczająco skonsolidowany i rozpoznawalny zasób wiedzy, zdolny skojarzyć wyjątkowość zawodu w odniesieniu do pełnionych funkcji,
- b) sformalizowany mechanizm przekazywania wiedzy i umiejętności nowym członkom, mechanizm, który stanowi również podstawę wykonywania przez zawód pewnego stopnia monopolu (tylko certyfikowani członkowie mogą wykonywać określone czynności i przyjmować określone role),

- c) istnienie systemu prawnego zdolnego do ochrony i wzmocnienia monopolu z prawnego punktu widzenia (istnienie sprawy, którą można uznać za „nadużycie w wykonywaniu zawodu”),
- d) możliwość skutecznego i niezależnego zastosowania przez członków zawodu w różnych kontekstach, w których działają,
- e) pewien stopień uznania społecznego.

Oczywiście nie wszystkie wymienione wymiary muszą być jednakowo rozwinięte, ale z punktu widzenia funkcjonowania organizacji i systemów zawód jest taki, kiedy potrafi się odpowiednio pozycjonować w odniesieniu do wszystkich tych elementów. Należy podkreślić, że taki sposób rozumienia zawodu wykracza poza sam aspekt formalny, to wynik procesów często złożonych, które są artykułowane w niekrótkich horyzontach czasowych [2].

Odwołanie się do pojęcia zawodu jest konieczne, ponieważ zawody i ich wzajemne relacje odgrywają fundamentalną rolę w dziedzinie zdrowia. Treść i organizacja wiedzy, granice, które są między nimi ustalone, metody przekazywania osobom, które mają wyłączne prawo do konkretnego zastosowania samej wiedzy, sposób, w jaki zadania są rozdzielone w organizacjach między członków różnych społeczności profesjonalne to wszystkie elementy, które łączą się, aby określić nie tylko ogólne wyniki procesów pielęgnacyjnych pod względem skuteczności i wydajności, ale także samo pojęcie zdrowia [3].

W ramach adaptacji zawodowej rozumiemy zwykle system działań i czynności, które przyczyniają się do rozwoju zawodowego pracownika i kształtują w nim odpowiednie cechy zawodowe, a także pomagają pracownikowi opanować elementy kultury organizacyjnej i przyjąć nowy status społeczny [2]. Adaptacja to jeden z ważnych kamieni milowych w życiu człowieka, poprzez który kształtuje jego światopogląd i formację jako osoby [4].

Socjalizacja i adaptacja pracownika w nowym miejscu pracy zależy od tego, jak dobrze jest on akceptowany przez zespół i całą organizację jako całość. Socjalizacja jest trudna w przypadku niepewności ról, gdy obowiązki służbowe nie są jasno określone i ustrukturyzowane, oraz konfliktu ról, gdy wymagania organizacji są sprzeczne z osobistymi standardami pracownika [4]. Podobne słowo to resocjalizacja, która następuje w związku z przejściem na nowe stanowisko lub na inne stanowisko pracy przy zachowaniu dotychczasowego stanowiska. Korespondencja między pracownikiem a organizacją opiera się na zgodności wartości pracownika z wartościami organizacji.

Proces adaptacji zawodowej w dziedzinie pielęgniarstwa jest definiowany jako przystosowywanie nowych pracowników do warunków, które panują na oddziale, oraz wdrażanie ich do obowiązków zgodnych z kwalifikacjami i kompetencjami. Proces ten składa

się z wielu czynników, dlatego też wprowadzanie nowych pracowników powinno odbywać się pod kierunkiem osoby, która cechuje się nienaganną postawą, posiadającą właściwe do zajmowanego stanowiska kwalifikacje i kompetencje [2].

Prawidłowo przeprowadzony proces adaptacji umożliwia szybsze i sprawniejsze wdrożenie nowego pracownika do pracy oraz stanowi fundament późniejszego zaangażowania w samorozwój oraz pozycję w firmie. Literatura podaje, że przejrzystość ról, poczucie własnej skuteczności, akceptacja społeczna, a także znajomość kultury organizacyjnej stanowią dobre wskaźniki prawidłowo przeprowadzonej adaptacji pracownika. Poprawnie prowadzony i kontrolowany proces adaptacji przyczynia się do lepszej organizacji pracy, poczucia własnej skuteczności oraz spokojnego toku wykonywanych czynności[5].

Należy podkreślić, że nieudany proces adaptacji może być związany z rozczarowaniem doświadczenia nowej pracy i powodować dysonans pomiędzy oczekiwaniami w związku z nową, często wymarzoną pracą a zastaną rzeczywistością. Wpływ na to ma również atmosfera wewnątrz szpitala lub przychodni, szczególnie kiedy zauważa się brak życzliwości i zaufania ze strony przełożonego i pracowników, a także brak zdolności przystosowania do oczekiwań przełożonego i współpracowników. Niedostateczne wdrożenie programu adaptacji zawodowej może powodować, że pracownicy wykazują zmniejszoną produktywność, nie są pewni narzuconych ról zawodowych i pełnionych obowiązków, przejawiają brak zaangażowania i samodzielności w wykonywaniu powierzonych obowiązków [6].

Pielęgniarstwo jest samodzielnym zawodem medycznym regulowanym ustawą o zawodzie [7] wraz z obowiązującymi rozporządzeniami[8]. Główne elementy samoidentyfikacji zawodowej to [7]:

- status i role oferowane przez społeczeństwo,
- grupy społeczne i instytucje, w ramach których dokonuje się samoidentyfikacji zawodowej,
- wartości, normy społeczne, wiedza, zdolności, umiejętności niezbędne do kształtowania i utrzymania statusu zawodowego,
- technologia społeczna do produkcji, reprodukcji i przekazywania norm, wartości i wzorców kulturowych tego zawodu innym ludziom.

Adaptacja zawodowa, nałożona na dotychczasowe postawy jednostki, uzupełnia je, pomaga socjalizować się w danym statusie i przejawia się w stosunku jednostki do pracy. Zaangażowanie jednostki w relacje zawodowe jest wskaźnikiem jej zawodowej

samoidentyfikacji i dostosowania. Na podstawie stopnia zaangażowania danej osoby w relacje zawodowe można ocenić perspektywy jej kariery i rozwoju osobistego. Z kolei stosunki pracy opierają się na zachowaniu pracowników.

W warunkach rynkowych wzrasta rola adaptacji wtórnej. Ponieważ jest to duże obciążenie dla systemu pierwotnego, a poza tym próg adaptacji psychologicznej jest bardzo niski [9].

Istnieje kilka aspektów adaptacji (zarówno w praktyce zarządzania personelem, jak i w teorii) [9]:

1. Psychofizjologiczny - gdy zachodzi proces adaptacji do nowych stresów psychologicznych i fizjologicznych.
2. Społeczno-psychologiczny – dostosowanie do kultury organizacyjnej, w której się pracownik się znajduje. Dlatego wchodząc do nowego zespołu nie powinno się od razu nawiązywać znajomości. Każde nowe społeczeństwo ma swój nieformalny klimat, dlatego też tam są konflikty. I przechodząc od grupy do grupy, pracownik musi się dostosować.
3. Zawodowy – stopniowy rozwój umiejętności zawodowych. Dlatego potrzebna jest nowa wiedza i umiejętności współpracy.
4. Organizacyjny – aby opanować rolę i status organizacyjny swojego miejsca pracy.

Zgodnie z panującym trendem można obecnie zaobserwować wiele nowych pozycji. Ma to znaczenie dla nowo powstałego stanowiska, jego atrakcyjności oraz statusu osoby piastującej to stanowisko. Należy podkreślić, że powodzenie adaptacji do pracy zależy od kilku czynników, a mianowicie [10]:

- z obecności służby zarządzania personelem,
- konkretnych osób – konsolidacja strukturalna usługi adaptacyjnej,
- produktywności zarządzania adaptacją,
- wsparcia informacyjnego.

Adaptacja wpisuje się w kompleks działań mających na celu zapewnienie warunków do efektywnej realizacji twórczego i fizycznego potencjału pracowników firmy. Znalezienie odpowiedniego pracownika może być trudne. U kandydata na pracownika należy zwrócić uwagę na podstawowe cechy takie jak: pewność siebie, adaptacyjność i kreatywność. Tych cech należy szukać u przyszłego pracownika. Pewność siebie oznacza, że dana osoba ma wiarę w siebie i zdolność do dobrego wykonania określonego zadania. Istnieje błędne przekonanie, że osoba o wysokiej pewności siebie jest głośna, pompatyczna i chępliwa. To niekoniecznie prawda. Lepszym wskaźnikiem, że dana osoba ma wysoką pewność siebie, jest

to, że wie, o czym mówi i czuje się pewnie, że potrafi dobrze wykonać zadanie. Jest wiele rzeczy, na które należy spojrzeć i ocenić, aby zobaczyć, jak silna jest pewność siebie. Chociaż ważne jest, aby znaleźć pracowników o dobrej pewności siebie, tę jakość należy oczywiście połączyć z innymi dobrymi cechami [10].

Adaptacyjność oznacza umiejętność dostosowania się do sytuacji. To cecha, która staje się coraz ważniejsza w dzisiejszym społeczeństwie. Pod wieloma względami jest to cecha, która wskazuje, że ludzie dobrze rozumieją pewne kompetencje. Możliwość adaptacji oznacza, że dana osoba jest w stanie poradzić sobie z nieoczekiwanymi zdarzeniami. To również prowadzi w naturalny sposób do następnej dobrej cechy jaką jest kreatywność. W biznesie kreatywność jest również zwykle wykorzystywana do wykazania zdolności danej osoby do rozwiązywania zadań lub problemów w nowy sposób. W końcu istnieje wiele sposobów na znalezienie rozwiązania! Ludzie, którzy są zarówno elastyczni, jak i kreatywni, to ci, którzy szybko znajdują dobre rozwiązania nieoczekiwanych problemów i sytuacji [11]. Chęć rozwoju wyrażana przez pracownika, to także cecha ceniona przez pracodawcę. Osoba aktywnie poszukująca usprawnień może szybko stać się ważną kluczową osobą w firmie. Nie chodzi tylko o rozwój kariery, ta cecha zwykle idzie w parze z chęcią polepszenia swojej sytuacji, niezależnie od tego, czy chodzi o miejsce pracy, proces, czy inną część firmy [12].

Jeżeli chodzi o zawód pielęgniarki to zazwyczaj nowo zatrudnione pielęgniarki uważają, że przystosowanie się do pracy stanowi wyzwanie. Na ich skuteczną adaptację do sytuacji zawodowej duży wpływ ma proces socjalizacji nieodłączny od kultury organizacyjnej. Nowo zatrudniona pielęgniarka często stwierdza, że normy są niejasne, mylące i restrykcyjne. W celu zbadania konstruktywnej kultury organizacyjnej, które mają pozytywny lub negatywny wpływ na adaptację nowo zatrudnionych pielęgniarek do środowiska pracy, zastosowano opisowe badanie ilościowe. Zbadano konstrukcje takie jak rozwiązywanie konfliktów, partycypacja pracowników, orientacja na zasoby ludzkie, jasność celów, identyfikacja z organizacją, umiejscowienie kontroli i styl zarządzania. Uczestnicy wyrażali swoje poglądy na temat tego, jakie konstrukty kultury organizacyjnej miały pozytywny lub negatywny wpływ na ich dostosowanie do warunków pracy. Aby kultura spełniała swoją funkcję, musi być postrzegana jako poprawna i ważna, a jeśli jest tak postrzegana, to automatycznie wynika z tego, że musi być wprowadzana u nowych pracowników [4].

Adaptacja zawodowa to proces związany z przystosowaniem pracownika do norm i zasad panujących w środowisku pracy. Jest to czas akceptacji nowej funkcji i pozycji

społecznej. Nowo zatrudniony pracownik praktycznie przystosowuje się do nowych warunków pracy. W tym okresie osoba poznaje wymagania na objętym stanowisku pracy, a mianowicie rodzaj i zakres czynności, metody pracy, obsługę urządzeń i aparatury medycznej, warunki fizyczno-organizacyjne oraz wymagania bezpieczeństwa i higieny pracy [2].

Pielęgniarka lub położna przygotowuje się do wykonywania powierzonych zadań m.in. poprzez nabycie określonych sprawności manualnych, czy osiągnięcie samodzielności zawodowej. W tym czasie uczy się także komunikowania w zespole. Adaptacja zawodowa jest kolejnym etapem procesu rekrutacji. Nadrzędnym celem jest przystosowanie pracownika do warunków i wymagań na danym stanowisku pracy, uzyskanie w jak najkrótszym czasie oczekiwanej wydajności oraz umożliwienie bezstresowego rozpoczęcia pracy nowo zatrudnionej osoby. Dotyczy zarówno pracowników rozpoczynających swoją pierwszą pracę, nowo przyjętych lub zmieniających miejsce pracy [1].

Pierwsze dni nowej pracy, to dla nowego członka zespołu okres niepewności, niepokoju i napięcia emocjonalnego. Wtedy formuje się określona postawa wobec otoczenia, która w przyszłości może decydująco wpłynąć na motywację do pracy. Dalszy rozwój zawodowy, chęć pozostania w zespole lub odejście z pracy, a nawet odejście od zawodu – to częste następstwa funkcjonowania w nowym środowisku. Aby proces adaptacji zakończył się sukcesem trzeba zapewnić odpowiedni program adaptacji obejmujący następujące etapy [11]:

1. Wprowadzenie na stanowisko pracy,
2. Praktyczne przystosowanie,
3. Ocenę wyników i wnioski dotyczące dalszego rozwoju zawodowego pracownika.

CEL PRACY

Celem pracy jest zbadanie jak przebiega adaptacja zawodowa pielęgniarek. Temat o tyle ważny, że nie jest to zwykły proces jak w innych zawodach, ponieważ często chodzi o ludzkie życie.

MATERIAŁ I METODY

Wyniki badań przedstawiono w postaci tabel i wykresów. Natomiast do analizy statystycznej, określającą poziom zależności między zmiennymi wykorzystano program Statistica. Badania ankietowe zostały przeprowadzone wśród pielęgniarek w dniach od 01.09.2022 do 20.09.2022, gdy ankietę zamknięto.

WYNIKI

W pierwszej kolejności analizy wyników badań przedstawiono ocenę przez badane zawodu pielęgniarskiego i przebiegu adaptacji w miejscu pracy. Należy podkreślić, że chodzi tu o pierwszą pracę jak i kolejne w nowych miejscach pracy pielęgniarek.

Na początek zapytano o to czy pielęgniarstwo w ich ocenie jest zawodem zaufania publicznego?

Tabela 1. Czy zawód pielęgniarki jest zawodem zaufania publicznego?

Odpowiedź	n	%
Tak	82	76,63
Nie	14	13,08
Nie wiem	11	10,28
Razem	107	100

Źródło: opracowanie własne

Zdecydowana większość 76,63% odpowiedziała, że tak jest, 13,08% że nie jest, a 10,28% nie była zdecydowana.

Tabela 2. Jakie kryteria według Pani warunkowały dobrze okres adaptacji?

Kryteria	n	%
Objęcie okresu adaptacji procedurą	43	40,18
Ustalenie ścieżki kariery zawodowej	65	60,74
Zapoznanie z topografią oddziału i szpitala	24	22,42
Zapoznanie z współpracownikami w oddziale	57	53,27
Informowanie o funkcjonowaniu danego oddziału	21	19,62
Pomoc w początkowym okresie adaptacji	72	67,28
Jasne określenie zakresu obowiązków	67	62,61
Systematyczne zwiększanie zakresu obowiązków	44	41,12
Wprowadzenie osoby mentora/opiekuna	54	50,46
Zapewnienie dobrej atmosfery w całym okresie adaptacji	81	75,70
Przekazywanie informacji zwrotnej	48	44,85

Źródło: opracowanie własne

Respondentki uznały, że najważniejszym kryterium wpływającym na okres adaptacji jest zapewnienie dobrej atmosfery w całym okresie adaptacji – 75,70%, pomoc w początkowym okresie adaptacji – 67,28% oraz ustalenie ścieżki kariery zawodowej – 60,78%.

Natomiast za najmniej istotne uznano objęcie okresu adaptacji procedurą – 40,18%, zapoznanie z topografią oddziału i szpitala – 22,42% oraz informowanie o funkcjonowaniu danego oddziału – 19,62%.

Tabela 3. Czy na zakończenie procesu adaptacji została przeprowadzona rozmowa podsumowująca/ocena?

Odpowiedź	n	%
Tak	58	54,20
Nie	49	45,80
Razem	107	100

Źródło: opracowanie własne

Respondentki zostały zapytane o to czy na zakończenie procesu adaptacji została przeprowadzona z nimi rozmowa. W 54,20% została ona przeprowadzona natomiast w 45,80% nie przeprowadzono takiej rozmowy.

Po zaprezentowaniu wyników badań własnych, przeprowadzono analizę statystyczną, określając poziom zależności między zmiennymi.

W pierwszej kolejności określono czy wiek ma wpływ na proces adaptacji w przypadku badanych pielęgniarek.

Określono zależność wieku i opinii na temat przygotowania procesu adaptacji oraz czasu, którego pielęgniarki potrzebowały, aby czuć się dobrze w nowej pracy.

W pierwszej kolejności sprawdzono czy wiek miał wpływ na opinię pielęgniarek dotyczącą tego czy oddział lub placówka były dobrze przygotowane do procesu adaptacji.

Test chi kwadrat wykazał, że wartości χ^2 jest mniejsza niż wartość krytyczna, a poziom istotności zmiennych wynosi $p=0,76763488$ na tej podstawie wnioskuje się, że nie ma zależności między wiekiem a opinią pielęgniarek na temat przygotowania oddziału/placówki do procesu adaptacji.

Tabela 4. Wpływ wieku na opinię pielęgniarek dotyczącą tego czy oddział lub placówka, w której pracują pielęgniarki była dobrze przygotowana do pracy

Odpowiedź		Do 25 lat	26-35 lat	36-45 lat	46-55 lat	Powyżej 55 lat	Ogółem
Tak	n	3	7	12	10	4	38
	%	2,80	6,79	11,21	9,34	3,73	35,71
Raczej tak	n	2	5	5	6	5	23
	%	1,86	4,67	4,67	5,60	4,67	21,49
Nie	n	1	2	11	13	2	31
	%	0,93	1,86	10,28	12,14	1,86	28,97
Zdecydowanie nie	n	1	2	3	3	2	11
	%	0,93	1,86	2,80	2,80	1,86	10,28
Nie wiem	n	1	1	1	1	2	6
	%	0,93	0,93	0,93	0,93	1,86	5,60
Razem	n	8	19	32	33	15	107
	%	7,47	17,74	29,90	30,84	14,01	100,0
Chi kwadrat				11,651			
Wartość krytyczna				26,2962			
Stopnie swobody				16			
Poziom istotności zmiennej p				0,76763488			
Brak istotności zmiennej – wiek nie ma wpływu na opinię pielęgniarek na temat przygotowania oddziału do procesu adaptacji							

Źródło: opracowanie własne

DYSKUSJA

Profesjonalne wsparcie w pracy zawodowej, otrzymało 54,20% badanych. Najczęściej na stanowisko pracy wprowadzała pielęgniarka oddziałowa 50,46%, w drugiej kolejności wyznaczona pielęgniarka 25.33%, a dalej lekarz i ordynator.

Jako podsumowanie należy uznać, że jedna trzecia badanych pielęgniarek czyli 34,57% była przygotowana po adaptacji do samodzielnej pracy, reszta niestety nie była.

WNIOSKI

Należy podkreślić, że adaptacja w pielęgniarstwie jest istotnym procesem dla początkującego personelu, natomiast nie jest już obciążeniem dla pielęgniarek

z pewnym stażem. Jakość i przebieg wprowadzenia w specyfikę pracy pod nadzorem mentora wpływa korzystnie na wykonywane czynności, a także poczucie własnej skuteczności przez pielęgniarki. Przebieg procesu adaptacji zawodowej w szpitalach nie jest uwarunkowany jednolitym standardowym trybem postępowania, zarówno w szpitalach klinicznych, jak i pozostałych. Wdrażanie pielęgniarki do pracy, pod względem organizacyjnym, przebiega praktycznie jednakowo we wszystkich placówkach. lepiej w jednostkach innych niż kliniczne. Należy podkreślić i wnioskować o jednolitą organizację procesu adaptacji we wszystkich placówkach.

PIŚMIENNICTWO

1. Lewicka D.: Zarządzanie kapitałem ludzkim w polskich przedsiębiorstwach. Metody, narzędzia i mierniki. PWN, Warszawa 2020; 181-183.
2. Kunecka D.: Dylematy etyczne w zarządzaniu zasobami ludzkimi na przykładzie sektora zdrowia. Współczesne Zarządzanie. Kwartalnik Środowisk Naukowych i Liderów Biznesu. Wydział Zarządzania i Komunikacji Społecznej UJ, Kraków 2023; 100-105.
3. Sierpińska L.: Ramowy program adaptacji społeczno-zawodowej pielęgniarek. W: Ksykiewicz-Dorota A (red.). Zarządzanie w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2023;70-78.
4. Leńczyk-Gruba A, Kobos E, Sienkiewicz Z, Wójcik G.: Kryteria wyboru pierwszego miejsca pracy w opinii absolwentów pielęgniarstwa. Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18: 158-162.
5. Ściegłińska B., Machaj M., Gotlib J.: Adaptacja zawodowa i społeczna pielęgniarek w nowym miejscu pracy – wybrane zagadnienia. Pielęgniarstwo Polskie, Poznań 2017;34-36.
6. Karkowska D, Włodarczyk W.: Prawo medyczne dla pielęgniarek. Wolters Kluwer; Warszawa 2013;8-12.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.
8. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz.U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039 ze zm.
9. Przybek-Mita J.: Kształcenie pielęgniarek i położnych operacyjnych w Polsce

- w latach 1960–2020. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angio–logiczne* 2021; 3: 109-115.
- 10.** Oleksyn T.: *ZZLw organizacji*, Wolters Kluwer, Warszawa 2017;78-81.
- 11.** Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, <https://nipip.pl/prawo/samorzadowe/krajowy-zjazd-pielegniarek-i-polozonych/kodeks-etyki-zawodowej-pielegniarki-i-poloznej-rzeczypospolitej-polskiej>
- 12.** Kosińska M., Niebrój L.: *Autonomia pielęgniarstwa: teoria i praktyka*. W: Niebrój L., Kosińska M. (red.). *Health care: professionalism and responsibility*. Katowice, Wyd. ŚAM 2005;80-84.

ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD DZIECKIEM Z ATOPOWYM ZAPALENIEM SKÓRY

Anna Kuśper¹, Joanna Chowaniec², Magdalena Brodowicz-Król²

1 - Absolwentka Studiów I stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Rzeszowski

2 - Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii

WSTĘP

Charakterystyka atopowego zapalenia skóry

Atopowe zapalenie skóry (AZS), znane również jako wyprysk atopowy, to przewlekła, nawrotowa, niezakaźna choroba zapalna skóry, która często rozpoczyna się we wczesnym dzieciństwie i może trwać przez całe życie. Charakteryzuje się naprzemiennymi okresami zaostrzeń i remisji. Do głównych objawów AZS należą: intensywny świąd, suchość skóry oraz zapalne zmiany rumieniowe o morfologii wyprysku. W przewlekłej fazie choroby często obserwuje się pogrubienie skóry (lichenifikację) oraz złuszczenie naskórka [1].

Pacjenci z AZS wykazują skłonność do nawrotowych zakażeń skóry, wywoływanych przez bakterie, wirusy lub grzyby. Zmiany chorobowe najczęściej lokalizują się w zgięciach łokciowych i kolanowych, na twarzy oraz szyi, ale w ciężkich przypadkach mogą obejmować całe ciało (tzw. erythrodermia). Lokalizacja wykwitów zmienia się w zależności od wieku pacjenta. Przyczyny AZS są złożone i wynikają z interakcji czynników genetycznych, epigenetycznych, środowiskowych i immunologicznych, którym towarzyszy defekt bariery naskórkowej. Kompleksowy mechanizm patogenezy sprawia, że choroba wymaga indywidualnego podejścia diagnostycznego i terapeutycznego [2].

Rozpowszechnienie atopowego zapalenia skóry u dzieci

Ocena rozpowszechnienia atopowego zapalenia skóry (AZS) jest utrudniona przez wyzwania związane z chorobą, w tym brak obiektywnych testów diagnostycznych, niewielką liczbę powszechnie uznanych biomarkerów oraz charakter choroby, która ma przebieg nawrotowy, co prowadzi do różnych oszacowań w badaniach. Atopowe zapalenie skóry jest powszechną chorobą występującą u dzieci. W Europie jej ogólna częstość występowania wynosi 10–12%, z lekką przewagą płci żeńskiej. W ostatnich latach obserwuje się znaczący

wzrost przypadków AZS u dzieci poniżej 7 roku życia. Choroba zwykle pojawia się między 3 a 6 miesiącem życia. U około 40% dzieci AZS ustępuje z wiekiem, podczas gdy u pozostałych dochodzi do nawrotów w wieku dorosłym. W około 60–70% przypadków choroba występuje u dzieci z dodatnim wywiadem rodzinnym [3].

Badania wykazały, że choroby współistniejące są bardziej powszechne w populacji pacjentów z AZS niż w grupie bez AZS. Należą do nich oraz alergia pokarmowa. Dodatkowo, wcześniejsze badania wskazują na korelacje między AZS, a innymi chorobami współistniejącymi, takimi jak astma, alergiczny nieżyt nosa, alergie pokarmowe oraz zaburzenia zdrowia psychicznego, w tym zaburzenia deficytu uwagi/zespoły nadpobudliwości psychoruchowej (ADD/ADHD), autyzm oraz depresja [4].

Strategie zapobiegania nawrotom choroby

Profilaktyka AZS obejmuje trzy poziomy: pierwotny, wtórny i trzeciorzędowy, w zależności od etapu rozwoju choroby oraz grupy ryzyka.

Profilaktyka pierwotna dotyczy dzieci z grupy ryzyka, które nie wykazują objawów chorobowych. Jej celem jest zapobieganie rozwojowi AZS poprzez przedłużenie karmienia piersią - zaleca się wyłączone karmienie piersią do 4–6 miesiąca życia, ponieważ mleko matki dostarcza niezbędnych składników odżywczych, ogranicza ryzyko niepożądanych reakcji na obce białka i zawiera substancje o właściwościach immunologicznych. Istotne jest również unikanie tytoniu w ciąży, gdyż palenie papierosów w czasie ciąży zwiększa ryzyko wystąpienia AZS u dziecka. Kolejnym elementem jest ograniczenie ekspozycji na alergenów powietrznopochodne, zwłaszcza roztocza kurzu domowego. Zaleca się również stosowanie emolientów od pierwszego dnia życia, ponieważ regularne nawilżanie skóry pomaga wzmocnić barierę naskórkową i zapobiega przesuszeniu.

Profilaktyka wtórna jest skierowana do pacjentów z wczesnymi objawami choroby, jej celem jest zapobieganie wystąpieniu lub nasileniu symptomów AZS. Obejmuje regularne stosowanie emolientów zaleca się ich aplikację co 4–6 godzin w celu utrzymania prawidłowego nawilżenia skóry. Ważne jest także unikanie czynników drażniących i stresu. Istotna jest eliminacja alergenów, czyli identyfikowanie i unikanie kontaktu z alergenami odpowiedzialnymi za zaostrzenie objawów. Ważnym aspektem tej profilaktyki jest również poradnictwo zawodowe, mające na celu wskazanie ścieżki zawodowej, która ogranicza kontakt z czynnikami nasilającymi objawy.

Profilaktyka trzeciorzędowa dotyczy pacjentów z pełnoobjawowym AZS i ma na celu zmniejszenie nasilenia objawów, głównie poprzez regularne leczenie oraz codzienne nawilżanie skóry. Kolejnym celem jest redukcja częstotliwości nawrotów, co realizuje się poprzez edukację pacjentów w zakresie rozpoznawania czynników ryzyka i wczesnego reagowania. Istotnym elementem tej fazy jest także zapobieganie chorobom towarzyszącym co obejmuje szkolenia i poradnictwo psychologiczne wspierające pacjenta w radzeniu sobie z przewlekłą chorobą [1,5].

Pielęgnacja skóry atopowej

U pacjentów z AZS stwierdza się wyraźną suchość skóry, spowodowaną m.in. zwiększoną przez naskórkową utratą wody, zaburzeniami w funkcjonowaniu bariery naskórkowej oraz nieprawidłową przemianą nienasyconych kwasów tłuszczowych. Dlatego kluczowym elementem skutecznego postępowania terapeutycznego jest odpowiednie nawilżanie i natłuszczenie skóry. W pielęgnacji skóry atopowej należy zwrócić uwagę na stosowanie preparatów nawilżających i natłuszczających zarówno podczas kąpieli, jak i po jej zakończeniu, a także aplikowanie ich wielokrotnie w ciągu dnia, w zależności od stanu skóry pacjenta [6].

Dobór odpowiednich kosmetyków do skóry atopowej bywa trudny, ponieważ tego rodzaju skóra cechuje się wysoką podatnością na reakcje kontaktowe, zarówno alergiczne, jak i niealergiczne. Nawet preparaty dedykowane skórze atopowej mogą wywoływać zaostrzenia zapalne. Dlatego wybór preparatów powinien być dostosowany do indywidualnej reaktywności skóry pacjenta. Nie istnieje jedna uniwersalna, najbezpieczniejsza linia kosmetyków przeznaczonych do pielęgnacji skóry atopowej.

Dodatkowo skóra chorych na AZS wykazuje wyraźną skłonność do nadkażeń, w tym bakteryjnych. W niektórych przypadkach warto okresowo stosować preparaty kosmetyczne zawierające środki przeciwbakteryjne [7].

Podstawą pielęgnacji skóry atopowej jest eliminacja suchości poprzez nawilżanie, natłuszczenie oraz unikanie czynników zaostrzających. Pacjent powinien zostać szczegółowo poinstruowany, jak codziennie pielęgnować swoją skórę. Szczególnie zalecane są kąpiele, które nie tylko silnie nawilżają, ale również usuwają z powierzchni skóry alergenów i substancje drażniące. Do kąpieli należy używać olejków lub balsamów natłuszczających. Ważne jest, aby do 5 minut po kąpieli, gdy skóra zawiera najwięcej wilgoci, nanieść na nią kremy, które tworzą barierę ochronną i zapobiegają szybkiemu odparowywaniu wody. Codzienne preparaty pielęgnacyjne powinny być dobierane zgodnie z zasadą, że najbardziej

korzystne są preparaty o najwyższej zawartości tłuszczu. Eksponowane części ciała, takie jak ręce i twarz, powinny być smarowane kilka razy dziennie. Szacuje się, że dziecko potrzebuje co najmniej 250 g, a dorośli 500 g środków natłuszczających tygodniowo do pielęgnacji całego ciała. W niektórych przypadkach sama pielęgnacja skóry może być wystarczającą formą leczenia.

W badaniach kontrolowanych nie potwierdzono jednak skuteczności klinicznej i farmakoekonomicznej stosowania ubrań z jedwabiu do pielęgnacji skóry dzieci z umiarkowanym do ciężkiego AZS [1,8].

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z atopowym zapaleniem skóry

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z AZS zależy od stopnia zaawansowania choroby i obejmuje szeroki zakres działań. AZS jest chorobą przewlekłą, której objawy, będące widoczne na skórze, mają negatywny wpływ na aspekty psychologiczne, społeczne i finansowe pacjenta. Z tego względu opieka nad chorym wymaga dużego zaangażowania, profesjonalizmu oraz wykorzystania wiedzy pielęgniarki. Współpraca z pacjentem opiera się na informacjach o stanie zdrowia, które pielęgniarka zdobywa w trakcie kontaktów z pacjentem [9].

Pielęgniarka odgrywa kluczową rolę w edukacji rodziców i opiekunów dziecka z atopowym zapaleniem skóry (AZS). Przede wszystkim dostarcza im rzetelnych informacji na temat choroby, jej przewlekłego charakteru oraz czynników mogących nasilać objawy, takich jak alergen, stres czy niewłaściwa pielęgnacja skóry. Jednym z najważniejszych aspektów edukacji jest właściwa pielęgnacja skóry dziecka. Pielęgniarka doradza w zakresie doboru odpowiednich emolientów, częstotliwości nawilżania skóry oraz sposobów unikania podrażnień. Uczy także rodziców prawidłowych technik kąpieli, np. stosowania letniej wody i delikatnych, hipoalergicznym środków myjących. Istotnym elementem edukacji jest również dieta dziecka. Pielęgniarka pomaga w identyfikacji potencjalnych alergenów pokarmowych oraz wskazuje produkty, które mogą zaostrzać objawy AZS. Wspiera także rodziców w przestrzeganiu zaleceń lekarza dermatologa lub alergologa. Dodatkowo instruuje opiekunów w zakresie stosowania leków przepisanych przez lekarza, w tym miejscowych kortykosteroidów i leków przeciwhistaminowych. Wyjaśnia zasady ich aplikacji oraz ostrzega przed możliwymi skutkami ubocznymi wynikającymi z niewłaściwego stosowania [10,11].

CEL PRACY

Celem pracy było określenie roli pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z atopowym

zapaleniem skóry, w tym identyfikacja problemów pielęgnacyjnych, działań interwencyjnych oraz obszaru edukacji i wsparcia rodziców.

MATERIAŁ I METODY

Badania zostały przeprowadzone w dniach 31.03- 2.04.2025 r., w środowisku szpitalnym – na Oddziale II Kliniki Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, za wcześniejszą zgodą Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 w Rzeszowie. W niniejszej pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku. Techniki badawcze wykorzystane w pracy to: ankieta, wywiad, obserwacja oraz analiza dokumentów. W pracy zastosowano następujące narzędzia badawcze:

- Skala SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis)
- Skala POEM (Patient-Oriented Eczema Measure)
- Skala DLQI/CDLQI (Dermatology Life Quality Index / Children's Dermatology Life Quality Index)
- Karta bieżącej oceny stanu zdrowia pacjenta
- Ciśnieniomierz, pulsoksymetr, termometr
- Karta wywiadu pielęgniarskiego

WYNIKI

Pacjent lat 8 z rozpoznaniem atopowym zapaleniem skóry (AZS), hospitalizowany w związku z nasileniem objawów skórnych, uporczywym świądem oraz podejrzeniem wtórnego nadkażenia zmian. Chłopiec wychowuje się w rodzinie pełnej, wraz z matką, ojcem i starszą siostrą. Mieszka w warunkach miejskich, w mieszkaniu w bloku, które jest dobrze ogrzewane, lecz – jak przyznała matka – powietrze bywa suche, co nasila objawy choroby. W rodzinie występują obciążenia genetyczne – ojciec chłopca cierpi na alergiczny nieżyt nosa, a babcia od strony matki zmagająca się z przewlekłym atopowym zapaleniem skóry.

Pierwsze objawy atopowego zapalenia skóry pojawiły się u chłopca w wieku około 4 miesięcy w postaci rumieniowo-wysiękowych zmian na policzkach i szyi. Z czasem zmiany rozszerzyły się na inne części ciała – głównie kończyny i tułów. W wieku 1,5 roku postawiono rozpoznanie atopowego zapalenia skóry. Od tamtej pory dziecko jest pod opieką dermatologa, alergologa oraz pediatry. Choroba ma charakter nawrotowy, z okresami remisji i zaostrzeń. Zaostrzenia nasilają się szczególnie w okresie jesienno-zimowym oraz w wyniku

kontaktu z alergenami (np. kurz, sierść, detergenty). U chłopca stwierdzono alergię na białko mleka krowiego i jaja kurze, co wymusiło wdrożenie diety eliminacyjnej.

Aktualnie chłopiec przyjmuje leki przeciwhistaminowe (ceteryzyna) oraz stosuje miejscowo maści kortykosteroidowe w okresie zaostrzeń. Regularnie aplikowane są emolienty (minimum 3 razy dziennie). Matka zgłasza, że mimo leczenia chłopiec nadal odczuwa silny świąd, szczególnie w nocy, co skutkuje zaburzeniami snu i rozdrażnieniem w ciągu dnia. Chłopiec uczęszcza do szkoły podstawowej, jednak często opuszcza zajęcia z powodu zaostrzeń objawów AZS, co również jest dla niego istotnym czynnikiem stresowym. Matka chłopca wskazuje, że od około tygodnia stan skóry uległ znacznemu pogorszeniu – pojawiły się silnie swędzące zmiany, sączące się rany oraz nowe ogniska zapalne. W tym samym czasie dziecko przypadkowo spożyło niewielką ilość orzechów włoskich, na które jest uczulone. Rodzice chłopca znają rozpoznane alergeny (orzechy, białko mleka krowiego, kurz), jednak – jak przyznali – nie zawsze są w stanie całkowicie ich unikać, zwłaszcza w przedszkolu.

Podczas wywiadu pielęgniarskiego matka chłopca zgłasza nasilony świąd, który występuje głównie w godzinach wieczornych i w nocy, co prowadzi do zaburzeń snu – dziecko często budzi się z płaczem, drapie się do krwi, ma trudności z ponownym zaśnięciem. W konsekwencji chłopiec bywa apatyczny, łatwo się denerwuje, unika kontaktu z rówieśnikami, a jego nastrój jest obniżony. Obserwuje się także wyraźny opór wobec codziennych zabiegów pielęgnacyjnych – smarowania skóry kremami emolientyjnymi oraz kąpeli leczniczych. Według matki, dziecko nie toleruje uczucia lepkości na skórze po aplikacji preparatów, co skutkuje płaczem i ucieczką. W rezultacie zabiegi nie są wykonywane systematycznie, co prowadzi do pogorszenia skuteczności leczenia.

Matka chłopca wyraźnie prezentuje oznaki wyczerpania psychofizycznego. W rozmowie przyznała, że ciągle czuwanie przy dziecku, brak spokojnych nocy oraz emocjonalne obciążenie związane z przewlekłością choroby powodują u niej narastającą frustrację, lęk i uczucie bezradności. Mimo dużej troski i zaangażowania, brakuje jej wiedzy dotyczącej prawidłowej pielęgnacji skóry dziecka, stosowania leków i doboru odpowiednich środków pielęgnacyjnych oraz higienicznych. Zdarza się, że środki do prania i ubrania dziecka nie są zgodne z zaleceniami dermatologicznymi (np. tkaniny sztuczne, zbyt intensywnie pachnące detergenty).

W oparciu o wywiad, obserwację i badanie stwierdzono konieczność wdrożenia kompleksowego planu opieki pielęgniarskiej, uwzględniającego nie tylko łagodzenie

objawów skórnych i zapobieganie powikłaniom, ale również edukację rodziców oraz wsparcie emocjonalne całej rodziny w procesie leczenia choroby przewlekłej, jaką jest AZS.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 1:** Przewlekły świąd skóry związany z AZS

Cel opieki: Zmniejszenie intensywności świądu i zapobieganie powstawaniu mikrourazów skóry.

Planowane działania:

1. Ocena nasilenia świądu przy pomocy skali wizualno-analogowej (VAS) dostosowanej do wieku dziecka.
2. Obserwacja i dokumentowanie lokalizacji oraz charakteru zmian skórnych.
3. Nauka i demonstracja technik stosowania emolientów (np. delikatne wklepywanie, a nie wcieranie).
4. Zalecenie noszenia odzieży bawełnianej, przewiewnej, bez szwów drażniących skórę.
5. Zachęcenie do zakładania rękawiczek bawełnianych na noc, aby ograniczyć drapanie.
6. Zapewnienie komfortowej temperatury otoczenia – unikanie przegrzewania.
7. Unikanie alergenów kontaktowych i czynników drażniących (wełna, detergenty).
8. Stosowanie chłodnych okładów łagodzących świąd.
9. Pomoc w radzeniu sobie ze stresem, ewentualna konsultacja psychologiczna.

Ocena podjętych działań: Dziecko mniej się drapie, świąd jest mniejszy, brak nowych zadrapań.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 2:** Zaburzenia snu spowodowane świądem i dyskomfortem

Cel opieki: Poprawa jakości i długości snu dziecka.

Planowane działania:

1. Zachęcenie rodziców do prowadzenia codziennej wieczornej rutyny (kąpiel, emolienty, wyciszenie).
2. Monitorowanie rytmu snu dziecka i prowadzenie dzienniczka snu.
3. Niekorzystanie z urządzeń elektronicznych (telewizorów, telefonów) w godzinach wieczornych.
4. Chodzenie spać i wstawanie rano o tej samej porze.
5. Unikanie późnych, popołudniowych drzemek.
6. Wprowadzenie ćwiczeń oddechowych relaksacyjnych.

7. Zalecenie zastosowania emolientów przed snem, które przynoszą ulgę w świądzie.
8. Zapewnienie dziecku aktywności fizycznej w ciągu dnia.
9. Współpraca z lekarzem w zakresie farmakoterapii (np. leki przeciwhistaminowe na noc).
10. Ocenianie długości i jakości snu (ilości nocnych wybudzeń i ich przyczyn) na podstawie obserwacji i wywiadu.

Ocena podjętych działań: Dziecko przesypia min. 6–7 godzin bez wybudzeń; rodzice nie zgłaszają problemów ze snem.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 3:** Podwyższone ryzyko wtórnych infekcji skóry

Cel opieki: Zapobieganie infekcjom skóry oraz szybka interwencja przy ich wystąpieniu.

Planowane działania:

1. Codzienne oględziny skóry w celu wykrycia objawów nadkażenia (zaczerwienienie, sączenie, strupy).
2. Nauka zasad dezynfekcji mikrourazów skóry i stosowania preparatów antyseptycznych.
3. Edukacja rodziców na temat higieny osobistej i częstej zmiany pościeli oraz ubrań.
4. Edukowanie rodziców na temat konieczności obserwacji ewentualnych objawów infekcji (gorączka, ropienie, ból).
5. Instruktaż dotyczący rozpoznawania objawów zakażenia wymagających konsultacji z lekarzem.
6. Monitorowanie skutków ubocznych stosowanej antybiotykoterapii.

Ocena podjętych działań: Brak oznak infekcji skóry; zmniejszenie liczby sączących zmian.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 4:** Niechęć dziecka do wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych

Cel opieki: Wzbudzenie akceptacji dziecka do systematycznej pielęgnacji skóry.

Planowane działania:

1. Edukacja rodziców na temat znaczenia regularności w stosowaniu emolientów.
2. Pokazanie sposobów włączania zabiegów pielęgnacyjnych w codzienną rutynę zabawy.

3. Zastosowanie strategii motywacyjnych: nagrody, system żetonowy, opowieści terapeutyczne.
4. Współpraca z psychologiem dziecięcym w przypadku głębokiego oporu.
5. Zachęcanie dziecka do samodzielnego udziału w pielęgnacji.
6. Pokazywanie dziecku obrazków przed i po leczeniu (by widziało korzyści).
7. Włączanie dziecka w podejmowanie decyzji (np. wybór zapachu balsamu, koloru ręcznika).
8. Nauka rodziców jak skracać czas zabiegów do minimum.
9. Stosowanie pozytywnego wzmocnienia i pochwał.

Ocena podjętych działań: Dziecko chętniej uczestniczy w pielęgnacji, rodzice zgłaszają większą systematyczność w smarowaniu skóry.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 5:** Obniżona samoocena dziecka związana z wyglądem skóry

Cel opieki: Wzmacnianie poczucia własnej wartości dziecka i wsparcie emocjonalne.

Planowane działania:

1. Rozmowa z dzieckiem na temat jego emocji związanych z wyglądem skóry.
2. Zapewnienie atmosfery akceptacji i normalizacji.
3. Zgłoszenie potrzeby interwencji psychologicznej w razie objawów wycofania społecznego.
4. Wspieranie aktywności, które nie ekspozują ciała (np. rysunek, muzyka, gry zespołowe).
5. Obserwacja zachowań unikania i izolacji.
6. Rozmowa z rodzicami o ważności wspierania i wzmacniania pozytywnego obrazu dziecka.

Ocena podjętych działań: Dziecko uczestniczy w zabawach z rówieśnikami, nie unika kontaktu społecznego.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 6:** Niewystarczający poziom wiedzy rodziców na temat pielęgnacji skóry atopowej

Cel opieki: Zwiększenie poziomu wiedzy rodziców w zakresie prawidłowej pielęgnacji skóry i profilaktyki nawrotów.

Planowane działania:

1. Przekazanie i omówienie materiałów edukacyjnych na temat AZS.
2. Analiza poziomu wiedzy rodziców odnośnie pielęgnacji skóry atopowej.
3. Pokaz pielęgnacji skóry w warunkach domowych – krok po kroku.
4. Edukacja na temat doboru odzieży, detergentów, temperatury w domu.
5. Omówienie wpływu stresu, potu, kontaktu z alergenami na stan skóry.
6. Stały kontakt edukacyjny – np. teleporady, konsultacje pielęgniarskie.

Ocena podjętych działań: Rodzice potrafią prawidłowo pielęgnować skórę, stosują zalecenia systematycznie.

WNIOSKI

1. Dzieci z atopowym zapaleniem skóry (AZS) najczęściej zmagają się z problemami takimi jak uporczywy świąd, suchość skóry, bezsenność, ryzyko nadkażeń skóry, niechęć do zabiegów pielęgnacyjnych oraz obniżona samoocena. Problemy te wpływają nie tylko na fizyczny komfort pacjenta, ale także na jego funkcjonowanie emocjonalne i społeczne.
2. Interwencje pielęgniarskie w opiece nad dzieckiem z AZS obejmują codzienną pielęgnację skóry, łagodzenie świądu, monitorowanie stanu ogólnego i skóry, przeciwdziałanie infekcjom oraz wsparcie psychiczne dziecka. Konieczne są także działania edukacyjne i profilaktyczne, dostosowane do wieku i stanu zdrowia pacjenta.
3. Pielęgniarka wspiera leczenie AZS poprzez systematyczne realizowanie zaleceń terapeutycznych, podawanie leków, stosowanie emolientów, kontrolowanie objawów zaostrzeń oraz współpracę z zespołem interdyscyplinarnym. Jej działania przyczyniają się do redukcji objawów, poprawy komfortu życia i skrócenia czasu hospitalizacji.
4. Edukacja rodziców pełni kluczową rolę w skutecznej pielęgnacji skóry dziecka z AZS. Pielęgniarka przekazuje wiedzę na temat stosowania leków, kąpieli leczniczych, unikania czynników drażniących, właściwego doboru odzieży, środków piorących oraz diety – co sprzyja zapobieganiu nawrotom i zaostrzeniom choroby.
5. Rodzina dziecka z AZS potrzebuje profesjonalnego wsparcia psychologicznego, edukacyjnego oraz emocjonalnego ze strony pielęgniarki. Istotna jest także pomoc w radzeniu sobie z przewlekłością choroby, zmęczeniem opiekunów oraz trudnościami dnia codziennego, co wpływa na poprawę jakości życia całej rodziny.

PIŚMIENNICTWO

1. Nowicki, R. J., Trzeciak, M., Kaczmarek, M., i wsp.: Atopowe zapalenie skóry. Interdyscyplinarne rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. Część I. Profilaktyka, leczenie miejscowe i fototerapia. *Alergol Pol.* 2019;6(3).
2. Setting L. F. Eichenfeld, S. Stripling, S. Fung et al.: Recent Developments and Advances in Atopic Dermatitis: A Focus on Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment in the Pediatric. *Pediatric Drugs.* 2022;24:293–305.
3. <https://www.adamed.expert/pacjent/choroby-i-objawy/skora-i-paznokcie/atopowe-zapalenie-skory-objawy-leczenie-profilaktyka> (dostęp z dnia 30.12.2024).
4. Eichenfield LF, Stripling S, Fung S, et al.: Recent Developments and Advances in Atopic Dermatitis: A Focus on Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment in the Pediatric Setting. *Paediatr Drugs.* 2022;24(4):293-305.
5. Rey, A., & Chełmińska, M. (2019).: Ogólne zasady postępowania w chorobach alergicznych w praktyce lekarza rodzinnego. In *Forum Medycyny Rodzinnej* (Vol. 13, No. 4, pp. 170-175).
6. Nowak, K.: Substancje lecznicze i zabiegi pielęgnacyjne stosowane u pacjentów z atopowym zapaleniem skóry. 2023.
7. Lehmann, K. M.: Pielęgnacja skóry osób chorych na atopowe zapalenie skóry w gabinecie kosmetycznym. 2022.
8. Kielczewska, G., Lankau, A., Rafał, M., Krajewska-Kułak, E.: Dziecko z atopowym zapaleniem skóry. [w:] *Sytuacje trudne w ochronie zdrowia*. T. 6, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku 2021, 276–294.
9. van Os-Medendorp H, Deprez E, Maes N, et al.: The role of the nurse in the care and management of patients with atopic dermatitis. *BMC Nurs.* 2020 Nov 4;19(1):102.
10. Kasza, P.: Model opieki nad pacjentem z atopowym zapaleniem skóry. 2020.
11. Ständer S.: Atopic Dermatitis. *N Engl J Med.* 2021 Mar 25;384(12):1136-1143.

ROLA PIEŁĘGNIARKI W PROFILAKTYCE ZAKAŻEŃ RAN POOPERACYJNYCH U PACJENTÓW PO WSZCZEPIENIU ENDOPROTEZY BIODRA

Katarzyna Wiśniewska¹, Ewelina Majewska²

1- *Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*

2- *Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu*

WSTĘP

Zakażenia ran pooperacyjnych stanowią jedno z poważniejszych zagrożeń zdrowotnych, z jakimi mogą się spotkać pacjenci poddawani zabiegom chirurgicznym, szczególnie w przypadku operacji ortopedycznych, takich jak wszczepienie endoprotezy biodra. W kontekście współczesnej medycyny, rola pielęgniarki w profilaktyce tych zakażeń jest kluczowa. Pielęgniarki nie tylko pełnią funkcje opiekuńcze, ale także odgrywają fundamentalną rolę w zapobieganiu powikłaniom, monitorowaniu stanu pacjenta oraz edukacji w zakresie samoopieki pooperacyjnej [1].

W związku z rosnącą liczbą zabiegów związanych z implantacją endoprotez, problem zakażeń ran pooperacyjnych zyskał na znaczeniu, co skłania do głębszego zrozumienia czynników ryzyka oraz skutecznych metod ich eliminacji. Zakażenia te mogą prowadzić do poważnych komplikacji, wydłużenia hospitalizacji, a w niektórych przypadkach nawet do konieczności ponownej interwencji chirurgicznej [2].

W związku z tym tak istotna jest rola pielęgniarki, która poprzez odpowiednie działania profilaktyczne oraz wczesną interwencję, może znacząco wpłynąć na przebieg leczenia i proces rekonwalescencji pacjenta [2].

CEL PRACY

Celem niniejszych badań jest analiza roli pielęgniarki w profilaktyce zakażeń ran pooperacyjnych u pacjentów po wszczepieniu endoprotezy biodra. Zakażenia te stanowią istotne zagrożenie dla pacjentów, ponieważ mogą prowadzić do poważnych powikłań, wydłużenia hospitalizacji, a nawet konieczności powtórnej interwencji chirurgicznej.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu zastosowano metodę analizy studium indywidualnego przypadku, co pozwala na dogłębną analizę roli pielęgniarki w profilaktyce zakażeń ran pooperacyjnych u pacjentów po wszczepieniu endoprotezy biodra. Studium przypadku umożliwia szczegółową obserwację i analizę konkretnych sytuacji klinicznych, co jest kluczowe dla zrozumienia złożoności działań pielęgniarskich w tym kontekście. W ramach analizy studium przypadku, zastosowano następujące techniki badawcze:

- a) Obserwacja bezpośrednia pracy pielęgniarek w oddziale ortopedycznym, w tym ich działań związanych z profilaktyką zakażeń ran pooperacyjnych.
- b) Wywiady indywidualne z pielęgniarkami, które bezpośrednio opiekują się pacjentami po wszczepieniu endoprotezy biodra.
- c) Analiza dokumentacji medycznej pacjentów, ze szczególnym uwzględnieniem zapisów dotyczących stanu ran pooperacyjnych oraz zastosowanych interwencji pielęgniarskich.
- d) Pomiar podstawowych parametrów życiowych pacjenta takich jak: saturacja, ciśnienie tętnicze krwi, tętno, liczba oddechów, pomiar masy ciała, temperatura.

W ramach analizy studium przypadku oprócz zastosowania technik badawczych wykorzystano również narzędzia badawcze takie jak: Przewodnik do gromadzenia danych o pacjencie, Skalę VAS, Kwestionariusz McGill do oceny rodzaju bólu, Skalę Baxtera, Skalę Glasgow, Skalę Norton, Kwestionariusz oceny uzależnienia od nikotyny wg Fagerströma, Ocena stopnia motywacji do zaprzestania palenia tytoniu wg Schneider, Klasyfikacja nadwagi i otyłości w zależności od BMI, Skalę W.A.R., Skalę IADL, Skalę Apfel, Skalę Bartel, Skala akceptacji choroby AIS.

Badania zostały przeprowadzone w specjalistycznym oddziale ortopedycznym jednego z radomskich szpitali. W pierwszej fazie badań przeprowadzono obserwację pracy pielęgniarek oraz wstępną analizę dokumentacji medycznej wybranych pacjentów. Następnie, w oparciu o uzyskane dane, wybrano kilka przypadków, które posłużyły jako podstawy do analizy studium indywidualnego.

W drugim etapie badań przeprowadzono pogłębione wywiady z pielęgniarkami, mające na celu uzyskanie szczegółowych informacji na temat ich działań profilaktycznych, doświadczeń i trudności napotykanych w codziennej pracy. Zebrane dane poddano analizie jakościowej, co pozwoliło na identyfikację kluczowych czynników wpływających na skuteczność profilaktyki zakażeń ran pooperacyjnych oraz roli pielęgniarki w tym procesie.

Badania były przeprowadzone w sposób anonimowy za zgodą pacjenta, który został poinformowany o celu i przebiegu badania oraz jego dobrowolności.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Metodą studium przypadku jest pacjent M.B. mężczyzna w wieku 68 lat, który został poddany zabiegowi wszczepienia endoprotezy biodra lewego z powodu zaawansowanej choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego oraz leczone RZS. Pacjent ten, mimo ruchomego trybu życia, odczuwał coraz to większe trudności w poruszaniu się i częstsze bóle stawu biodrowego, co ostatecznie skłoniło go do podjęcia decyzji o zabiegu operacyjnym. Po konsultacjach i badaniach kwalifikacyjnych, pacjent został zakwalifikowany do operacji.

Pacjent M.B. to 68-letni mężczyzna, o masie ciała 82 kg i wzroście 175 cm. Przed zabiegiem cieszył się ogólnym dobrym stanem zdrowia, chociaż w wywiadzie medycznym odnotowano nadciśnienie tętnicze, które było kontrolowane farmakologicznie. Pacjent regularnie wykonywał podstawowe badania zlecone przez lekarza prowadzącego w POZ. Ostatnio otrzymał skierowanie do poradni urologicznej, ale w związku z obecną sytuacją wizyta musiała zostać przełożona. Pacjent jest nałogowym palaczem od 45 lat, spożywa alkohol w umiarkowanych ilościach. Na swój wiek sprawny fizycznie, całe życie prowadził gospodarstwo rolne wraz z małżonką co sprawiło, że był w ciągłym ruchu. Po osiągnięciu wieku emerytalnego pacjent przepisał gospodarstwo synowi, ale cały czas jest aktywny i pomaga w gospodarstwie.

Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego była zdiagnozowana u pacjenta około 5 lat przed operacją. W początkowym okresie leczenie obejmowało farmakoterapię oraz rehabilitację, jednak stopniowe nasilenie dolegliwości bólowych i ograniczenie ruchomości stawu biodrowego sprawiły, że pacjent zdecydował się na operację wszczepienia endoprotezy.

Zabieg wszczepienia endoprotezy biodra przebiegł bez powikłań. Operacja została przeprowadzona w znieczuleniu zewnątrzoponowym, a czas jej trwania wyniósł około dwóch godzin. Po operacji pacjent został przewieziony na oddział ortopedyczny, gdzie rozpoczął się kluczowy etap jego powrotu do zdrowia, obejmujący zarówno rehabilitację, jak i profilaktykę zakażeń ran pooperacyjnych.

Pierwsze dni po operacji były kluczowe z punktu widzenia profilaktyki zakażeń. Pielęgniarki były odpowiedzialne za regularne monitorowanie stanu rany pooperacyjnej, stosowanie odpowiednich środków antyseptycznych oraz zapewnienie pacjentowi właściwej higieny.

W trzeciej dobie gdzie planowany był wstępnie wypis pacjenta, podczas porannej toalety pielęgniarki zauważyły niewielkie zaczerwienienie wokół rany, które było bolesne, a miejsce to tkliwe. Dodatkowo pacjent zaczął odczuwać ból w operowanym miejscu, co wcześniej nie występowało w takim nasileniu.

W odpowiedzi na te objawy, pielęgniarki natychmiast podjęły działania interwencyjne. Przede wszystkim, zgodnie z procedurami, niezwłocznie powiadomiły lekarza prowadzącego, który zlecił wykonanie dodatkowych badań, w tym posiewu z rany oraz badania krwi na obecność markerów stanu zapalnego. Pacjent został poddany antybiotykoterapii. W międzyczasie, pielęgniarki kontynuowały intensywną obserwację rany i wprowadziły bardziej zaawansowane techniki pielęgnacyjne, takie jak częstsze zmiany opatrunków oraz stosowanie specjalistycznych środków antyseptycznych.

W oparciu o uzyskane informacje z wywiadu, obserwacji, pomiarów, analizy dokumentów i zastosowanie narzędzi badawczych sformułowano diagnozy pielęgniarskie ze wskazaniem konkretnego celu i interwencji pielęgnacyjnych personelu medycznego w opiece nad pacjentem z wszczepieniem endoprotezy biodra.

Proces pielęgnowania pacjenta

- **Diagnoza pielęgniarska 1:** Niespodziewany strach pacjenta przed zabiegiem operacyjnym - tomofobia.

Cel opieki: Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa.

Plan opieki:

- Informowanie na bieżąco o podejmowanych działaniach pielęgniarskich przygotowujących do zabiegu operacyjnego.
- Poinformowanie pacjenta o przebiegu operacji i konieczności podania znieczulenia ogólnego.
- Przekonanie pacjenta o konieczności podjętych przygotowań.
- Zachęcanie do wyrażania wątpliwości i pytań.
- Zachęcanie do współpracy w całym procesie terapii.
- Przygotowanie pola operacyjnego (toaleta ciała).
- Poinformowanie o zapewnieniu komfortu i bezpieczeństwa po zabiegu operacyjnym.
- Zapewnienie życzliwej atmosfery.
- Poinformowanie lekarza o obawach pacjenta.

Ocena efektów podjętych działań: Zmniejszenie się lęku pacjenta przed operacją, wzrosło poczucie bezpieczeństwa i opieki.

- **Diagnoza pielęgniarska 2:** Ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej – związane z przebytem zabiegiem wszczepienia endoprotezy biodra, który wiąże się z uszkodzeniem tkanek oraz wprowadzeniem implantu, co zwiększa ryzyko infekcji.

Cel opieki: Skuteczna profilaktyka zakażeń, wczesne rozpoznanie ewentualnych objawów infekcji i podjęcie szybkich działań zapobiegawczych, aby zapobiec komplikacjom.

Plan opieki:

- Codzienne monitorowanie rany pod kątem zaczerwienienia, obrzęku, wydzieliny czy bólu, co może świadczyć o zakażeniu.
- Przeprowadzanie zmian opatrunków w warunkach aseptycznych, stosowanie środków antyseptycznych zgodnie z zaleceniami.
- Przestrzeganie ścisłych procedur aseptycznych podczas wszystkich czynności związanych z pielęgnacją rany.
- Przy przeprowadzaniu zmian opatrunków stosowanie środków antyseptycznych zgodnie z zaleceniami.
- Sprawne i delikatne postępowanie podczas zmiany opatrunku i wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych, najlepiej po podaniu środków przeciwbólowych.
- Podejmowanie prób w odwróceniu uwagi podczas zmiany opatrunków poprzez rozmowę, uważne i życzliwe wysłuchanie, podtrzymanie na duchu.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent odczuwa znaczące zmniejszenie bólu.

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Ryzyko wystąpienia bólu pooperacyjnego – wynikające z ingerencji chirurgicznej i uszkodzenia tkanek w trakcie operacji, co jest typowe dla procedur ortopedycznych.

Cel opieki: Minimalizacja bólu pooperacyjnego oraz zapewnienie pacjentowi komfortu, co pozwala na lepszą współpracę podczas rehabilitacji.

Plan opieki:

- Regularna ocena poziomu bólu z użyciem skali VAS i dostosowanie leczenia przeciwbólowego w zależności od potrzeb pacjenta.
- Stosowanie farmakoterapii przeciwbólowej zgodnie z zaleceniami lekarza, w tym środków o przedłużonym działaniu.
- Obserwacja pacjenta i jego reakcji na podane leki.

- Obserwacja parametrów życiowych tj: tętno, oddech, ciśnienie tętnicze, temperatura, saturacja i ich udokumentowanie
- Obserwacja rany pooperacyjnej i drenu.
- Monitorowanie rany pod kątem zaczerwienienia, obrzęku, wydzieliny czy bólu, co może świadczyć o zakażeniu.
- Zastosowania udogodnień w postaci wałków, klinów, poduszek, co umożliwi wygodę pacjentowi i zmniejszenie ciągnięcia rany.
- Pokazanie i pomoc w dobraniu wygodnej pozycji ciała dla pacjenta zmniejszającej napięcie rany pooperacyjnej.
- Doraźne podanie tlenu w razie potrzeby.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent odczuwa znaczące zmniejszenie bólu, co umożliwia mu aktywny udział w ćwiczeniach rehabilitacyjnych.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Lęk przed poruszaniem się – spowodowany bólem pooperacyjnym oraz obawami przed pogorszeniem stanu zdrowia lub uszkodzeniem implantu.

Cel opieki: Zmniejszenie poziomu lęku poprzez wsparcie emocjonalne oraz motywację do mobilizacji.

Plan opieki:

- Zapewnienie pacjentowi szczegółowych informacji o bezpieczeństwie ruchu i rehabilitacji oraz omawianie celu każdego ćwiczenia.
- Przeprowadzanie rozmów wspierających, aby pomóc pacjentowi w pokonywaniu obaw.
- Współpraca z fizjoterapeutą, aby motywować pacjenta do bezpiecznego poruszania się.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent wykonuje ćwiczenia z większą pewnością siebie i mniejszym lękiem, współpracując aktywnie z zespołem rehabilitacyjnym.

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Brak wiedzy pacjenta na temat samoopieki nad raną pooperacyjną – spowodowany brakiem wcześniejszego doświadczenia z pielęgnacją ran i potrzebą samodzielnego dbania o ranę po powrocie do domu.

Cel opieki: Przygotowanie pacjenta do samodzielnej pielęgnacji rany, co zmniejszy ryzyko zakażenia w warunkach domowych.

Plan opieki:

- Przeprowadzenie dokładnej edukacji pacjenta na temat codziennej pielęgnacji rany oraz zasad zmiany opatrunków.
- Omówienie typowych objawów infekcji, takich jak zaczerwienienie, obrzęk, wydzielina i gorączka.
- Wsparcie pacjenta w zakresie przygotowania niezbędnych środków higienicznych do pielęgnacji w domu.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent rozumie zasady samoopieki i jest w stanie samodzielnie rozpoznać niepokojące objawy.

- **Diagnoza pielęgniarska 6:** Ryzyko zakrzepicy żył głębokich – związane z ograniczoną mobilnością po zabiegu, co może prowadzić do powstawania zakrzepów.

Cel opieki: Zapobieganie zakrzepicy przez promowanie ruchu i wczesną mobilizację.

Plan opieki:

- Współpraca z fizjoterapeutą w zakresie wczesnej mobilizacji pacjenta.
- Regularne monitorowanie kończyn dolnych pod kątem objawów zakrzepicy, takich jak obrzęk czy bolesność.
- Zachęcanie pacjenta do wykonywania prostych ćwiczeń przeciwzakrzepowych.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent aktywnie wykonuje ćwiczenia, nie wystąpiły objawy zakrzepicy.

- **Diagnoza pielęgniarska 7:** Ryzyko powstawania odleżyn – wynikające z przedłużonego unieruchomienia, zwłaszcza w początkowym okresie po operacji.

Cel opieki: Zapobieganie powstawaniu odleżyn poprzez regularne zmiany pozycji i ochronę skóry pacjenta.

Plan opieki:

- Ocena ryzyka rozwoju odleżyn wg. skali Norton.
- Codzienna ocena stanu skóry w miejscach szczególnie narażonych na ucisk i powstanie odleżyn.
- Zmienianie pozycji pacjenta co 2-3 godziny, aby zmniejszyć nacisk na te same obszary ciała.
- Stosowanie materaca przeciwoodleżynowego.
- Zastosowaniem sprzętu pomocniczego tj. wałki, poduszki.

- Mycie skóry z zastosowaniem środków o odpowiednim pH i dokładne osuszanie ciała oraz aplikowanie w miejscach zagrożonych odleżyną preparatów ochronnych.
- Ścielenie łóżka, tak aby nie pozostawiać fałdów i zmarszczek.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent nie ma odleżyn, skóra jest zdrowa i wolna od uszkodzeń.

- **Diagnoza pielęgniarska 8:** Ryzyko infekcji układu moczowego – związane z założeniem cewnika do pęcherza moczowego.

Cel opieki: Profilaktyka zakażenia układu moczowego oraz monitorowanie objawów infekcji.

Plan opieki:

- Utrzymywanie cewnika i okolicy cewki w higienicznych warunkach.
- Regularne sprawdzanie stanu drenażu.
- Obserwacja pod kątem objawów infekcji, takich jak ból, pieczenie i zmiana barwy moczu.
- Kontrola diurezy.

Ocena efektów podjętych działań: Brak objawów infekcji układu moczowego, pacjent odczuwa komfort.

- **Diagnoza pielęgniarska 9:** Zaburzenia snu – spowodowane bólem pooperacyjnym oraz nowym środowiskiem szpitalnym, które może utrudniać pacjentowi wypoczynek.

Cel opieki: Zmniejszenie zaburzeń snu i poprawa jakości snu pacjenta.

Plan opieki:

- Ocena bólu przed snem i zapewnienie leków przeciwbólowych, aby zmniejszyć dyskomfort nocą.
- Tworzenie komfortowych warunków na oddziale, zapewnienie ciszy i półmroku.
- Zaproponowanie pacjentowi wypicia przed snem herbaty uspokajającej np.: melisy lub mięty.
- Podanie leków zgodnie z indywidualną kartą zleceń.
- Edukacja pacjenta o temat prawidłowej ilości i jakości snu.
- Rozmowa z pacjentem na temat jego stanu zdrowia.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent odczuwa poprawę snu i lepszy komfort wypoczynku.

- **Diagnoza pielęgniarska 10:** Brak umiejętności radzenia sobie ze stresem związanym z hospitalizacją – wywołany nowym środowiskiem i niepewnością co do przebiegu leczenia.

Cel opieki: Zmniejszenie poziomu stresu i wspieranie pacjenta w przystosowaniu się do sytuacji.

Plan opieki:

- Regularne rozmowy z pacjentem, okazanie wsparcia i wysłuchanie jego obaw.
- Umożliwienie kontaktu z bliskimi, by pacjent czuł się pewniej i miał wsparcie emocjonalne.
- Wyjaśnienie celowości zabiegu operacyjnego i pobytu w szpitalu.
- Zapewnienie kontaktu z lekarzem w celu uzyskania informacji o aktualnym stanie zdrowia.
- Częsta obecność przy chorym.
- Zapewnienie spokojnej atmosfery.
- Zapewnienie kontaktu z rodziną.
- Zapewnienia pacjenta o okazywanej mu trosce o jego zdrowie.
- Okazanie życzliwości i zainteresowania pacjentem.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent wykazuje mniejszy poziom stresu, czuje się bezpieczniej i pewniej.

- **Diagnoza pielęgniarska 11:** Ryzyko wystąpienia zakażenia w obrębie miejsca wkłucia dożylnego.

Cel opieki: Niedopuszczenie do wystąpienia zakażenia

Plan opieki:

- Obserwacja miejsca czy nie występuje zaczerwienienie, zgrubienie bądź obrzęk.
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki w trakcie wkłucia.
- Zmiana opatrunku w razie przemoczenia lub przekrwienia.
- Przepłukiwanie kaniuli solą fizjologiczną przed i po podaniu leku 5-10 ml.
- Zmiana a kaniuli, co najmniej, co 72h.

Ocena efektów podjętych działań: Zapobieżono powstania zakażenia.

- **Diagnoza pielęgniarska 12:** Ryzyko wystąpienia ograniczenia w poruszaniu się spowodowane dolegliwościami pooperacyjnymi jak i ze strony układu mięśniowo – szkieletowego, RZS.

Cel opieki: Zwiększenie samodzielności pacjenta w zakresie sprawnego poruszania się, a zarazem zapobieganie powikłaniom.

Plan opieki:

- Nauczenie posługiwania się sprzętem ortopedycznym: balkonik, kula, laska.
- Stopniowanie wysiłku pacjenta przez przedłużanie czas przebywania poza łóżkiem, wydłużanie dystansu chodzenia.
- Wskazanie prawidłowej pozycji podczas odpoczynku, nogi delikatnie wyżej niż głowa (podłożony pod łydki, koc, wałek).
- Zachęcanie do ćwiczeń oddechowych.
- Motywowanie pacjenta do wykonywania ćwiczeń zleconych przez fizjoterapeutę.

Ocena efektów podjętych działań: Oswojenie się pacjenta ze sprzętem ortopedycznym, podwyższone morale w zdrowieniu.

- **Diagnoza pielęgniarska 13:** Niewystarczająca wiedza pacjenta na temat odpowiedniej diety pooperacyjnej – co może wpłynąć na proces gojenia rany i ogólną rekonwalescencję.

Cel opieki: Edukacja pacjenta na temat zasad żywienia wspierającego gojenie.

Plan opieki:

- Edukacja pacjenta o konieczności spożywania białka i witamin, które wspierają procesy regeneracyjne.
- Udzielenie informacji na temat unikania alkoholu i innych produktów, które mogą opóźnić gojenie.
- Stosowanie diety w związku z nadwagą i wysokim ciśnieniem tętniczym.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent stosuje zbilansowaną dietę, co wspomaga proces rekonwalescencji.

- **Diagnoza pielęgniarska 14:** Ryzyko hipotermii po operacji – związane z działaniem leków i ograniczoną zdolnością termoregulacji po zabiegu.

Cel opieki: Zapewnienie pacjentowi odpowiedniego komfortu termicznego i stabilności temperatury.

Plan opieki:

- Regularne monitorowanie temperatury ciała, aby szybko zareagować na ewentualne zmiany.
- Ogrzewanie pacjenta poprzez koc lub ciepły odzież w razie potrzeby.

Ocena efektów podjętych działań: Temperatura ciała pacjenta jest stabilna i w normie.

- **Diagnoza pielęgniarska 15:** Objawy przygnębienia i depresji – związane z ograniczoną mobilnością i przedłużoną hospitalizacją.

Cel opieki: Zmniejszenie objawów depresyjnych i wsparcie emocjonalne pacjenta.

Plan opieki:

- Przeprowadzanie regularnych rozmów wspierających z pacjentem i okazanie empatii.
- W miarę możliwości kontakt z psychologiem i wspieranie pacjenta w radzeniu sobie z emocjami.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent odczuwa większą stabilność emocjonalną i chęć do współpracy w rehabilitacji.

WNIOSKI

Na podstawie analizy przypadku pacjenta M.B., który przeszedł operację wszczepienia endoprotezy biodra, można sformułować następujące wnioski, które odpowiadają na postawione wcześniej pytania badawcze.

1. Kluczowymi zadaniami pielęgniarki w profilaktyce zakażeń ran pooperacyjnych są:
 - a) Regularne monitorowanie stanu rany, w tym obserwacja pod kątem wczesnych objawów zakażenia, takich jak zaczerwienienie, obrzęk czy nieprawidłowa wydzielina.
 - b) Przeprowadzanie zmian opatrunków w warunkach aseptycznych, z użyciem odpowiednich środków antyseptycznych, co minimalizuje ryzyko wprowadzenia drobnoustrojów do rany.
 - c) Stosowanie profilaktycznej antybiotykoterapii zgodnie z zaleceniami lekarza.
 - d) Edukowanie pacjenta na temat zasad higieny i pielęgnacji rany po wypisie do domu.

Przypadek pacjenta M.B. potwierdza, że właściwie zorganizowana opieka pielęgniarska oraz ściśle przestrzeganie procedur aseptycznych mają kluczowe znaczenie dla zapobiegania zakażeniom.

2. Metody i techniki stosowane przez pielęgniarki, które pozytywnie wpływają na skuteczność profilaktyki zakażeń, obejmują:

- a) Systematyczne stosowanie antyseptyków podczas każdej zmiany opatrunku.
- b) Codzienne monitorowanie stanu rany, co pozwala na wczesne wykrycie niepokojących zmian.
- c) Wczesne włączenie antybiotykoterapii w przypadku pojawienia się objawów infekcji.
- d) Edukacja pacjenta i jego rodziny w zakresie zasad higieny i rozpoznawania objawów infekcji.

W przypadku tego indywidualnego studium przypadku, pielęgniarki zastosowały te metody z sukcesem, co pozwoliło na szybkie zahamowanie rozwoju zakażenia i uniknięcie poważniejszych powikłań.

3. Pielęgniarki monitorują stan rany pooperacyjnej poprzez:

- a) Codzienną kontrolę wizualną rany, oceniając jej wygląd, kolor, obecność obrzęku oraz rodzaj i ilość wydzieliny.
- b) Regularne badanie temperatury ciała pacjenta oraz ocenę jego ogólnego samopoczucia, co może wskazywać na rozwój stanu zapalnego.
- c) Dokumentowanie wszystkich obserwacji oraz wszelkich interwencji medycznych.

W przypadku zaobserwowania niepokojących objawów, takich jak zaczerwienienie, obrzęk, wydzielina ropna czy gorączka, pielęgniarki natychmiast podejmują interwencję, która może obejmować:

- a) Konsultację z lekarzem prowadzącym.
- b) Zmianę lub intensyfikację leczenia, w tym wprowadzenie antybiotykoterapii.
- c) Częstsze zmiany opatrunków i stosowanie bardziej zaawansowanych środków antyseptycznych.

W przypadku pacjenta M.B. szybka reakcja pielęgniarek na pierwsze oznaki infekcji pozwoliła na skuteczne zaradzenie problemowi i przyczyniła się do pomyślnego przebiegu rekonwalescencji.

4. Doświadczenia pacjenta wskazują na wysoką skuteczność i profesjonalizm opieki pielęgniarskiej. Pacjent czuł się wspierany i odpowiednio poinformowany na każdym etapie leczenia. Właściwa edukacja, udzielona przez pielęgniarki, pozwoliła pacjentowi na samodzielne zarządzanie swoim stanem zdrowia po wypisie ze szpitala, co dodatkowo zwiększyło jego poczucie bezpieczeństwa. Pacjent ten szczególnie docenił dostępność pielęgniarek oraz ich gotowość do udzielania wsparcia zarówno w

zakresie fizycznej opieki nad raną, jak i wsparcia emocjonalnego. To podejście przyczyniło się do zwiększenia zaufania pacjenta do personelu medycznego i wzmocnienia jego zaangażowania w proces leczenia. Analiza przypadku pacjenta z wszczepieniem endoprotezy biodra wykazała, że profesjonalna opieka pielęgniarska, oparta na solidnej wiedzy i praktycznych umiejętnościach, jest kluczowa dla skutecznej profilaktyki zakażeń ran pooperacyjnych. Zastosowanie odpowiednich metod pielęgnacyjnych oraz edukacja pacjenta znacząco przyczyniają się do szybkiego powrotu do zdrowia i minimalizacji ryzyka powikłań. Przypadek ten podkreśla również istotną rolę pielęgniarek w interdyscyplinarnym zespole medycznym, który wspólnie dąży do zapewnienia pacjentowi jak najlepszych rezultatów leczenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Girzelska J., Kościółek A., Mianowana V., i wsp.: Funkcja edukacyjna pielęgniarki wobec pacjentów przebywających na oddziale chirurgicznym. w: Problemy Pielęgniarstwa, 2010, nr 4/2010, s. 420–428.
2. Gospodarek E., Szopiński S., Mikucka A.: Zakażenie miejsca operowanego – postacie kliniczne, czynniki ryzyka, profilaktyka, etiologia, diagnostyka. w: Forum Zakażeń, 2013, nr 4/2013, s. 275–282.

ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z ZESPOŁEM JELITA DRAŻLIWEGO

Katarzyna Wiśniewska¹, Marzena Dusza²

1- *Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*

2- *Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu*

WSTĘP

Zespół jelita drażliwego (IBS, z *ang. irritable bowel syndrom*), to przewlekłe zaburzenie czynnościowe przewodu pokarmowego. W jego przebiegu dochodzi do zaburzenia pracy jelit, które powoduje różnego rodzaju nieprawidłowości w ich funkcjonowaniu. Są one wynikiem gwałtownej odpowiedzi układu na bodźce pokarmowe, hormonalne i nerwowe. Pomimo tego nie stwierdza się żadnych nieprawidłowości anatomicznych [1].

Schorzenie objawia się bólami brzucha o nawrotowym charakterze, którym towarzyszy zmiana konsystencji stolca oraz zaburzenie rytmu wypróżnień [2].

Na występowanie zespołu jelita drażliwego może mieć wpływ wiele czynników, to też czyni, że jego leczenie bywa skomplikowane. Obejmuje zarówno zmiany stylu życia, a szczególnie zmianę nawyków żywieniowych i aktywność fizyczną, a także leczenie farmakologiczne. Niekiedy istnieje również konieczność zastosowania terapii psychologicznej [3,4].

Zespół jelita drażliwego, nie stanowi choroby zagrażające życiu, jednak nieprzyjemne i uciążliwe objawy, wraz z odczuwanym dyskomfortem trawiennym, wpływają negatywnie na codzienne funkcjonowanie pacjentów u których zdiagnozowano omawianą jednostkę chorobową [5].

Sprawowanie opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z zespołem jelita drażliwego, obejmuje działania diagnostyczno-terapeutyczne oraz szczególnie ważne skupienie się na sferze jest na emocjonalnej i psychicznej pacjenta, a także jego edukacji [6].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie roli i zadań pielęgniarki wynikających z opieki nad pacjentką z zespołem jelita drażliwego.

MATERIAŁ I METODY

W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku. W aspekcie zastosowanych technik badawczych wykorzystano wywiad i obserwację, analizę dokumentacji medycznej oraz pomiary. Zastosowanymi narzędziami był: arkusz do gromadzenia danych, skala VAS, Skala Norton, Skala Barthel, Bristolska Skala Uformowania Stolca, ocena nudności i wymiotów według kryteriów WHO, Skala Glasgow do oceny poziomu świadomości, Klasyfikację nadwagi i otyłości w zależności od BMI, Skala Akceptacji Choroby AIS oraz Skala depresji Becka BDI.

Badanie przeprowadzono w okresie 9-16 września 2024 roku. Dane służące do badania zebrano podczas 8 - dniowego pobytu pacjentki w oddziale Chorób Wewnętrznych w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Tytusa Chałubińskiego. Na badanie pozyskano ustną zgodę pacjentki, którą poinformowano o celu badania. Badanie zostało przeprowadzone bezpośrednio przez badacza i polegało na prowadzeniu wywiadu oraz obserwacji pacjentki przez większość czasu jej pobytu na oddziale.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Analizowany przypadek dotyczył kobiety liczącej 37 lat, przyjętej do oddziału wewnętrzny w trybie planowym do diagnostyki nawracających dolegliwości bólowych podbrzusza z towarzyszącymi częstymi biegunkami. Ponadto u chorej występują wzdęcia oraz nudności i wymioty. Jak wynika z wywiadu z pacjentką dolegliwości te trwają już od roku, dotychczas leczona w poradni lekarza rodzinnego, jednak bez efektu. W chwili przyjęcia do oddziału pacjentka przytomna w logicznym kontakcie. Pobyt w szpitalu i konieczność wykonywania badań diagnostycznych spowodowały u chorej uczucie lęku i niepokoju oraz problemy ze snem.

W trakcie pobytu w oddziale u pacjentki wykonano podstawowe badania laboratoryjne z krwi: morfologia, OB, białko C-reaktywne (CRP), i inne parametry biochemiczne, w których nie stwierdzono znaczących odchyleń od normy. Ponadto wykonano również testy przesiewowe w kierunku celiakii (przeciwciała przeciwko transglutaminazie tkankowej IgA i IgA całkowite), badanie kału na obecność kalprotektyny, krew utajoną w kale, wodorowe testy oddechowe w kierunku SIBO, USG jamy brzusznej i kolonoskopię. Wykonane badania wraz z wywiadem od pacjentki potwierdziły rozpoznanie - zespół jelita drażliwego z biegunką. W związku z powtarzającymi się biegunkami u pacjentki istnieje ryzyko rozwoju zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej.

Na podstawie obserwacji, ustalono następujące wiodące diagnozy pielęgniarskie wobec pacjentki z zespołem jelita drażliwego:

Proces pielęgnowania pacjenta

- **Diagnoza pielęgniarska 1:** Lęk i niepokój spowodowany hospitalizacją i potrzebą diagnostyki

Cel opieki: Zniwelowanie lęku spowodowanego hospitalizacją, przygotowanie do badań i towarzyszenie podczas badań

Plan opieki:

- zapoznanie chorej z topografią oddziału i regulaminem oddziału
- zapoznanie pacjentki z innymi pacjentkami na sali
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa oraz życzliwej, cichej i spokojnej atmosfery
- przeprowadzenie rozmowy z pacjentką na temat choroby
- umożliwienie kontaktu z lekarzem
- okazywanie zainteresowania ogólnym samopoczuciem pacjentki przez pielęgniarkę
- wyjaśnienie chorej celu i znaczenia badań dla działań przywracających zdrowie
- przedstawienie przebiegu badań i zalecanych zachowań pacjentki w trakcie badań
- udzielenie wyczerpujących odpowiedzi na pytania związane z badaniem
- odpowiednie przygotowanie fizyczne i psychiczne do badań
- asystowanie w trakcie badań, udzielanie wsparcia
- prowadzenie obserwacji w trakcie badań pod kątem objawów niepożądanych, w przypadku ich wystąpienia podjęcie odpowiednich interwencji
- zapewnienie pacjentce opieki po badaniu

Ocena efektów podjętych działań: Zniwelowano niepokój związany z hospitalizacją i procesem diagnostycznym

- **Diagnoza pielęgniarska 2:** Dyskomfort spowodowany dolegliwościami bólowymi brzucha

Cel opieki: Zniwelowanie bólu

Plan opieki:

- określenie lokalizacji bólu oraz czynników go wyzwalających

- ocena nasilenia bólu za pomocą skali VAS oraz obserwacja zachowania pacjenta pod kątem nasilenia dolegliwości bólowych
- zaproponowanie chorej takiego ułożenia ciała, w którym ból jest jak najmniej odczuwalny
- podanie leków przeciwbólowych i spazmolitycznych zgodnie ze zleceniem lekarskim oraz odnotowanie w dokumentacji pacjentki
- monitorowanie wystąpienia ewentualnych działań niepożądanych po podaniu leków
- monitorowanie bólu po podaniu leków

Ocena efektów podjętych działań: Po wdrożonych interwencjach ból ustąpił

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Dyskomfort związany z występowaniem biegunki godzinach porannych, po posiłkach lub sytuacjach stresowych.

Cel opieki: Ograniczenie dolegliwości i jej powikłań

Plan opieki:

- rozmowa z pacjentką na temat zgłaszanego problemu jakim są uciążliwe biegunki
- ustalenie pory i sytuacji w jakiej się pojawiają
- poinformowanie lekarza o zgłaszanym przez pacjentkę problemie
- wyjaśnienie chorej skutków długotrwałej biegunki
- ustalenie częstości wypróżnień, barwy i konsystencji stolca
- poinformowanie pacjentki o konieczności uzupełniania płynów w przebiegu biegunki
- poinformowanie pacjentki o konieczności zmiany diety
- pobranie krwi na badania laboratoryjne na zlecenie lekarza,
- uzupełnienie gospodarki wodno- elektrolitowej pacjentki poprzez odpowiednie nawadnianie
- podaż leków zgodnie ze zleceniem lekarskim
- wskazanie metod radzenia sobie ze stresem

Ocena efektów podjętych działań: Biegunka ustąpiła

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Ryzyko wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych spowodowanych biegunką

Cel opieki: Niedopuszczenie do wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych

Plan opieki:

- zebranie wywiadu na temat liczby i konsystencji wypróżnień, odnotowanie na karcie gorączkowej
- ocena stopnia nawodnienia poprzez ocenę napięcia i elastyczności skóry, wilgotność błon śluzowych, napięcie gałek ocznych, stopnia wypełnienia żył szyjnych, ilości wydalanego moczu pomiar podstawowych parametrów życiowych pacjentki
- podaż kroplowych wlewów dożylnych na zlecenie lekarza, odnotowanie ich podania w dokumentacji
- podaż leków przeciwbiegunkowych na zlecenie lekarza i odnotowanie ich podania w dokumentacji
- zachęcanie pacjentki do spożywania chłodnych napojów min 2,5 litra dziennie

Ocena efektów podjętych działań: Nie doszło do zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Dyskomfort związany z wzdęciami spowodowanymi nadmierną ilością gazów

Cel opieki: Zmniejszenie odczuwanych dolegliwości

Plan opieki:

- poinformowanie pacjentki o możliwościach pobudzenia ewakuacji gazów
- poinformowanie chorej o konieczności a spożywania większej ilości płynów
- eliminacja z diety czynników wywołujących wzdęcia, potraw ciężkostrawnych, wzdymających i wprowadzenie diety lekkostrawnej
- wykonanie okrężnego masażu powłok brzusznych, by rozluźnić mięśnie i ułatwić ewakuację gazów
- zaproponowanie ułożenia się na brzuchu lub na boku
- kontrola zastosowanych działań i ich skuteczności

Ocena efektów podjętych działań: Wzdęcia uległy zmniejszeniu

- **Diagnoza pielęgniarska 6:** Dyskomfort spowodowany nudnościami i wymiotami będących skutkiem zaburzeń perystaltyki jelit

Cel opieki: Wyeliminowanie nudności i wymiotów przywrócenie prawidłowej perystaltyki jelit

Plan opieki:

- ustalenie razem z pacjentką przyczyn nudności i wymiotów oraz ocena występujących objawów
- utrzymanie higieny jamy ustnej
- zalecenie pacjentce picia płynów obojętnych często, ale w małych ilościach
- włączenie u chorej diety lekkostrawnej
- kontrola podstawowych parametrów życiowych
- polecenie chorej wykonywania ćwiczeń oddechowych
- na zlecenie lekarza podanie leków przeciwwymiotnych, odnotowanie w dokumentacji ich podanie
- ewentualne dożylne nawodnienie zgodnie ze zleceniem lekarskim, odnotowanie w dokumentacji podanie płynów we wlewie kroplowym

Ocena efektów podjętych działań: Nudności i wymioty ustąpiły.

- **Diagnoza pielęgniarska 7:** Problemy ze snem spowodowane stresem związanym z hospitalizacją i chorobą

Cel opieki: Zwiększenie komfortu odpoczynku

Plan opieki:

- ustalenie przyczyn problemu
- zapewnienie pacjentce ciszy i spokoju podczas wypoczynku nocnego
- zapewnienie prawidłowego mikroklimatu sali
- zorganizowanie w ciągu dnia czasu wolnego
- rozmowa z pacjentką o tym co ją niepokoi, jej obawach w celu wyjaśnienia
- podanie leków o działaniu uspokajającym zgodnie ze zleceniem lekarskim, a następnie odnotowanie ich podania w dokumentacji

Ocena efektów podjętych działań: Problemy ze snem chorej uległy zmniejszeniu. Pacjentka mniej się stresuje zaistniałą sytuacją

- **Diagnoza pielęgniarska 8:** Brak wiedzy o chorobie

Cel opieki: Edukacja pacjentki w zakresie choroby i funkcjonowania z nią

Plan opieki:

- przeprowadzenie rozmowy z pacjentką pozwalającej na ocenę zakresu jej wiedzy o chorobie
- wręczenie broszury informacyjnej, dotyczącej zespołu jelita drażliwego
- zaproponowanie udziału w spotkaniu edukacyjnym, w formie pogadanki o chorobie i funkcjonowaniu ze schorzeniem w codziennym życiu
- zwrócenie uwagi na konieczność przestrzegania zaleceń lekarskich
- zwrócenie uwagi na konieczność systematycznych kontroli u lekarza
- wskazano konieczność zmiany nawyków żywieniowych na dietę łatwostrawną i dietę FODMAP, zwracając uwagę na istotę diety jako terapii wspomagającej leczenie
- wytłumaczenie pacjentce konieczności wdrożenia systematycznej aktywności fizycznej
- wskazano na potrzebę wdrożenia działań pozwalających na radzenie sobie ze stresem
- zwrócono uwagę na niekorzystny wpływ nałogów w postaci palenia papierosów

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentka posiada wiedzę o chorobie i zasadach codziennego funkcjonowania

- **Diagnoza pielęgniarska 9:** Deficyt wiedzy o zalecanej diecie w zespole jelita drażliwego

Cel opieki: Dostarczenie odpowiedniej wiedzy w kwestii znaczącej roli żywienia w leczeniu IBS

Plan opieki:

- wyjaśnienie znaczenia diety w zespole jelita drażliwego
- przedstawienie produktów zalecanych w diecie
- wskazanie produktów jakie warto wprowadzić do codziennego odżywiania
- wskazanie korzystnego wpływu stosowania probiotyków z IBS
- zaproponowanie konsultacji z dietetykiem

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentka posiada wiedzę w zakresie diety, dokona zmiany nawyków żywieniowych

- **Diagnoza pielęgniarska 10:** Deficyt wiedzy o niekorzystnym wpływie nałogu palenia papierosów na odczuwane dolegliwości

Cel opieki: Motywacja chorej do rezygnacji z palenia papierosów

Plan opieki:

- poinformowanie pacjentki o bezwzględnym zakazie palenia tytoniu
- wskazanie sposobów, które pomagają w rzuceniu palenie
- motywowanie do walki z nałogiem
- zaproponowanie możliwości pomocy psychologa
- organizowanie czasu by pacjentka nie myślała o konieczności zapalenia papierosa

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentka zmotywowana do walki z nałogiem. W trakcie pobytu w szpitalu nie paliła papierosów.

- **Diagnoza pielęgniarska 11:** Lęk i obawy, że choroba może wpłynąć na pogorszenie jakości życia

Cel opieki: Redukcja obaw i lęku, pomoc w akceptacji choroby

Plan opieki:

- ustalenie przyczyn powodujących odczucie obaw
- przekazanie pacjentce wiedzy na temat jednostki chorobowej
- wskazanie przestrzegania zaleceń lekarskich i regularnego stosowania leków
- wyjaśnienie chorej ścisłego związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy sytuacjami stresogennymi a zespołem jelita drażliwego
- przyjmowanie postawy otwartości i gotowości do wysłuchania, wsparcie emocjonalne pacjentki poprzez inicjowanie kontaktu
- okazywanie serdeczności, cierpliwości, zainteresowania i troski
- omówienie zasad prawidłowego stylu życia i prowadzenia aktywności fizycznej
- zaproponowanie możliwości skorzystania z pomocy psychologa

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentka spokojniejsza, niepokojące odczucia zmniejszyły się

- **Diagnoza pielęgniarska 12:** Ryzyko wystąpienia depresji spowodowane chorobą

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia depresji

Plan opieki:

- rozmowa z chorą przy każdej możliwej okazji i poprawienie jej nastroju poprzez okazanie życzliwości i zainteresowania

- edukacja pacjentki o sposobach radzenia sobie ze stresem
- szukanie z pacjentką odpowiedniej dla niej formy relaksu i zachęcanie do regularnego stosowania
- uświadomienie chorej jak ważne jest nie tłumienie emocji w sobie ale dzielenie się nimi z bliskimi.
- w razie potrzeby podanie chorej leków na zlecenie lekarza.
- zaproponowanie konsultacji psychologicznej.

Ocena efektów podjętych działań : Ryzyko wystąpienia depresji zmniejszyło się

Przygotowanie pacjenta do samoobsługi i samopielęgnacji

Zespół jelita drażliwego może znacząco przełożyć się na jakość życia. Jednak przy dzięki zmianie stylu życia, dolegliwości znacząco się zmniejszą albo wręcz znikną. Ogólne zalecenia pielęgniarskie, dotyczące zespołu jelita drażliwego, to:

- dieta dla chorych na zespół jelita drażliwego
- spożywanie posiłków regularnie
- picie maksymalnie 3 szklanki herbaty i kawy dziennie
- ograniczenie spożycia alkoholu i napojów gazowanych
- spożywanie maksymalnie 3 porcji świeżych owoców
- unikanie słodzików (ksylitol, sorbitol, maltitol)
- ograniczenie spożycia produktów i potraw tłustych oraz smażonych, fast foodów
- przygotowanie potraw poprzez: gotowanie, duszenie bez tłuszczu, pieczenie w folii
- regularna aktywność fizyczna, treningi lub po prostu spacer, zmuszą jelita do większej sprawności, dobrze wpłyną na samopoczucie oraz wagę ciała
- dbanie o swoje zdrowie psychiczne –techniki relaksacyjne
- koniecznie należy rzucić palenie
- stosowanie probiotyków
- utrzymanie prawidłowej wagi ciała
- stosować zalecone przez lekarza leki

PODSUMOWANIE

Zespół jelita drażliwego jest złożoną i przewlekłą chorobą jelit. Jest ona obecnie zaliczana do najczęstszej występującego schorzenia przewodu pokarmowego. Jej dokładana przyczyna nie została do końca jednoznacznie poznana, a jej podłoża upatruje się w wielu czynnikach [6]. Stosowane w leczeniu środki farmakologiczne pozwalają złagodzić przykre dolegliwości, niemniej jednak trwale ich nie eliminują [16]. Zespół jelita drażliwego w znaczącym stopniu wykazuje negatywny wpływ na jakość i satysfakcję z życia osób nim dotkniętych [4].

WNIOSKI

Przeprowadzone badanie pozwoliło na sformułowanie następujących wniosków:

1. Problemy natury somatycznej występujące u pacjentki z zespołem jelita drażliwego wynikają z objawów jakie towarzysza schorzeniu. Do największych problemów tego rodzaju zalicza się dyskomfort spowodowany dolegliwościami bólowymi brzucha, okresowe występowanie biegunek, zwłaszcza w godzinach porannych, po posiłkach lub sytuacjach stresowych, którym towarzysza wzdęcia związane z nadmierną ilością gazów, a także nudności i wymioty, będące skutkiem zaburzeń perystaltyki jelit.
2. Pacjentka z zespołem jelita drażliwego odczuwa lęk i niepokój spowodowany koniecznością pobytu w szpitalu i potrzebą diagnostyki schorzenia. Zarówno sama hospitalizacja, jak i choroba powodują u chorej problemy ze snem. Pacjentka wykazuje lęk i obawy, związane z tym, że schorzenie może wpłynąć na pogorszenie jej jakości życia. Odczuwane emocje związane z chorobą mogą przyczynić się do rozwoju depresji u chorej.
3. Pacjentka nie posiada wiedzy na temat zespołu jelita drażliwego, a także postępowania jak funkcjonować ze schorzeniem w codziennym życiu.
4. Działania edukacyjne podejmowane przez pielęgniarkę wobec pacjentki z zespołem jelita drażliwego obejmują przekazanie zakresu wiedzy o chorobie, diecie zalecanej diecie w zespole jelita drażliwego oraz uświadomienia chorej niekorzystnego wpływu palenia papierosów na odczuwane przez nią dolegliwości.
5. Stan psychiczny pacjentki z zespołem jelita drażliwego jest średni, chora wykazuje obniżony nastrój, towarzyszą jej liczne obawy, lęki i niepokój, które przede wszystkim są skutkiem towarzyszących chorobie objawów, jak i samego pobytu w szpitalu oraz koniecznością przeprowadzenia diagnostyki, a także obawą o pogorszenie jakości życia.

PIŚMIENNICTWO:

1. Cuber I., Aghadi A., Białowas E., i wsp.: Zespół jelita drażliwego – przegląd literatury. *Journal of Education, Health and Sport* 2023; 13(4): 53-62.
2. Gajewski P.: *Interna Szczeklika - mały podręcznik 2019/2020. Medycyna Praktyczna*, Kraków 2019: 238-245.
3. Skrzydło-Radomańska B., Rosołowski M.: Zespół jelita nadwrażliwego [w:] *Schematy postępowania w wybranych chorobach gastroenterologicznych*, B. Skrzydło-Radomańska (red.). Medical Education, Warszawa 2020: 73-88.
4. Joć E.B, Mądro A, Celiński K, i wsp.: Jakość życia pacjentów z zespołem jelita drażliwego przed i po edukacji. *Psychiatria Polska* 2015; 49(4): 821-833.
5. Pietrzak A., Skrzydło-Radomańska B., Mulak A., i wsp.: Rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne w zespole jelita nadwrażliwego. w: *Gastroenterology Review* 2018; 13(4): 167-196.
6. Gałęcka M.: Zespół jelita nadwrażliwego. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2020: 89-101.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z WYŁONIONĄ STOMIĄ

Katarzyna Wiśniewska¹, Agnieszka Madej²

1- Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

2 - Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

WSTĘP

W związku z szybkim rozwojem medycyny znacząco wzrasta liczba osób, które mogą być leczone w sposób efektywny, co pozwala na ratowanie coraz większej ilości pacjentów. Przez ostatnie lata doszło do wielu modyfikacji i zmian dotyczących wskazań do wyłonienia stomii, jak i technik przeprowadzania tego zabiegu [1].

Wyłonienie stomii jest zabiegiem bardzo specyficznym. Po pierwsze jest to bardzo inwazyjny zabieg chirurgiczny, który polega na wyłonieniu jelita przez powłoki brzuszne, w taki sposób aby wydalanie treści pokarmowej odbywało się jedynie tą drogą. Po drugie zabieg wyłonienia stomii zazwyczaj jest bardzo poważnym przeżyciem dla pacjenta. Wiąże się to z szeregiem zmian anatomicznych ciała, których konsekwencją zazwyczaj są ogromne problemy psychiczne osób, u których ten zabieg został wykonany [2]. W przypadku tego zabiegu same działania chirurgiczne wraz z opieką pooperacyjną zazwyczaj nie prowadzą do większych komplikacji. Najwięcej problemów pojawia się ze strony psychiki pacjentów, którzy w wielu przypadkach nie są w stanie poradzić sobie z nową rzeczywistością. Wiąże się to ze strachem przed powrotem do życia społecznego, rodzinnego i seksualnego. Właśnie dlatego opieka nad pacjentem po wykonaniu zabiegu wyłonienia stomii powinna być sprawowana przez szeroki zespół składający się zarówno z lekarzy, jak i pielęgniarek, fizjoterapeutów, psychologów i osób bliskich [3].

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z wyłonią stomią jelitową determinuje określoną specyfikę pracy personelu pielęgniarskiego, a także determinuje do posiadania doświadczenia i umiejętności, które są niezbędne do prawidłowego, szeroko rozumianego pielęgnowania osoby chorej [4]. W tym przypadku działania zespołu pielęgniarskiego powinny być skupione zarówno na sferze fizycznej, jak i psychicznej, a także tej związanej z edukacją pacjenta w celu przygotowania go do prawidłowego funkcjonowania w warunkach domowych. Praca z pacjentem po wykonanym zabiegu wyłonienia stomii jest dużym

wyzwaniem dla każdej pielęgniarki, jednak z drugiej strony tego rodzaju przypadki są ogromnym źródłem doświadczenia ze względu na mnogość problemów pielęgnacyjnych, które mogą się pojawiać [5].

CEL PRACY

Celem badań niniejszej pracy jest określenie problemów opiekuńczo - pielęgnacyjnych w opiece nad pacjentem z wyłonią stomią jelitową oraz ukazanie obszaru opieki pielęgniarstwa względem pacjenta.

MATERIAŁ I METODY

Metodą badawczą, którą zastosowano w niniejszym badaniu była metoda studium indywidualnego przypadku, która polegała na przeprowadzeniu analizy zdarzenia dotyczącego konkretnej osoby cierpiącej na chorobę nowotworową, czego efektem było wyłonienie stomii jelitowej. Wybór metody indywidualnego przypadku pozwoli na prawidłowe przeprowadzenie badania z możliwością osiągnięcia zakładanego celu. W niniejszej pracy posłużono się następującymi technikami badawczymi: wywiad pielęgniarstwa, obserwacja chorego, przegląd dokumentacji pacjenta, pomiar podstawowych parametrów życiowych. W niniejszej pracy posłużono się następującymi narzędziami badawczymi: przewodnikiem do gromadzenia danych o pacjencie, skalą depresji Becka BDI, skalą BMI, skalą Barthel, skalą NORTON, skalą akceptacji choroby AIS, skalą VAS, skalą Glasgow.

Wszystkie badania dotyczące niniejszej pracy zostały przeprowadzone w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu na Klinicznym Oddziale Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej. Po uzyskaniu wszelkich niezbędnych zgód przystąpiono do wykonywania poszczególnych etapów zbioru informacji. Przed rozpoczęciem badań poinformowano o tym pacjenta. Przedstawiono mu cel badań, dobrowolność wzięcia w nich udziału, a także zapewniono pełną anonimowość. Wszystkie prowadzone czynności odbywały się w asyście pielęgniarek będących na dyżurze w danym dniu.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Mężczyzna S. J. w wieku 51 lat został przyjęty w sposób planowy na Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu w celu przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego mającego na

celu usunięcie zajętego odcinka jelita grubego przez nowotwór. Przybyły do szpitala pacjent czuł się dobrze. Skarżył się on na bóle brzucha, nudności i problemy z oddawaniem stolca. Wszystkie parametry życiowe miał w normie. Pacjent był w pełni świadomy i był w stanie współpracować z personelem medycznym i pielęgniarskim. Chory dawał oznaki przygnębienia. Nie prowadził samodzielnych rozmów i dyskusji z osobami, które prowadziły wobec niego czynności. Pacjent stawiał się do szpitala w asyście swojej rodziny tj. żony oraz dwojga dzieci. Rodzina wykazywała zainteresowanie zdrowiem chorego i deklarowała pełną pomoc podczas pobytu w szpitalu i po jego opuszczeniu. Po przeprowadzeniu wszystkich czynności pacjent wyraził zgodę na przeprowadzenie wywiadu, który opierał się na przygotowanym kwestionariuszu składającym się pytań, które uznano w tym przypadku za priorytetowe. Po zakończeniu zabiegu chirurgicznego i wybudzeniu się pacjenta z narkozy dokonano oceny jego stanu zdrowia i przystąpiono do procesu definiowania indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej. Pierwszy etap planowania polegał na analizie potrzeb chorego. W tym przypadku skupiono się głównie na konkretnych potrzebach pacjenta. Najważniejszym celem formułowania diagnoz i interwencji pielęgniarskich było uzyskanie przez pacjenta komfortu i nabycia samodzielności. Każda z zaplanowanych diagnoz była analizowana w sposób bieżący, co umożliwiało prawidłową jej ocenę z ewentualną możliwością wprowadzania niezbędnych korekt dotyczących konkretnych działań.

Proces pielęgnowania pacjenta

- **Diagnoza pielęgniarka 1:** Występowanie dolegliwości bólowych w okolicach rany pooperacyjnej będących następstwem wykonanego zabiegu wyłonienia kolostomii.

Cel opieki: Maksymalne zniwelowanie występowania dolegliwości bólowych u pacjenta.

Plan opieki:

- dokonanie właściwej oceny charakteru bólu u pacjenta wraz z jego nasileniem przy pomocy analogowej skali VAS;
- konsekwentne monitorowanie pacjenta np. co dwie godziny w celu obserwacji zmian nasilenia odczuwanego bólu w okolicy rany pooperacyjnej;
- zaproponowanie choremu odpowiedniego ułożenia ciała np. w pozycji półleżącej, w celu zmniejszenia napięć skóry w okolicach wyłonionej stomii, co może pozytywnie wpłynąć na zmniejszenie odczuwanego dyskomfortu;

- prewencja polegająca na zapewnieniu osobie chorej prawidłowych warunków do odpoczynku i regeneracji poprzez zachowanie ciszy i spokoju w sali;
- zaproponowanie bliskim zaniechania odwiedzin pacjenta w pierwszej dobie po wykonaniu zabiegu w celu umożliwienia mu spokoju;
- stałe podawanie leków przeciwbólowych zleconych przez lekarza prowadzącego;
- udzielanie pacjentowi pomocy podczas wykonywania wszelkich ruchów związanych ze zmianą pozycji ciała podczas spoczynku;
- dokonanie ostatniej kontroli nasilenia występowania bólu w celu dokonania analizy skuteczności prowadzonych działań.

Ocena efektów podjętych działań: Nasilenie występującego bólu zmniejszyło w niewielkim stopniu.

- **Diagnoza pielęgniarka 2:** Występowanie nudności i wymiotów u chorego, co w konsekwencji może doprowadzić do osłabienia i odwodnienia organizmu.

Cel opieki: Utrzymywanie gospodarki wodno – elektrolitowej na prawidłowym poziomie.

Plan opieki:

- stała kontrola pacjenta pod kątem ilości przyjmowania płynów w sposób doustny;
- zalecenie pacjentowi przyjmowania płynów w sposób regularny, częsty, w niewielkich ilościach, co zmniejszy ryzyko występowania nudności i wymiotów;
- regularne sprawdzanie poziomu nawodnienia organizmu chorego poprzez dokonywanie oceny wilgotności powłok skórnych, śluzówek i kontrolę diurezy;
- utrzymywanie dziennej ilości przyjmowanych płynów na stałym poziomie np. ok 1,5 litra dziennie w celu utrzymywania prawidłowej gospodarki wodnej organizmu;
- w momencie stwierdzenia występowania oznak odwodnienia organizmu podawanie płynów infuzyjnych zgodnie z kartą zleceń lekarskich;
- podawanie leków zmniejszających ryzyko występowania wymiotów zgodnie z kartą zleceń lekarskich;
- stosowanie odpowiedniej, lekkiej diety w celu unikania występowania dodatkowych sensacji żołądkowych;
- zapewnienie choremu stałego dostępu do miski w razie nagłego wystąpienia wymiotów;

- utrzymywanie odpowiedniej higieny jamy ustnej pacjenta, jego ubioru, a także pościeli;

Ocena efektów podjętych działań: ryzyko wystąpienia odwodnienia u chorego zostało zminimalizowane, nudności i wymioty ustąpiły.

- **Diagnoza pielęgniarka 3:** Ryzyko występowania powikłań związanych z krwawieniem i wysiękiem z rany pooperacyjnej w pierwszych dniach po wykonaniu zabiegu.

Cel opieki: Zminimalizowanie wystąpienia powikłań.

Plan opieki:

- stałe monitorowanie parametrów życiowych pacjenta takich jak ciśnienie tętnicze, temperatura jego ciała, tętno i saturacja;
- regularna obserwacja rany i jej okolicy w celu wczesnego wykrywania występowania powikłań po wykonanym zabiegu chirurgicznym;
- regularna wymiana opatrunków w celu utrzymania prawidłowej kondycji rany pooperacyjnej;
- regularna higiena skóry w okolicach powstałej rany;
- regularna obserwacja błon śluzowych i powłok skórnych pacjenta w celu szybkiego identyfikowania wystąpienia wstrząsu hipowolemicznego;
- zgłaszanie lekarzowi prowadzącemu wszelkich oznak pojawiania się powikłań.

Ocena efektów podjętych działań: Nie stwierdzono u pacjenta żadnych powikłań pooperacyjnych.

- **Diagnoza pielęgniarka 4:** Ryzyko wystąpienia infekcji rany pooperacyjnej w pierwszych dniach po wykonaniu zabiegu wyłonienia stomii.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia infekcji.

Plan opieki:

- regularna kontrola opatrunków na ranie pooperacyjnej pod kątem sprawdzenia jej czystości i suchości;
- regularna wymiana opatrunków z pełnym utrzymaniem wszelkich zasad aseptyki i antyseptyki;
- kontrolowanie brzegów rany pod kątem możliwego jej rozejścia;
- przedstawienie pacjentowi zasad umiętnego odksztuszania i kaszlu;

- stała kontrola rany pod kątem określania jej zabarwienia, występowania bólu, opuchlizny i właściwej temperatury skóry;
- pobieranie krwi do wykonywania badań zleconych przez lekarza prowadzącego.

Ocena efektów podjętych działań: Infekcja nie wystąpiła.

- **Diagnoza pielęgniarka 5:** Ryzyko wystąpienia odleżyn w miejscach najbardziej narażonych na ich rozwój w związku z ograniczonym ruchem pacjenta.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka rozwoju ran odleżynowych.

Plan opieki:

- regularna kontrola tylnych partii ciała, w szczególności pięt, pośladków i okolicy kości ogonowej w związku z występowaniem ograniczeń ruchu;
- określenie masy ciała pacjenta za pomocą skali BMI;
- zalecenie pacjentowi delikatnych zmian pozycji ciała np. co dwie godziny w celu stałego odciążania poszczególnych, tylnych partii ciała;
- codzienne smarowanie najbardziej narażonych części ciała maściami w celu utrzymania skóry w odpowiedniej kondycji i nawilżeniu;
- przedstawienie pacjentowi zestawu ćwiczeń biernych i zachęcanie go do regularnego ich wykonywania;
- podejmowanie prób jak najszybszego uruchamiania pacjenta;
- w przypadku stwierdzenia niepokojących zmian skórnych zastosowanie materaca zmiennociśnieniowego;
- wykonywanie delikatnych masażu skóry i oklepywania w celu utrzymywania prawidłowego krążenia krwi w miejscach najbardziej narażonych na rozwój odleżyn.

Ocena efektów podjętych działań: Ryzyko zostało zminimalizowane. Nie doszło do rozwoju odleżyn.

- **Diagnoza pielęgniarka 6:** Ryzyko rozwoju podrażnień skóry o charakterze dermatologicznym w związku z wydostawaniem się treści jelitowych na zewnątrz organizmu chorego.

Cel opieki: Pielęgnowanie i utrzymywanie skóry wokół wylonionej stomii w prawidłowym stanie.

Plan opieki:

- codzienna kontrola wyłonionej stomii i skóry będącej w jej otoczeniu w celu szybkiego reagowania na pojawianie się niepokojących objawów o charakterze dermatologicznym;
- regularna higiena skóry wokół rany pooperacyjnej w celu utrzymania jej prawidłowej czystości;
- regularna pielęgnacja stomii z zachowaniem wszelkich zasad aseptyki i antyseptyki;
- w momencie wystąpienia wszelkiego rodzaju podrażnień zapewnienie osobie chorej możliwości konsultacji z dermatologiem;

Ocena efektów podjętych działań: Stan skóry wokół wyłonionej stomii został utrzymany w prawidłowej kondycji.

- **Diagnoza pielęgniarka 7:** Brak efektywnego wypoczynku nocnego w związku z przebywaniem w szpitalu.

Cel opieki: Poprawa jakości snu.

Plan opieki:

- przedstawienie choremu wszelkich zasad higieny snu;
- zalecenie pacjentowi unikania drzemek podczas dnia, co może pozytywnie wpłynąć na jakość nocnego odpoczynku;
- codzienne wietrzenie sali chorego przed godzinami nocnymi;
- zapewnienie pacjentowi dogodnych warunków wypoczynku poprzez utrzymywanie ciszy na sali w godzinach nocnych;
- zminimalizowanie dostępu światła do sali osoby chorej w celu poprawy jakości snu i wzmożenia wydzielania melatoniny;
- stosowanie środków ziołowych wspomagających prawidłowy wypoczynek nocny;

Ocena efektów podjętych działań: problemy z zasypianiem nie uległy poprawie.

- **Diagnoza pielęgniarka 8:** Obniżone samopoczucie pacjenta spowodowane radykalną zmianą wyglądu ciała.

Cel opieki: Poprawa samopoczucia osoby chorej.

Plan opieki:

- Prowadzenie rozmów z osobą chorą w celu prawidłowego zidentyfikowania

- pojawiających się obaw i strachu;
- przedstawienie pacjentowi wszystkich zmian organizmu, które mają miejsce po przebytych zabiegach chirurgicznych;
 - omówienie z pacjentem różnych metod, które pozwalają lepiej radzić sobie z występującym stresem;
 - udostępnienie choremu ulotek, broszur i innych materiałów, które zawierają informacje na temat stomii;
 - przekazanie pacjentowi wiedzy na temat technik relaksacyjnych, które pozwolą mu na poprawę nastroju;
 - umożliwienie pacjentowi kontaktu z psychologiem.

Ocena efektów podjętych działań: Nie nastąpiła poprawa samopoczucia pacjenta.

- **Diagnoza pielęgniarka 9:** Niepokój pacjenta w związku z obawami nawrotu choroby nowotworowej.

Cel opieki: Zmniejszenie poziomu lęku u pacjenta.

Plan opieki:

- regularne rozmowy z chorym na temat choroby nowotworowej w celu poprawienia jakości wiedzy pacjenta;
- dostarczenie choremu źródeł wiedzy na temat choroby nowotworowej;
- przedstawienie pacjentowi możliwych źródeł wsparcia, z których mógłby korzystać po wyjściu ze szpitala;
- przekazanie rodzinie i innym osobom bliskim informacji o konieczności udzielania pomocy choremu;
- zaproponowanie pacjentowi wizyty psychologa w celu przeprowadzenia rozmowy na temat występujących obaw;
- podawanie pacjentowi leków uspokajających zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego.

Ocena efektów podjętych działań: Poziom lęku pacjenta nie uległ zmianie.

- **Diagnoza pielęgniarka 10:** Niepokój pacjenta przed wyjściem ze szpitala i powrotem do życia rodzinnego i społecznego.

Cel opieki: Zmniejszenie poziomu lęku pacjenta.

Plan opieki:

- regularne rozmowy z pacjentem na temat jego sytuacji zdrowotnej i wszelkich zmian związanych z zastosowanym sposobem leczenia, w celu zaspokojenia jego stanu niewiedzy i poprawy samopoczucia;
- okazywanie choremu oznak zrozumienia i współczucia w trudnej dla niego sytuacji;
- próba oderwania pacjenta od niepokojących myśli poprzez prowadzenie rozmów na tematy niezwiązane z jego stanem zdrowia tj.: pogoda, zainteresowania, sprawy życia codziennego;
- poinformowanie rodziny o gorszym samopoczuciu chorego w celu zachęcenia najbliższych do wzmożonego działania na rzecz poprawy nastroju pacjenta;
- poinformowanie pacjenta o fakcie, że wyłonienie stomii nie zagraża normalnemu funkcjonowaniu w życiu rodzinnym i społecznym;
- zapewnienie pacjentowi możliwości kontaktu z psychologiem.

Ocena efektów podjętych działań: Poziom lęku pacjenta nie uległ zmianie.

- **Diagnoza pielęgniarka 11:** Deficyt wiedzy pacjenta na temat prawidłowej obsługi sprzętu stomijnego w warunkach domowych.

Cel opieki: Zwiększenie poziomu wiedzy osoby chorej na temat obsługi sprzętu stomijnego w warunkach domowych.

Plan opieki:

- dokonanie prawidłowej oceny możliwości osoby chorej do samodzielnego pielęgnowania wyłonionej stomii w warunkach domowych;
- przedstawienie pacjentowi rodzajów sprzętu stomijnego wraz z przekazaniem wszystkich niezbędnych informacji na temat obsługi tego sprzętu;
- przedstawienie pacjentowi zasad pielęgnowania poszczególnych elementów sprzętu stomijnego;
- przekazanie pacjentowi wszelkich informacji na temat refundacji zakupu sprzętu stomijnego;
- edukacja chorego z zakresu występowania powikłań związanych z wyłonieniem stomii;
- pozwalanie pacjentowi na wykonywanie zabiegów związanych

- z samopielęgnacją w warunkach szpitalnych w celu praktycznego nauczania;
- zaproponowanie pacjentowi z korzystania z usług pielęgniarki środowiskowej w pierwszych dniach po powrocie do domu;

Ocena efektów podjętych działań: Zakres wiedzy pacjenta na temat samoobsługi sprzętu stomijnego w warunkach domowych został zwiększony.

- **Diagnoza pielęgniarka 12:** Deficyt wiedzy pacjenta na temat prawidłowej pielęgnacji rany pooperacyjnej w warunkach domowych.

Cel opieki: Zwiększenie poziomu wiedzy pacjenta na temat pielęgnacji rany po wykonanym zabiegu chirurgicznym w warunkach domowych.

Plan opieki:

- dokonanie prawidłowej oceny możliwości osoby chorej do samodzielnego pielęgnowania rany pooperacyjnej w warunkach domowych;
- przedstawienie pacjentowi wszystkich zasad aseptyki i antyseptyki, które obowiązują podczas pracy przy ranie po zabiegu chirurgicznym;
- przedstawienie choremu wszystkich wczesnych i późnych objawów występowania powikłań pooperacyjnych wraz z zasadami przeciwdziałania tym objawom;
- praktyczna nauka pacjenta zmiany opatrunków w warunkach szpitalnych;
- praktyczna nauka pacjenta pielęgnowania rany pooperacyjnej w warunkach szpitalnych;
- przedstawienie i omówienie pacjentowi rodzajów opatrunków, które mogą być stosowane do zaopatrzenia rany pooperacyjnej;
- przedstawienie i omówienie pacjentowi wszystkich zasad utrzymywania rany pooperacyjnej w prawidłowej higienie;
- zaproponowanie pacjentowi z korzystania z usług pielęgniarki środowiskowej w pierwszych dniach po powrocie do domu.

Ocena efektów podjętych działań: Zakres wiedzy pacjenta na temat samopielęgnacji rany pooperacyjnej w warunkach domowych został zwiększony.

- **Diagnoza pielęgniarka 13:** Deficyt wiedzy chorego na temat zasad prawidłowego żywienia w okresie pooperacyjnym w warunkach domowych.

Cel opieki: Zwiększenie poziomu wiedzy pacjenta na temat zasad żywienia w warunkach domowych.

Plan opieki:

- zalecenie choremu unikania spożywania posiłków zawierających kapustę, gruszkę, cebulę itp., które mogą powodować produkcję gazów;
- zalecenie choremu unikania produktów, które mogą przyczyniać się do pobudzania procesu fermentacji jelitowej tj. miód, mleko itp.;
- zalecenie choremu unikania produktów mogących powodować rozwolnienia tj. ostre przyprawy, buraki, kawa itp.;
- zalecenie choremu unikania produktów powodujących zatwardzenia tj. czekolada, makarony, kasze itp.;
- polecenie pacjentowi spożywania odpowiednich ilości płynów w ciągu doby np. w granicach dwóch litrów dziennie;
- polecenie pacjentowi aby spożywał posiłki powoli z dokładnym przeżuwaniem wszystkich kęsów;
- polecenie pacjentowi aby spożywał posiłki gotowane, przygotowywane na parze, duszone lub pieczone bez udziału tłuszczu;
- zaproponowanie choremu prowadzenia notatek dotyczących rodzaju i ilości spożywanych posiłków podczas dnia;
- zalecenie pacjentowi utrzymywania odpowiedniej masy ciała;
- zaproponowanie choremu skorzystania z usług dietetyka w celu ustalenia prawidłowej diety.

Ocena efektów podjętych działań: Zakres wiedzy pacjenta na temat zasad prawidłowego żywienia w warunkach domowych został zwiększony.

- **Diagnoza pielęgniarka 14:** Edukacja pacjenta z zakresu radzenia sobie ze złymi emocjami w warunkach domowych.

Cel opieki: Zminimalizowanie objawów depresyjnych u pacjenta po wyjściu ze szpitala.

Plan opieki:

- dokonanie oceny stanu zdrowia psychicznego pacjenta przed wyjściem ze szpitala;
- zalecenie pacjentowi korzystania z usług specjalistów np. psychologa po wyjściu ze szpitala;

- zachęcenie chorego do uczestniczenia w różnego rodzaju grupach wsparcia;
- zachęcenie pacjenta do uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych;
- edukacja pacjenta odnośnie radzenia sobie ze złymi emocjami w warunkach domowych;
- zalecenie pacjentowi spędzania czasu z rodziną i w gronie najbliższych osób w celu szybkiego zaadaptowania się do nowych warunków funkcjonowania;
- zalecenie pacjentowi aby aktywnie spędzał wolny czas np. czytał książki, wychodził na krótkie spacerunki itp.;
- zachęcenie pacjenta do znalezienia sobie dodatkowych zajęć typu hobby np. układanie puzzli, sklejanie modeli itp.;
- zalecenia pacjentowi przyjmowania leków antydepresyjnych zaleconych przez lekarza.

Ocena efektów podjętych działań: Zakres wiedzy pacjenta na temat radzenia sobie ze złymi emocjami w warunkach domowych został zwiększony.

- **Diagnoza pielęgniarka 15:** Edukacja rodziny pacjenta z zakresu pomocy w pełnieniu samoobsługi w warunkach domowych.

Cel opieki: Zwiększenie wiedzy rodziny chorego.

Plan opieki:

- przedstawienie rodzinie pacjenta wszystkich najważniejszych informacji na temat przebytej choroby, wraz z zaistniałymi skutkami przeprowadzonego leczenia;
- przedstawienie rodzinie pacjenta zasad pielęgnacji stomii, rany pooperacyjnej i skóry wokół powstałej rany;
- przedstawienie rodzinie pacjenta charakterystyki możliwych powikłań pooperacyjnych;
- przedstawienie rodzinie pacjenta prawidłowych zasad żywienia po wykonanym zabiegu wyłonienia stomii;
- zalecenie rodzinie chorego do stałego wspierania pacjenta pod względem duchowym;
- zalecenie rodzinie chorego do prowadzenia normalnego trybu życia w celu poprawy samopoczucia pacjenta;

- zachęcanie rodziny do spędzania jak największej ilości czasu z osobą chorą w celu dotrzymywania towarzystwa i podnoszenia jej na duchu w czasie gorszych chwil.

Ocena efektów podjętych działań: zakres wiedzy rodziny chorego został zwiększony.

WNIOSKI

W toku prowadzonych badań wysunięto następujące wnioski końcowe dotyczące pielęgnacji pacjenta po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej:

1. Analiza wyników przeprowadzonych działań pielęgniarских wskazuje, że problemy pielęgnacyjne pacjenta po wyłonieniu stomii jelitowej dotyczą przede wszystkim pielęgnacji powstałej rany pooperacyjnej, pielęgnacji wyłonionej stomii i skóry wokół niej. Ponadto opieka pielęgniarowska powinna dotyczyć takich sfer jak minimalizowanie powikłań pooperacyjnych, utrzymywanie pacjenta w dobrej kondycji fizycznej i psychicznej i stałej edukacji chorego z zakresu przebytej choroby i obecnego stanu zdrowia.
2. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że najlepszym sposobem minimalizowania i zapobiegania występowaniu niebezpiecznych powikłań po przebytym zabiegu chirurgicznym wyłonienia stomii jest prewencja polegająca na stałej kontroli osoby chorej w celu szybkiego reagowania na pojawianie się niepokojących zmian skórnych i ogólnoustrojowych.
3. Przeprowadzone badania wskazują, że najskuteczniejszym sposobem unikania występowania uciążliwych zmian dermatologicznych skóry wokół rany pooperacyjnej jest stała kontrola tej okolicy ciała chorego. Stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki, prawidłowe zaopatrzenie rany i utrzymywanie prawidłowej higieny skóry wokół niej minimalizuje ryzyko pojawienia się dermatologicznych zmian skórnych.
4. Najskuteczniejszym sposobem przygotowania pacjenta z wyłonioną stomią jelitową do pełnienia samoopieki w warunkach domowych jest jego stała edukacja z szerokorozumianej tematyki, którą jest pielęgnowanie pacjenta poza placówką szpitalną. W celu przygotowania pacjenta do pełnienia samoobsługi w miejscu zamieszkania należy ograniczyć deficyt jego wiedzy na tematy związane z przebytą chorobą, zabiegiem i skutkami zastosowanego leczenia. Przekazywana wiedza powinna być uzupełniana praktyczną nauką prowadzenia samopielęgnacji pod okiem pielęgniarek będących w danym czasie na dyżurze.
5. Zgodnie z wynikami badań najlepszym sposobem przygotowania rodziny pacjenta do pełnienia pomocy choremu w warunkach domowych jest regularne edukowanie i

uświadamianie, które powinno dotyczyć wszystkich sfer związanych z chorobą, w szczególności sfery psychicznej, ponieważ pacjent w tym elemencie potrzebuje najwięcej wsparcia.

PIŚMIENNICTWO:

1. Hermann J., Banasiewicz T.: Wytwarzanie i zamykanie stomii. Chirurgia po Dyplomie 2017; 12(1):15-17.
2. Cierzniaowska K., Szewczyk M.: Stomia- ukryty problem tysięcy Polaków. Chirurgia po Dyplomie, 2018, nr 13(6), s. 26-33.
3. Nowicki A., Farbicka P.: Selected psychosocial aspects of life of patients with a stoma. OncoReview 2016; 2(22): 72-76.
4. Jankowska-Puzio L.: Stomia jelitowa u pacjentów 65 plus w kontekście problemów pielęgnacyjnych. Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej 2019; 4(2): 74-84.
5. Ulatowska A., Brzeźniak H., Głowacka A., i wsp.: Ocena bólu pooperacyjnego u chorych leczonych chirurgicznie. Pielęgniarstwo Polskie 2018; 70(4): 12-18.

ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z OSTRYM ZAPALENIEM PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO

Katarzyna Wiśniewska¹, Agnieszka Parszewska²

1 - Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

2- Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

WSTĘP

Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego jest przedstawiane w literaturze medycznej jako jedna z przyczyn powstanie zespołu objawów związanych z chorobami narządów jamy brzusznej zwanym „ostрым brzuchem”. Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego to stan zapalny ściany pęcherzyka, przebiegający z bólem w prawym podżebrzu, gorączką, leukocytozą, będący najczęściej powikłaniem kamicy pęcherzyka żółciowego [1]. Tego typu zapalenie ma często dość dynamiczny przebieg i jest spowodowane zaklinowaniem złożu w szyi pęcherzyka żółciowego lub w przewodzie pęcherzykowym [2]. W ~10% przypadków ma charakter niekamicy, zwykle w ciężkich chorobach ogólnoustrojowych [1]. Klinicznie ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego objawia się zwykle silnym, długo trwającym (> 6 godz.) bólem brzucha zlokalizowanym pod prawym łukiem żebrowym i promieniującym do łopatki, a także gorączką i nudnościami lub wymiotami [2]. W badaniu fizykalnym stwierdzamy bolesność w rzucie pęcherzyka żółciowego, niekiedy z cechami obrony mięśniowej, ból przy wstrząsaniu okolicą prawego łuku żebrowego (objaw Chełmońskiego), niekiedy powiększony pęcherzyk żółciowy jest dobrze wyczuwalny przez powłoki [3]. W badaniu laboratoryjnym można stwierdzić leukocytozę (zwykle 15 tys./ mm³), czasami niewielkie zwiększenie stężenia bilirubiny we krwi, zwiększoną aktywność aminotransferaz [4]. Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego występuje u 10-20% chorych z objawową kamicy pęcherzyka żółciowego i stanowi jej najczęstsze powikłanie. W Polsce kamica pęcherzyka żółciowego występuje u 20% dorosłej populacji, 4-krotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn. Zapadalność na tę chorobę zwiększa się wraz z wiekiem (występuje głównie u osób po 40 roku życia) [5]. U chorych na ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego w stopniu łagodnym i umiarkowanym zaleca się jak najszybsze leczenie operacyjne, o ile choroby współistniejące pozwalają na bezpieczne wykonanie zabiegu. Pacjenci z ciężką postacią zapalenia pęcherzyka żółciowego wymagają w pierwszej kolejności intensywnego leczenia zachowawczego w celu poprawy

niewydolności narządowej [6]. W przypadku kamicy ograniczonej do pęcherzyka żółciowego wykonuje się wycięcie pęcherzyka żółciowego (cholecystektomię) techniką laparoskopową lub klasyczną [7].

Odpowiednie przygotowanie pacjenta do zabiegu chirurgicznego znacznie zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań w trakcie okresu okołoperacyjnego [8]. Ze względu na różnorodność informacji, jakie chory otrzymuje od zespołu terapeutycznego, oraz ze względu na towarzyszące zabiegom procedury, którym pacjent musi się poddać, w pielęgniarstwie przyjął się podział przygotowania chorego do zabiegu na: przygotowanie psychiczne i fizyczne [7,8].

CEL PRACY

Celem prezentowanej pracy jest przedstawienie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem, u którego zdiagnozowano ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego oraz wykonano zabieg operacyjny cholecystektomii laparoskopowej.

MATERIAŁ I METODY

Metodą badawczą wykorzystaną w niniejszej pracy było studium indywidualnego przypadku polegające na analizie stanu biopsychospołecznego pacjenta ze zdiagnozowanym ostrym zapaleniem pęcherzyka żółciowego. W opiece nad pacjentem wykorzystano techniki takie jak: obserwację i wywiad pielęgniarstwa, analizę dokumentacji medycznej badanego pacjenta a także pomiary parametrów życiowych takich jak tętno, ciśnienie tętnicze krwi, oddechy, temperatura ciała, saturacja oraz pomiar masy ciała. W zakresie zastosowanych narzędzi wykorzystano: przewodnik do gromadzenia danych o pacjencie, skalę oceny ryzyka rozwoju odleżyn – Norton, skalę wizualno-analogową oceny bólu- VAS (Visual Analogue Scale), indeks podstawowych czynności w życiu codziennym- Skala Barthel, skalę Glasgow do oceny poziomu świadomości, wskaźnik BMI, ocenę wymiotów wg kryteriów WHO oraz ocenę nudności wg kryteriów WHO.

Przedmiotowe badanie zostało zrealizowane w grudniu 2024 roku w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym im. Dr Tytusa Chałubińskiego w Radomiu na oddziale Chirurgii Ogólnej.

Pacjentowi zapewniono pełną anonimowość z jednoczesnym zachowaniem tajemnicy zawodowej. Przedstawiono pacjentowi zakres prowadzonych badań oraz poproszono o zgłaszanie personelowi medycznemu wszystkich objawów i dolegliwości, które mogły

wystąpić w trakcie prowadzonego badania. Przedmiotowe badanie zostało przeprowadzone z zachowaniem reżimu sanitarnego.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Metodą studium indywidualnego przypadku objęto 55 letniego mężczyznę u którego zdiagnozowano ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego o podłożu kamicy żółciowej. Pacjent został przyjęty do szpitala w trybie pilnym, przywieziony z domu przez zespół ratownictwa medycznego (ZRM). Chory zgłaszał silne dolegliwości bólowe o charakterze kolki żółciowej oraz gorączkę, nudności i wymioty. W przeprowadzonym badaniu fizykalnym stwierdzono silną bolesność nadbrzusza, w okolicy podżebrowej prawej. W badaniu USG uwidoczniono obecność złogów żółciowych w pęcherzyku żółciowym oraz obrzęk jego ścian. W wywiadzie nie stwierdzono chorób współistniejących. Czynnikiem predysponującym do powstania choroby jest wiek pacjenta oraz nadwaga.

Proces pielęgnowania pacjenta

Analizując sytuację zdrowotną pacjentem z ostrym zapaleniem pęcherzyka żółciowego, u którego wykonano operacyjny zabieg cholecystektomii laparoskopowej, poniżej sformułowano diagnozy pielęgniarskie ze wskazaniem celu oraz interwencji pielęgniarskich, jakie zostały przeprowadzone w opiece nad nim podczas hospitalizacji.

- **Diagnoza pielęgniarska 1:** Stan zagrożenia życia spowodowany nagłym schorzeniem skutkującym przyjęciem pacjenta do szpitala w trybie pilnym.

Cel opieki: Zapewnienie choremu bezpieczeństwa oraz właściwej opieki medycznej

Plan opieki:

- Monitorowanie parametrów życiowych pacjenta takich jak: tętno, ciśnienie tętnicze krwi, oddechy, saturacja, temperatura ciała.
- Przygotowanie pacjenta do badania fizykalnego zgodnie z procedurą.
- Pobranie krwi do badań diagnostycznych : morfologia, badanie biochemiczne, grupa krwi, czynnik Rh, próbę krzyżową oraz innych zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Założenie dostępu naczyniowego w celu podania zleconych leków.
- Wykonanie innych zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych zgodnie z indywidualną kartą zleceń

- Przebranie pacjenta w jednorazową odzież szpitalną na czas hospitalizacji
- Zabezpieczenie rzeczy osobistych pacjenta w depozycie.

Ocena efektów podjętych działań: Zapewniono choremu bezpieczeństwo na oddziale, zmniejszono ryzyko zagrożenia życia. Pacjent skarży się na silne dolegliwości bólowe.

- **Diagnoza pielęgniarska 2:** Silny ból zlokalizowany pod prawym łukiem żebrowym o charakterze kolki żółciowej, nasilający się przy oddychaniu spowodowany procesem chorobowym.

Cel opieki: Zmniejszenie lub zlikwidowanie dolegliwości bólowych.

Plan opieki:

- Ocena natężenia bólu według skali wzrokowo-analogowej VAS.
- Podanie pacjentowi środków przeciwbólowych oraz rozkurczowych zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.
- Obserwacja parametrów życiowych takich jak: tętno, ciśnienie tętnicze krwi, oddechy, saturacji krwi.
- Zastosowanie miejscowego środka przeciwzapalnego w postaci zimnego kompresu żelowego.
- Zapewnienie pacjentowi spokoju oraz umożliwienie zajęcia wygodnej pozycji zmniejszającej napięcie mięśni (ze zgiętymi kończynami w stawach kolanowych i biodrowych).
- monitorowanie natężenia dolegliwości bólowych po zastosowaniu leczenia farmakologicznego oraz miejscowego środka przeciwzapalnego.

Ocena efektów podjętych działań: Dolegliwości bólowe zostały zmniejszone. Stwierdzono u pacjenta podwyższoną temperaturę ciała mogącą świadczyć o stanie zapalnym organizmu.

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Gorączka wynikająca ze stanu zapalnego organizmu spowodowanego ostrym zapaleniem pęcherzyka żółciowego.

Cel opieki: Obniżenie gorączki

Plan opieki:

- Pomiar temperatury ciała pacjenta oraz obserwacja pozostałych parametrów życiowych.

- Podanie pacjentowi leków przeciwgorączkowych zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.
- Wykonanie toalety ciała pacjenta, zmiana bielizny osobistej oraz bielizny pościelowej w związku ze zwiększoną potliwością pacjenta.
- Nawodnienie pacjenta zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.
- Obserwacja reakcji organizmu pacjenta za zastosowane leczenie farmakologiczne, kontrola temperatury oraz udokumentowanie wyników pomiarów.

Ocena efektów podjętych działań: Temperatura ciała pacjenta została obniżona.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Nudności, wymioty oraz ryzyko wystąpienie zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej spowodowane procesem chorobowym.

Cel opieki: Złagodzenie nudności i wymiotów, zapobieganie zaburzeniom wodno-elektrolitowym oraz wczesne wykrycie ich objawów.

Plan opieki:

- Ocena stopnia nudności oraz wymiotów na podstawie skali WHO.
- Podanie leków przeciwwymiotnych zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.
- Ułożenie pacjenta w pozycji bocznej, półwysokiej lub wysokiej zapobiegającej zachłyśnięciu się pacjenta treścią wymiocin.
- Zapewnienie pacjentowi miski nerkowatej, ligniny oraz płynu do płukania jamy ustnej.
- Obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych – ocena stanu nawodnienia, parametrów życiowych, stanu świadomości.
- Obserwacja diurezy oraz ocena bilansu płynów.

Ocena efektów podjętych działań: Wymioty nie występują, nie stwierdzono zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej.

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Ryzyko powstania zaburzeń równowagi wodno-elektrolitowej oraz kwasowo-zasadowej spowodowane utrudnieniem w odpływie żółci z pęcherzyka żółciowego.

Cel opieki: Zapobieganie powstaniu zaburzeń równowagi wodno-elektrolitowej oraz kwasowo-zasadowej

Plan opieki:

- Pobranie krwi zgodnie ze zleceniem lekarskim z zachowaniem zasad aseptyki/antyseptyki do badań kontrolnych.
- Uzupełnianie niedoborów wodno-elektrolitowych oraz kwasowo-zasadowych zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.

Ocena efektów podjętych działań: Nie stwierdzono zaburzeń równowagi wodno-elektrolitowej oraz kwasowo-zasadowej, parametry w normie. Problem wymaga dalszej obserwacji.

- **Diagnoza pielęgniarska 6:** Ryzyko zakażenia układu moczowego z powodu zaburzeń w przepływie żółci przez przewód pokarmowy i zwiększonego wchłaniania endotoksyn jelitowych do krwi i nerek.

Cel opieki: Zapobieganie wystąpieniu zakażenia układu moczowego.

Plan opieki:

- Pobranie moczu do badań diagnostycznych zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Prowadzenie bilansu płynów oraz uzupełnianie ich niedoborów zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.
- Przestrzeganie zasad higieny pościelowej oraz otoczenia pacjenta, zalecenie pacjentowi zachowania higieny osobistej.

Ocena efektów podjętych działań: Nie stwierdzono objawów zakażenia układu moczowego.

- **Diagnoza pielęgniarska 7:** Zaniepokojenie pacjenta hospitalizacją oraz deficyt wiedzy na temat choroby, zleconej diagnostyki oraz zaplanowanego leczenia.

Cel opieki: Poprawa samopoczucia pacjenta oraz zmniejszenie deficytu wiedzy na temat jednostki chorobowej oraz zaplanowanego leczenia.

Plan opieki:

- Umożliwienie pacjentowi kontaktu z lekarzem w celu wyjaśnienia planowanego leczenia.
- Poinformowanie pacjenta o zleconych przez lekarza badaniach diagnostycznych takich jak: pobranie krwi i moczu, badaniu USG.
- Edukacja pacjenta na temat zaplanowanego zabiegu cholecystektomii laparoskopowej (usunięcia pęcherzyka żółciowego) oraz stosowanego znieczulania.

- Poinformowano pacjenta o konieczności założenia dostępu naczyniowego w celu podania leków przed oraz w trakcie zabiegu.
- Poinformowano pacjenta o konieczności założenia cewnika Foleya na czas zabiegu oraz niezbędny czas po zabiegu.
- Edukacja na temat przygotowań do zabiegu, między innymi: wykonaniu pomiaru masy ciała i wzrostu pacjenta, pozostaniu na czczo, konieczności przygotowania pola operacyjnego, konieczności zdjęcia biżuterii, wyjęciu protezy, higieny całego ciała.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent jest spokojniejszy, posiada wiedzę na temat zaplanowanych badań diagnostycznych, w tym badania USG.

- **Diagnoza pielęgniarska 8:** Ryzyko wystąpienia krwawienia wewnętrznego jako powikłanie po wykonanym zabiegu cholecystektomii laparoskopowej.

Cel opieki: Wczesne wykrycie objawów krwawienia, zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi.

Plan opieki:

- Kontrola parametrów życiowych takich jak: tętno, ciśnienie tętnicze krwi, oddechy, saturacja, temperatura ciała.
- Obserwacja opatrunków na ranach pacjenta, czy są przesiąknięte krwią.
- Obserwacja wyglądu skóry pacjenta – niepokojąca jest skóra blada, zimna oraz spocona.
- Ocena świadomości pacjenta, czy odpowiada logicznie na pytania np. o imię i nazwisko, czas, powód i miejsce pobytu.
- Ocena nasilenia bólu odczuwanego przez pacjenta.

Ocena efektów podjętych działań: Nie stwierdzono objawów krwawienia wewnętrznego.

- **Diagnoza pielęgniarska 9:** Ryzyko wystąpienia duszności spowodowane zmniejszoną powierzchnią oddechową w wyniku bólu ran operacyjnych oraz utrzymującej się wiotkości mięśni po zastosowanym znieczuleniu ogólnym

Cel opieki: zapobieganie wystąpieniu duszności

Plan opieki:

- Kontrola parametrów: oddechu, saturacji
- Ułożenie pacjenta w pozycji wysokiej lub półwysokiej w celu ułatwienia oddychania.

- Zachęcanie pacjenta do wykonywania ćwiczeń oddechowych w celu efektywniejszego oddychania – pogłębianie oddechów.
- Zachęcanie pacjenta do efektywnego kaszlu i odkrztuszania wydzieliny przy jednoczesnej stabilizacji miejsc ran pooperacyjnych.

Ocena efektów podjętych działań: Duszności nie występują

- **Diagnoza pielęgniarska 10:** Ból ran operacyjnych po zabiegu cholecystektomii laparoskopowej

Cel opieki: eliminacja lub zmniejszenie dolegliwości bólowych

Plan opieki:

- Ocena stopnia nasilenia bólu przy wykorzystaniu skali wzrokowo-analogowej VAS oraz udokumentowanie wyników.
- Podanie leków przeciwbólowych zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.
- Ułożenie pacjenta w wygodnej pozycji zmniejszającej napięcie mięśniowe w miejscu ran pooperacyjnych.
- Monitorowanie natężenia dolegliwości bólowych po zastosowaniu leczenia farmakologicznego.

Ocena efektów podjętych działań: Dolegliwości bólowe zmniejszyły się.

- **Diagnoza pielęgniarska 11:** Nudności i wymioty spowodowane nietolerancją leków anestetycznych zastosowanych podczas znieczulenia ogólnego.

Cel opieki: Złagodzenie nudności i wymiotów

Plan opieki:

- Ułożenie pacjenta w pozycji półwysokiej lub wysokiej z głową odchyloną na bok aby zapobiec zachłyśnięciu się treścią wymiotów.
- Podawanie leków przeciwwymiotnych zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich
- Pomoc w utrzymaniu higieny poprzez podanie miski nerkowatej, ligniny oraz płynu do płukania jamy ustnej.
- Obserwacja pacjenta, ilości oraz treści wymiocin, udokumentowanie informacji w karcie obserwacyjnej.

Ocena efektów podjętych działań: Nudności i wymioty zmniejszyły się.

- **Diagnoza pielęgniarska 12:** Ryzyko zakażenia ran pooperacyjnych.

Cel opieki: zapobieganie zakażeniu, zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi.

Plan opieki:

- Zapewnienie higieny osobistej pacjenta, pościeli oraz najbliższego otoczenia.
- Asystowanie przy zmianie opatrunków z zachowaniem zasad aseptyki/antyseptyki.
- Obserwacja ran pooperacyjnych pod kątem zakażenia: czy występuje obrzęk i zaczerwienienie brzegów ran.
- Kontrola temperatury ciała pacjenta – podwyższona temperatura może świadczyć o zakażeniu ran pooperacyjnych.

Ocena efektów podjętych działań: Nie stwierdzono objawów zakażenia ran pooperacyjnych

- **Diagnoza pielęgniarska 13:** ryzyko zakażenia obwodowego dostępu naczyniowego lub jego niedrożności.

Cel opieki: niedopuszczenie do zakażenia, utrzymanie drożności wkłucia

Plan opieki:

- Przestrzegania zasad aseptyki/antyseptyki przy każdorazowym kontakcie z wkłuciem
- Ograniczenie do minimum manipulacji przy dostępie naczyniowym.
- Każdorazowe zamykanie dostępu jałowym korkiem zabezpieczającym.
- Obserwacja skóry wokół wkłucia pod kątem wystąpienia stanu zapalnego.
- Przepłukiwanie dostępu 10ml 0,9% NaCl przed i po podaniu leków aby zachować drożność,
- Dezynfekcja drenów przed każdą podażą leków oraz płynów infuzyjnych.
- Przestrzegania czasu utrzymania kaniuli w naczyniu krwionośnym zgodnie z procedurą przyjętą na oddziale
- Zmiana opatrunku założonego na dostępie żylnym 1 raz dziennie lub częściej, jeśli doszło do zabrudzenia lub zamoczenia opatrunku.

Ocena efektów podjętych działań: dostęp naczyniowy jest drożny, bez cech stanu zapalnego mogącym świadczyć o zakażeniu,

- **Diagnoza pielęgniarska 14:** Deficyt samoopieki w zakresie przemieszczania się pacjenta spowodowany bólem ran pooperacyjnych oraz osłabieniem organizmu.

Cel opieki: Zmniejszenie deficytu samoopieki

Plan opieki:

- Określenie zdolności pacjenta do samoopieki oraz potrzeb, które wymagają wsparcia.
- Pomoc pacjentowi w wykonywaniu czynności, które z uwagi na stan zdrowia są trudne lub niemożliwe do wykonania.
- Zachęcanie pacjenta do stopniowego zwiększania samodzielności.
- Zachęcanie rodziny do włączania się w opiekę nad pacjentem do momentu uzyskania pełnej samodzielności.

Ocena efektów podjętych działań: pacjent przemieszcza się samodzielnie z niewielką pomocą personelu pielęgniarskiego oraz rodziny.

- **Diagnoza pielęgniarska 15:** Deficyt wiedzy na temat samoopieki w środowisku domowym po zakończonej hospitalizacji.

Cel opieki: Zmniejszenie deficytu wiedzy, edukacja pacjenta.

Plan opieki:

- Edukacja pacjenta w zakresie pielęgnacji ran pooperacyjnych oraz kontynuacji leczenia po zakończonej hospitalizacji w poradni chirurgii ogólnej.
- Poinformowanie pacjenta, że przez pierwszych kilka (ok. 3-4) dni po zabiegu operacyjnym przeciwwskazane są: świeże warzywa, owoce oraz soki warzywne i owocowe.
- Zapewnienie pacjentowi konsultacji z dietetykiem oraz omówienie zaleconej diety redukcyjnej w celu normalizacji masy ciała (obecnie pacjent z nadwagą).

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent posiada wiedzę na temat samoopieki w warunkach domowych po zakończonej hospitalizacji.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonego badania w oparciu o metodę studium indywidualnego przypadku pacjenta z ostrym zapaleniem pęcherzyka żółciowego można wysunąć następujące wnioski będące obrazem wszechstronnej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z przedmiotową jednostką chorobową, u którego przeprowadzono zabieg usunięcia pęcherzyka żółciowego (cholecystektomię) metodą laparoskopową:

1. W przebiegu patomechanizmu ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego stwierdzono wystąpienie u pacjenta dolegliwości takich jak: silny ból nadbrzusza

o charakterze kolki żółciowej, gorączkę, nudności, wymioty oraz odchylenia w badaniach laboratoryjnych. Wdrożone leczenie zachowawcze pozwoliło na zakwalifikowanie pacjenta do przeprowadzenia zabiegu cholecystektomii laparoskopowej, stanowiącej standardowy protokół leczenia.

2. W okresie przedoperacyjnym do głównych zadań personelu należało między innymi wykonanie zleconych badań diagnostycznych (pobranie krwi i moczu, udział w badaniu USG), przygotowanie pola operacyjnego, zabezpieczenie pacjenta na wypadek wystąpienia możliwych powikłań w trakcie operacji, przygotowanie psychiczne pacjenta oraz wykluczenie przeciwwskazań do zabiegu operacyjnego. W okresie pooperacyjnym pacjent wymagał wzmożonej opieki oraz interwencji pielęgniarskich w zakresie wczesnego wykrywania powikłań związanych z przeprowadzonym zabiegiem, szczegółowej kontroli parametrów życiowych, kontroli wystąpienia zakażeń oraz niewielkiej pomocy w zakresie samoopieki z uwagi na silne dolegliwości bólowe.
3. Pacjent był bardzo zaniepokojony swoim stanem zdrowia. Obawiał się zaplanowanego zabiegu operacyjnego oraz tego, jak będzie funkcjonował po jego przeprowadzeniu.
4. Pacjent na początku hospitalizacji nie posiadał wiedzy na temat przedmiotowej jednostki chorobowej, jaką jest ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego. Pacjent nie wiedział jakie badania zostaną przeprowadzone, jak przebiega zabieg cholecystektomii oraz z jakimi dolegliwościami i ograniczeniami będzie musiał się zmagać po przeprowadzonej operacji. Zakres edukacji pacjenta obejmował wyjaśnienie przebiegu koniecznych do przeprowadzenia badań diagnostycznych (pobranie krwi, moczu, badaniu USG powłok brzusznych), leczenia zachowawczego (podania zleconych przez lekarza leków) oraz przebiegu zaplanowanego zabiegu cholecystektomii laparoskopowej.
5. Wykonanie cholecystektomii metodą laparoskopową znacznie skróciło okres hospitalizacji a sam pacjent w nieznacznym stopniu wymagał wsparcia osób trzecich. Już w pierwszej dobie po zabiegu chory był zdolny do samoopieki i samopielęgnacji z niewielkimi ograniczeniami będącymi konsekwencją zabiegu. Poprawa stanu zdrowia oraz brak powikłań po przeprowadzonym zabiegu operacyjnym bardzo pozytywnie wpłynęło na samopoczucie pacjenta.
6. Pacjent otrzymał zalecenia na temat dalszego postępowania po zakończeniu hospitalizacji. Posiada wiedzę w zakresie pielęgnacji ran pooperacyjnych, postępowania dietetycznego oraz tymczasowych ograniczeń wysiłku fizycznego.

Zalecono kontynuację leczenia w poradni specjalistycznej chirurgii ogólnej zgodnie z zaleceniem lekarza oraz konieczność zgłoszenia się w celu usunięcia szwów z ran pooperacyjnych. Polecono zgłaszać do lekarza wszelkie dolegliwości.

PIŚMIENNICTWO

1. Szczeklik A., Gajewski P., Jaeschke R. (red.): Interna Szczeklika. Mały podręcznik 2024/25. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2024: 779.
2. Wallner G., Banasiewicz T. (red.): Chirurgia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2024: 296-297.
3. Głuszek S. (red.): Chirurgia. Podstawy. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2019: 331-332.
4. Noszczyk W., Wysocki A.: Chirurgia. Repetytorium. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2019: 332-336.
5. Wallner G., Banasiewicz T.: Chirurgia. Tom 2. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2022: 296-298.
6. Wallner G., Richter P., Banasiewicz T.: Ostre schorzenia jamy brzusznej. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2024: 182-186.
7. Ścisło L. (red.): Pielęgniarstwo Chirurgiczne. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2023: 177-201, 298-311, 323-328.
8. Roksana Długołęcka R., Elżbieta Kania E., Izabela Biegus I.: Opieka pielęgniarska nad pacjentem po cholecystektomii klasycznej i laparoskopowej. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2022; 16(3): 85-90.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z OSTRYM ZAPALENIEM WYROSTKA ROBACZKOWEGO

Katarzyna Wiśniewska¹, Agnieszka Tarabasz²

1 - Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

2 - Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

WSTĘP

Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego (OZWR) zalicza się do najczęściej występujących chorób w obrębie jamy brzusznej. Zdiagnozowanie choroby wymaga podjęcia natychmiastowego zabiegu operacyjnego. W literaturze przedmiotu wskazuje się tym samym iż pomimo charakterystycznych objawów omawianej jednostki chorobowej, jak również znajomości przebiegu i powikłań nadal występują liczne problemy z diagnostyką różnicową. Odpowiednie zebranie wywiadu z pacjentem oraz badanie fizykalne stanowią podstawę szybkiej diagnostyki w kierunku ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Ponadto wykonuje się oznaczenia markerów stanu zapalnego, które w szybkim czasie pozwalają na potwierdzenie diagnozy [1]. Obraz kliniczny oraz symptomatologia objawów jest zróżnicowana i często prowadzi do postawienia błędnej diagnozy, z tego względu wskazuje się iż poziom błęd w rozpoznaniu OZWR sięga rzędu 20-40% [2]. W ostatnich dziesięcioleciach diagnostyka obrazowa odegrała zasadniczą rolę w rozpoznawaniu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, pomagając zmniejszyć częstość laparotomii i koszty leczenia szpitalnego [3]. Leczeniem pierwszego rzutu jest zabieg klasycznej appendektomii, czyli całkowitej resekcji wyrostka robaczkowego, który wskazuje na bardzo niską śmiertelność okołoperacyjną sięgającą 0,16–0,9%. Jednakże należy zwrócić uwagę na fakt iż jak każdy zabieg operacyjny niesie ze sobą ryzyko powikłań takich jak zakażenie rany operacyjnej, powstanie przepukliny czy mechaniczna niedrożność jelit [2]. W związku z powyższym opieka pielęgniarska nad pacjentem w przebiegu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego wskazuje na konieczność współpracy interdyscyplinarnej w holistycznej opiece i pielęgnacji nad pacjentem w omawianej jednostce chorobowej.

CEL PRACY

Celem prezentowanej pracy jest ukazanie holistycznej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem w przebiegu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego poddanego appendektomii laparoskopowej.

MATERIAŁ I METODY

Metodą badawczą zastosowaną w pracy było studium indywidualnego przypadku. Technikami użytymi w pracy badawczej był wywiad i obserwacja pielęgniarska, analiza dokumentacji medycznej oraz pomiar. W zakresie narzędzi badawczych użyto szereg skal i kwestionariuszy służących do oceny stanu pacjenta jak również w celu sporządzenia procesu pielęgnowania opartego o studium indywidualnego przypadku. W badaniu zastosowano: Przewodnik do gromadzenia danych o pacjencie, Klasyfikację nadwagi i otyłości w zależności od BMI (Body Mass Index), Ocenę nudności według kryteriów WHO, Ocenę wymiotów według kryteriów WHO, Skalę Akceptacji Choroby AIS (ang. *Acceptance of Illness Scale*), Skalę Barthel do oceny sprawności samoobsługowej, Skalę depresji Becka BDI (ang. *Beck Depression Inventory*), Skalę numeryczną oceny bólu VAS (ang. *Visual Analogue Scale*), Skalę Norton do oceny ryzyka rozwoju odleżyn.

Przedmiotowe badanie zostało zrealizowane w styczniu 2025 roku na Oddziale Chirurgii Ogólnej Radomskiego Szpitala Specjalistycznego im. dr Tytusa Chałubińskiego w Radomiu podczas hospitalizacji pacjenta przywiezionego w trybie nagłym z powodu silnych bóli brzucha w okolicy nadbrzusza, tachykardii oraz podwyższonej temperatury ciała.

Pacjent wyraził zgodę na przedmiotowe badanie. Został poinformowany o celu i istocie badania oraz o jego dobrowolności i anonimowości.

Przebieg badania został wcześniej zaplanowany oraz podzielony na etapy w których następowało stopniowe gromadzenie informacji. Celem było zapewnienie bezpieczeństwa i komfortu pacjentowi w czasie przeprowadzanych działań badawczych oraz czynności pielęgniarskich, zmierzających do uzyskania odpowiednich danych. Dzięki temu możliwe było rozpoznanie stanu zdrowotnego pacjenta, określenie diagnoz pielęgniarskich oraz opracowanie właściwych interwencji pielęgniarskich.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Studium przypadku objęto mężczyznę lat 29, który został przyjęty na oddział Chirurgii Ogólnej w trybie nagłym. Pacjent został przekazany przez Szpitalny Oddział Ratunkowy z

rozpoznanie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. W wywiadzie ogólnym pacjent podawał utrzymujące się od 2 dni silne bóle w okolicy pępka i nadbrzusza. W dniu przyjęcia na oddział dolegliwości bólowe utrzymywały się i były zlokalizowane w podbrzuszu nad prawym talerzem biodrowym. Ponadto u pacjenta zdiagnozowano tachykardię oraz podwyższoną temperaturę ciała. Uskarżał się również na dolegliwości dyspeptyczne w postaci nasilających się mdłości.

W przeprowadzonym badaniu fizykalnym powłoki brzuszne napięte, przy głębszej palpacji brzuch z dodatnim objawem Blumberga, z prawidłową perystaltyką jelit wraz z obustronnym dodatnim objawem Goldflama.

W przeprowadzonych badaniach laboratoryjnych wykryto leukocytozę. W badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej stwierdzono wolny płyn w okolicy miednicy małej. Na podstawie przeprowadzonych badań zdiagnozowano ostre zapalenie wyrostka robaczkowego i zakwalifikowano pacjenta do operacji w trybie pilnym metodą laparoskopową, która wykonano w drugiej dobie hospitalizacji pacjenta na oddziale Chirurgii Ogólnej.

W pacjenta wdrożono leczenie zachowawcze w postaci płynoterapii dożylniej, antybiotyków, leków przeciwbólowych i rozkurczowych. W dniu operacji zlecono premedykację.

Podczas operacji nie stwierdzono żadnych powikłań. Preparat operacyjny przekazano do badania histopatologicznego. W zatoce Douglasa pozostawiono dren Redona. Chorego uruchomiono w pierwszej dobie i podano płyn doustny. Włączono antybiotykoterapię: Cefuroksym i Meltronidazol.

W oparciu o zgromadzone dane uzyskane z wywiadu, obserwacji, pomiarów, analizy dokumentów, sformułowano diagnozy pielęgniarskie ze wskazaniem celu i zadań opiekuńczo – pielęgnacyjnych personelu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentem z ostrym zapaleniem wyrostka robaczkowego.

Proces pielęgnowania pacjenta

- **Diagnoza pielęgniarska 1:** Dyskomfort spowodowany dolegliwościami bólowymi zlokalizowanymi w nadbrzuszu z powodu toczącego się stanu zapalnego i patomechanizmu OZWR.

Cel opieki pielęgniarskiej:

Zminimalizowanie dolegliwości bólowych.

Plan opieki:

- Zweryfikowanie lokalizacji i natężenia dolegliwości bólowych z zastosowaniem jednej ze standaryzowanych skal do oceny bólu, np. skalą VAS.
- Zminimalizowanie bólu niefarmakologicznymi metodami leczenia bólu poprzez m.in. okład wysychający lub zimny żelowy na powłoki brzuszne.
- Zapewnienie odpowiednich warunków hospitalizacji poprzez dbałość o czystość pacjenta oraz jego otoczenia.
- Współudział personelu pielęgniarskiego w badaniu fizykalnym prowadzonym przez lekarza.
- Pomoc pacjentowi w przyjęciu odpowiedniej pozycji niwelującej dolegliwości bólowe.
- Systematyczna obserwacja intensywności bólu, zmiany jego lokalizacji.
- Pozyskanie pacjenta do współpracy oraz wyjaśnienie przyczyny bólu w OZWR.
- Wdrożenie farmakoterapii przeciwbólowej i rozkurczowej zgodnie z Indywidualną Kartą Zleceń Lekarskich oraz obserwacji podjętych działań i ich skuteczności.

Wynik opieki:

U pacjenta po podaży leków przeciwbólowych i zastosowaniu żelowych, zimnych okładów na powłoki brzuszne zminimalizowano ból i dyskomfort.

- **Diagnoza pielęgniarska 2:** Ryzyko wystąpienia odwodnienia i zaburzenia gospodarki wodno – elektrolitowej z powodu dolegliwości dyspeptycznych oraz obniżonego pragnienia.

Cel opieki pielęgniarskiej:

Niedopuszczenie do ryzyka odwodnienia oraz wczesne wykrycie objawów zaburzeń gospodarki wodno – elektrolitowej.

Plan opieki:

- Przeprowadzenie obserwacji czasu, ilości i treści wymiotów.
- Ocena natężenia wymiotów i nudności według skali WHO.
- Odpowiednie zabezpieczenie bielizny osobistej pacjenta oraz bielizny pościelowej przed zabrudzeniem.
- Zapewnienie bezpieczeństwa i intymnych warunków pacjentowi.
- Ułożenie pacjenta w pozycji wysokiej lub półwysokiej która zabezpiecza przed zachłyśnięciem treścią wymiotną.

- Pomiar kardynalnych parametrów życiowych pacjenta w tym obserwacja cech w kierunku odwodnienia organizmu takich jak kolor i napięcie powłok skórnych, błon śluzowych jamy ustnej, analiza diurezy.
- Stosowanie płynoterapii dożyłnej (m.in. elektrolitów) zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Podaż leków przeciwwymiotnych zgodnie ze zleceniem lekarskim oraz obserwacja skuteczności podjętych działań.

Wynik opieki:

U pacjenta wdrożono podaż płynów we wlewach kroplowych zgodnie ze zleceniem lekarskim, nie zaobserwowano cech odwodnienia.

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Stan podgorączkowy będący wynikiem toczącego się stanu zapalnego.

Cel opieki pielęgniarskiej:

Obniżenie ciepłoty ciała do wartości prawidłowych oraz zminimalizowanie dyskomfortu pacjenta.

Plan opieki:

- Obserwacja podstawowych parametrów życiowych pacjenta w tym temperatury ciała i odnotowanie wyniku pomiaru w karcie gorączkowej.
- Obniżenie ciepłoty ciała metodami nefarmakologicznymi poprzez stosowanie zimnych okładów w okolicach dużych naczyń krwionośnych.
- Dbłość o utrzymanie higieny osobistej pacjenta oraz jego otoczenia wraz z zadbaniem o prawidłowy mikroklimat sali szpitalnej.
- Podaż leków obniżających ciepłotę ciała zgodnie ze zleceniem lekarskim oraz weryfikacja działania środków.

Wynik opieki:

Po podaży leków zgodnie z IKZL u pacjenta odnotowano prawidłową ciepłotę ciała wynoszącą 36,9°C.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Zwiększone wartości tętna (tachykardia) będąca wynikiem zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej oraz stanu podgorączkowego.

Cel opieki pielęgniarskiej:

Zwolnienie akcji serca, zminimalizowanie dyskomfortu i zadbanie o bezpieczeństwo pacjenta.

Plan opieki:

- Ocena kardynalnych parametrów życiowych pacjenta w tym tętna, ciśnienia tętniczego krwi, temperatury oraz udokumentowanie pomiarów.
- Ułożenie pacjenta w pozycji leżącej oraz zadbanie o odpowiedni mikroklimat Sali
- Oznaczenie poziomu elektrolitów we krwi zgodnie ze zleceniem lekarskim
- Podaż środków farmakologicznych zgodnie ze zleceniem lekarskim wraz uzupełnieniem płynów, elektrolitów oraz podażą środków przeciwgorączkowych.

Wynik opieki:

Tętno po podaży leków farmakologicznych powróciło do prawidłowych wartości.

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Założenie sondy do żołądka w celu opróżnienia przed zabiegiem chirurgicznym w trybie nagłym.

Cel opieki pielęgniarskiej:

Zabezpieczenie pacjenta przed ewentualną intubacją podczas operacji.

Plan opieki:

- Odpowiedni dobór długości sondy żołądkowej zgodnie z procedurą.
- Założenie sondy żołądkowej wraz ze sprawdzeniem jej położenia.
- Umocowanie sondy plastrem do skrzydełek nosa.
- Opróżnienie treści żołądkowej.

Wynik opieki:

Opróżniono żołądek przez zabiegiem operacyjnym.

- **Diagnoza pielęgniarska 6:** Ryzyko wystąpienia zaburzeń gospodarki wodno – elektrolitowej w wyniku zabiegu operacyjnego wykonanego w znieczuleniu ogólnym.

Cel opieki pielęgniarskiej:

Zapobieganie możliwości wystąpienia zaburzeń.

Plan opieki:

- Ocena podstawowych parametrów życiowych pacjenta podczas zabiegu operacyjnego.
- Prowadzenie bilansu płynów.
- W przypadku zabiegu planowego przestrzeganie przez pacjenta ścisłej diety.
- Uzupełnienie płynów infuzyjnych i elektrolitów zgodnie z IKZL.
- W pierwszej dobie po zabiegu zastosowanie diety płynnej i rozszerzenie diety w momencie przywrócenia odpowiedniego pasażu jelitowego.

- Obserwacja perystaltyki jelit poprzez obserwację pierwszego oddanego stolca po operacji, oddawanie gazów.

Wynik opieki:

U pacjenta nie wystąpiły zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej.

- **Diagnoza pielęgniarska 7:** Zaparcia będące wynikiem zaburzeń gospodarki wodno – elektrolitowych występujących u pacjenta.

Cel opieki:

Zminimalizowanie dyskomfortu pacjenta i przywrócenia właściwej konsystencji stolca.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Zastosowanie wlewki doodbytniczej zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Wdrożenie diety lekkostrawnej.
- Zapewnienie pacjentowi warunków intymności i bezpieczeństwa.
- Polecenie pacjentowi masażu brzucha w celu lepszej perystaltyki jelit.

Wynik opieki:

Po wykonaniu wlewki doodbytniczej pacjent oddał prawidłowy stolec, zaparcia zostały zminimalizowane.

- **Diagnoza pielęgniarska 8:** Dyskomfort pacjenta spowodowany ograniczeniem poruszania się po przebyciu zabiegu operacyjnym w znieczuleniu ogólnym.

Cel opieki pielęgniarskiej:

Zminimalizowanie dyskomfortu pacjenta oraz zaspokojenie potrzeby ruchu wraz z szybką pionizacją pacjenta.

Plan opieki:

- Edukacja pacjenta w kierunku niemożności poruszania głową i utrzymania w miarę możliwości stałej postawy ciała w ciągu 12h od znieczulenia ogólnego.
- Współudział personelu pielęgniarskiego w rehabilitacji przyłóżkowej pacjenta oraz pionizacji pacjenta.
- Współudział pielęgniarski w edukacji i wykonywaniu ćwiczeń biernych i czynnych w zakresie układu oddechowego.
- Informowanie pacjenta o konieczności oszczędnego trybu postępowania w okresie pooperacyjnym.

Wynik opieki:

U pacjenta po zabiegu operacyjnym wykonanym laparoskopowo nastąpiła pionizacja sylwetki. Pacjent został wyedukowany z zakresu oszczędnego trybu postępowania i ostrożności w czynnościach samoobsługowych.

- **Diagnoza pielęgniarska 9:** Możliwość wystąpienia zakażenia układu moczowego w wyniku założonego cewnika Foleya do pęcherza moczowego.

Cel opieki pielęgniarskiej:

Zminimalizowanie ryzyka rozwoju zakażenia układu moczowego.

Plan opieki:

- Zachowanie zasad aspetyki i antyseptyki przy procedurze cewnikowania pacjenta oraz wymiany cewnika.
- Obserwacja ujścia cewki moczowej w kierunku rozwoju zakażenia.
- Codzienna pielęgnacja ujścia cewki moczowej poprzez higienę osobistą pacjenta w okolicach intymnych oraz przemywanie preparatem do błon śluzowych ujścia cewki moczowej i cewnika.
- Współudział w farmakoterapii antybiotykowej i przeciwzapalnej zleconej przez lekarza.

Wynik opieki:

U pacjenta nie zaobserwowano objawów mogących świadczyć o rozwijającym się zakażeniu układu moczowego.

- **Diagnoza pielęgniarska 10:** Ból rany pooperacyjnej i ran powstałych w miejscu założenia drenów do jamy brzusznej.

Cel opieki:

Zminimalizowanie dolegliwości bólowych.

Plan opieki:

- Ocena natężenia i lokalizacji bólu z zastosowaniem standaryzowanych skal do oceny bólu.
- Podaż zleconej farmakologii przeciwbólowej zgodnie ze zleceniem lekarskim i obserwacja efektów podjętych działań.
- Obserwacja rany i treści drenów w kierunku rozwoju zakażenia rany pooperacyjnej.
- Zastosowanie nefarmakologicznych metod podnoszenia progu bólowego oraz łagodzenia bólu.

Wynik opieki:

Ból po podaniu leków przeciwbólowych uległ zmniejszeniu.

- **Diagnoza pielęgniarska 11:** Ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej.

Cel opieki pielęgniarskiej:

Zminimalizowanie ryzyka rozwoju zakażenia.

Plan opieki:

- Zapewnienie higieny osobistej chorego oraz jego otoczenia.
- Zmiana opatrunku rany pooperacyjnej z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki.
- Obserwacja rany i okolicy rany w kierunku rozwoju zakażenia, np.: obrzęki, zaczerwienienia, ból, podwyższona ciepłota ciała.
- Obserwacja ilości i zabarwienia wydzieliny w zbiornikach do których odchodzą dreny z rany operacyjnej.
- Współudział w płukaniu drenów w celu zapewnienia drożności
- Stosowanie procedur postępowania pielęgniarskiego i standardów zapobiegania zakażeniom.
- Współudział w farmakoterapii zgodnie z kartą zleceń lekarskich.

Wynik opieki:

Nie zaobserwowano objawów mogących świadczyć o rozwoju zakażenia rany pooperacyjnej.

- **Diagnoza pielęgniarska 12:** Ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowo- zatorowej z powodu unieruchomienia pacjenta po zabiegu operacyjnym

Cel opieki:

Zapobieganie zaburzeniom zakrzepowo – zatorowym.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Wdrożenie profilaktyki przeciwzakrzepowej preparatami heparyny drobnocząsteczkowej zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Współudział pielęgniarski we wczesnym uruchamianiu pacjenta po zabiegu operacyjnym.
- Mobilizowanie chorego do wykonywania ćwiczeń izometrycznych kończyn na czas pozostania w łóżku.
- Edukacja pacjenta z zakresu stosowania profilaktyki przeciwzakrzepowej w warunkach domowych.

Wynik opieki:

U pacjenta wdrożono wczesną profilaktykę przeciwzakrzepową.

- **Diagnoza pielęgniarska 13:** Obniżony nastrój pacjenta oraz niepokój będący wynikiem nagłej hospitalizacji oraz planowaną operacją resekcji wyrostka robaczkowego.

Cel opieki pielęgniarskiej:

Zminimalizowanie niepokoju pacjenta, ustabilizowanie jego stanu emocjonalnego.

Plan opieki:

- Okazanie pacjentowi otwartej i empatycznej postawy, wsparcia.
- Nawiązanie i podtrzymanie kontakt z pacjentem poprzez rozmowę oraz wyjaśnienie wszelkich obaw.
- Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa pacjentowi poprzez każdorazowe omawianie przebiegu wykonywanych procedur pielęgniarskich.
- Odpowiednie przygotowanie pacjenta do badań diagnostycznych z uważnym wyjaśnieniem zasad i przebiegu badań.
- Umożliwienie pacjentowi kontaktu z rodziną, przyjaciółmi.
- Odpowiednie przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego poprzez dokładne wyjaśnienie na czym polega premedykacja, profilaktyka przeciwzakrzepowa oraz dokładne objaśnienie opieki i pielęgnacji pacjenta w pierwszej dobie po operacji

Wynik opieki:

U pacjenta zminimalizowano niepokój.

- **Diagnoza pielęgniarska 14:** Deficyt samoopieki i samopielęgnacji z powodu bólu rany pooperacyjnej, konieczności przetaczania płynów infuzyjnych, obecności drenażu w ranie pooperacyjnej.

Cel opieki pielęgniarskiej:

Zaspokojenie podstawowych potrzeb biologicznych pacjenta.

Plan opieki:

- Ocena potrzeb biologicznych pacjenta i zdolności do ich samodzielnego zaspokojenia przez pacjenta.
- Wykonanie działań pielęgnacyjnych zapobiegającym oparzeniom oraz odleżynom.

- Wyjaśnienie konieczności zwieszania samodzielności pacjenta w zaspakajaniu swoich potrzeb biologicznych.
- Udzielanie pacjentowi wsparcia.
- Włączenie opiekunów, rodziny w czynności pielęgnacyjne przy pacjencie.

Wynik opieki:

U pacjenta wykonano czynności związane z deficytem samoopieki i samopielęgnacji wraz z edukacją rodziny pacjenta.

- **Diagnoza pielęgniarska 15:** Deficyt wiedzy z zakresu opieki i pielęgnacji nad pacjentem w warunkach domowych.

Cel opieki:

Edukacja pacjenta i rodziny pacjenta w zakresie przygotowania do samoopieki w warunkach domowych.

Plan opieki:

- Edukacja pacjenta z zakresu postępowania z raną pooperacyjną w warunkach domowych.
- Edukacja pacjenta i rodziny z zakresu kontynuowania profilaktyki przeciwzakrzepowej.
- Edukacja pacjenta z zakresu stosowania odpowiedniej diety w przebiegu leczenia pooperacyjnego OZWR.
- Edukacja pacjenta z zakresu wystąpienia niepokojących objawów mogących świadczyć o późnych powikłaniach pooperacyjnych.

Wynik opieki:

Pacjent i jego rodzina zdobyli wiedzę z zakresu postępowania w warunkach domowych.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań z użyciem narzędzi i technik badawczych wysunięto następujące wnioski:

1. U badanego pacjenta zaobserwowano manifestację specyficznych objawów ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego do których należał silny ból zlokalizowany wokół pępka i podbrzusza, nudności i wymioty, tachykardia, podwyższona temperatura ciała.

2. U pacjenta w przebiegu leczenia ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego w trybie nagłym występuje obniżenie nastroju spowodowane nagłą hospitalizacją i zagrażająca życiu operacją resekcji wyrostka robaczkowego.
3. Pacjent po zabiegu appendektomii laparoskopowej jest niewydolny w zakresie samoobsługi i samopielęgnacji co jest wynikiem znieczulenia ogólnego. Pacjent w ciągu kilku godzin od operacji został poddany pionizacji i wdrażaniu w samodzielne wykonywanie czynności samoobsługowych głównie z zakresu zaspokojenia czynności fizjologicznych.
4. Badany pacjent nie wykazuje objawów depresji oraz w sposób średni akceptuje swoją chorobę co może wynikać z patomechanizmu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego który kwalifikuje się jako stan nagły wymagający natychmiastowej interwencji lekarskiej w postaci zabiegu operacyjnego.
5. Zadania jakie można zaplanować i przewidzieć w zakresie opieki i pielęgnacji nad pacjentem ze zdiagnozowanym OZWR są związane ze stanem biopsychospołecznym pacjenta oraz natężeniem objawów związanych z ostrym stanem zapalnym mogącym świadczyć o OZWR Zmienny przebieg kliniczny, liczne i często wtórne objawy towarzyszące chorobie wymagają wielospecjalistycznego, holistycznego leczenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Hołody-Zaręba J., Kinałski P., Kinałski M.: Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego w przebiegu ciąży - opis przypadku. *Gin Pol Med. Project* 2012; 3(25): 34-45.
2. Białas M., Gryszkiewicz M.: Podejrzenie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego – trudności w rozpoznaniu i metody wspomagające diagnostykę. *Nowiny Lekarskie* 2006; 75(2): 184–192.
3. Borruel Nacenta S., Ibáñez Sanz L., Sanz Lucas R., et al.: Update on acute appendicitis: Typical and untypical findings. *Radiologia (Engl Ed)* 2023; 65 Suppl 1: S81-S9.

ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z NOWOTWOREM JELITA GRUBEGO

Katarzyna Wiśniewska¹, Ewa Kulbaka², Kamila Rutkowska³

1 - Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

2 - Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

3- Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

WSTĘP

Nowotwór jelita grubego jest trzecim najczęściej występującym na świecie nowotworem wśród populacji męskiej i drugim wśród populacji kobiet. Większość zachorowań obserwuje się u osób po 50 roku życia, a ryzyko rozwoju choroby wzrasta wraz z wiekiem. Zachorowania występują około 2-krotnie częściej w populacji mężczyzn niż kobiet. Nowotwory jelita grubego są odpowiedzialne na świecie za 8% zgonów nowotworowych, co stanowi czwartą najczęstszą nowotworową przyczynę zgonu na świecie, powodującą rocznie około 600 tys. zgonów (8%) [1]. Nowotwór jelita grubego rozwija się na skutek niekontrolowanego przez organizm wzrostu komórek w obrębie jednej z części jelita grubego (kątnicy, wstępnicy, poprzecznicy, zstępnicy lub odbytnicy). Rak jelita grubego w 90% rozwija się z gruczolaków. Do stanów przedrakowych zalicza się gruczolaki, zespoły polipowatości rodzinnej, nieswoiste zapalenie jelit [2].

W przypadku raka jelita grubego nie istnieje pojedynczy czynnik ryzyka odpowiadający za większość przypadków. Ryzyko zachorowania na raka jelita grubego wzrasta z wiekiem. Grupę szczególnego ryzyka stanowią osoby, w rodzinie których rozpoznano wcześniej raka okrężnicy lub odbytnicy, z rodzinnym zespołem polipowatości lub dziedziczną gruczolakowatością niepolipowatą oraz z przewlekłą zapalną chorobą jelita grubego [3]. Do pozostałych czynników ryzyka zalicza się palenie tytoniu, nadwagę lub otyłość, spożywanie w nadmiernych ilościach tłuszczów i alkoholu, brak regularnej aktywności fizycznej, dietę bogatą w czerwone i przetworzone mięso (wysoka zawartość związków N-nitrozowych) oraz ubogą w błonnik, cukrzycę. Istnieją dowody naukowe wskazujące na wpływ infekcji *Helicobacter pylori* oraz *Fusobacterium spp.*, na wzrost ryzyka zachorowania na raka jelita grubego [4].

Metody leczenia raka jelita grubego zależne są od stopnia zaawansowania choroby. Zawsze podstawową formą leczenia jest operacja. Operacyjne leczenie raka jelita grubego wykonuje się w czasie gdy nowotwór jest bardzo mały, usunięty zostaje guz/polip bez wycinania fragmentu jelita. W poważniejszych przypadkach konieczne bywa wyłonienie przetoki, która może być przejściowa lub wyłoniąca na stałe. Do metod leczenia raka jelita grubego zalicza się także chemioterapię oraz radioterapię [5]. Chemioterapia oraz nowoczesne leczenie molekularne pozwalają znacząco wydłużyć czas życia. Nowotwór jelita grubego jest chorobą, która znacząco obniża jakość życia pacjenta oraz jego rodziny. Wyłonienie przetoki – stomii bywa nieakceptowalne i wiąże się z wieloma aspektami problematycznymi tj. pielęgnacja skóry i stomii, wymiana worka stomijnego, obniżenie poczucia własnej wartości, brak akceptacji nowego wyglądu ciała [6]. Można więc stwierdzić, że rak jelita grubego to wielopłaszczyznowe objawy w zakresie stanu bio-psycho-społecznego chorego, które przekładają się na holistyczną opiekę personelu pielęgniarskiego sprawującego opiekę nad takim pacjentem [7].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest ukazanie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem z nowotworem jelita grubego, natomiast przedmiotem badań pracy jest opieka pielęgniarska nad pacjentem z nowotworem jelita grubego.

MATERIAŁ I METODY

Metoda badawcza, która została zastosowana w niniejszym badaniu, opiera się na metodzie indywidualnego przypadku pacjenta z nowotworem jelita grubego, polegająca na analizie dotyczącej problemów pielęgnacyjnych wynikających z tej choroby a także ze stanu bio-psycho- społecznego pacjenta. Dzięki zastosowaniu odpowiednich technik i narzędzi badawczych przedstawiono rolę opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego, które mają na celu ukazanie przedstawionego problemu badawczego. Techniki, które zastosowano w badaniu obejmują: wywiad pielęgniarski, obserwację pacjenta, analizę udostępnionej dokumentacji medycznej, wykonanie pomiarów parametrów życiowych, takich jak pomiar ciśnienia tętniczego, tętno, saturacja, pomiar oddechów, pomiar masy ciała, oraz zostały użyte narzędzia pomiaru tj.: Arkusz do gromadzenia danych o pacjencie, Klasyfikacja nadwagi oraz otyłości na podstawie BMI, Indeks podstawowych czynności w życiu codziennym – Skala

Barthel, Skala numeryczna oceny bólu VAS, Skala depresji Becka (BDI), Skala akceptacji choroby AIS, Skala Norton do oceny ryzyka rozwoju odleżyn, Bristolska Skala Uformowania Stolca, Ocena wymiotów według WHO, Ocena nudności według WHO.

Przedmiotowe badanie zostało wykonane w sierpniu 2024 roku w Radomiu na oddziale Wewnętrznym Radomskiego Szpitala Specjalistycznego im. Tytusa Chałubińskiego w Radomiu. Pacjent, na którym przeprowadzono badanie, został poinformowany o celu badań oraz przedstawiono mu ich zakres. W pełni wyraził on chęć współpracy w wykonaniu tego badania, zapewniono pacjenta o dochowaniu jego anonimowości. Chory miał zgłaszać każdą dolegliwość czy niepokojące go objawy, które mogły się przytrafić w trakcie przeprowadzanych badań.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Metodą studium przypadku został objęty 56-cio letni pacjent u którego został zdiagnozowany nowotwór jelita grubego w stadium II z przerzutami do węzłów chłonnych. Pacjent jest dodatkowo obciążony chorobami współistniejącymi takimi jak cukrzyca typu II oraz nadciśnienie tętnicze. Pacjent zaniepokojony dolegliwościami, które trwały od kilku miesięcy zgłosił się do lekarza rodzinnego, były to min.: częste bóle brzucha zlokalizowane głównie dolnej części, zmiana rytmu wypróżnień, utrata masy ciała (12 kilogramów w ciągu 2 miesięcy) oraz krwawienie z odbytu. W wywiadzie rodzinnym występowały przypadki nowotworów jelita grubego (ojciec pacjenta).

Podczas badania fizykalnego zauważono wzdęcie brzucha, ból palpacyjny w lewym dolnym kwadrancie a także objawy anemii. W badaniach laboratoryjnych zaobserwowano niedokrwistość – hemoglobina wynosiła 10 g/dl, podwyższone CRP. Pacjent choruje na cukrzycę typu II jednak poziom glukozy jest stabilny. Kolonoskopowe badanie jelita grubego wykazało kilka polipów, a w jednym z nich stwierdzono zmiany nowotworowe, wykonanie biopsji potwierdziło obecność nowotworu złośliwego. Tomografia komory jamy brzusznej wykazała powiększenie węzłów chłonnych w okolicy krezkowej. Stwierdzono brak przerzutów do wątroby i płuc. Zdecydowano o wykonaniu resekcji jelita grubego wraz z usunięciem węzłów chłonnych. Po operacji, w zależności od wyników histopatologicznych i oceny ryzyka nawrotu, planowana jest chemioterapia adjuwantowa.

W nawiązaniu do zgromadzonych danych uzyskanych podczas przeprowadzonego wywiadu z pacjentem oraz mając dostęp do dokumentacji medycznej i poprzez wykonanie pomiarów a także samej obserwacji pacjenta wykonano proces pielęgnacyjny pacjenta z nowotworem jelita grubego w okresie po zabiegu resekcji jelita grubego wraz z usunięciem węzłów chłonnych.

Proces pielęgnowania pacjenta

- **Diagnoza pielęgniarska 1:** Występowanie dolegliwości bólowych w obrębie brzucha spowodowane wykonaniem zabiegu resekcji jelita grubego.

Cel opieki: Zmniejszenie objawów bólowych.

Plan opieki:

- Udział w farmakoterapii: podanie leków przeciw bólowych zgodnie z kartą zaleceń lekarskich.
- Monitorowanie bólu przy pomocy skali wzrokowo - analogowej VAS oraz odczuć bólowych zgłaszanych przez pacjenta.
- Zmniejszenie czynników zwiększających odczucia bólowe.

Ocena efektów podjętych działań: Ból został złagodzony.

- **Diagnoza pielęgniarska 2:** Możliwość wystąpienia infekcji rany operacyjnej i/lub miejsc założenia drenów oraz rozejścia się zespolenia po operacji z powodu obniżonej odporności wynikającej z urazu operacyjnego oraz przebiegu choroby nowotworowej.

Cel opieki: Zapobieganie powikłaniom, wczesne wykrywanie objawów wskazujących na infekcję.

Plan opieki:

- Obserwacja rany operacyjnej pod kątem wystąpienia zakażeń.
- Wykonywanie zmiany opatrunku z zastosowaniem aseptyki i antyseptyki.
- Kontrolowanie drożności drenów, obserwacja ilości i zabarwienia wydzieliny odprowadzanej przez dreny.
- Obserwacja pacjenta w kierunku objawów, które mogą wskazywać na wystąpienie nieszczelności zespolenia.

Ocena efektów podjętych działań: Rana operacyjna oraz miejsca założonych drenów bez objawów infekcji. Nie wykryto nieszczelności zespoleń.

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Ryzyko wystąpienia porażennej niedrożności pooperacyjnej w wyniku zaburzeń funkcji wegetatywnych przewodu pokarmowego oraz zaburzeń elektrolitowych.

Cel opieki: Wczesne wykrywanie objawów i minimalizowanie ryzyka ich wystąpienia.

Plan opieki:

- Obserwacja pacjenta w celu wykrywania objawów mogących wskazywać na wystąpienie porażennej niedrożności pooperacyjnej.
- Monitorowanie stanu nawodnienia i stężenia elektrolitów, uzupełnianie niedoborów jeśli występują.
- Założenie sondy do żołądka w przypadku wystąpienia objawów porażennej niedrożności pooperacyjnej i wykonanie badań diagnostycznych.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent nie zgłasza uczucia nudności, nie wymiotuje, brzuch miękki, odżywianie przez dietę doustną.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Wystąpienie gorączki oraz dreszczy w okresie pooperacyjnym.

Cel opieki: Obniżenie temperatury ciała i łagodzenie objawów towarzyszących.

Plan opieki:

- Wykonanie pomiarów temperatury ciała oraz parametrów życiowych, prowadzenie dokumentacji.
- Zwiększenie podaży przyjmowanych płynów doustnie w ilości odpowiadającej diurezie dobowej.
- Prowadzenie karty bilansu płynów.
- Udział w farmakoterapii: podanie leków przeciw gorączkowych zgodnie z kartą zleceń lekarskich.
- Częsta zmiana bielizny pościelowej i osobistej pacjenta spowodowanej zwiększoną potliwością.

Ocena efektów podjętych działań: Temperatura ciała obniżyła się po zastosowanej farmakoterapii.

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Ból rany pooperacyjnej spowodowanych urazem nerwów somatycznych oraz założonych szwów.

Cel opieki: Złagodzenie lub eliminacja bólu.

Plan opieki:

- Ocena dolegliwości bólowych przy pomocy skali VAS.
- Podanie leków przeciw bólowych zgodnie ze zleceniami lekarskimi.
- Redukcja bądź eliminowanie czynników mogących zwiększać odczucia bólowe.

Ocena efektów podjętych działań: Odczucia bólowe zostały zminimalizowane.

- **Diagnoza pielęgniarska 6:** Wystąpienie biegunki spowodowanej zabiegiem chirurgicznym objawiająca się wzmożoną perystaltyką jelitową.

Cel opieki: Minimalizowanie objawów towarzyszących biegunce, utrzymanie prawidłowego nawodnienia organizmu.

Plan opieki:

- Ocena oraz prowadzenie dokumentacji liczby i charakteru oddawanych stolców.
- Monitorowanie poziomu elektrolitów i nawodnienia organizmu poprzez prowadzenie szczegółowej karty bilansu płynów, uzupełnianie elektrolitów w razie braków. Dbanie o stałe nawodnienie.
- Zapewnienie pacjentowi intymności oraz poczucia bezpieczeństwa i komfortu psychicznego.

-Udział w farmakoterapii: podawanie leków zgodnie z kartą zleceń lekarskich.

Ocena efektów podjętych działań: Ilość oddawanych luźnych stolców zmniejszyła się po zastosowanej farmakoterapii. Problem pielęgnacyjny pozostaje do dalszej obserwacji.

- **Diagnoza pielęgniarska 7:** Ryzyko wystąpienia niedożywienia spowodowanego zmniejszonym łaknieniem w wyniku dysfunkcji przewodu pokarmowego.

Cel opieki: Zapobieganie oraz wczesne wykrywanie objawów niedożywienia.

Plan opieki:

- Wdrożenie opieki pielęgniarskiej zgodnie z procedurą postępowania w przypadku pacjenta z możliwością wystąpienia niedożywienia przy pomocy skali NRS 2002.
- Dokonywanie pomiarów masy ciała, wskaźnika BMI.

- W miarę możliwości wprowadzenia rozszerzenia diety doustnej bądź wprowadzenie do diety pacjenta doustnych przemysłowych preparatów odżywczych.

Ocena efektów podjętych działań: Brak objawów wskazujących na wystąpienie zaburzeń stanu odżywiania, parametry biochemiczne i antropometryczne w normie.

- **Diagnoza pielęgniarska 8:** Możliwość wystąpienia zakażenia układu moczowego oraz powikłań mechanicznych spowodowanych założeniem cewnika do pęcherza moczowego.

Cel opieki: Niedopuszczenie do powikłań wynikających z założonego cewnika Foleya, wczesne wykrywanie zaburzeń.

Plan opieki:

- Zakładanie oraz wymiana cewnika Foleya zgodnie z zastosowaniem zasad aseptyki i antyseptyki.
- Obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia objawów, które mogą wskazywać na infekcje.
- Wczesne wykrywanie objawów.

Ocena efektów podjętych działań: Objawy wskazujące na zakażenie nie występują.

- **Diagnoza pielęgniarska 9:** Wystąpienie nudności i wymiotów spowodowane nietolerancją leków anestetycznych.

Cel opieki: Eliminacja nudności i wymiotów.

Plan opieki:

- Prowadzenie kontroli ilości oraz treści wymiocin, dokumentacja w karcie pooperacyjnej.
- Pomoc pacjentowi w ułożeniu w pozycji wysokiej lub półwysokiej z głową odchyloną na bok po znieczuleniu ogólnym.
- Zapewnienie choremu miski nerkowatej oraz płatów ligniny, dostęp do kubka z wodą.
- Podawanie leków przeciwwymiotnych zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Prowadzenie szczegółowego bilansu płynów, uzupełnianie elektrolitów w razie konieczności.

Ocena efektów podjętych działań: Wymioty ustąpiły.

- **Diagnoza pielęgniarska 10:** Ryzyko wystąpienia zakażenia dostępu naczyniowego.

Cel opieki: Wczesne wykrywanie objawów, zapobieganie zakażeniom.

Plan opieki:

- Kontrola dostępu żylnego i obserwacja wklucia pod kątem zmian patologicznych.
- Umocowanie dostępu naczyniowego najlepiej przezroczystym opatrunkiem.
- Zabezpieczenie kaniuli jałowym koreczkiem.
- Zmiana opatrunku raz dziennie lub częściej jeżeli to konieczne.
- Poinformowanie pacjenta o nie dotykaniu miejsca dostępu.

Ocena efektów podjętych działań: Skóra wokół dostępu żylnego bez zmian patologicznych, opatrunek czysty.

- **Diagnoza pielęgniarska 11:** Wystąpienie objawów zawrotów głowy oraz bólu głowy będące wynikiem wzrostu ciśnienia tętniczego krwi.

Cel opieki: Likwidacja zawrotów głowy, zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Plan opieki:

- Udział w farmakoterapii: podanie leków hipotensyjnych zgodnie ze zleceniem lekarskim, oraz podanie środków przeciwbólowych drogą dożylną.
- Kontrola parametrów życiowych w tym ciśnienia tętniczego krwi.

Ocena efektów podjętych działań: Ciśnienie tętnicze krwi obniżyło się, zawroty głowy ustały.

- **Diagnoza pielęgniarska 12:** Deficyt samoopieki w zakresie pielęgnacji, wydalania, ograniczenia ruchu spowodowane osłabieniem i obecnością drenażu.

Cel opieki: Zmniejszenie deficytu.

Plan opieki:

- Ocena zdolności pacjenta do samoopieki i określenie jego potrzeb.
- Pomoc pacjentowi w wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych : utrzymanie czystości ciała, odżywianie, wydalanie.
- Stopniowe wdrażanie gimnastyki oddechowej oraz rehabilitacji usprawniającej.
- Mobilizacja pacjenta do zwiększenia samodzielności.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent stara się być samodzielnym na tyle ile to możliwe, wykonuje toaletę ciała sam przy pomocy zespołu pielęgniarskiego.

- **Diagnoza pielęgniarska 13:** Możliwość wystąpienia zapalenia płuc z powodu hipowentylacji, zastosowania znieczulenia ogólnego oraz zalegania wydzieliny w drzewie oskrzelowym.

Cel opieki: Zapobieganie zapaleniu płuc.

Plan opieki:

- Zachęcanie pacjenta do wykonywania gimnastyki oddechowej.
- Pomiar saturacji, oddechów i dokumentowanie.
- Zastosowanie ćwiczeń skutecznego kaszlu
- Obserwacja pacjenta pod kątem rodzaju oddechu, koloru skóry a także błon śluzowych.
- Wietrzenie sali w którym przebywa pacjent, utrzymywanie odpowiedniej wilgotności na poziomie 50-70% oraz temperatury w zakresie 18-20 stopni Celsjusza.
- W razie potrzeby podanie doraźne tlenu.

Ocena efektów podjętych działań: Oddech prawidłowy, nic nie wskazuje na objawy zapalenia płuc.

- **Diagnoza pielęgniarska 14:** Niepokój pacjenta spowodowany wykonanym zabiegiem, strach o własne życie i zdrowie co objawia się znacznym obniżeniem nastroju oraz zadawaniem wielu powtarzających się pytań.

Cel opieki: Zmniejszenie niepokoju.

Plan opieki:

- Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa pacjentowi, rozwianie wszelkich wątpliwości dotyczących leczenia i pielęgnacji.
- Okazanie choremu zrozumienia i wsparcia.
- Umożliwienie pacjentowi rozmowy z lekarzem w celu przeprowadzenia rozmowy na temat operacji, stosowanego leczenia.
- Na życzenie pacjenta umożliwienie rozmowy z rodziną bądź psychologiem.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent spokojny, wyciszony.

- **Diagnoza pielęgniarska 15:** Ryzyko wystąpienia depresji spowodowanej znacznym przygnębieniem pacjenta co jest wynikiem choroby nowotworowej oraz zastosowanego procesu leczenia. Objawy wskazujące na brak akceptacji choroby.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka depresji.

Plan opieki:

- Umożliwienie konsultacji psychologicznej.
- Ocena skali depresji za pomocą skali Becka – BDI.
- Przeprowadzenie oceny stanu akceptacji choroby przy zastosowaniu Skali Akceptacji Choroby Z. Jurczyńskiego.
- Przeprowadzenie rozmowy z pacjentem w celu ustalenia jego obaw i problemów dotyczących leczenia. Udzielania wsparcia emocjonalnego.

Ocena efektów podjętych działań: Nastrój pacjenta uległ poprawie po wdrożeniu kilku konsultacji psychologicznych. Pacjent chętniej rozmawia o swoich problemach.

WNIOSKI

Na podstawie wykonanego badania opartego na metodzie indywidualnego studium pacjenta z nowotworem jelita grubego, można zaobserwować szereg wniosków dotyczących postępowania personelu pielęgniarskiego wobec pacjenta z omawianą jednostką chorobową poddanego zabiegowi resekcji części jelita grubego wraz z usunięciem węzłów chłonnych:

1. U pacjenta, wobec którego zastosowano leczenie chirurgiczne raka jelita grubego, opierającego się na wykonaniu zabiegu kolektomi, wystąpił szereg specyficznych objawów będących następstwem zastosowanego leczenia w okresie pooperacyjnym mianowicie: ból rany pooperacyjnej, wystąpienie gorączki kilka godzin po zabiegu, nudności oraz wymioty spowodowane brakiem akceptacji na leki zastosowane podczas znieczulenia ogólnego, biegunka wynikająca z zabiegu chirurgicznego i zwiększonej perystaltyki jelit. Wszystkie te objawy w konsekwencji miały wpływ na zmniejszone łaknienie oraz pragnienie co prowadziło do ryzyka wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych a także w znacznym stopniu spowodowały ograniczenie samoopieki oraz samopielęgnacji wynikające z zastosowanego unieruchomienia pacjenta oraz z zastosowania drenażu.
2. Rolą zespołu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentem z nowotworem jelita grubego w czasie przed i po zabiegu jest informowanie i przygotowanie pacjenta do zabiegu, wyjaśnienie

przebiegu procesu leczenia. W okresie pooperacyjnym w zakresie opieki pielęgniarskiej ważnym elementem jest obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia możliwych wczesnych powikłań zabiegu chirurgicznego. Ważne jest wczesne wykrycie zagrożeń i podjęcie natychmiastowej reakcji aby utrzymać pacjenta w stanie stabilnym oraz eliminować czynniki zagrożenia.

3. Okres rekonwalescencji po zabiegu resekcji jelita grubego jest dość długotrwały i uzależniony w pewnym stopniu od możliwości pacjenta w zakresie sprawności fizycznej i psychicznej ponieważ u pacjentów onkologicznych jakość życia znacząco się obniża, często występuje brak akceptacji choroby. Także u badanego pacjenta wystąpiły objawy sugerujące na brak akceptacji choroby oraz możliwość rozwoju depresji co jest ściśle związane z przebiegiem choroby oraz zastosowanego procesu leczenia, dla pacjenta wiąże się to z odczuwaniem głębokiego stresu oraz lęku o własne zdrowie i życie.
4. U pacjenta w okresie pooperacyjnym wystąpił deficyt samoopieki i samopielęgnacji, co wymaga większego poświęcenia uwagi ze strony personelu pielęgniarskiego, ponieważ wymaga on stałej pomocy w wykonywaniu czynności w zakresie higieny, odżywiania oraz wydalania.
5. Pacjentowi ciężko przekonać się do pozytywnego myślenia o przyszłości, podczas prowadzonego badania stwierdzono, że wykazuje on niską akceptację choroby, podjęcie terapii psychologicznej oraz wyszukanie grup wsparcia dla pacjentów onkologicznych, mogłoby znacząco pomóc w akceptacji choroby oraz poprawia jakości życia.

PIŚMIENNICTWO

1. Ścisło L.: Opieka pielęgniarska nad pacjentem ze schorzeniem jelit [w:] Pielęgniarstwo chirurgiczne, M. Kózka (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2024: 372-399.
2. Deptała A., Wojtukiewicz M.: Rak jelita grubego. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2018: 61-100.
3. Ralston S.H., Strachan M.W.J., Penman D., et al.: Choroby wewnętrzne. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner Wrocław 2005:337-341.
4. Szczeklik A., Gajewski P.: Interna Szczeklika [w:] Rak jelita grubego, J. Raguła, L. Wyrwicz, W. Wysocki, W. Bartnik (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2023: 687.

5. Chłodzińska S., Modzelewska P., Sierżantowicz R.: Pola pielęgniarstwa w przygotowaniu pacjentów do wybranych operacji chirurgicznych [w:] Holistyczny wymiar współczesnej medycyny. Tom I., E. Krajewska-Kułak, C.R. Łukaszuk, J. Lewko ., W. Kułak (red.), Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2015: 420-428.
6. Freier B., Dągiel J., Więckowska B.: Model struktury leczenia w nowotworach jelita grubego [w:] Onkologia tom I. Proces leczenia w Polsce – analizy i modele. Wydawnictwo Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2015: 213-241.
7. Rutkowski A. Leczenie chirurgiczne raka jelita grubego w Polsce. Gastroenterol Klin 2013; 5: 152-161.

EDUKACYJNA ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD DZIECKIEM Z CELIAKIĄ

Klaudia Koń¹, Joanna Chowaniec², Magdalena Brodowicz-Król²

1 - Absolwentka Studiów I stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Rzeszowski

2 - Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii

WSTĘP

Nietolerancja glutenu stanowi poważne wyzwanie zdrowotne szczególnie w przypadku dzieci, u których właściwe odżywianie stanowi nieodłączną część w procesie prawidłowego rozwoju. Jednym z najczęściej diagnozowanych schorzeń z tym związanych jest celiakia.

Definicja

Celiakia to przewlekła choroba autoimmunologiczna, charakteryzująca się trwałą nietolerancją glutenu –białka zapasowego występującego w ścianie pęczeryków zbóż (jęczmieniu, pszenicy, życie, w niewielkich ilościach w owsie). Choroba ta może być wywołana przez kombinację czynników środowiskowych, genetycznych, immunologicznych, infekcyjnych lub metabolicznych [1, 2].

Epidemiologia

Celiakia nie jest chorobą zależną od wieku – spotykana jest u dzieci, a także u dorosłych. Choroba towarzyszy pacjentowi przez całe życie i nie jest możliwe całkowite wyleczenie [3]. Przez dłuższy czas, a dokładnie do lat 90 XX wieku, uznawano ją za rzadką chorobę, występującą głównie u dzieci z krajów zachodnich. Jednak wyniki późniejszych badań wykazały, iż jest to schorzenie przede wszystkim globalne i może występować z różną częstością na wszystkich kontynentach [4]. Szacuje się, iż ta choroba występuje przynajmniej u 1 na 100 osób, choć wielu pacjentów pozostaje niezdiagnozowanych [5].

Objawy kliniczne celiakii u dzieci

Celiakia u dzieci może manifestować się różnorodnymi objawami klinicznymi, które zależą od wieku dziecka, stopnia uszkodzenia błony śluzowej jelita cienkiego oraz

współistniejących schorzeń. Mimo wszystko, w tej chorobie proces zapalny jest najbardziej skierowany na błonę śluzową jelita cienkiego co sprowadza się do faktu, iż objawy kliniczne przybierają najczęściej formę żołądkowo-jelitową. Objawy tej kategorii to z reguły ból brzucha, przewlekła lub nawracająca biegunka, zaparcia, wzdęcia, tłuszczowe stolce, niestrawności, dyskomfort trawienny. Warto również zwrócić uwagę na spadek masy ciała, a także zaburzenia procesu wzrastania u dzieci [1,6].

Dieta bezglutenowa i jej znaczenie w leczeniu celiakii

Stosowanie ścisłej diety bezglutenowej odnalazło ogromne znaczenie w leczeniu celiakii. Jest podstawową i jedyną skuteczną formą leczenia celiakii. Niestety, wdrożenie tej diety nie jest najłatwiejszym zadaniem [6,7].

Podstawową zasadą diety bezglutenowej jest unikanie wszelkich produktów zawierających gluten. Zakazane są zboża, takie jak pszenica (w tym jej odmiany, takie jak orkisz, durum czy kamut), żyto, jęczmień oraz owies. W praktyce oznacza to konieczność eliminacji pieczywa, makaronów, ciast, ciastek, piwa, a także wielu produktów przetworzonych, które mogą zawierać gluten jako dodatek technologiczny, na przykład w postaci zagęszczaczy, stabilizatorów czy konserwantów. Całkowicie zabronione jest przerywanie diety lub okazjonalne spożywanie produktów zawierających gluten. Nawet niewielkie jego ilości, często obecne w produktach zanieczyszczonych podczas przetwarzania, mogą wywołać reakcję immunologiczną i uszkodzić jelita [5].

Dieta bazuje na produktach naturalnie niezawierających glutenu takich jak owoce, warzywa, ryby czy jajka oraz na wyrobach certyfikowanych jako pozbawione glutenu w procesie produkcji. Dozwolone są zboża takie jak ryż, kukurydza, gryka, proso, amarantus, quinoa i teff, które mogą być wykorzystywane do przygotowywania pieczywa, makaronów czy ciast. Skrobia ziemniaczana, tapioka i maniok również stanowią wartościowe zamienniki tradycyjnej mąki. Zgodnie z obowiązującymi standardami europejskimi, produkty oznaczone jako bezglutenowe („gluten-free”) muszą zawierać mniej niż 20 ppm (miligramów na kilogram) glutenu. Takie artykuły spożywcze często są opatrzone znakiem przekreślonego kłosa, który staje się coraz bardziej rozpoznawalny [8,9].

Edukacyjna rola pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z celiakią

Opieka nad dzieckiem z celiakią wymaga kompleksowego podejścia, które obejmuje nie tylko medyczne wsparcie, ale także edukację pacjenta i jego rodziny oraz monitorowanie

przestrzegania diety. Wobec tego personel pielęgniarski pełni szczególną rolę w procesie diagnostyki, leczenia i wsparcia psychologicznego dziecka oraz jego opiekunów.

Jednym z najważniejszych zadań personelu pielęgniarskiego jest dokładna edukacja dziecka, a także jego opiekunów w sposób fachowy oraz przystępny. Powinna być dostosowana do wieku dziecka i poziomu zrozumienia jego rodziców [10]. Pielęgniarka pełni również rolę doradcy w zakresie planowania posiłków i wyboru odpowiednich produktów bezglutenowych. Może zachęcić rodzinę do korzystania z certyfikowanych produktów oznaczonych symbolem przekreślonego kłosa, które gwarantują bezpieczeństwo dla osób z celiakią. W przypadku dzieci szczególnie ważne jest, aby dieta była atrakcyjna i zróżnicowana [11].

Stałe monitorowanie przestrzegania diety przez pacjenta jest nieodłącznym elementem pracy pielęgniarskiej. Regularna ocena wdrożenia specyficznej diety do życia dziecka pomoże zredukować objawy lub całkowicie wykluczyć ich wystąpienie. Podczas monitorowania kluczowa jest współpraca z zespołem terapeutycznym w tym z dietetykiem [10].

Pielęgniarka powinna pomagać dziecku budować poczucie własnej wartości i uczyć je, jak radzić sobie z trudnościami związanymi z koniecznością przestrzegania diety. Dzięki odpowiedniemu zaangażowaniu pielęgniarki dziecko z celiakią może prowadzić zdrowe i pełnowartościowe życie, a jego rodzina zyskać wiedzę i narzędzia niezbędne do skutecznego radzenia sobie z chorobą.

W procesie edukacji istotną rolę odkrywają, następujące czynniki:

- aktywny udział dziecka i rodzica w procesie uczenia się,
- motywacja do nauki i chęć zmiany zachowań zdrowotnych,
- gotowość ze strony pacjenta i rodziców do nauki,
- systematyczne utrwalanie zdobytych informacji i umiejętności.

CEL PRACY

Celem pracy było wskazanie zakresu działań edukacyjnych pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z celiakią.

MATERIAŁ I METODY

Badania do pracy zostały przeprowadzone w dniach 31.03. - 02.04.2025 r. w II Klinice Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej Klinicznego Szpitala

Wojewódzkiego nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie. Uzyskano zgodę placówki i opiekunów dziecka na przeprowadzenie badań. Pacjent oraz rodzice zostali poinformowani o celu pracy oraz o zachowaniu anonimowości danych.

W niniejszej pracy wykorzystano metodę indywidulanego przypadku. Zastosowano następujące techniki badawcze, takie jak: wywiad pielęgniarski, obserwację oraz analizę dokumentacji medycznej. Ponadto przeprowadzono pomiary antropometryczne, obejmujące masę i wzrost pacjenta, a także ocenę podstawowych parametrów życiowych. Dodatkowo zastosowano badanie fizykalne w celu oceny ogólnego stanu zdrowia pacjenta z celiakią.

WYNIKI

Badaniem objęto 9-letniego chłopca z podejrzeniem celiakii, który został przyjęty do II Kliniki Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej w trybie planowym celem wykonania gastroskopii oraz badań laboratoryjnych w tym kierunku. U pacjenta odnotowano obecność przewlekłych dolegliwości ze strony układu pokarmowego.

W momencie przyjęcia dziecko było w widocznie obniżonej kondycji fizycznej. Występowały u niego objawy przewlekłego zmęczenia, bóle brzucha, częste luźne stolce oraz spadek masy ciała w ciągu ostatnich miesięcy. U chłopca zauważono zmniejszony apetyt oraz trudności z przyjmowaniem niektórych pokarmów. Rodzice zwrócili również uwagę na częste infekcje oraz pogorszenie ogólnej odporności. Do momentu przyjęcia do szpitala dziecko nie stosowało żadnej diety eliminacyjnej, w tym diety bezglutenowej. Rodzeństwo i rodzice dziecka nie przejawiają objawów celiakii. Warto jednak zaznaczyć, iż u dziadka pacjenta występuje choroba Dühringa, będąca skórną manifestacją nietolerancji glutenu.

W aspekcie psychicznym u chłopca zaobserwowano objawy wycofania i niepokoju. Podczas rozmowy unikał kontaktu wzrokowego, był wstydlivy oraz mało mówny, ale współpracujący. Mama pacjenta informowała o zmianach w zachowaniu syna – stał się bardziej płaczliwy, drażliwy i niechętny do zabawy z rówieśnikami. Obserwowano także obniżony nastrój oraz lęk związany z procedurami medycznymi oraz hospitalizacją.

Dziecko wychowuje się w pełnej rodzinie, w środowisku miejskim. Warunki mieszkaniowe są dobre, rodzina posiada stałe dochody. Chłopiec uczęszcza do szkoły podstawowej, jednak z powodu złego samopoczucia w ostatnim czasie częściej opuszczał zajęcia.

Rodzice wykazywali pełną chęć zaangażowania w proces leczenia, jednak zgłaszali niski poziom wiedzy w zakresie choroby.

Podczas pobytu w szpitalu wykonano u pacjenta gastroscopię z biopsją błony śluzowej dwunastnicy w warunkach szpitalnych. Badanie miało na celu potwierdzenie lub wykluczenie celiakii na podstawie obrazu histopatologicznego. Badanie endoskopowe wykonane zostało w krótkotrwałym znieczuleniu ogólnym. Przebiegło ono bez powikłań. Podczas gastroscopii pobrane zostało 5 wycinków do badań - 2 wycinki o średnicy 0,3 cm z opuszki dwunastnicy oraz 3 wycinki o średnicy od 0,2 do 0,3 cm z części pozaopuszkowej dwunastnicy. Po zakończonej procedurze pacjent został przewieziony na oddział w stanie stabilnym, powoli odzyskując pełną świadomość.

W okresie bezpośrednio po badaniu endoskopowym pacjent był senny i osłabiony – jest to typowa reakcja po zastosowaniu znieczulenia ogólnego. Obserwowano u niego także przejściowy brak apetytu i niechęć do mówienia. Nie wystąpiły wymioty ani inne niepokojące objawy. Regularnie monitorowany był stan ogólny, komfort psychiczny, parametry życiowe oraz poziom świadomości pacjenta po zabiegu. Po kilku godzinach chłopiec wrócił do pełnego poziomu aktywności oraz zaczął przyjmować dietę lekkostrawną.

W badaniu serologicznym oznaczono poziom przeciwciał przeciwko transglutaminazie tkankowej klasy IgA (tTG IgA). Uzyskany wynik wynosił >200 RU/ml i znacznie przekraczał wartość graniczną przyjętą jako dodatnią - wskazywał na obecność reakcji immunologicznej charakterystycznej dla choroby trzewnej.

W wyniku przeprowadzonej gastroscopii makroskopowo określono prawidłowość błony śluzowej żołądka i przełyku. Natomiast w obrębie opuszki dwunastnicy kosmki jelitowe sprawiały wrażenie skróconych. W opisie mikroskopowym stwierdzono zachowaną architekturę błony śluzowej dwunastnicy, jednak występowała znacznie zwiększona śród nabłonkowa limfocytoza (>40 limfocytów/100 komórek nabłonkowych), z dodatnim wynikiem barwienia CD3. Obraz mikroskopowy odpowiadał chorobie trzewnej I stopnia w klasyfikacji Marsha-Oberhubera. Na podstawie wyników badań laboratoryjnych, serologicznych i histopatologicznych postawiono ostateczne rozpoznanie: **zaburzenia wchłaniania jelitowego – choroba trzewna**.

Po uzyskaniu powyższych wyników oraz postawieniu ostatecznego rozpoznania, pacjent został skierowany do dalszego leczenia w poradni gastroenterologicznej. Rodzinie polecono

nawiązanie kontaktu z dietetykiem specjalizującym się w żywieniu dzieci z celiakią w celu szczegółowego rozplanowania diety bezglutenowej. Zalecono, także wykonywanie badań serologicznych dwa razy do roku, aby monitorować skuteczność leczenia dietetycznego oraz ewentualnych nawrotów. W związku z genetycznym podłożem choroby, zalecono również przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku celiakii u krewnych pierwszego stopnia pacjenta. Dodatkowo zwrócono uwagę na potrzebę regularnej oceny stanu odżywienia dziecka, obejmującej pomiar podstawowych parametrów antropometrycznych (wzrostu i masy ciała dziecka).

W ramach działań edukacyjnych rodzicom oraz chłopcu przekazano broszury informacyjne dotyczące istoty choroby trzewnej, podstawowych zasad stosowania diety bezglutenowej oraz listy produktów zalecanych i przeciwwskazanych. Omówione zostały najczęściej popełniane błędy dietetyczne, źródła ukrytego glutenu w produktach spożywczych oraz konieczność prawidłowego czytania etykiet. Podkreślono znaczenie ścisłego przestrzegania diety przez całe życie i ryzyko związane z jej łamaniem.

Rodzina wykazywała duże zaangażowanie i zainteresowanie tematyką związaną z chorobą. Matka chłopca zadawała wiele pytań dotyczących organizacji żywienia w domu i szkole, a także sposobów radzenia sobie z ograniczeniami dietetycznymi. Chłopiec początkowo wykazywał znaczną niechęć wobec konieczności eliminacji ulubionych produktów oraz słodczy, jednak po wyjaśnieniu dostępnych alternatyw jego postawa stała się bardziej otwarta.

- **Diagnoza pielęgniarska 1:** Ryzyko odwodnienia spowodowane obecnością przewlekłych dolegliwości ze strony układu pokarmowego.

Cel opieki: Obniżenie ryzyka odwodnienia pacjenta.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena objawów odwodnienia (elastyczność i suchość skóry, wilgotność błon śluzowych, ilości wydalanego moczu, stanu świadomości).
- Podanie płynów dożylnych zgodnie ze zleceniem lekarza.
- Zachęcanie dziecka do częstego picia płynów w małych ilościach.
- Regularna kontrola i dokumentacja bilansu płynów.
- Pobranie krwi do badań laboratoryjnych na zlecenie lekarza.

- Edukacja opiekuna na temat rozpoznawania objawów odwodnienia oraz znaczenia odpowiedniego nawodnienia w celiakii.

Oczekiwane wyniki: Pacjent utrzymuje odpowiedni poziom nawodnienia: skóra elastyczna, prawidłowo napięta, błony śluzowe wilgotne, stan świadomości chorego w normie. Dziecko przyjmuje odpowiednią ilość płynów doustnie. Opiekun zna objawy odwodnienia i znaczenie regularnego nawadniania dziecka z celiakią.

- **Diagnoza pielęgniarstwa 2:** Zmniejszony apetyt spowodowany częstymi dolegliwościami bólowymi po spożyciu pokarmu.

Cel opieki: Zwiększenie apetytu dziecka.

Interwencje pielęgniarstwa:

- Obserwacja zachowania dziecka podczas i po spożyciu posiłku.
- Ocena poziomu nasilenia dolegliwości bólowych, wzdęć i nudności.
- Zapewnienie spokojnej atmosfery podczas spożywania posiłków.
- Dostosowanie konsystencji i rodzaju posiłków (dieta lekkostrawna).
- Zachęcania do spożywania posiłków częściej, w mniejszych ilościach.
- Edukacja opiekuna w zakresie sposobów radzenia sobie z niechęcią do jedzenia.

Oczekiwane wyniki: Dziecko spożywa posiłki regularnie, w odpowiednich ilościach. Apetyt pacjenta znacząco poprawia się. Opiekun zna sposoby radzenia sobie z niechęcią dziecka do jedzenia.

- **Diagnoza pielęgniarstwa 3:** Niedobór masy ciała związany z przewlekłymi zaburzeniami wchłaniania.

Cel opieki: Poprawa stanu odżywienia pacjenta.

Interwencje pielęgniarstwa:

- Regularne monitorowanie masy ciała oraz wzrostu pacjenta.
- Obliczanie wskaźnika masy ciała (BMI) na podstawie aktualnych pomiarów antropometrycznych oraz porównywanie wyników z siatkami centylowymi.

- Obserwacja pacjenta pod kątem objawów niedożywienia (bładość, osłabienie, utrata tkanki tłuszczowej).
- Zachęcanie do regularnego spożywania posiłków.
- Zapewnienie spokojnych warunków podczas spożywania posiłków poprzez eliminację czynników rozpraszających oraz stworzenie atmosfery sprzyjającej jedzeniu.
- Współpraca z zespołem terapeutycznym (lekarzem, dietetykiem).

Oczekiwane wyniki: Dziecko osiąga i utrzymuje masę ciała odpowiednią do wieku i wzrostu. Brak występujących objawów niedożywienia u pacjenta.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Niepokój i lęk dziecka związany z hospitalizacją i wykonywaniem badań diagnostycznych.

Cel opieki: Zmniejszenie poziomu niepokoju i lęku dziecka.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena poziomu niepokoju i lęku dziecka (płaczliwość, unikanie kontaktu wzrokowego, napięcie mięśniowe).
- Zapewnienie obecności opiekuna podczas badań diagnostycznych.
- Przygotowanie dziecka do procedur medycznych poprzez wyjaśnienie przebiegu badań w sposób dostosowany do wieku i poziomu rozwoju dziecka.
- Zastosowanie technik relaksacyjnych i dystrykcyjnych w celu odwrócenia uwagi dziecka od stresujących sytuacji.
- Współpraca z zespołem terapeutycznym.

Oczekiwane wyniki: Dziecko wykazuje zmniejszony poziom lęku i niepokoju podczas hospitalizacji i badań diagnostycznych. Pacjent uczestniczy w procedurach medycznych z mniejszym oporem i stresem.

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Niski poziom wiedzy dotyczący przygotowania oraz przebiegu badania gastroscopowego.

Cel opieki: Zwiększenie poziomu wiedzy w zakresie przygotowania i przebiegu badania gastroscopowego.

Interwencje pielęgniarskie:

- Przeprowadzenie rozmowy weryfikującej znajomość zagadnienia gastroskopii z rodziną.
- Przekazanie informacji i wskazówek na temat przygotowania do planowanego badania.
- Opis przebiegu badania gastroskopowego oraz zastosowania krótkotrwałego znieczulenia ogólnego.
- Odpowiedzi na pytania rodziny i rozwianie wątpliwości.
- Zapewnienie o obecności wykwalifikowanego personelu podczas całej procedury.

Oczekiwane wyniki: Pacjent i jego opiekunowie rozumieją zasady przygotowania do badania gastroskopowego oraz znają jego przebieg. Zmniejszony został poziom niepokoju związanego z planowaną procedurą dzięki zwiększeniu poziomu wiedzy rodziny.

- **Diagnoza pielęgniarska 6:** Niski poziom wiedzy rodziców dotyczący zasad żywienia bezglutenowego.

Cel opieki: Zwiększenie poziomu wiedzy na temat zasad żywienia bezglutenowego.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena aktualnego poziomu wiedzy na temat diety bezglutenowej.
- Omówienie produktów dozwolonych i zabronionych w diecie bezglutenowej.
- Przekazanie informacji o czytaniu etykiet i identyfikowaniu ukrytego glutenu w produktach spożywczych.
- Przekazanie materiałów edukacyjnych dotyczących choroby trzewnej [załącznik 3,4,5].
- Wspieranie rodziców w aktywnym poszukiwaniu wiedzy i umiejętności związanych z przygotowywaniem posiłków bezglutenowych.
- Zachęcanie do współpracy z dietetykiem w celu opracowania indywidualnego planu żywieniowego.
- Udzielenie odpowiedzi na pojawiające się pytania i wątpliwości dotyczące diety bezglutenowej.

Oczekiwane wyniki: Rodzice wykazują zrozumienie zasad diety bezglutenowej i potrafią je stosować w codziennym życiu. Są świadomi znaczenia i konsekwencji jej nieprzestrzegania oraz korzystają z dostępnych zasobów edukacyjnych i wsparcia w zakresie żywienia bezglutenowego.

- **Diagnoza pielęgniarska 7:** Zwiększona niechęć dziecka związana z koniecznością stosowania się do diety bezglutenowej.

Cel opieki: Zmniejszenie niechęci dziecka dotyczącej stosowania diety bezglutenowej.

Interwencje pielęgniarskie:

- Prowadzenie rozmów dostosowanych do wieku dziecka na temat choroby i konieczności przestrzegania diety.
- Pokazywanie bezpiecznych zamienników ulubionych produktów.
- Zachęcanie do prowadzenia dzienniczka jedzenia i zapisywania „nowych ulubionych dań”.
- Zachęcanie rodziców do angażowania dziecka w planowanie i przygotowywanie posiłków zgodnych z dietą bezglutenową.
- Proponowanie bajek lub książeczek tematycznych o dzieciach z celiakią.
- Zachęcanie do kontaktu z innymi dziećmi z celiakią (grupy wsparcia, spotkania edukacyjne dla rodzin).

Oczekiwane wyniki: Dziecko rozumie, czym jest dieta bezglutenowa i dlaczego musi ją stosować. Wykazuje większe zaangażowanie i otwartość na nowe produkty. Spożywa posiłki chętniej i z mniejszym napięciem emocjonalnym.

- **Diagnoza pielęgniarska 8:** Ryzyko wystąpienia powikłań związanych z nieprzestrzeganiem diety bezglutenowej.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań związanych z nieprzestrzeganiem diety bezglutenowej.

- **Interwencje pielęgniarskie:** Przekazanie informacji na temat powikłań wynikających z nieprzestrzegania diety bezglutenowej.
- Omówienie znaczenia ścisłego przestrzegania diety bezglutenowej jako jedynej skutecznej formy leczenia celiakii.

EDUKACYJNA ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD DZIECKIEM Z CELIAKIĄ

- Dostarczenie materiałów informacyjnych dotyczących diety bezglutenowej i jej znaczenia w leczeniu celiakii.
- Podkreślanie korzyści zdrowotnych i poprawy samopoczucia przy stosowaniu diety bezglutenowej.
- Wspieranie emocjonalne dziecka i rodziny w procesie adaptacji do życia z przewlekłą dietą.
- Zalecenie regularnego monitorowania dziecka pod kątem stosowania się do zaleceń dietetycznych.
- Poinformowanie o konieczności wykonywania badań serologicznych dwa razy do roku w celu monitorowania skuteczności leczenia dietetycznego oraz ewentualnych nawrotów.

Oczekiwane wyniki: Pacjent i jego opiekunowie wykazują zrozumienie znaczenia ścisłego przestrzegania diety bezglutenowej i konsekwencji jej nieprzestrzegania. Pacjent stosuje się do zaleceń dietetycznych, co przyczynia się do poprawy jego stanu zdrowia i zapobiega wystąpieniu powikłań.

WNIOSKI

1. Dzieci z celiakią oraz ich rodziny napotykają na liczne trudności związane z codziennym funkcjonowaniem. Dotyczą one przede wszystkim konieczności eliminacji glutenu z diety, ograniczeniami żywieniowymi w szkole i poza domem, brakiem wiedzy otoczenia oraz obciążeniem emocjonalnym wynikającym z obecnością choroby przewlekłej.
2. Do najważniejszych zadań pielęgniarki w edukacji pacjentów pediatrycznych z celiakią należy przekazanie rzetelnej wiedzy o chorobie i zasadach diety, dostosowanej do wieku i poziomu rozwoju dziecka, a także wsparcie informacyjne i emocjonalne udzielane opiekunom.
3. Pielęgniarka może wspierać dziecko i rodzinę w przestrzeganiu diety bezglutenowej przede wszystkim poprzez edukację żywieniową, udostępnianie materiałów informacyjnych, motywowanie do trwałej zmiany nawyków oraz pomoc w przystosowaniu się do nowej sytuacji zdrowotnej i społecznej. Ważnym elementem wsparcia jest również dzielenie się praktycznymi sposobami radzenia sobie z możliwymi

ograniczeniami – wymiana doświadczeń i wskazówki dotyczące organizacji posiłków mogą znacząco ułatwić rodzinie funkcjonowanie z chorobą przewlekłą.

4. Najskuteczniejsze metody edukacyjne w przekazywaniu wiedzy o celiakii to te, które są dostosowane indywidualnie do potrzeb i możliwości pacjenta oraz opiekunów, z wykorzystaniem materiałów wizualnych, przykładów praktycznych oraz aktywnego dialogu i udziału uczestników.
5. Edukacja pielęgniarska ma istotny wpływ na jakość życia dzieci z celiakią i ich rodzin, ponieważ zmniejsza poziom lęku i niepewności, wzmacnia poczucie bezpieczeństwa oraz kontroli nad sytuacją zdrowotną, a także zwiększa skuteczność stosowania diety i ogranicza ryzyko wystąpienia powikłań związanych z chorobą przewlekłą

PIŚMIENNICTWO

1. Artykiewicz K, Czarkowski M, Gorczyca K, i wsp.: Celiac disease - a review on recent advances in characteristics, diagnostic and treatments. *J EducHealth Sport*. 2023;13(1):11-17.
2. Villanacci V, Vanoli A, Leoncini G, et al.: Celiacdisease: histology-differential diagnosis-complications. A practical approach. *Pathologica*. 2020;112(3):186-196
3. Polskie Stowarzyszenie Osób z Celiakią i na Diecie Bezglutenowej. Celiakia – przewodnik dla pacjenta. W: Forum Organizacji Pacjentów. Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia; 2016:3-8
4. Puchalski K, Zwolski M, Szumlas Z i wsp.: Coeliacdisease – systematic review of origin, pathology, diagnosis and treatment. *J EducHealth Sport*. 2023; 39(1), 135-148.
5. Konińska G, Marczevska A, Sabak-Huzior P, Źródlak M, red.: Celiakia i dieta bezglutenowa. Praktyczny poradnik. Warszawa: Polskie Stowarzyszenie Osób z Celiakią i na Diecie Bezglutenowej; 2021;10-92
6. Cardo A, Churrua I, Lasa A, et al.: Nutritional Imbalances in Adult Celiac Patients Following a Gluten-Free Diet. *Nutrients*. 2021;13(8):2877

7. Aljada B, Zohni A, El-Matary W.: The Gluten-Free Diet for Celiac Disease and Beyond. *Nutrients*. 2021;13(11):3993
8. Bulsa M, Cichańska BA, Cichon R, i wsp.: Celiakia – dieta bezglutenowa. W: Kamińska B, Czerwionka-Szaflarska M, red. Celiakia. Dieta bezglutenowa. Wiedzieć więcej. Bydgoszcz: Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych na Celiakię „Przekreślony Kłós”; 2016: 13-15, 107-175
9. Sierpień M, Górka D, Karwanska A, i wsp.: Gluten-free diet - opportunities and limitations. *J EducHealth Sport*. 2023;13(3):186-190
10. Şayık D, Açıkgöz A, Yiğit D.: The use of Orlando's interaction theory in nursing carepractice: Celiac disease. *J Contemp Med*. 2023;18(3):259-263.
11. Piskorz A, Rogowska K, Wolfshaut-Wolak R, Oskędra I.: Nursing care and dietary procedures in the case of a young patient diagnosed with type 1 diabetes and celiac disease – casestudy. *NursingProblems*. 2020;28(2):111-118

ROLA I ZADANIA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM PRZYGOTOWANYM DO KORONAROGRAFII

Katarzyna Wiśniewska¹, Joanna Girzelska², Paulina Walczak³

1 - Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

2 - Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku

3- Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

WSTĘP

Choroba wieńcowa, czyli choroba niedokrwienna serca, jest jedną z głównych przyczyn zachorowalności i umieralności na świecie. Stanowi ważny problem zdrowotny oraz społeczny, szczególnie w krajach rozwiniętych, gdzie jej rozpowszechnienie wzrasta wraz z procesami starzenia się społeczeństwa oraz szerokim występowaniem czynników ryzyka cywilizacyjnych [1].

Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia, schorzenia układu sercowo-naczyniowego, w tym choroba wieńcowa, odpowiadają prawie za niespełna 18 miliona zgonów rocznie, stanowiąc około 30% wszystkich zgonów na świecie. W Europie choroby te przyczyniają się do ponad 45% zgonów wśród kobiet i około 37% wśród mężczyzn. Natomiast w Polsce są główną przyczyną zgonów, odpowiadając za około 40% przypadków [2].

Wzrost liczby przypadków choroby wieńcowej jest ściśle związany z występowaniem czynników ryzyka, takich jak nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia, palenie tytoniu, otyłość, brak aktywności fizycznej oraz starzenie się populacji. W związku z tym koronarografia jako podstawowe badanie diagnostyczne i interwencyjne w chorobie wieńcowej odgrywa kluczową rolę w zmniejszaniu umieralności i poprawie jakości życia pacjentów [3].

Choroba wieńcowa znacząco wpływają na życie pacjentów. Ze względu na przewlekły charakter i możliwość wystąpienia ostrych epizodów np. zawałów serca, choroba ta wymaga kompleksowego podejścia pielęgnacyjnego. Problemy pielęgnacyjne mogą wynikać z samym objawów choroby, a także z konieczności zmiany stylu życia, przyjmowania leków oraz trudności emocjonalnych [4].

CEL PRACY

Celem głównym niniejszych badań było poznanie roli i zadań pielęgniarki w opiece nad pacjentem przygotowanym do koronarografii, uwzględniając aspekty organizacyjne, psychologiczne oraz techniczne związane z tym procesem.

MATERIAŁ I METODY

Główną metodą badawczą zastosowaną w niniejszej pracy była metoda indywidualnego przypadku. Główną metodą badawczą zastosowaną w niniejszym badaniu była metoda studium indywidualnego przypadku, techniką zaś wywiad i obserwacja pielęgniarska, analiza dokumentacji medycznej oraz pomiar kardynalnych parametrów życiowych pacjenta. Narzędzia badawcze, wykorzystane w badaniu to BMI (ang. Body mass index), wskaźnik WHR(ang. Waist Hip Ratio), Skala oceny ryzyka powstawania odleżyn Norton, Skala Torrance'a, Skala oceny bólu NRS- (ang. Numerical Rating Scale), Skala IADL- w ocenie skalą IADL, Skala Tinetti.

W pracy opisano pacjenta przyjętego na oddział kardiologii Radomskiego Szpitala Specjalistycznego im. Tytusa Chałubińskiego, zlokalizowanego przy ul. Adolfa Tochtermana. Oddział kardiologii specjalizuje się w diagnostyce, leczeniu i rehabilitacji pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Dysponuje nowoczesnym wyposażeniem, umożliwiającym przeprowadzanie szerokiej gamy procedur diagnostycznych, takich jak echokardiografia, elektrokardiografia (EKG) oraz testy wysiłkowe. Oddział jest przygotowany do udzielania pilnej pomocy w przypadkach nagłych, dzięki dostępności pracowni hemodynamicznej. W skład oddziału wchodzi strefa przyjęć i konsultacji, sale chorych wyposażone w łóżka szpitalne, urządzenia monitorujące funkcje życiowe oraz system przywoławczy, pracownia diagnostyczna, sala intensywnej opieki kardiologicznej (OIOK), przeznaczona dla pacjentów w ciężkim stanie wymagających stałego nadzoru. Ponadto, integralną częścią oddziału jest pracownia hemodynamiki, która realizuje zaawansowane zabiegi jak inwazyjne leczenie zawału serca, planowa koronarografia i angioplastyka wieńcowa, inwazyjne zabiegi ratunkowe, w tym kontrapulsacja wewnątrzaoortalna.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Pacjent, mężczyzna lat 64 został przyjęty na oddział kardiologii w trybie planowym celem przygotowania do zabiegu koronarografii. Głównym wskazaniem była przewlekła, stabilna dławica piersiowa nasilająca się przy wysiłku fizycznym. Z uwagi na przebyte incydenty sercowo-naczyniowe oraz współistniejące schorzenia, konieczna była szczegółowa ocena stanu pacjenta i jego przygotowanie do procedury.

Chory po zawale mięśnia sercowego przed 3 laty, zмага się z chorobami współistniejącymi nadciśnieniem tętniczym, hiperlipidemią oraz przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), cukrzycą typu 2 leczoną tabletkami. Systematycznie przyjmuje zlecone leki. Badany palił papierosy przez 30 lat, jednak 5 lat temu rzucił palenie, sporadycznie spożywa alkohol.

Wykonane procedury:

- EKG - wykazano zmiany niedokrwienne w odprowadzeniach bocznych;
- Echokardiografia - potwierdzono prawidłową frakcję wyrzutową lewej komory (EF 55%);
- Test wysiłkowy - dodatni, ujawniający niedokrwienie mięśnia sercowego;
- Badania laboratoryjne - morfologia, lipidogram, poziom glukozy, wskaźniki funkcji nerek;
- Przygotowanie farmakologiczne – dostosowano dawki leków przeciwplatek (ASA, kłopidogrel), aby zminimalizować ryzyko zakrzepicy i krwawienia
- Hydratacja - wdrożono intensywne nawadnianie dożylne w celu ochrony nerek przed uszkodzeniem związanym z podaniem środka kontrastowego.

Pacjent został poinformowany o przebiegu zabiegu, ryzyku oraz potencjalnych korzyściach wynikających z diagnostyki inwazyjnej.

W ramach przygotowania wykonano niezbędne badania laboratoryjne i kardiologiczne. Planowany zabieg koronarografii miał na celu ocenę stopnia zwężeń w tętnicach wieńcowych oraz ewentualne podjęcie decyzji o dalszym leczeniu interwencyjnym, takim jak przeszłona angioplastyka wieńcowa (PTCA) z implantacją stentu lub kwalifikacja do pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG).

Po zakończeniu procedur przygotowawczych pacjent pozostaje pod ścisłą obserwacją, aby zapewnić stabilność parametrów hemodynamicznych i gotowość do przeprowadzenia zabiegu w warunkach szpitalnych

Proces pielęgnowania pacjenta

- **Diagnoza pielęgniarska 1:** Niepokój pacjenta związany z planowanym zabiegiem, objawiający się wzmożonym napięciem i trudnościami ze snem.

Cel opieki: Redukcja stresu i poprawa komfortu psychicznego pacjenta.

Plan opieki:

- Przeprowadzenie rozmowy terapeutycznej,
- Edukacja pacjenta na temat przebiegu zabiegu,
- Wsparcie psychologiczne i motywacyjne,
- Zaproponowanie technik relaksacyjnych (np. spokojne oddychanie, muzyka relaksacyjna, ćwiczenia oddechowe),
- Zapewnienie spokojnego i komfortowego środowiska w sali pacjenta, z ograniczeniem hałasu i zbędnych bodźców.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent wykazuje mniejszy poziom lęku, lepsze przygotowanie mentalne do zabiegu.

- **Diagnoza pielęgniarska 2:** Ból dławicowy o nasileniu 3/10 NRS spowodowany niedokrwieniem mięśnia sercowego, objawiający się bólem w klatce piersiowej nasilającym się przy wysiłku.

Cel opieki: Redukcja epizodów bólowych i poprawa komfortu pacjenta.

Plan opieki:

- Monitorowanie występowania i natężenia bólu,
- Podawanie nitrogliceryny zgodnie z zaleceniami lekarza,
- Unikanie nadmiernego wysiłku fizycznego,
- Ocena skuteczności zastosowanych leków i modyfikacja interwencji przy braku efektu,
- Edukacja pacjenta na temat rozpoznawania objawów dławicy i zasad postępowania w przypadku ich wystąpienia.

Ocena efektów podjętych działań: Mniejsze nasilenie bólu - spadek do 1 w skali NRS, poprawa samopoczucia pacjenta.

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Ograniczona tolerancja wysiłku wynikająca z niewydolności serca, objawiająca się dusznością wysiłkową.

Cel opieki: Poprawa tolerancji wysiłkowej pacjenta.

Plan opieki:

- Przekazanie pacjentowi informacji odnośnie do zalecanej aktywności i ćwiczeń,
- Monitorowanie duszności i zmęczenia,
- Współpraca z fizjoterapeutą,
- Zapewnienie przerw w aktywności i możliwość odpoczynku w razie nasilenia duszności,
- Edukacja pacjenta w zakresie objawów niewydolności serca i potrzeby ich monitorowania.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent wykazuje lepszą tolerancję wysiłkową, zmniejszenie epizodów duszności.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Zaburzenia snu związane z hospitalizacją i stresem przed zabiegiem, objawiające się trudnościami z zasypianiem i przerywanym snem.

Cel opieki: Poprawa jakości snu pacjenta i zapewnienie mu wypoczynku niezbędnego do regeneracji przed zabiegiem.

Plan opieki:

- Zapewnienie spokojnych warunków do snu (ograniczenie hałasu, przygaszone światło),
- Unikanie pobudzających czynności przed snem (np. pomiarów, rozmów),
- Możliwość zastosowania środków nasennych po konsultacji z lekarzem,
- Rozmowa z pacjentem w celu zredukowania napięcia emocjonalnego,
- Monitorowanie rytmu dobowego snu i czuwania.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent przesypia większą część nocy, zgłasza lepsze samopoczucie rano, zmniejszenie uczucia zmęczenia i rozdrażnienia.

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Brak wiedzy pacjenta na temat diety kardiologicznej, objawiający się nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi.

Cel opieki: Edukacja pacjenta w zakresie zdrowego odżywiania i zasad diety kardiologicznej.

Plan opieki:

- Przeprowadzenie edukacji na temat wpływu diety na stan układu sercowo-naczyniowego,
- Udostępnienie pacjentowi materiałów edukacyjnych na temat zdrowej diety,
- Współpraca z dietetykiem w celu opracowania indywidualnego planu żywieniowego,
- Omówienie najczęstszych błędów żywieniowych i sposobów ich eliminacji,
- Zachęcanie pacjenta do prowadzenia dzienniczka żywieniowego w celu monitorowania postępów.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent rozumie znaczenie zdrowego żywienia i stosuje się do zaleceń dietetycznych.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 6:** Obniżona motywacja do zmiany stylu życia po zabiegu.

Cel opieki: Zwiększenie motywacji pacjenta do wprowadzenia zdrowych nawyków.

Plan opieki:

- Przeprowadzenie rozmów motywacyjnych,
- Wsparcie psychologiczne w procesie zmiany stylu życia,
- Ustalenie realnych celów zdrowotnych dostosowanych do możliwości pacjenta,
- Włączenie rodziny do procesu motywacyjnego - rozmowy, wspólne cele, wsparcie,
- Zapewnienie pacjentowi dostępu do informacji o lokalnych formach wsparcia (rehabilitacja, grupy wsparcia, poradnie).

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent wykazuje większą motywację do prowadzenia zdrowego trybu życia.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 7:** Brak wiedzy pacjenta na temat zasad higieny miejsca wkłucia i postępowania po koronarografii.

Cel opieki: Przygotowanie pacjenta do prawidłowej samoopieki po zabiegu.

Plan opieki:

- Przekazanie pacjentowi informacji na temat higieny miejsca wkłucia po zabiegu,

ROLA I ZADANIA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM PRZYGOTOWANYM DO KORONAROGRAFII

- Udzielenie instruktażu dotyczącego objawów infekcji, które należy zgłaszać personelowi medycznemu,
- Zachęcenie pacjenta do zachowania ostrożności w obrębie kończyny, gdzie będzie wykonane wkłucie,
- Omówienie zasad pielęgnacji w domu po wypisie,
- Edukacja w zakresie znaczenia nieprzerywania opatrunku i nieprzyjmowania leków bez konsultacji.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent świadomy konieczności utrzymania higieny po zabiegu i zasad postępowania z miejscem wkłucia.

- **Diagnoza pielęgniarska 8:** Ograniczona sprawność w codziennych czynnościach wynikająca z choroby wieńcowej.

Cel opieki: Poprawa samodzielności pacjenta w wykonywaniu codziennych czynności.

Plan opieki:

- Wsparcie w codziennych czynnościach w miarę potrzeb pacjenta,
- Indywidualny plan rehabilitacji dostosowany do stanu zdrowia,
- Monitorowanie poziomu zmęczenia i duszności podczas wykonywania czynności dnia codziennego,
- Motywowanie pacjenta do stopniowego zwiększania aktywności fizycznej,
- Edukacja pacjenta i jego rodziny w zakresie bezpiecznego zwiększania aktywności fizycznej oraz organizacji życia domowego po wypisie.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent bardziej samodzielny, poprawa kondycji i samopoczucia.

- **Diagnoza pielęgniarska 9:** Brak wiedzy pacjenta dotyczącej procedury koronarografii, objawiający się pytaniami, niepokojem i niewiedzą co do przebiegu zabiegu.

Cel opieki: Zwiększenie świadomości pacjenta na temat przebiegu i celu koronarografii oraz zmniejszenie lęku związanego z niewiedzą.

Plan opieki:

ROLA I ZADANIA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM PRZYGOTOWANYM DO KORONAROGRAFII

- Udzielenie pacjentowi wyczerpującej informacji na temat procedury w sposób dostosowany do jego poziomu wiedzy,
- Odpowiadanie na pytania i rozwiewanie wątpliwości dotyczących zabiegu,
- Przekazanie materiałów edukacyjnych lub pokazanie schematu zabiegu,
- Zachęcanie pacjenta do dzielenia się swoimi obawami,
- Monitorowanie poziomu zrozumienia i udzielanie dodatkowych wyjaśnień w razie potrzeby.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent wykazuje zrozumienie celu i przebiegu zabiegu, zadaje mniej pytań świadczących o niepokoju, zgłasza większe poczucie bezpieczeństwa i przygotowania do procedury.

➤ Diagnoza pielęgniarska 10: Ryzyko infekcji miejsca wkłucia.

Cel opieki: Zapobieganie infekcji i utrzymanie prawidłowej higieny miejsca wkłucia.

Plan opieki:

- Ocena miejsca wkłucia pod kątem zaczerwienienia, wycieku, obrzęku lub bólu,
- Stosowanie odpowiednich technik aseptycznych podczas każdej zmiany opatrunku,
- Edukacja pacjenta na temat unikania dotykania miejsca wkłucia oraz jego higieny,
- Zapewnienie czystego i suchego opatrunku, zgodnie z zaleceniami lekarza,
- Rejestrowanie i natychmiastowe zgłaszanie wszelkich objawów infekcji lekarzowi prowadzącemu.

Ocena efektów podjętych działań: Brak objawów infekcji.

Diagnoza pielęgniarska 11: Ryzyko wystąpienia arytmii serca związane z istniejącymi chorobami układu krążenia.

Cel opieki: Monitorowanie rytmu serca i zapobieganie arytmii.

Plan opieki:

- Stałe monitorowanie EKG,
- Podawanie leków antyarytmicznych zgodnie z zaleceniami lekarza,
- Regularna kontrola parametrów biochemicznych,

ROLA I ZADANIA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM PRZYGOTOWANYM DO KORONAROGRAFII

- Edukacja pacjenta na temat objawów arytmii i sposobów postępowania w razie jej wystąpienia,
- Zapewnienie spokojnego środowiska, unikanie stresu i wysiłku mogącego prowokować zaburzenia rytmu.

Ocena efektów podjętych działań: Stabilizacja rytmu serca, brak epizodów arytmii.

- **Diagnoza pielęgniarska 12:** Ryzyko powikłań nerkowych związanych z zastosowaniem środka kontrastowego.

Cel opieki: Ochrona funkcji nerek pacjenta i minimalizacja ryzyka uszkodzenia nerek.

Plan opieki:

- Nawodnienie pacjenta przed i po zabiegu zgodnie z zaleceniami lekarza,
- Monitorowanie parametrów nerkowych (kreatynina, GFR),
- Ograniczenie stosowania nefrotoksycznych leków,
- Unikanie równoczesnego stosowania leków nefrotoksycznych (np. NLPZ),
- Monitorowanie ewentualnych obrzęków,
- Edukacja pacjenta w zakresie nawodnienia i unikania samodzielnego przyjmowania leków bez konsultacji z lekarzem.

Ocena efektów podjętych działań: Prawidłowe funkcjonowanie nerek, brak powikłań związanych z kontrastem

- **Diagnoza pielęgniarska 13:** Ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych uwarunkowane nadciśnieniem tętniczym, przebytym zawałem mięśnia sercowego oraz zaburzeniami gospodarki lipidowej.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka incydentów sercowo-naczyniowych w okresie okołoperacyjnym.

Plan opieki:

- Nawodnienie pacjenta przed i po zabiegu zgodnie z zaleceniami lekarza,
- Monitorowanie parametrów hemodynamicznych,
- Wdrożenie leczenia hipotensyjnego i hipolipemizującego zgodnie z zaleceniami lekarza,

- Kontrola poziomu glukozy i elektrolitów,
- Edukacja pacjenta na temat czynników ryzyka i znaczenia ich kontroli.

Ocena efektów: Brak epizodów pogorszenia stanu krążeniowego, stabilizacja ciśnienia i tętna.

- **Diagnoza pielęgniarska 14:** Ryzyko hipoglikemii związane z cukrzycą typu 2 i okresem pozostawania na czczo przed planowaną koronarografią.

Cel opieki: Zapobieganie spadkom poziomu glukozy we krwi i utrzymanie jej w normie w okresie okołozabiegowym.

Plan opieki:

- Monitorowanie glikemii (przed zabiegiem i po jego zakończeniu),
- Upewnienie się, że pacjent nie przyjął porannej dawki leków przeciwcukrzycowych,
- Obserwacja objawów ewentualnej hipoglikemii (osłabienie, drżenie, zawroty głowy),
- Wznowienie diety i farmakoterapii zgodnie z zaleceniami lekarza po zakończeniu zabiegu,
- Edukacja pacjenta na temat zasad postępowania z lekami przeciwcukrzycowymi w dniu planowanej procedury.

Ocena efektów: Brak epizodów hipoglikemii, prawidłowy poziom glukozy, pacjent świadomy zasad postępowania z farmakoterapią cukrzycy przed zabiegami.

- **Diagnoza pielęgniarska 15:** Ryzyko zakrzepicy związane z ograniczoną aktywnością fizyczną.

Cel opieki: Zapobieganie powstawaniu zakrzepów i poprawa krążenia obwodowego.

Plan opieki:

- Obserwacja kończyn dolnych pod kątem zaczerwienienia, obrzęków i bólu,
- Regularna mobilizacja pacjenta w łóżku i w miarę możliwości pionizacja,
- Prowadzenie ćwiczeń usprawniających i oddechowych zgodnie z zaleceniami fizjoterapeuty,
- Podawanie leków przeciwzakrzepowych zgodnie z zaleceniami lekarskimi,

- Zastosowanie środków profilaktycznych: pończoch uciskowych, nawodnienia, unikanie długotrwałego unieruchomienia.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent bez objawów zakrzepicy, poprawa krążenia.

WNIOSKI:

1. Pielęgniarka pełni wielowymiarową rolę w opiece nad pacjentem przygotowywanym do koronarografii, obejmującą działania edukacyjne, opiekuńcze, wychowawcze, terapeutyczne i rehabilitacyjne. Jej zadania są nieodzowne dla zapewnienia bezpieczeństwa, komfortu psychicznego oraz skutecznego przygotowania pacjenta do zabiegu.
2. W ramach funkcji edukacyjnej, pielęgniarka skutecznie informuje pacjenta o celu, przebiegu i możliwych powikłaniach koronarografii. Przekazuje jasne i przystępne instrukcje dotyczące przygotowania do badania oraz zasad postępowania po jego zakończeniu, co zmniejsza poziom lęku i zwiększa zaangażowanie chorego w proces leczenia.
3. W zakresie funkcji opiekuńczej, pielęgniarka monitoruje stan zdrowia pacjenta, przygotowuje go do zabiegu pod względem fizycznym, zapewnia opiekę w czasie hospitalizacji oraz wspiera go emocjonalnie. Działania te pozwalają wcześniej wykrywać niepokojące objawy i minimalizować ryzyko powikłań.
4. Funkcja wychowawcza realizowana przez pielęgniarkę polega na kształtowaniu u pacjenta pozytywnych postaw zdrowotnych. Pielęgniarka motywuje chorego do przestrzegania zaleceń lekarskich, zdrowego stylu życia oraz samokontroli, co wpływa korzystnie na proces zdrowienia oraz profilaktykę chorób układu sercowo-naczyniowego.
5. W ramach funkcji terapeutycznej, pielęgniarka pomaga pacjentowi radzić sobie z lękiem, stresem i napięciem emocjonalnym towarzyszącym planowanemu zabiegowi. Dzięki rozmowom, wsparciu oraz – w razie potrzeby – zastosowaniu farmakoterapii, pacjent czuje się bezpieczniej i lepiej znosi hospitalizację.
6. W realizacji funkcji rehabilitacyjnej, pielęgniarka wspiera pacjenta w powrocie do codziennej aktywności po zabiegu. Przekazuje wiedzę na temat bezpiecznego zakresu aktywności fizycznej, instruuje w zakresie samoobsługi i samopielęgnacji oraz edukuje w zakresie profilaktyki dalszych incydentów sercowo-naczyniowych.

7. Proces przygotowania pacjenta do samodzielności powinien obejmować zarówno edukację w warunkach szpitalnych, jak i kontynuację opieki w domu. Kluczowe znaczenie ma tu współpraca z rodziną oraz wsparcie ze strony pielęgniarki środowiskowej lub POZ.
8. Zalecenia dla pacjenta i jego opiekunów powinny obejmować: stałe monitorowanie parametrów zdrowotnych, przestrzeganie diety kardiologicznej, unikanie stresu, systematyczną aktywność fizyczną oraz ścisłą współpracę z personelem medycznym.
9. Zalecenia dla personelu pielęgniarskiego to: indywidualne podejście do pacjenta, dostosowanie działań do poziomu jego wiedzy i możliwości, stałe aktualizowanie wiedzy oraz komunikacja oparta na empatii i zaufaniu.

PIŚMIENNICTWO:

1. Wrzosek K.: Stabilna choroba wieńcowa – komu zaproponować diagnostykę inwazyjną? *Medycyna Faktów* 2021; 9(1): 84–87.
2. Kośmicki M.: Choroba wieńcowa w praktyce lekarza ogólnego. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2022: 78-79.
3. Bartoszewicz M., Rać M.: Czynniki ryzyka choroby wieńcowej – diagnostyka, leczenie i prewencja. *Hygeia Public Health* 2021; 53(3): 253–261.
4. Pietrasik A.: Pacjent z mostkiem mięśniowym nad tętnicą wieńcową – obraz kliniczny, rozpoznanie, leczenie. *Choroby Serca i Naczyń* 2021; 13(2): 129–132.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO ARTROSKOPII KOLANA

Katarzyna Wiśniewska¹, Kacper Kowalik²

1- Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

2- Absolwent Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

WSTĘP

Artroskopia stawu kolanowego jest małoinwazyjną procedurą chirurgiczną służącą do diagnozowania i leczenia schorzeń stawu kolanowego. Często wykonuje się ją w przypadku schorzeń takich jak rozdarcie łąkotki, urazy więzadeł, uszkodzenia chrząstki i usunięcie luźnych fragmentów. Zabieg polega na wprowadzeniu do stawu kolanowego małej kamery, zwanej artroskopem, poprzez małe nacięcia. Dzięki temu chirurg może obejrzeć na ekranie monitora wnętrze stawu i dokonać niezbędnych działań przy użyciu specjalistycznych narzędzi [1]. Opieka pielęgniarska nad pacjentem po artroskopii kolana jest kluczowym elementem w procesie rekonwalescencji i powrotu do sprawności ruchowej. Pielęgniarki odgrywają istotną rolę na każdym etapie leczenia, od przygotowania pacjenta do zabiegu, przez monitorowanie stanu zdrowia po operacji, aż po wsparcie w okresie rehabilitacji. Ich zadania obejmują m.in. zarządzanie bólem, zapobieganie powikłaniom, edukację pacjenta oraz jego rodziny, a także koordynację z zespołem medycznym [2].

CEL PRACY

Celem pracy jest ukazanie holistycznych elementów opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po artroskopii stawu kolanowego.

MATERIAŁ I METODY

Zastosowaną metodą badawczą w omawianej pracy była analiza przypadku indywidualnego, skupiająca się na ocenie stanu bio-psycho społecznego pacjenta po artroskopii kolana. Aby przedstawić zakres holistycznej opieki pielęgniarskiej w opiece nad pacjentem po

takim zabiegu, użyto specjalistycznych technik i narzędzi badawczych, które pozwoliły kompleksowo przeanalizować powyższe zagadnienie. Techniki te obejmowały obserwację i wywiad pielęgniarski, analizę dokumentacji medycznej pacjenta, a także pomiary takie jak tętno, ciśnienie krwi, saturacja, liczba oddechów i waga. Wśród standaryzowanych narzędzi, które wykorzystano były: Arkusz do gromadzenia danych o pacjencie, Klasyfikacja nadwagi i otyłości w zależności od BMI, Ocena nudności i wymiotów według kryteriów WHO, Skalę Depresji Becka BDI, Skalę VAS, Skalę Norton, Skalę Bartel, Skala Glasgow, Bristolska skala formowania stolca, Skala Akceptacji Choroby.

Badanie przeprowadzono w marcu 2024 roku w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu. Uczestnik został szczegółowo poinformowany o zakresie badań, zapewniono mu pełną anonimowość oraz przestrzeganie tajemnicy zawodowej. Poproszono go również o zgłaszanie wszelkich niepokojących objawów, które mogłyby wystąpić w trakcie badania. Terminy spotkań zostały dostosowane do preferencji uczestnika. Całość badania odbyła się z zachowaniem rygorystycznych wymogów sanitarnych.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Metodą studium przypadku objęto 28-letniego mężczyznę o inicjałach W.O., zamieszkującego w mieście Radom, pozostającego w wolnym związku, studenta informatyki. U pacjenta zdiagnozowano uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej w lewym kolanie. Wywiad rodzinny nie wskazuje na występowanie innych schorzeń, a pacjent nie zgłasza nałogów ani uczuleń. W przeszłości przebył jedynie typowe choroby wieku dziecięcego, a jedynym istotnym czynnikiem ryzyka jest szpotawość kolan. Mężczyzna został przyjęty do szpitala w trybie pilnym dnia 3 kwietnia 2024 roku. Mężczyzna pozostaje pod stałą opieką medyczną, a dalsze postępowanie powinno koncentrować się na leczeniu ortopedycznym oraz łagodzeniu objawów bólowych i stanu zapalnego. Ważnym elementem będzie także wsparcie psychologiczne w celu poprawy akceptacji choroby. W miejscowym szpitalu wykonano rezonans magnetyczny, który wykazał uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej z nieistotnym uszkodzeniem chrząstki stawowej. Zabieg artroskopowy wykonano w znieczuleniu rdzeniowym w marcu 2018 r. Zidentyfikowano pęknięcie tylnego rogu łąkotki przyśrodkowej. Następnie wykonano artroskopową częściową meniscektomię przyśrodkową przy użyciu kleszczy koszykowych i shavera (Smith & Nephew)

bez żadnej interwencji w chrząstkę. Nie zastosowano fal radiowych ani lasera. Zabieg trwał około 40 minut.

Proces pielęgnowania pacjenta

- **Diagnoza pielęgniarska 1:** Ból związany z procedurą chirurgiczną.

Cel opieki: Redukcja bólu do akceptowalnego poziomu.

Plan opieki:

- Administracja przepisanych leków przeciwbólowych.
- Edukacja pacjenta o technikach łagodzenia bólu.
- Regularna ocena skali bólu (skala VAS).
- W zależności od zaleceń lekarza, stosowanie ciepłych lub zimnych okładów może pomóc złagodzić ból miejscowy.
- Zapewnienie komfortowej pozycji. Dostosowanie ułożenia pacjenta w łóżku, aby zminimalizować napięcie w obszarze bólowym.

Ocena efektów podjętych działań: Utrzymanie bólu na niskim poziomie.

- **Diagnoza pielęgniarska 2:** Ograniczona mobilność związana z operacją.

Cel opieki: Maksymalizacja zakresu ruchu w kolanie.

Plan opieki:

- Asystowanie w ćwiczeniach rehabilitacyjnych.
- Wykorzystanie stabilizatorów kolana lub innych urządzeń wspomagających, które mogą pomóc w zwiększeniu zakresu ruchu i bezpieczeństwa podczas ćwiczeń.
- Monitorowanie postępów w zakresie mobilności.
- Edukacja pacjenta o znaczeniu aktywności fizycznej dla gojenia.

Ocena efektów podjętych działań: Poprawa mobilności kolana.

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Obrzęk w obrębie operowanego kolana.

Cel opieki: Zmniejszenie obrzęku.

Plan opieki:

- Stosowanie zimnych okładów.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO ARTROSKOPII KOLANA

- Używanie bandaża kompresyjnego lub specjalnych pończoch przeciwoobrzękowych, które mogą pomóc w redukcji obrzęku i wspieraniu krążenia w operowanej kończynie.
- Administracja leków przeciwoobrzękowych przepisanych przez lekarza, które mogą pomóc w redukcji stanu zapalnego i obrzęku.
- Zachęcanie do odpowiedniego ułożenia nogi.
- Monitorowanie i dokumentacja stopnia obrzęku.

Ocena efektów podjętych działań: Umiarkowany obrzęk.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Niepokój związany z wynikiem operacji.

Cel opieki: Redukcja niepokoju.

Plan opieki:

- Prowadzenie rozmów wspierających.
- Umożliwienie pacjentowi kontaktu z rodziną lub przyjaciółmi, co może pomóc w redukcji uczucia niepokoju.
- Nauczanie pacjenta technik relaksacyjnych, takich jak głębokie oddychanie, medytacja czy relaksacja mięśniowa, które mogą pomóc zmniejszyć napięcie i lęk.
- Dostarczanie informacji o planie leczenia i oczekiwaniach pooperacyjnych.
- Wsparcie psychologiczne i emocjonalne.

Ocena efektów podjętych działań: Zmniejszenie odczuwanego niepokoju.

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Utrata niezależności związana z operacją.

Cel opieki: Wzrost niezależności pacjenta.

Plan opieki:

- Wsparcie w samodzielnych czynnościach życiowych.
- Edukacja o użyciu przyborów pomocniczych.
- Wspieranie w samodzielnym poruszaniu się.
- Skierowanie pacjenta do grup wsparcia, gdzie może wymieniać się doświadczeniami z innymi osobami w podobnej sytuacji, co może przyczynić się do wzrostu motywacji i niezależności.

Ocena efektów podjętych działań: Poprawa samodzielności.

- **Diagnoza pielęgniarska 6:** Utrata masy mięśniowej związana z brakiem aktywności.

Cel opieki: Zapobieganie atrofikii mięśni.

Plan opieki:

- Organizacja i nadzór nad planem rehabilitacji fizycznej.
- Implementacja terapii fizykalnych, takich jak masaże czy terapia cieplna, które mogą wspomagać procesy regeneracji mięśni.
- Edukacja pacjenta o znaczeniu regularnych ćwiczeń.
- Monitorowanie postępów w odbudowie masy mięśniowej.

Ocena efektów podjętych działań: Utrzymanie masy mięśniowej.

- **Diagnoza pielęgniarska 7:** Wystąpienie nudności i wymiotów związanych z zastosowanym znieczuleniem ogólnym.

Cel opieki: Złagodzenie nudności i zapobieganie wystąpieniu wymiotów.

Plan opieki:

- Monitorowanie objawów nudności i odpowiedź na nie.
- Podawanie leków przeciwwymiotnych zgodnie z zaleceniami lekarza.
- Zapewnienie odpowiedniej wentylacji pomieszczenia i unikanie zapachów mogących nasilać nudności.
- Zachęcanie do małych, częstych posiłków, jeśli nie ma przeciwwskazań dietetycznych.

Ocena efektów podjętych działań: Zmniejszenie epizodów nudności i wymiotów po interwencji pielęgniarskiej.

- **Diagnoza pielęgniarska 8:** Ryzyko dehydracji.

Cel opieki: Utrzymanie odpowiedniego nawodnienia.

Plan opieki:

- Zachęcanie do regularnego picia płynów.
- Monitorowanie ilości spożywanych płynów.
- Edukacja o znaczeniu nawodnienia.
- Upewnienie się, że pacjent ma łatwy dostęp do świeżej i czystej wody w każdym miejscu, gdzie się znajduje (np. w domu, w pokoju hospitalizacyjnym).

Ocena efektów podjętych działań: Adekwatne nawodnienie.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 9:** Ryzyko infekcji pooperacyjnej.

Cel opieki: Zapobieganie infekcjom w miejscu operacji.

Plan opieki:

- Regularna kontrola i czyszczenie rany.
- Zapewnienie, że wszystkie interwencje przy ranie są wykonywane zgodnie z aseptycznymi zasadami, aby zminimalizować ryzyko wprowadzenia patogenów do rany.
- Utrzymywanie rany suchą i odpowiednio wentylowaną, co może pomóc w zapobieganiu namnażaniu się bakterii.
- Edukacja pacjenta o znaczeniu higieny rany.
- Monitorowanie oznak infekcji jak zaczerwienienie czy obrzęk.

Ocena efektów podjętych działań: Brak oznak infekcji pooperacyjnej.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 10:** Ryzyko zakrzepicy żyłnej.

Cel opieki: Zapobieganie powstawaniu zakrzepów.

Plan opieki:

- Zachęcanie do ćwiczeń operowanej kończyny dolnej i mobilizacji.
- Regularne badania krwi w celu oceny efektywności i bezpieczeństwa terapii antykoagulacyjnej, dostosowywanie dawkowania leków na podstawie wyników.
- Zastosowanie doraźnych środków farmakologicznych, takich jak heparyna drobnocząsteczkowa, zgodnie z zaleceniami lekarskimi.
- Monitorowanie objawów zakrzepicy, jak obrzęk lub ból nóg.
- Administrowanie przepisanych antykoagulantów.

Ocena efektów podjętych działań: Brak objawów zakrzepicy.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 11:** Ryzyko niedożywienia.

Cel opieki: Zapewnienie odpowiedniej diety.

Plan opieki:

- Ocena potrzeb żywieniowych pacjenta.
- Zapewnienie diety bogatej w białko i witaminy.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO ARTROSKOPII KOLANA

- Wprowadzenie suplementów diety, jeśli dieta sama w sobie nie jest w stanie pokryć zapotrzebowania na niezbędne składniki odżywcze, zgodnie z zaleceniami lekarza.
- Monitorowanie spożycia pokarmu i płynów.

Ocena efektów podjętych działań: Adekwatne spożycie żywieniowe.

- **Diagnoza pielęgniarstwa 12:** Ryzyko odleżyn związane z ograniczoną mobilnością.

Cel opieki: Zapobieganie powstawaniu odleżyn.

Plan opieki:

- Regularna zmiana pozycji pacjenta.
- Użycie odpowiednich materacy przeciwoodleżynowych.
- Prowadzenie szkoleń dla personelu i rodziny pacjenta na temat technik prawidłowej zmiany pozycji i metod zapobiegania odleżynom, w tym znaczenia regularnego przemieszczania pacjenta.
- Monitorowanie i pielęgnacja skóry.

Ocena efektów podjętych działań: Brak odleżyn.

- **Diagnoza pielęgniarstwa 13:** Ryzyko depresji związane z ograniczeniami po operacji.

Cel opieki: Wspieranie zdrowia psychicznego pacjenta.

Plan opieki:

- Zapewnienie dostępu do konsultacji z psychologiem.
- Informowanie pacjenta oraz jego bliskich o potencjalnych psychologicznych skutkach operacji i ograniczeń, nauczanie technik radzenia sobie ze stresem i depresją.
- Wprowadzenie metod redukcji stresu takich jak joga, medytacja czy techniki oddechowe, które mogą pomóc w łagodzeniu napięcia emocjonalnego.
- Monitorowanie nastroju i zachowań pacjenta.
- Wsparcie emocjonalne i rozmowy motywujące.

Ocena efektów podjętych działań: Stabilizacja nastroju pacjenta.

- **Diagnoza pielęgniarstwa 14:** Ryzyko upadku związane z osłabieniem mięśni nogi.

Cel opieki: Zapobieganie upadkom.

Plan opieki:

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO ARTROSKOPII KOLANA

- Edukacja pacjenta o bezpiecznym poruszaniu się.
- Zapewnienie odpowiednich przyborów pomocniczych, jak laska lub chodzik.
- Włączenie ćwiczeń wzmacniających i poprawiających równowagę do codziennej rutyny pacjenta, które mogą pomóc wzmocnić mięśnie i poprawić stabilność.
- Organizacja przestrzeni wokół pacjenta, aby zminimalizować ryzyko potknięcia.

Ocena efektów podjętych działań: Brak incydentów upadku.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 15:** Ryzyko przewlekłego bólu.

Cel opieki: Zarządzanie przewlekłym bólem.

Plan opieki:

- Regularna ocena intensywności bólu.
- Dostosowywanie schematu leczenia przeciwbólowego.
- Zastosowanie metod niemedycznych, jak terapia ciepłem czy masaż.

Ocena efektów podjętych działań: Kontrola bólu na akceptowalnym poziomie.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wsunięto następujące wnioski:

1. U pacjenta zaobserwowano ból i obrzęk w obrębie operowanej kończyny dolnej, co jest typowym objawem pooperacyjnym wynikającym z procesu gojenia tkanek oraz możliwego stanu zapalnego. Objawy te wymagają regularnej oceny w celu monitorowania ich nasilenia oraz ewentualnego wdrożenia interwencji łagodzących, takich jak farmakoterapia przeciwbólowa, zimne okłady lub odpowiednie ułożenie kończyny.
2. Pacjent miał ograniczoną mobilność, co wpłynęło na jego codzienne funkcjonowanie oraz samodzielność w wykonywaniu podstawowych czynności. Wprowadzone interwencje pielęgniarstwa, w tym stopniowa mobilizacja i wsparcie w zakresie rehabilitacji, przyczyniły się do poprawy tego aspektu, jednak ograniczenia ruchowe nadal były obecne, co wskazuje na konieczność dalszej terapii oraz monitorowania postępów w rekonwalescencji.
3. Kluczowe interwencje pielęgniarstwa w przypadku tego pacjenta obejmowały regularne monitorowanie rany pooperacyjnej pod kątem obrzęku, zaczerwienienia, infekcji oraz

ryzyka zakrzepicy, co jest istotnym zagrożeniem u pacjentów po operacjach kończyn dolnych.

4. Wśród symptomów społeczno-psychologicznych manifestujących się u analizowanego pacjenta dominował niepokój związany z wynikiem operacji. Obawy dotyczyły zarówno skuteczności zabiegu, jak i możliwości powrotu do pełnej sprawności. Konieczne było zastosowanie wsparcia emocjonalnego oraz rozmów mających na celu zmniejszenie lęku i poprawę komfortu psychicznego pacjenta w procesie rekonwalescencji.
5. Pacjent w średnim stopniu akceptował swoją chorobę, co oznaczało, że choć był świadomy swojego stanu zdrowia i konieczności leczenia, nadal przejawiał pewne trudności w adaptacji do sytuacji. Możliwe, że jego obawy dotyczyły przyszłych konsekwencji zdrowotnych, zmian w stylu życia oraz ewentualnych ograniczeń w funkcjonowaniu. W związku z tym istotnym elementem opieki była edukacja pacjenta dotycząca dalszego procesu leczenia oraz psychologiczne wsparcie w celu poprawy jego nastawienia do własnej choroby.

PIŚMIENNICTWO:

1. Kruk A., Terech S., Jarzynkowski R., Piotrkowska R., Książek J.: Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem operowanym metodą artroskopii stawu kolanowego. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2018; 2(55): 219-224.
2. Jelonek N., Zmarzlak J., Turska A.M. i wsp.: Wybrane problemy pielęgnacyjne okresu okołoperacyjnego u pacjentki z nawracającym zwichnięciem rzepki – opis przypadku. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2018; 4: 141–147.

ROLA I ZADANIA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM PO ZABIEGU ANGIOPLASTYKI WIEŃCOWEJ

Katarzyna Wiśniewska¹, Joanna Girzelska², Katarzyna Kosowska³

1 - *Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*

2 - *Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku*

3 - *Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu*

WSTĘP

Przeżyłowa angioplastyka wieńcowa (PCI, *percutaneous coronary interventions*) jest powszechnie stosowaną metodą leczenia choroby niedokrwiennej serca. Choroba wieńcowa rozwija się wskutek postępu miażdżycy, która powoduje ograniczanie i zamykanie światła tętnic. Wykonanie zabiegu PCI pozwala na udrożnienie naczynia wieńcowego. Zabiegów przeżyłowej angioplastyki wieńcowej wykonuje się w Polsce ponad 130 tys. w ciągu roku. Obecnie PCI stanowi „złoty standard” leczenia postaci stabilnej choroby wieńcowej, jak i zawału serca. Zabiegi wykonuje się w trybie planowym lub nagłym [1,2]. W terapii chorób kardiologicznych odnotowuje się ciągły postęp i doskonalenie metod leczenia, a to wymusza aktualizowanie wiedzy przez pielęgniarkę, która powinna rzetelnie poznać zasady postępowania z pacjentem. Przeżyłowa angioplastyka wieńcowa, pozwalająca na poszerzenie zwężeń naczyniowych, jest stosowana od 1977 roku i cały czas jest doskonalona [3].

CEL PRACY

Celem głównym niniejszych badań było określenie roli i zadań pielęgniarki w opiece nad pacjentem po zabiegu angioplastyki wieńcowej.

MATERIAŁ I METODY

Główną metodą badawczą zastosowaną w niniejszym badaniu była metoda studium indywidualnego przypadku, techniką zaś wywiad i obserwacja pielęgniarska, analiza dokumentacji medycznej oraz pomiar kardynalnych parametrów życiowych pacjenta. Narzędzia badawcze,

wykorzystane w badaniu to BMI (ang. Body mass index), wskaźnik WHR (ang. Waist Hip Ratio), Skala oceny ryzyka powstawania odleżyn Norton, Skala Torrance'a, Skala oceny bólu NRS- (ang. Numerical Rating Scale), Skala IADL- w ocenie skalą IADL, Skala Tinetti, Skala satysfakcji z życia SWLS, Skala akceptacji choroby AIS, Skala odczuwanego stresu PSS-10.

Badania oparto na przypadku pacjenta, który był hospitalizowany w Odcinku Hemodynamicznym, Klinicznego Oddziału Kardiologii Radomskiego Szpitala Specjalistycznego im. Dr Tytusa Chałubińskiego, zlokalizowanego przy ul. Adolfa Tochtermanna 1, 26-610 Radom. Od pacjenta uzyskano zgodę na udział w badaniu i wgląd w jego dokumentację. Badanie przeprowadzono w okresie od 13 do 17 stycznia 2025 roku, podczas zbierania danych nie występowały trudności.

Kliniczny Oddział Kardiologii dysponuje 58 łózkami, w tym 10 łózkami intensywnego nadzoru kardiologicznego. W oddziale diagnozuje się i leczy chorych m.in. z OZW, chorobą wieńcową i niewydolnością serca. Co roku leczeniem objętych jest około 4 tys. pacjentów. Pracownia Hemodynamiki znajdująca się w szpitalu udziela świadczeń z zakresu inwazyjnego leczenia zawału serca, wykonuje planowe zabiegi koronografii oraz angioplastyki wieńcowej i inwazyjne zabiegi ratunkowe.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Pacjent S.J., płci męskiej, w wieku 51 lat, został przywieziony do szpitala przez ZRM z powodu wstępnego rozpoznania OZW. U chorego wystąpił ostry ból zlokalizowany za mostkiem 7/10 NRS. O charakterze kłującym i piekącym, promieniujący do lewego barku. Występowały też nudności i wymioty.

Z pacjentem przeprowadzono wywiad, wykonano badanie fizykalne, które pozwoliło ukierunkować decyzje dotyczące pozostałych badań. Po wykonaniu badania EKG oraz echokardiografii spoczynkowej i badań laboratoryjnych potwierdzono OZW z uniesieniem ST i pacjenta zakwalifikowano do przezskórnej interwencji wieńcowej w Pracowni Hemodynamiki. Koronografię wykonano przez prawą tętnicę promieniową i rozpoznano prawą tętnicę wieńcową jako naczynie do zawałowe. Jednocześnie wykonano PCI, implantując stent uwalniający lek. Przebieg zabiegu niepowikłany, przywrócono prawidłowy przepływ wieńcowy. Po zabiegu pacjent został przekazany do pododdziału intensywnej opieki kardiologicznej.

W pierwszej dobie po zabiegu stan pacjenta był monitorowany w trybie ciągłym, wykonano EKG i podłączono 1000 ml 0,9% NaCl i.v. Pacjent pozostawał unieruchomiony i wymagał wyręczenia podczas zaspokajania potrzeb. Systematycznie zbierano informacje na temat bólu oraz innych dolegliwości, sprawdzano stan świadomości. Kontrolowano miejsce wkłucia pod kątem ryzyka krwawienia oraz potrzeby utrzymania w czystości. Chory zgłaszał ból oceniony na 7/10 NRS i uczucie drętwienia w kończynie prawej górnej po usunięciu koszulki naczyniowej i zastąpieniu jej opatrunkiem, dopasowano ucisk i monitorowano miejsce nakłucia pod kątem krwawienia. Pacjent odczuwał suchość w ustach oraz wzmożone pragnienie, co było skutkiem zastosowania środka cieniującego podczas zabiegu. Wystąpiły problemy z oddaniem moczu w pierwszej dobie po zabiegu. Pacjent zgłosił uczucie duszności i wykonywał ćwiczenia z zakresu rehabilitacji oddechowej.

W drugiej dobie po zabiegu kontynuowano obserwację, zaplanowaną na czas 48 godzin po procedurze. Monitorowano parametry hemodynamiczne i biochemiczne, wykonano badania EKG. Obserwowano chorego pod kątem powikłań. Kontynuowano rehabilitację oddechową i terapię przeciwbólową. Pacjent po zabiegu wykazywał oznaki niepokoju o swój stan zdrowia. Udzielano choremu odpowiedzi na pytania oraz przekazywano informacje na temat stanu zdrowia. Chory został wyedukowany pod kątem czynników ryzyka sercowego. Pacjent stosował się do zaleceń, pomimo dyskomfortu odczuwanego przez ograniczenia ruchu. Wskutek niepokoju i osłabienia u chorego wystąpiło obniżone łaknienie, pojawił się też problem z zasypianiem i subiektywnie odczuwane kołatanie serca.

W trzeciej dobie pacjent został przeniesiony na salę niemonitorowaną. Podjęto działania na rzecz pełnego uruchomienia pacjenta. Nadal stosowano farmakoterapię przeciwbólową i kontynuowano obserwację. Przestrzeżono pacjenta, aby nie wspierał się na kończynie nakłutej podczas PCI. Do powikłań nie doszło, parametry życiowe pacjenta pozostawały w normie.

Proces pielęgnowania pacjenta

- **Diagnoza pielęgniarska 1:** Deficyt możliwości samoobsługowych pacjenta wskutek unieruchomienia po zabiegu.

Cel opieki: Zapewnienie pacjentowi wsparcia i wyręczenia w samoobsłudze.

Plan opieki:

- Wyjaśnienie pacjentowi przyczyn i konieczności unieruchomienia po zabiegu.
- Ocena wydolności funkcjonalnej i zakresu potrzeb pacjenta.
- Wykonanie czynności przy pacjencie zapewniających zaspokojenie potrzeb fizjologicznych i utrzymanie higieny.
- Monitorowanie samopoczucia pacjenta i występujących potrzeb.
- Nadzorowanie pozostawania przez pacjenta w łóżku.
- Udzielanie pomocy podczas zmiany pozycji.

Ocena efektów podjętych działań: W okresie unieruchomienia zapewniono pacjentowi zaspokojenie potrzeb.

- **Diagnoza pielęgniarstwa 2:** Duszność odczuwana przez pacjenta wskutek unieruchomienia i zmian w mechanice oddychania.

Cel opieki: Ułatwienie pacjentowi oddychania, utrzymanie optymalnej wymiany gazowej.

Plan opieki:

- Sprawdzenie parametrów życiowych.
- Ocena stanu świadomości pacjenta.
- Ocena stopnia nasilenia duszności.
- Sprawdzenie wypełnienia łóżyska naczyniowego.
- Zastosowanie pozycji półsiedzącej.
- Nadzorowanie wykonywania przez pacjenta ćwiczeń oddechowych.
- Podanie tlenu przez wąsy tlenowe i leków na zlecenie lekarza.
- Pobranie krwi do badań laboratoryjnych dla oceny gospodarki wodno-elektrolitowej.
- Kontrola diurezy.
- Wyręczenie pacjenta w czynnościach samoobsługowych.

Ocena efektów podjętych działań: Uzyskano całkowite ustąpienie duszności.

- **Diagnoza pielęgniarstwa 3:** Dolegliwości prawej kończyny górnej (ból – 7/10 NRS, drętwienie) po zastąpieniu koszulki naczyniowej opatrunkiem uciskowym.

Cel opieki: Złagodzenie dolegliwości i zapewnienie odpowiedniej siły ucisku przy niedopuszczeniu do krwawienia i niedokrwienia.

Plan opieki:

- Regularne ocenianie nasilenie bólu i stanu skóry w obrębie kończyny górnej, obecności tętna na kończynie.
- Systematyczne zbieranie danych o czuciu w obrębie kończyny prawej górnej.
- Kontrolowanie opatrunku.
- Zgłoszenie problemu lekarzowi i towarzyszenie pacjentowi podczas luzowania opatrunku uciskowego pod kontrolą parametrów krzepnięcia i stanu klinicznego pacjenta.

Ocena efektów podjętych działań: Dolegliwości ustąpiły bez cech niedokrwienia i bez krwawienia.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Suchość w jamie ustnej i wzmożone pragnienie po zabiegu jako skutek uboczny zastosowania środka cieniującego.

Cel opieki: Zapewnienie pacjentowi podaży płynów i nawilżenie błon śluzowych.

Plan opieki:

- Ocena błon śluzowych pacjenta i zebranie danych z wywiadu na temat samopoczucia.
- Podawanie płynów (wody niegazowanej) do popijania w niewielkich dawkach regularnie.
- Przekazanie pacjentowi, aby starał się wypijać podawane dawki płynów.
- Systematyczne nawilżanie ust pacjenta.

Ocena efektów podjętych działań: Zmniejszono suchość błon śluzowych, pacjent po zabiegu przyjął około 1.5 l płynów.

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Retencja moczu po zabiegu na skutek unieruchomienia

Cel opieki: Zlikwidowanie zalegania moczu.

Plan opieki:

- Zebranie danych na temat charakteru i nasilenia dolegliwości.
- Zbadanie pacjenta w kierunku objawów infekcji układu moczowego.
- Sprawdzenie bilansu płynów i diurezy.

- Prowokacja mikicji.
- Zapewnienie pacjentowi intymności podczas oddawania moczu.

Ocena efektów podjętych działań: Problemy z oddawaniem moczu ustąpiły.

- **Diagnoza pielęgniarska 6:** Trudność w oddaniu stolca wskutek zmniejszonej aktywności ruchowej.

Cel opieki: Ułatwienie pacjentowi oddania stolca.

Plan opieki:

- Zebranie danych o objawach subiektywnie odczuwanych przez pacjenta.
- Wykonanie masażu brzucha – w razie potrzeby 2-3 razy dziennie.
- Zapewnienie dostępu do płynów i zalecenie pacjentowi przyjmowania systematycznie niewielkich porcji płynów.
- Zastosowanie łagodnych środków przeczyszczających w konsultacji z lekarzem.
- Zapewnienie pacjentowi higieny po oddaniu stolca.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent oddał stolec.

- **Diagnoza pielęgniarska 7:** Trudności z zasypianiem i uzyskaniem efektywnego wypoczynku.

Cel opieki: Ułatwienie pacjentowi zaśnięcia i uzyskania dłuższego okresu nieprzerwanego snu.

Plan opieki:

- Modyfikowanie otoczenia – wyłączenie zbędnego oświetlenia, eliminacja hałasu.
- Wywietrzenie pomieszczenia.
- Zachęcenie pacjenta do wykonania ćwiczeń relaksacyjnych.
- Podanie leków nasennych na zlecenie lekarza.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentowi udało się zasnąć, ale sen był przerywany wybudzeniami.

- **Diagnoza pielęgniarska 8:** Ryzyko powikłań krwotocznych z powodu podawania leków przeciwplatekcyjnych i przeciwzakrzepowych.

Cel opieki: Przeciwdziałanie powikłaniom krwotocznym albo szybkie wykrycie objawów i wdrożenie działania.

Plan opieki:

- Ocenianie opatrunku pod kątem krwawienia.
- Ocenianie skóry pod opatrunkiem.
- Sprawdzanie parametrów życiowych i stanu świadomości.
- Zalecenie pacjentowi, aby niezwłocznie zgłaszał takie objawy, jak osłabienie, zawroty głowy, dolegliwości bólowe.
- Pobranie krwi na zlecenie lekarza do oceny poziomu hemoglobiny, hematokrytu, czasu protrombinowego czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji.

Ocena efektów podjętych działań: U pacjenta nie wystąpiły powikłania krwotoczne.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 9:** Niepokój pacjenta po wykonanym zabiegu inwazyjnym.

Cel opieki: Złagodzenie niepokoju pacjenta.

Plan opieki:

- Przedstawienie choremu informacji o przebiegu zabiegu.
- Omówienie objawów, które mogą występować w okresie pooperacyjnym.
- Wyjaśnienie pacjentowi celowości monitorowania i wykonywanych badań diagnostycznych.
- Sprawdzenie stopnia zrozumienia przekazanych informacji.
- Podanie pacjentowi leków uspokajających na zlecenie lekarza.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent uzyskał informacje o zabiegu i stanie zdrowia, niepokój chorego został zmniejszony.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 10:** Obniżone łaknienie pacjenta wskutek niepokoju i osłabienia po zabiegu.

Cel opieki: Poprawa łaknienia pacjenta.

Plan opieki:

- Wyjaśnienie pacjentowi znaczenia prawidłowego odżywiania po zabiegu.
- Zaproponowanie pacjentowi wykonywania ćwiczeń relaksacyjnych.
- Zastosowanie posiłków w mniejszej objętości 5 razy dziennie.

- Wietrzenie pomieszczenia przed posiłkami celem usuwania nieprzyjemnych zapachów.
- Ułatwienie pacjentowi przyjmowania dogodnej pozycji podczas jedzenia.
- Zapewnienie dostatecznej ilości czasu, nieponaglanie pacjenta podczas jedzenia.
- Zapewnienie choremu odpowiedniej podaży płynów po posiłku.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent stosował się do zaleceń i starał się spożywać posiłki w całości.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 11:** Uczucie kołatania serca powodujące niepokój pacjenta.

Cel opieki: Zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa i komfortu, monitorowanie pracy serca.

Plan opieki:

- Zebranie danych o objawach subiektywnych od pacjenta.
- Sprawdzenie i ocena parametrów życiowych.
- Próba ustalenia przyczyn (stres, wysiłek) uczucia kołatania serca.
- Zapewnienie pacjentowi podaży leków zgodnie ze zleceniem lekarza.
- Systematyczne sprawdzanie samopoczucia pacjenta.

Ocena efektów podjętych działań: Uczucie kołatania serca u pacjenta nie było związane z tachykardią, miało charakter subiektywny, związany z emocjami, zmniejszyło się po podaży leków zleconych przez lekarza.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 12:** Ryzyko arytmii komorowych zagrażających życiu po przeprowadzonym zabiegu.

Cel opieki: Niedopuszczenie do arytmii komorowych lub wczesne wykrycie objawów i podjęcie działania.

Plan opieki:

- Monitorowanie parametrów życiowych.
- Sprawdzanie stanu świadomości pacjenta.
- Obserwowanie i ocena powłok skórnych pod kątem zabarwienia, ocieplenia, wilgotności.
- Sprawdzanie zapisów EKG.

- Pobranie próbek do badania stężenia elektrolitów i markerów martwicy mięśnia sercowego.
- Podanie leków antyarytmicznych na zlecenie lekarza.

Ocena efektów podjętych działań: Utrzymano miarową pracę serca, stan pacjenta stabilny bez arytmii komorowych.

- **Diagnoza pielęgniarska 13:** Ryzyko wystąpienia odczynu zapalnego w związku z obecnością wkłucia dożylnego.

Cel opieki: Zapobieganie rozwojowi infekcji i zapalenia żyły w związku z obecnością wkłucia.

Plan opieki:

- Zabezpieczenie miejsca wkłucia.
- Pouczenie pacjenta, w jaki sposób chronić wkłucie.
- Prowadzenie systematycznych obserwacji założonego wkłucia.
- Ograniczanie manipulacji przy wkłuciu.
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas obsługi wenflonu.

Ocena efektów podjętych działań: Na skórze w okolicy wenflonu i w okolicznych żyłach nie zaobserwowano cech stanu zapalnego.

- **Diagnoza pielęgniarska 14:** Deficyt wiedzy pacjenta na temat zmiany stylu życia po przebyciu epizodu sercowego.

Cel opieki: Zwiększenie wiedzy pacjenta na temat zmian w stylu życia w ramach prewencji wtórnej.

Plan opieki:

- Przedstawienie pacjentowi czynników ryzyka, które przyczyniły się do choroby i stanu zagrożenia życia.
- Omówienie etapów rehabilitacji kardiologicznej.
- Wyjaśnienie zasad stopniowego zwiększania aktywności fizycznej po leczeniu szpitalnym.
- Wyjaśnienie zasad prawidłowej diety i normalizacji masy ciała.
- Podkreślenie znaczenia zerwania z nałogiem tytoniowym i unikania palenia biernego.
- Przekazanie materiałów edukacyjnych.

Ocena efektów podjętych działań: Wiedza pacjenta na temat prewencji wtórnej została zwiększona.

- **Diagnoza pielęgniarska 15:** Deficyt wiedzy pacjenta dotyczący samo opieki w przebiegu choroby nadciśnieniowej.

Cel opieki: Zwiększenie wiedzy pacjenta na temat samokontroli ciśnienia tętniczego krwi w warunkach domowych.

Plan opieki:

- Wyjaśnienie pacjentowi prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego.
- Przeprowadzenie przez pacjenta pod kierunkiem pielęgniarki samodzielnego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi.
- Zwrócenie uwagi pacjenta na zasady prawidłowego wykonania pomiaru ciśnienia tętniczego krwi.
- Zachęcenie do prowadzenia dzienniczka samokontroli i codziennego mierzenia ciśnienia tętniczego.
- Objasnienie schematu farmakoterapii.
- Przekazanie informacji o potrzebie regularnych wizyt kontrolnych i badań kontrolnych.

Ocena efektów podjętych działań: Wiedza pacjenta na temat samokontroli ciśnienia tętniczego krwi została zwiększona.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

1. Pielęgniarka w opiece nad pacjentem po zabiegu angioplastyki wieńcowej w zakresie funkcji opiekuńczej rozpoznaje potrzeby pacjenta, zapewnia mu zaspokojenie potrzeb i tworzy warunki bezpieczeństwa. Pielęgniarka udziela pacjentowi wsparcia podczas rozwiązywania problemów, które dotyczą zdrowia oraz asystuje podczas wykonywania czynności.
2. Pielęgniarka w opiece nad pacjentem po zabiegu angioplastyki wieńcowej w zakresie funkcji wychowawczej wpływa na podejmowanie korzystnych zachowań zdrowotnych, przekonuje i motywuje pacjenta do działań na rzecz własnego zdrowia.

ROLA I ZADANIA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM PO ZABIEGU ANGIOPLASTYKI WIEŃCOWEJ

3. Pielęgniarka w opiece nad pacjentem po zabiegu angioplastyki wieńcowej w zakresie funkcji pielęgnacyjnej rozpoznaje i łagodzi występujące dolegliwości, przeciwdziała potencjalnym powikłaniom po zabiegu, uczestniczy w procesie leczenia i ocenia efekty podejmowanych działań.
4. Pielęgniarka w opiece nad pacjentem po zabiegu angioplastyki wieńcowej w zakresie funkcji edukacyjnej przekazuje choremu informacje o jego zdrowiu, prowadzonym leczeniu i zasadach postępowania po wypisie ze szpitala
5. Pielęgniarka w opiece nad pacjentem po zabiegu angioplastyki wieńcowej w zakresie funkcji rehabilitacyjnej wspiera pacjenta w odzyskaniu sprawności oraz samodzielności, w nabywaniu umiejętności, które pozwolą mu radzić sobie po przeprowadzonym leczeniu.
6. Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem po zabiegu angioplastyki wieńcowej odzwierciedlają funkcje opiekuńczą, wychowawczą, pielęgnacyjną, edukacyjną i rehabilitacyjną, głównym celem podejmowanych działań jest poprawienie stanu pacjenta po zabiegu.

PIŚMIENNICTWO

1. Dragun A., Kowalewska B.: Ocena zachowań zdrowotnych i występowania lęku u pacjentów przygotowywanych do interwencyjnych zabiegów kardiochirurgicznych. [w:] Sytuacje trudne w ochronie zdrowia. Tom IV., Lankau A., Krajewska-Kułak E., (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2019: 632-659.
2. Góra B.: Przezskórna angioplastyka wieńcowa w trybie jednego dnia – prospektywne badanie kliniczne. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2021: 17-21
3. Opolski M. P., Rużyło W.: Przezskórna rewaskularyzacja przewlekłe niedrożnych tętnic wieńcowych. Nauka 2019: 2135-148
4. Górnicka M.: Porównanie bezpieczeństwa i ocena powikłań nakłuć tętnic promieniowej, ramiennej i udowej w przezskórnych interwencjach wieńcowych. Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2017: 15-30.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM GERIATRYCZNYM Z CHOROBAŁ AFEKTYWNAŁ DWUBIEGUNOWAŁ

Katarzyna Wiśniewska¹, Beata Strzelecka², Katarzyna Borucińska³

1 - Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

2 - Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

3 - Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

WSTĘP

Choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD) to schorzenie, które objawia się skrajnymi stanami psychopatologicznymi, z manią i depresją jako dwoma przeciwnymi biegunami. Dlatego nazywana jest również chorobą afektywną dwubiegunową lub depresyjno-maniakalną. Czasami używa się terminu cyklofrenia, gdyż objawy choroby, czyli mania i depresja, pojawiają się naprzemiennie w różnych interwałach czasowych [1].

Choroba afektywna dwubiegunowa stanowi istotny problem zdrowotny na całym świecie, dotykając osoby bez względu na wiek, płeć czy pochodzenie. Szacuje się, że osoby z diagnozą ChAD stanowią około 1-2% populacji globalnej. Z danych NFZ z 2017 roku wynika, że w Polsce zdiagnozowano 288 tysięcy osób cierpiących na tę chorobę. ChAD występuje u około 2% populacji Polski. W badaniach australijskich z lat 1980-1988 stwierdzono że odsetek chorych po 65 r.ż zwiększył się z 1% na 11% [2].

Choroba afektywna dwubiegunowa, podobnie jak inne schorzenia, może występować u osoby przez pewien okres lub przez całe życie. Istnieją jednak sposoby, aby lepiej radzić sobie z tą chorobą – kluczowe jest posiadanie wiedzy na temat jej charakterystyki oraz dostępnych metod leczenia, a także determinacja i zaangażowanie w proces terapeutyczny [3].

Kliniczny obraz zaburzeń afektywnych ma wiele form, a ich rozróżnienie od doświadczeń osób zdrowych bywa często skomplikowane. Terminy takie jak: smutek, zmartwienie czy troska, są używane w kontekście osób zdrowych. W zależności od intensywności emocji wyrażanych tymi słowami, ich znaczenie może zbiegać się z pojęciem depresji, które jest stosowane w kontekście zaburzeń afektywnych. To ilustruje trudności w oddzieleniu zdrowych

psychologicznie doświadczeń od patologicznych. Zaburzenie to zazwyczaj ujawnia się między 20 a 30 rokiem życia, choć może wystąpić także w okresie dojrzewania lub nawet w dzieciństwie. ChAD należy do najtrudniejszych do zdiagnozowania chorób psychicznych. Często mija wiele lat, zanim pacjent otrzyma trafną diagnozę. Dodatkowym problemem jest fakt, że osoby chore zazwyczaj szukają pomocy w fazie depresji, podczas gdy w manii czują się pełne energii i euforii. W przypadku choroby afektywnej dwubiegunowej mogą pojawić się także objawy psychotyczne, takie jak poczucie bycia prześladowanym lub oczernianym. Nagłe, traumatyczne doświadczenia mogą być czynnikiem wyzwalającym tę chorobę [4].

Współczesna psychiatria, opierając się na holistycznym podejściu do człowieka, dąży do kompleksowego leczenia i stwarza nowe zadania dla wszystkich członków zespołu terapeutycznego. W ramach tych założeń, kluczową rolę w psychiatrycznej opiece kompleksowej odgrywa pielęgniarka. Często to właśnie pielęgniarki stanowią największą grupę w zespole terapeutycznym, współpracując z psychiatrami, pracownikami socjalnymi oraz innymi specjalistami medycznymi. *„Podstawą kontaktu pielęgniarki z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi jest relacja terapeutyczna, w tym stosowanie zachowań terapeutycznych.”* [5, 6].

Ważnym elementem takiej opieki są również członkowie rodzin pacjentów oraz inne osoby wspierające. Należy pamiętać, że sam pacjent również jest częścią zespołu, pełniąc rolę eksperta w kwestii swojego zdrowia. Praca z osobami z zaburzeniami psychicznymi wymaga od pielęgniarki specyficznych cech osobowości oraz silnej motywacji do pracy w tej dziedzinie. Pielęgniarka powinna umieć tworzyć atmosferę sprzyjającą leczeniu, nawiązywać z pacjentem kontakt terapeutyczny oparty na zaufaniu oraz zapewniać indywidualną opiekę dostosowaną do potrzeb każdego pacjenta. Odpowiada za inicjowanie, podtrzymywanie i kończenie relacji terapeutycznych, a także pełni rolę rzecznika pacjenta, chroniąc jego prawa do autonomii, prywatności, godności oraz dostępu do informacji [7].

W kontekście opieki nad pacjentami z zaburzeniami afektywnymi oraz innymi problemami psychicznymi, pielęgniarka szczególnie koncentruje się na psychoterapeutycznych interwencjach, nie zapominając jednocześnie o somatycznych aspektach zdrowia pacjenta. Często objawy towarzyszące są zaburzenia rytmów biologicznych np. zaburzenia snu [8].

Kluczowe w pracy pielęgniarki z pacjentami z zaburzeniami afektywnymi jest postawienie odpowiedniego rozpoznania pielęgniarskiego, które identyfikuje stany i problemy pacjenta. Dobrze sformułowane rozpoznanie umożliwia osiągnięcie zamierzonych celów oraz

zaplanowanie działań, które będą różne w zależności od aktualnego epizodu choroby pacjenta [6].

Terapia pacjenta z zespołem maniakalnym skupia się na uświadomieniu mu jego zachowań, zachęceniu do współpracy w leczeniu oraz budowaniu poczucia odpowiedzialności za jego przebieg. Skuteczna opieka wymaga zaangażowania całego zespołu terapeutycznego. Rola pielęgniarki obejmuje zarówno pomoc w nawiązywaniu zdrowych relacji z otoczeniem, jak i motywowanie chorego do dbania o podstawowe potrzeby biologiczne, higienę oraz aktywny udział w terapii [9].

W swojej pracy pielęgniarka korzysta nie tylko z wiedzy medycznej i psychiatrycznej, ale także z pedagogiki, socjologii i psychologii. Obserwując pacjenta, skupia się na rozpoznawaniu deficytów w jego aktywności oraz identyfikacji ich przyczyn, określeniu problemów pacjenta oraz ustaleniu głównych i szczegółowych celów, do których będzie dążyć wspólnie z pacjentem, jego rodziną i zespołem terapeutycznym. Opracowuje plan interwencji, ustala czas realizacji oraz metody oceny ich skuteczności, a także ocenia efekty końcowe, w razie potrzeby modyfikując plan i dostosowując go do sytuacji społecznej oraz zdrowotnej pacjenta [7].

Do zadań pielęgniarki należy m.in. informowanie pacjenta o jego prawach, przekazywanie informacji o stanie zdrowia niezbędnych do sprawowania opieki, wyjaśnianie metod pielęgnacji w przystępny sposób, prowadzenie dokumentacji medycznej oraz zachowanie w tajemnicy wszelkich informacji uzyskanych podczas leczenia. Pielęgniarka powinna przekazywać informacje pacjentowi i jego rodzinie na temat przyczyn schorzenia, jego symptomów oraz dostępnych form terapii [6].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie roli personelu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentem z chorobą afektywną dwubiegunową.

MATERIAŁ I METODY

W przedmiotowym badaniu została wykorzystana metoda indywidualnego przypadku polegająca na wnikliwej analizie pacjenta geriatrycznego z chorobą afektywną dwubiegunową. Aby przedstawić znaczenie personelu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentem z opisywaną jednostką chorobową, posłużono się odpowiednio dobranymi metodami i narzędziami

badawczymi, które pozwoliły na kompleksowe ujęcie analizowanego zagadnienia. Wśród zastosowanych metod znalazły się: obserwacja pielęgniarstwa, wywiad pielęgniarstwa, analiza dokumentacji medycznej pacjenta oraz pomiary podstawowych parametrów życiowych, takich jak tętno, ciśnienie krwi, saturacja, częstość oddechów i masa ciała. Wśród użytych narzędzi badawczych zastosowano: Arkusz do gromadzenia danych o pacjencie, Klasyfikację nadwagi i otyłości w zależności od BMI, skalę akceptacji choroby AIS, skalę depresji Becka BDI, skalę VAS, skalę Norton, skalę Bartel, ocenę nudności i wymiotów według kryteriów WHO oraz skalę Glasgow.

Badane przedmiotowe zostało wykonane w styczniu 2025 roku w Samodzielnym Wojewódzkim Publicznym Zespole Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Radomiu. Osoba badana została poinformowana o celu i zakresie prowadzonych badań, z zapewnieniem pełnej anonimowości oraz przestrzegania zasad tajemnicy zawodowej. Poproszono ją również o zgłaszanie wszelkich niepokojących objawów, które mogłyby wystąpić w trakcie realizacji badania. Terminy spotkań zostały dostosowane do indywidualnych preferencji czasowych pacjenta. Całość badania odbyła się z zachowaniem obowiązujących zasad reżimu sanitarnego.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Pacjent R.T. lat 69, emeryt, nieaktywny zawodowo z wykształceniem wyższym został przyjęty na oddział psychiatryczny w planowanym terminie jednak w ostatnich dniach rodzina zauważyła pogorszenie stanu pacjenta. Zaczęły występować okresy depresji z obniżeniem nastroju. W wywiadzie rodzinnym nie występowała choroba afektywna dwubiegunowa jednak matka chorego miała zdiagnozowaną depresję. Pacjent mieszka samotnie, warunki mieszkaniowe są dobre. Osobą, która wspiera ją w codziennych obowiązkach, jest córka, która mieszka w niedalekiej odległości. Pacjent ma wsparcie rodziny, co wpływa pozytywnie na jego sytuację zdrowotną i psychiczną. Dodatkowe choroby współtowarzyszące to cukrzyca typu I, osteoporoza oraz otyłość. Zdiagnozowano u niego chorobę afektywną dwubiegunową. Przyjmuje leki zgodnie z indywidualną kartą zleceń.

W izbie przyjęć pacjent wykazywał pełną orientację co do własnej osoby, miejsca i czasu. Jego nastrój był chwiejny, towarzyszyła mu drażliwość i niecierpliwość. Zgłaszał nasilony niepokój trwający od kilku tygodni, trudności ze snem, obniżenie ogólnego samopoczucia oraz

pogorszenie funkcji poznawczych. Nie występowały objawy psychotyczne, a pacjent zaprzeczał obecności myśli samobójczych i planów odebrania sobie życia. Napęd psychoruchowy pozostawał w granicach normy.

Pacjent wymaga kompleksowej opieki pielęgniarskiej z uwagi na swoje problemy zdrowotne, w tym chorobę afektywną dwubiegunową oraz współistniejące schorzenia, takie jak cukrzyca typu I, osteoporoza i nadwaga. Stan psychiczny pacjenta, choć obniżony, nie wpływa negatywnie na jej zdolność do kontaktu i współpracy z personelem medycznym. Pacjent wymaga codziennego nadzoru, zarówno w zakresie opieki fizycznej, jak i wsparcia psychicznego.

Proces pielęgnowania pacjenta

Na podstawie zgromadzonych informacji uzyskanych z wywiadu, obserwacji, pomiarów, analizy dokumentacji oraz zastosowanych narzędzi badawczych, opracowano diagnozy pielęgniarskie, określając konkretne cele oraz interwencje pielęgniarskie, które powinny zostać podjęte przez personel w opiece nad pacjentem z chorobą afektywną dwubiegunową.

- **Diagnoza pielęgniarska 1:** Zaburzenia nastroju związane z depresją o umiarkowanym nasileniu. Pacjent wykazuje objawy depresji, w tym obniżony nastrój, brak energii

Cel opieki: Zwiększenie akceptacji choroby oraz poprawa nastroju pacjenta poprzez zastosowanie odpowiednich interwencji terapeutycznych i wsparcia psychicznego. Zminimalizowanie objawów depresyjnych i poprawa jakości życia pacjenta.

Plan opieki:

- Wsparcie emocjonalne: regularne rozmowy z pacjentem, oferowanie wsparcia i empatii w celu poprawy jego samopoczucia psychicznego.
- Monitorowanie objawów depresyjnych: obserwacja zmian w nastroju pacjenta, ocenianie poziomu lęku, smutku, poczucia beznadziei oraz monitorowanie objawów takich jak trudności w koncentracji, apatia czy zmiany apetytu.
- Współpraca z zespołem terapeutycznym: koordynacja działań z psychoterapeutą oraz lekarzem w celu dostosowania terapii farmakologicznej (leki antydepresyjne) oraz psychoterapii.

- Edukacja pacjenta i rodziny: udostępnianie informacji na temat depresji, sposobów radzenia sobie z objawami i zachęcanie do uczestnictwa w terapii.
- Zajęcia terapeutyczne: wprowadzenie aktywności fizycznej (np. spacerów) oraz wspólne realizowanie działań, które mogą poprawić nastrój pacjenta, takich jak malowanie, słuchanie muzyki, czy inne techniki relaksacyjne.
- Zachęcanie do utrzymywania kontaktów społecznych: pomoc pacjentowi w utrzymaniu lub nawiązywaniu relacji z bliskimi, przyjaciółmi oraz wsparcie w procesie komunikacji z osobami, które mogą pomóc w radzeniu sobie z trudnymi emocjami.
- Monitorowanie skutków leczenia: regularna ocena efektywności terapii farmakologicznej oraz psychoterapeutycznej, dostosowanie działań w zależności od wyników.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent osiągnął poprawę w zakresie radzenia sobie z depresją, wykazuje większą akceptację choroby, a jego stan psychiczny uległ poprawie. Wymaga jednak kontynuacji interwencji pielęgniarских i terapeutycznych, aby utrzymać postępy oraz zapobiec nawrotom objawów depresyjnych.

- **Diagnoza pielęgniarська 2:** Niepokój związany z koniecznością długoterminowego przyjmowania leków, przejawiający się napięciem emocjonalnym, trudnościami w zaakceptowaniu sytuacji zdrowotnej oraz pytaniami dotyczącymi skutków ubocznych i skuteczności leczenia.

Cel opieki: Zmniejszenie poziomu niepokoju pacjenta oraz zwiększenie jego akceptacji i zrozumienia potrzeby stosowania przewlekłego leczenia farmakologicznego.

Plan opieki:

- Zapewnić wsparcie emocjonalne – okazywać zrozumienie, aktywnie słuchać pacjenta, nie bagatelizować jego obaw.
- Udzielić rzetelnej informacji – omówić z pacjentem cel leczenia, możliwe skutki uboczne, korzyści z długoterminowego stosowania leków.
- Zachęcić pacjenta do zadawania pytań i aktywnego udziału w planowaniu leczenia.
- Opracować wspólnie z pacjentem strategie radzenia sobie z lękiem – np. techniki relaksacyjne, dziennik uczuć, kontakt z grupą wsparcia.

- Monitorować poziom niepokoju i reakcje na leczenie – dokumentować postępy i wprowadzać ewentualne modyfikacje planu opieki.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent stopniowo wykazuje lepszą akceptację konieczności długoterminowego przyjmowania leków. Aktywnie zadaje pytania dotyczące leczenia i jego wpływu na jakość życia. Wspólnie omówiono korzyści płynące ze stosowania farmakoterapii oraz możliwe skutki. Pacjent zadeklarował przestrzeganie zaleceń lekarskich. Niepokój nadal bywa obecny, ale jest mniej nasilony, a pacjent posługuje się ustalonymi technikami radzenia sobie ze stresem.

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Zaburzenia snu związane z objawami choroby afektywnej dwubiegunowej, przejawiający się trudnościami w zasypianiu, przerywanym snem lub bezsennością.

Cel opieki: Osiągnięcie przez pacjenta poprawy jakości i ilości snu. Celem jest aby pacjent przesypiał co najmniej 6 godzin na dobę.

Plan opieki:

- Obserwowanie i założenie karty rytmu snu pacjenta- zapisywanie informacji o godzinie zasypiania, przebudzenia i ilości snu.
- Zachęcenie pacjenta do założenia dziennika snu co pozwoli mu zrozumieć jakie ma wzorce snu i jakie występują czynniki go zaburzające.
- Edukacja dotycząca zasad higieny snu : stałe godziny snu i pobudek, unikanie kofeiny, alkoholu i ekranów przed snem, Stworzenie komfortowego środowiska do spania - cisza, ciemność, dobra temperatura.
- Nauka technik relaksacyjnych przed snem: ćwiczenia oddechowe.
- W razie potrzeby konsultacja lekarska w celu zastosowania odpowiedniej farmakologii.

Ocena efektów podjętych działań: Po wdrożeniu zaplanowanych interwencji pielęgniarskich pacjent zgłasza stopniową poprawę jakości snu. Obserwuje zmniejszenie liczby przebudzeń w ciągu nocy oraz skrócenie czasu zasypiania. W rozmowach deklaruje, że czuje się bardziej wypoczęty rano i zauważa mniejsze zmęczenie w ciągu dnia.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Wahania nastroju związane z przebiegiem choroby afektywnej dwubiegunowej, prowadzące do niestabilności emocjonalnej i trudności w codziennym funkcjonowaniu.

Cel opieki: Stabilizacja nastroju pacjenta, poprawa funkcjonowania emocjonalnego oraz zapobieganie eskalacji objawów epizodów depresyjnych lub maniakalnych.

Plan opieki:

- Regularna obserwacja stanu psychicznego pacjenta – monitorowanie objawów depresji, manii, lęku oraz bezsenności.
- Prowadzenie dziennika emocji lub zachęcanie pacjenta do zapisywania swoich nastrojów, co pozwala na lepszą analizę zmian.
- Utrzymywanie spokojnej i przewidywalnej atmosfery – ograniczenie bodźców, które mogą nasilać rozdrażnienie lub impulsywność.
- Budowanie relacji terapeutycznej opartej na empatii, zaufaniu i aktywnym słuchaniu – pacjent powinien czuć się bezpiecznie i akceptowany.
- Edukacja pacjenta i rodziny w zakresie rozpoznawania objawów zwiastujących epizod maniakalny lub depresyjny oraz znaczenia systematycznego przyjmowania leków.
- Współpraca z zespołem terapeutycznym, w tym lekarzem psychiatrą, psychologiem i terapeutą zajęciowym – wymiana informacji i wspólne ustalanie planu terapii.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent wykazuje większą kontrolę nad emocjami, potrafi rozpoznać pierwsze objawy zmiany nastroju i odpowiednio na nie reagować. Stabilność emocjonalna poprawia jakość życia i sprzyja lepszej adaptacji do leczenia.

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji interpersonalnych, co związane jest z występującą zmiennością nastroju, impulsywnością oraz okresową tendencją do izolowania się od otoczenia.

Cel opieki: Celem opieki pielęgniarskiej jest wspieranie pacjenta w odbudowie umiejętności społecznych, poprawie komunikacji oraz wzmacnianiu poczucia przynależności i bezpieczeństwa w kontaktach z innymi.

Plan opieki:

- Motywacja pacjenta do wzięcia udziału w zajęciach terapeutycznych i grupowych
- Wprowadzono ćwiczenia rozwijające umiejętności radzenia sobie z emocjami i rozwiązywania problemów.
- Rozmowa z pacjentem i zachęcanie do dzielenia się uczuciami oraz trudnościami w relacjach.
- Wprowadzenie krótkich realistycznych celów społecznych np. codzienne nawiązanie jednej krótkiej rozmowy z innym pacjentem.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent wykazuje postęp w zakresie nawiązywania i utrzymywania kontaktów społecznych. W odpowiedzi na działania pielęgniarские, takie jak indywidualne wsparcie emocjonalne, regularne rozmowy oraz udział w zajęciach terapeutycznych, pacjent zaczął stopniowo angażować się w relacje z otoczeniem. Obserwuje się zmniejszenie tendencji do izolacji oraz większe zainteresowanie aktywnością grupową.

- **Diagnoza pielęgniariska 6:** Obniżony nastrój pacjenta związany z pobytem w szpitalu w warunkach zamkniętych oraz brakiem kontaktu z rodziną.

Cel opieki: Zwiększenie komfortu psychicznego pacjenta oraz poprawa jego samopoczucia poprzez wsparcie emocjonalne i działania mające na celu redukcję poczucia izolacji.

Plan opieki:

- Rozmowa z pacjentem podczas której pacjent ma możliwość wyrażenia swoich uczuć i obaw związanych z sytuacją izolacji w szpitalu.
- Okazanie empatii i zrozumienia, wsparcia emocjonalnego, biorąc pod uwagę uczucia pacjenta, jego sytuację i potrzeby emocjonalne. Dzięki takim interwencjom pacjent może poczuć się mniej samotny, co sprzyja poprawie jego stanu psychicznego.
- Umożliwienie konsultacji psychologicznej: Pielęgniarka proponuje pacjentowi spotkanie z psychologiem szpitalnym, aby pacjent mógł uzyskać fachową pomoc w radzeniu sobie z trudnymi emocjami związanymi z izolacją i brakiem kontaktu z rodziną.

Ocena efektów podjętych działań: Po spotkaniu z psychologiem pacjent wykazuje zauważalną poprawę nastroju. Zaczyna wykazywać większą gotowość do komunikowania się i wyraża pozytywne emocje, które wskazują na redukcję poczucia izolacji oraz poprawę jego

samopoczucia psychicznego. Zdecydowanie mniej skarży się na obniżenie nastroju, a jego ogólna postawa jest bardziej optymistyczna.

- **Diagnoza pielęgniarska 7:** Zaburzenia łaknienia związane z lękiem, stresem i chorobą przewlekłą.

Cel opieki: Poprawa stanu odżywienia pacjenta i przywrócenie normalnych wzorców żywieniowych.

Plan opieki:

- Ocena stanu odżywienia pacjenta: Regularne monitorowanie masy ciała, wzrostu, wskaźnika masy ciała (BMI) i innych wskaźników stanu odżywienia, aby ocenić ewentualne niedobory lub problemy żywieniowe.
- Udzielanie wsparcia emocjonalnego pacjentowi poprzez rozmowy, które pomogą mu wyrazić swoje obawy związane z jedzeniem. Zachęcanie do dzielenia się uczuciami dotyczącymi lęków lub stresu związanych z przyjmowaniem posiłków.
- Edukacja pacjenta i rodziny o znaczeniu odpowiedniego odżywiania i zdrowych nawyków żywieniowych.
- Skierowanie pacjenta do dietetyka w celu opracowania indywidualnego planu żywieniowego, który uwzględni problemy z łaknieniem, ewentualne alergie pokarmowe, preferencje żywieniowe oraz aktualny stan zdrowia pacjenta.

Ocena efektów podjętych działań: Po wdrożeniu interwencji, pacjent wykazuje poprawę w zakresie łaknienia, a jego apetyt powoli wraca do normy. Zwiększenie spożycia posiłków, choć w początkowej fazie niewielkie, staje się zauważalne.

- **Diagnoza pielęgniarska 8:** Duszność wysiłkowa objawiająca się trudnością w oddychaniu podczas małej aktywności fizycznej.

Cel opieki: Zwiększenie tolerancji wysiłku fizycznego i poprawa wydolności oddechowej pacjenta. Redukcja duszności wysiłkowej poprzez odpowiednie zarządzanie stanem zdrowia i modyfikację aktywności.

Plan opieki:

- Regularne monitorowanie częstości oddechów, głębokości oddechu oraz poziomu saturacji tlenowej (SpO2) w czasie wykonywania wysiłku.
- Obserwacja objawów towarzyszących duszności, takich jak przyspieszony oddech, sinica, trudności w mówieniu lub używanie dodatkowych mięśni oddechowych.
- Zlecenie stopniowego wprowadzania wysiłku fizycznego, począwszy od lekkich aktywności, dostosowanych do tolerancji pacjenta, np. krótkie spacer, ćwiczenia oddechowe.
- Udzielanie informacji na temat znaczenia regularnego, umiarkowanego wysiłku fizycznego w poprawie wydolności oddechowej oraz w redukcji objawów duszności wysiłkowej.
- Nauczanie pacjenta o technikach oddechowych (np. oddech przeponowy, kontrolowane oddychanie), które mogą pomóc w złagodzeniu duszności podczas wysiłku.
- Regularne monitorowanie parametrów życiowych, takich jak ciśnienie krwi, tętno, temperatura ciała, oraz natężenie duszności przed, w trakcie i po wysiłku.

Ocena efektów podjętych działań: Po wdrożeniu interwencji, pacjent wykazuje poprawę w zakresie tolerancji wysiłku fizycznego. Duszność wysiłkowa staje się mniej intensywna, a pacjent jest w stanie wykonywać codzienne czynności oraz lekkie aktywności fizyczne z mniejszym dyskomfortem oddechowym.

- **Diagnoza pielęgniarska 9:** Trudności w samoopiece związane z ograniczoną sprawnością fizyczną i psychiczną, objawiające się brakiem zdolności do samodzielnego zaspokajania potrzeb biologicznych i higienicznych.

Cel opieki: Wspieranie pacjenta w zakresie samoopieki, adekwatnie do jego możliwości. Stopniowe zwiększenie samodzielności pacjenta w codziennych czynnościach. Zapewnienie odpowiedniego poziomu higieny, odżywienia i komfortu psychicznego.

Plan opieki:

- Regularna ocena poziomu samodzielności w zakresie jedzenia, ubierania się, higieny, poruszania się.
- Pomoc w codziennych czynnościach a jednocześnie zachęcanie do współuczestnictwa w czynnościach zamiast wyręczania – w miarę możliwości.

- Ustalanie małych, osiągalnych celów – np. samodzielne uczesanie się, mycie zębów.
- Rozmowy z pacjentem o trudnościach i odczuciach związanych z utratą samodzielności.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent otrzymuje odpowiednie wsparcie w zakresie codziennych czynności, co zapobiega zaniedbaniom higienicznym i niedożywieniu. W miarę możliwości rozwija częściową samodzielność.

WNIOSKI

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobą afektywną dwubiegunową wymaga systematycznego monitorowania stanu psychicznego chorego, ze szczególnym uwzględnieniem objawów depresyjnych i maniakalnych, poziomu niepokoju, bezsenności oraz zmian nastroju. Wczesne rozpoznanie i reakcja na pogarszający się stan psychiczny są kluczowe dla zapobiegania zaostrzeniom choroby. W oparciu o analizę przypadku pacjenta z chorobą afektywną dwubiegunową, przeprowadzoną metodą studium indywidualnego, sformułowano następujące wnioski:

1. Zapewnienie bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego pacjenta, zwłaszcza w okresach nasilenia objawów, stanowi podstawę działań pielęgniarskich. Wymaga to ciągłego nadzoru, umiejętności obserwacji oraz reagowania na sytuacje potencjalnie zagrażające zdrowiu lub życiu.
2. Wsparcie pacjenta w zakresie samoopieki, edukacja zdrowotna oraz motywowanie do aktywności dnia codziennego wpływają pozytywnie na jego autonomię i przestrzeganie zaleceń lekarskich. Edukacja pozwala również zwiększyć świadomość choroby i zmniejszyć ryzyko nawrotów.
3. Prowadzenie komunikacji terapeutycznej opartej na empatii, aktywnym słuchaniu i budowaniu relacji zaufania wspiera pacjenta emocjonalnie i sprzyja lepszemu zrozumieniu jego potrzeb oraz trudności.
4. Skuteczna opieka wymaga również ścisłej współpracy z zespołem terapeutycznym i rodziną pacjenta. Zintegrowane działania personelu medycznego sprzyjają stabilizacji stanu emocjonalnego chorego i jego lepszej adaptacji społecznej.
5. Ważnym aspektem pozostaje troska o ogólny stan zdrowia pacjenta – kontrola parametrów życiowych, obserwacja reakcji na leki, zapobieganie powikłaniom somatycznym oraz działania mające na celu poprawę jakości życia

PIŚMIENNICTWO

1. Sokół-Szawłowska M.: Choroba afektywna dwubiegunowa. Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2023: 45-60.
2. Owczarek K., Łazarewicz M.A.: Pogoda na starość. Podręcznik skutecznego wspierania seniorów. Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2015: 15.
3. Świącicki Ł.: Blask cienia o dwubiegunowych zaburzeniach nastroju. Wydawnictwo ITEM Publishing, Warszawa 2016: 3-4.
4. Pietkiewicz B.: Choroba afektywna dwubiegunowa. Jak żyć z manią i depresją? Polityka 2014; 17.2014: 42.
5. Ramirez-Basco M.: Zaburzenie afektywne dwubiegunowe. Jak opanować wahania nastroju?. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2017: 171.
6. Pużyński S.: Depesje i zaburzenia afektywne. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2017: 52.
7. Jarema M.: Analiza przypadków klinicznych w psychiatrii. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2020: 234-240.
8. Kotlicka-Antczak M., Pawełczyk A.: Psychopatologia [w:] Psychiatria, Jarema M. (red.). Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2017: 69.
9. Wilczek Różycka E.: Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2019: 131.

JAKOŚĆ ŻYCIA I SATYSFAKCJA Z ŻYCIA RODZICA DZIECKA LECZONEGO Z POWODU CUKRZYCY TYPU I

Magdalena Rękas¹, Gabriela Hnilka²

1 - Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii Collegium Medicum UR

2 - Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie

WSTĘP

Cukrzyca typu I (DM1) to jedna z najczęstszych chorób metabolicznych wieku dziecięcego, o przewlekłym i autoimmunologicznym charakterze, charakteryzująca się stale rosnącą zapadalnością na całym świecie. Jej przebieg może prowadzić do poważnych powikłań – takich jak nefropatia, retinopatia czy przedwczesna śmierć – przez co znacząco wpływa nie tylko na życie dziecka, ale również jego najbliższych [1].

Funkcjonowanie dziecka chorego na DM1 wymaga stałego monitorowania poziomu glikemii, insulinoaterapii oraz przestrzegania restrykcyjnej diety. Obowiązki te w pierwszej kolejności spoczywają na rodzicach, którzy już od momentu diagnozy muszą nie tylko nabyć wiedzę z zakresu leczenia cukrzycy, ale również zmierzyć się z własnymi emocjami – lękiem, stresem czy poczuciem bezradności. Takie obciążenie psychiczne może prowadzić do trudności wychowawczych i nieprawidłowych postaw rodzicielskich, np. nadopiekuńczości czy unikania rozmów o chorobie [2, 3].

Rola opiekunów jest kluczowa zarówno w procesie wczesnego rozpoznania objawów, jak i podczas codziennego zarządzania chorobą. Rodzice muszą nie tylko wykonywać czynności praktyczne, takie jak pomiar glikemii, dawkowanie insuliny czy planowanie posiłków, ale również uczyć dziecko odpowiedzialności za własne zdrowie – szczególnie w okresie adolescencji, gdy wzrasta ryzyko zaniedbywania terapii. Oprócz tego, mają obowiązek dbać o stan emocjonalny dziecka, wspierać je w akceptacji choroby oraz przeciwdziałać wykluczeniu społecznemu [4].

Dla zapewnienia prawidłowego rozwoju dziecka z cukrzycą typu I niezbędna jest kompleksowa opieka rodzicielska: edukacja zdrowotna, wsparcie emocjonalne, współpraca ze szkołą, kształtowanie zdrowych nawyków i promowanie aktywnego trybu życia. Zrozumienie wpływu DM1 na życie rodzinne i psychiczne rodziców pozwala lepiej zaplanować formy wsparcia – zarówno edukacyjnego, jak i psychologicznego.

CEL PRACY

Celem badań jest określenie poziomu jakości z życia oraz satysfakcji rodziców dzieci leczonych z powodu cukrzycy typu I. Przeprowadzone badania skupiają się na analizie czynników oraz wyzwań jakie niesie opieka młodocianym diabetykiem.

MATERIAŁ I METODA

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, powszechnie wykorzystywaną w naukach społecznych do poznawania opinii, postaw i doświadczeń określonych grup. Grupę badawczą stanowiło 130 rodziców dzieci leczonych z powodu cukrzycy typu I na wybranym oddziale podkarpackiego szpitala. Dobór próby umożliwił analizę wpływu przewlekłej choroby dziecka na jakość życia i dobrostan psychiczny opiekunów. Zastosowaną techniką była ankieta, w której wykorzystano:

- autorski kwestionariusz ankiety zawierający pytania zamknięte, opracowane na podstawie przeglądu literatury przedmiotu, obejmujące zarówno dane metryczkowe, jak i pytania kierunkowe dotyczące subiektywnej oceny jakości i satysfakcji z życia;
- Skala satysfakcji z życia (SWLS) – standaryzowane narzędzie służące do pomiaru ogólnego poziomu satysfakcji z życia, zawierające pięć stwierdzeń ocenianych w siedmiostopniowej skali Likerta (wynik 5–35 punktów); [5]
- Dodatkowo wykorzystano metodę analizy i krytyki piśmiennictwa, która pozwoliła na pogłębienie rozumienia problematyki poprzez przegląd aktualnych, krajowych i zagranicznych źródeł naukowych.

WYNIKI

Zdecydowana większość badanych rodziców potwierdziła, że zdiagnozowanie cukrzycy typu I u dziecka miało negatywny wpływ na ich codzienne funkcjonowanie. Aż 69,2%

respondentów zadeklarowało, że choroba pogorszyła sytuację rodzinną. Najbardziej odczuwalne skutki dotyczyły sfery psychicznej – średnia ocena wpływu choroby na zdrowie psychiczne wyniosła 4,33 pkt, na życie rodzinne 4,10 pkt, zawodowe 4,00 pkt, a społeczne 3,92 pkt (w skali 1–5).

Pogorszenie ogólnej jakości życia od momentu rozpoznania choroby u dziecka potwierdziło 71,5% rodziców. Wśród najczęściej zgłaszanych problemów znalazł się przewlekły stres związany z obawą o stan zdrowia dziecka, którego doświadczało 67,7% respondentów. Ponadto 56,2% badanych oceniło swoje zdrowie psychiczne jako średnie, co świadczy o dużym obciążeniu emocjonalnym wynikającym z opieki nad chorym dzieckiem.

Wyniki wskazują również na znaczne ograniczenia w obszarze życia osobistego opiekunów. Ponad 60% rodziców (60,8%) przyznało, że nie miało możliwości odpoczynku i relaksu w ciągu dnia, mimo odczuwanej potrzeby. 71,5% badanych stwierdziło, że choroba dziecka ograniczyła im możliwość realizowania własnych pasji i zainteresowań.

Na podstawie Skali Satysfakcji z Życia (SWLS) niski poziom satysfakcji odnotowano u 69,2% rodziców. Niska satysfakcja z życia była istotnie częstsza wśród tych respondentów, którzy zgłaszali brak czasu dla siebie lub członków rodziny z powodu obowiązków opiekuńczych – 78,1% tej grupy deklaroowało niezadowolenie z życia.

Istotne statystycznie zależności odnotowano między poczuciem niewystarczającej wiedzy o chorobie a satysfakcją z życia i jakością życia. Wśród rodziców, którzy ocenili swoją wiedzę jako niewystarczającą (78,0%) lub nie potrafili jej jednoznacznie ocenić (74,4%), częściej występowała obniżona satysfakcja z życia oraz niższa jakość życia.

OMÓWIENIE

Analiza uzyskanych danych pozwoliła na uchwycenie istotnych zależności między przewlekłą chorobą dziecka – cukrzycą typu I – a jakością życia oraz dobrostanem psychicznym jego rodziców. Wyniki wyraźnie wskazują, że diagnoza DM1 stanowi poważne obciążenie emocjonalne i organizacyjne w życiu rodzin.

Większość respondentów zauważyła pogorszenie jakości życia po rozpoznaniu cukrzycy u dziecka, co przejawiało się m.in. chronicznym stresem, ograniczeniem życia zawodowego i społecznego, a także spadkiem zdrowia psychicznego. Skala SWLS ujawniła, że znaczna część

badanych odczuwa niską satysfakcję z życia – zjawisko to koreluje z poczuciem braku czasu dla siebie oraz z subiektywnym brakiem wiedzy i kompetencji w zakresie opieki nad dzieckiem.

Obciążenie emocjonalne rodziców jest wysokie — dominuje lęk o przyszłość dziecka, poczucie przytłoczenia odpowiedzialnością i przewlekły stres, często współistniejący z objawami depresyjnymi. Znaczna część opiekunów deklaruje potrzebę wsparcia psychologicznego, jednak dostęp do specjalistów jest ograniczony. Nadmierne skupienie na chorym dziecku prowadzi do zaniedbywania potrzeb innych członków rodziny, ogranicza czas na odpoczynek i realizację własnych zainteresowań, obniżając jakość życia [4, 6].

Prowadzenie terapii, zwłaszcza u małych dzieci, jest dużym wyzwaniem — wymaga od rodziców opanowania pomiarów glikemii, podawania insuliny, stosowania zasad diety i kalkulowania wymienników węglowodanowych. Procedury te bywają źródłem oporu i stresu zarówno u dziecka, jak i opiekunów. Badania potwierdzają, że im większe ograniczenia czasowe i osobiste wynikające z opieki, tym niższa satysfakcja z życia rodziców [7].

Zarówno analiza piśmiennictwa, jak i badania własne wskazują, że wiedza i umiejętności w zakresie DM1 mają kluczowe znaczenie dla jakości życia rodziny. Rodzice z wyższym poziomem edukacji diabetologicznej wykazują mniejszy poziom lęku, lepsze radzenie sobie w sytuacjach trudnych oraz większą zdolność do utrzymania równowagi między potrzebami chorego dziecka a resztą rodziny. Wraz z wydłużaniem się czasu trwania choroby rośnie pewność w podejmowanych działaniach, co przekłada się na lepsze samopoczucie i akceptację sytuacji [4, 6, 7].

WNIOSKI

Analiza wyników badań pozwala wysunąć następujące wnioski:

1. Choroba przewlekła dziecka jaką jest cukrzyca typu I ze względu na swoją złożoność i trud jaki niesie zarządzanie nią znacząco obniża satysfakcję z życia jego rodzica.
2. Konieczność przewlekłego leczenia dziecka, stałe przestrzeganie zaleceń, a także silny lęk oraz strach o przyszłość i zdrowie potomka obniżają jakość życia jego rodzica.
3. Im dłuższy czas choroby u dziecka tym lepsza jakość życia i satysfakcja z życia rodziców wynikająca ze wzrastającego poziomu wiedzy, pewności siebie i umiejętności zarządzania daną jednostką chorobową.

4. Im wyższy poziom wiedzy na temat radzenia sobie z cukrzycą typu I tym lepsze samopoczucie rodziców wynikające z zwiększonego poczucia pewności siebie w podejmowanych działaniach, a tym samym mniejsze poczucie stresu i strachu w sprawowaniu opieki nad diabetykiem.

PIŚMIENNICTWO

1. P. T. D. (PTD), Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u osób z cukrzycą 2024, Diabetologia Praktyczna, 2024.
2. Kręcisz-Plis E.: Zaangażowanie rodzicielskie a percepcja doświadczeń rodziców dziecka z chorobą przewlekłą. Niepełnosprawność, 2020, 265-287
3. Gajewska K.: Cukrzyca dziecka to wyzwanie dla rodzica, Apteline.pl, Gdańsk, 2018.
4. Zatorska-Zoła M. B.: Choroba przewlekła dziecka wyzwaniem dla rodziców na przykładzie dzieci z cukrzycą, Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2018, 129-133.
5. Juczyński Z.: Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, 2012.
6. Cyranka K.: Psychologiczne aspekty funkcjonowania rodziny dziecka chorego 1, Psychoterapia, 2012, 51-63.
7. Krzyśko I., Przewoźniak S., Skowrońska B. i in.: Cukrzyca typu 1 u dzieci i młodzieży – potrzeba interwencji zespołu wielodyscyplinarnego, Endokrynologia Pediatria 2015, 41-46

PIELĘGNACJA PACJENTKI Z ZAKAŻENIEM UKŁADU MOCZOWEGO W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ

Katarzyna Wiśniewska¹, Milena Głuch²

1 - *Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*

2 - *Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu*

WSTĘP

Zakażenie układu moczowego (ZUM) jest jedną z najczęstszych infekcji, która występuje u seniorów. Szacuje się, że dotyczy zazwyczaj osób powyżej 60 roku życia. Może przebiegać bezobjawowo lub mieć cięższy przebieg, który prowadzi do niebezpiecznych powikłań. Zakażenie układu moczowego występuje w różnych częściach układu moczowego, takich jak pęcherz, cewka moczowa, a nawet nerki. Zakażenie układu moczowego to z reguły infekcja bakteryjna, której częstość występowania wzrasta u osób starszych. Istnieje podział na powikłane oraz niepowikłane zakażenia układu moczowego. W populacji seniorów zdecydowanie częściej występują powikłane zakażenia układu moczowego. Powikłane zakażenie układu moczowego dotyczą zwykle osób z upośledzeniem odporności lub nieprawidłowościami w budowie układu moczowego. Mogą też być związane z kolonizacjami bakteryjnymi, np. u chorych zacewnikowanych na stałe [1,2].

Zakażenie układu moczowego to problemem szczególnie ludzi starszych przebywających w domach opieki długoterminowej. W niektórych przypadkach przyczynia się do bakteriemii lub nawet sepsy. Zwiększone ryzyko zgonu występuje zwłaszcza u osób niedołącznych, z lekoopornością oraz niskim stężeniem albuminy. Do pojawienia się zakażenia układu moczowego predysponuje samo unieruchomienie w łóżku, które przyczynia się do zalegania moczu w pęcherzu. Zaburzenia mikcji występują równie często w przewlekłych chorobach neurologicznych i podczas stosowania niektórych leków [3,4].

Do typowych objawów przy zapaleniu układu moczowego można zaliczyć ból, klucie, pieczenie podczas mikcji, gwałtowne parcie, częstomocz lub nietrzymanie moczu, przerywany

strumień. W cięższych przypadkach występuje pogorszenie stanu ogólnego, osłabienie i zaburzenia świadomości, nudności, wymioty. Dolegliwości przy ostrym odmiedniczkowym zapaleniu nerek zależą w znacznym stopniu od wieku chorego i mogą być również odczuwalne w dolnych drogach moczowych. Do objawów ogólnych odmiedniczkowego zapalenia nerek należy: wysoka gorączka, dreszcze, uczucie rozbicia lub ospałość, zaburzenia świadomości, nudności, wymioty, majaczenia, a nawet upadki. Odczuwalny może być także ból pęcherza po oddaniu moczu i podczas mikcji oraz częste parcia. W przypadku współwystępowania kamicy dochodzi zwykle do krwawienia z dróg moczowych. Wówczas typowa jest zmiana zabarwienia moczu na czerwony [5,6].

U pacjentów objętych opieką długoterminową zazwyczaj współistnieje wiele czynników ryzyka ZUM jednocześnie. W tej grupie pacjentów dominują zakażenia powikłane, a obraz kliniczny choroby jest często nietypowy. U każdego chorego z podejrzeniem zakażenia powinno się wykonać posiew moczu. Podstawą leczenia jest usunięcie czynników modyfikowalnych, które przyczyniły się do ZUM oraz celowana antybiotykoterapia. U pacjentów, którzy są w dobrym stanie ogólnym celem terapii jest kontrola objawów oraz poprawa przeżywalności w jak najlepszej jakości życia oraz stworzenie tym osobą godnych warunków. Głównym celem jest złagodzenie uciążliwych objawów [7,8].

Rolą pielęgniarki nad pacjentem w opiece długoterminowej jest zmniejszenie ryzyka wystąpienia ZUM, gdyż jest to populacja szczególnie narażona na zakażenia. Zadaniem pielęgniarki jest właściwe nawadnianie, unikanie sytuacji przetrzymywania moczu i czynników zaburzających wypływ moczu. Pielęgniarka regularnie ocenia ilość przyjmowanych płynów oraz leków, które mogą wpływać na zatrzymanie lub ograniczenie przepływu moczu, jak i leków o działaniu immunosupresyjnym [34]. Szczególnie ważna jest higiena okolicy moczowo-płciowej wymagająca regularnej wymiany bielizny, podkładów higienicznych oraz mycia po każdej defekacji [9].

CEL PRACY

Celem prezentowanych badań było ukazanie roli personelu pielęgniarskiego i identyfikacja problemów zdrowotnych nad pacjentką z zakażeniem układu moczowego w opiece długoterminowej.

MATERIAŁ I METODY

Metodą badawczą zastosowaną w prezentowanej pracy było studium indywidualnego przypadku polegająca na analizie stanu bio-psychospołecznego pacjentki wieku 77 lat ze zdiagnozowanym zakażeniem układu moczowego. W omawianej jednostce chorobowej wykorzystano techniki i narzędzia badawcze takie jak wywiad pielęgniarski, obserwacja, pomiar podstawowych parametrów życiowych oraz analiza dokumentacji pacjenta co pozwoliło na ukazanie w sposób całościowy analizowanej problematyki badań. W zakresie zastosowanych narzędzi badawczych wykorzystano: Przewodnik do gromadzenia danych o pacjencie, Klasyfikacja nadwagi i otyłości w zależności od BMI (Body Mass Index), Kryteria dla kategorii opieki zgodne z ustawą, Ocenę nudności według WHO, Ocenę wymiotów według kryteriów WHO, Skalę Akceptacji Choroby AIS (ang. Acceptance of Illness Scale), Skalę Barthel do oceny sprawności samoobsługowej, Skalę numeryczną oceny bólu VAS (ang. Visual Analogue Scale), Skalę oceny podstawowych czynności życia codziennego ADL (SKALA KATZA).

Przedmiotowe badanie zostało zrealizowane w styczniu 2025 roku w Zakładzie Pielęgnacyjno - Opiekuńczym w Szydłowcu. Do badania uzyskano wszelkie niezbędne zgody. Pacjentka będąca podmiotem badania została poinformowana o celu, istocie badania. Wyraziła zgodę na udział w badaniu do celów naukowych.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Pacjentka lat 77 podopieczna Zakładu Pielęgnacyjno - Opiekuńczego zgłasza dolegliwości pieczenia w okolicy cewki moczowej oraz okresowo występującymi epizodami nietrzymania moczu u pacjentki pojawił się również krwimocz. Pacjentka skarży się na ból w okolicy nadłonowej. Kobieta została skierowana do szpitala i przyjęta na oddział w trybie pilnym. W badaniu fizykalnym nie stwierdzono odchyłeń od normy, również w zakresie narządu płciowego. Badanie ultrasonograficzne nie wykazało przerostu błony śluzowej macicy ani innych zmian mogących być przyczyną np. krwawienia z dróg rodnych, które pacjentka mogłaby błędnie zinterpretować jako krwimocz. Nie stwierdzono zmian wskazujących na obecność kamicy układu moczowego(zarówno w górnym jak i dolnym jego odcinku). Test paskowy wykonany ze świeżej próbki moczu wykazał obecność leukocytów, azotynów oraz ślad erytrocytów. Ponadto w ciągu ostatnich 3 miesięcy u pacjentki wystąpił już epizod zakażenia układu moczowego leczony

PIELĘGNACJA PACJENTKI Z ZAKAŻENIEM UKŁADU MOCZOWEGO W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ

w sposób empiryczny z wykorzystaniem trometamolu fosfomycyny w formie doustnej(3g), dlatego zlecono wykonanie posiewu moczu w celu przeprowadzenia celowanej antybiotykoterapii. W posiewie moczu uzyskano najczęstszemu uropatogen odpowiedzialny za rozwój ZUM - *Escherichia coli* w mianie $> 10^5$ CFU/ml. Na podstawie uzyskanego wyniku zdecydowano o zastosowaniu terapii trimetoprimem z sulfametoksazolem w dawce 2 razy 960 mg doustnie przez 3 dni. Jednocześnie zlecono immunomodulację z wykorzystaniem preparatu Uro- Vaxom (om -89) - jedna kapsułka rano na czczo przez 90 dni.

Uzyskany po upływie 10 dni od pobrania wyniku cytologii osadu moczu pozwolił wykluczyć podejrzenie złośliwego procesu nowotworowego w obrębie pęcherza moczowego. W wykonanej kontrolnie analizie moczu po upływie 14 dni od rozpoczęcia terapii nie stwierdzono odchyleń od normy. Zalecono kontynuowanie immunoterapii przez wspomniany powyżej okres 3 miesięcy oraz ćwiczenia mięśni dna miednicy pod nadzorem fizjoterapeuty w celu uzyskania pożądaných wyników w zakresie lepszej kontroli nad fazą gromadzenia moczu.

Proces pielęgnowania pacjenta

- **Diagnoza pielęgniarska 1:** Niechęć do podejmowania aktywności życia codziennego z powodu dolegliwości bólowych wynikających ze stanu zapalnego wywołanego przez bakterie *Escherichia coli*.

Cel opieki:

- eliminacja procesu zapalnego i dolegliwości bólowych
- poprawa wydolności psychofizycznej pacjentki mobilizowanie chorej do samodzielnego wykonywania czynności życia codziennego

Plan opieki:

- zapewnienie pacjentowi ciszy i spokoju
- kontrolowanie podstawowych parametrów życiowych chorego (temperatury ciała, tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu 2 razy dziennie oraz masy ciała) i dokumentowanie wartości wykonywanych pomiarów w karcie gorączkowej,
- w zależności od stanu pacjenta pomoc w wykonywaniu czynności samoobsługowych (mycie, ubieranie, spożywanie posiłków),
- pomaganie choremu przy wychodzeniu do toalety lub stworzenie warunków sprzyjających załatwianiu potrzeb wydalania moczu i stolca w obrębie sali,

PIELĘGNACJA PACJENTKI Z ZAKAŻENIEM UKŁADU MOCZOWEGO W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ

- usprawnienie pacjentki w celu zapobiegnięcia powikłaniom wynikającym z leżenia w łóżku dostosowane do jej możliwości ; stopniowe zwiększanie obciążenia fizycznego, zmierzające do przywrócenia normalnej aktywności w zakresie czynności życia codziennego,
- podawanie leków zgodnie z kartą zleceń (leki immunosupresyjne: leki steroidowe, cytostatyczne; antybiotyki i inne leki przeciwbakteryjne, leki odkażające drogi moczowe; leki obniżające ciśnienie tętnicze krwi, leki diuretyczne i inne stosowane w leczeniu zakażenia układu moczowego) poinformowanie pacjentki o możliwości wystąpienia skutków ubocznych stosowanych leków.

Ocena efektów podjętych działań: Po podaży leków przeciwbólowych u pacjentki zmniejszyły się dolegliwości bólowe. Kobieta chętniej współpracuje z personelem, stara się wykonywać podstawowe czynności samoopieki i samopielęgnacji.

- **Diagnoza pielęgniarska 2:** Obrzęki kończyn dolnych spowodowane zaburzeniami procesu filtracji oraz zatrzymaniem sodu i wody w ustroju

Cel opieki:

- zapewnienie równowagi wodno-elektrolitowej,
- zapobieganie powstawaniu zmian na skórze w miejscu występowania obrzęków.

Plan opieki:

- obserwowanie i pomiar obrzęków: pomiar obwodu ciała w miejscach, gdzie pojawiają się obrzęki (zawsze na tych samych wysokościach),
- ułożenie chorego w pozycji siedzącej lub pół siedzącej, układanie okolic ciała objętych obrzękiem wyżej,
- codzienne kontrolowanie masy ciała pacjenta o tej samej porze dnia i informowanie lekarza o każdym wzroście lub spadku masy chorej (np. 0,5 - 1 kg na dobę),
- prowadzenie bilansu płynów, obserwowanie i dokumentowanie ilości wydalanego moczu przez dobową zbiórkę moczu,
- informowanie lekarza o każdym zmniejszeniu wydalania moczu poniżej 500 ml na dobę,
- stosowanie diety z ograniczeniem sodu, potasu i białka, bogatej w węglowodany złożone i tłuszcze; wyjaśnienie chorej i jej rodzinie jakich pokarmów i przypraw powinna unikać
- usprawnienie krążenia stosowanie ćwiczeń biernych i czynnych

— kontrolowanie i odnotowywanie mierzonych parametrów życiowych, oraz obserwowanie chorego w kierunku powikłań obecności obrzęków.

Ocena efektów podjętych działań: W wyniku wdrożenia profilaktyki, zastosowanie odpowiedniej pozycji ciała, przestrzeganie diety, prowadzenie bilansu płynów dało widoczne rezultaty w postaci zmniejszenia obrzęków.

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Możliwość wystąpienia infekcji dróg oddechowych z powodu leczenia immunosupresyjnego (spadek odporności), długotrwałego unieruchomienia oraz stosowania u pacjenta inwazyjnych procedur diagnostycznych i leczenia.

Cel opieki:

- zapobieganie infekcjom dróg oddechowych
- wczesne wykrywanie objawów zakażenia.

Plan opieki

- izolowanie pacjenta od źródeł zakażenia przez umieszczenie go w pokoju jednoosobowym; poinformowanie rodziny o wysokim ryzyku zakażeń,
- zwiększenie odporności chorej (np podawanie witaminy C)'
- przestrzeganie reżimu sanitarno - epidemiologicznego, dbanie o higienę ciała pacjenta, czystość bielizny osobistej, pościelowej i otoczenia, wietrzenie pokoju,
- usprawnienie ruchowe oraz nauczanie chorego ćwiczeń oddechowych,
- w przypadku wystąpienia zmian na skórze wdrożenie odpowiedniego postępowania pielęgnacyjno - leczniczego,
- stosowanie profilaktyki antybiotykowej zgodnie ze zleceniem lekarza u chorych z dużym upośledzeniem odporności zwłaszcza u osób starszych.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentka zastosowała się do zaleceń personelu i regularnie prowadziła ćwiczenia oddechowe, przyjmowała witaminę C w celu uzyskania większej odporności oraz zlecone antybiotyki. Wietrzenie pomieszczeń, zmiana bielizny osobistej oraz pościelowej w razie potrzeby zwiększyły komfort oraz samopoczucie kobiety, gdyż poczuła się bardzo dobrze zaopiekowania.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Dreszcze spowodowane gorączką w przebiegu zakażenia układu moczowego.

Cel opieki :

- obniżenie temperatury ciała,
- eliminowanie stanu zapalnego.

Plan opieki:

- kontrolowanie podstawowych parametrów życiowych(temperatura ciała, tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu co 2 godziny) oraz dokumentowanie wartości wykonanych pomiarów w karcie gorączkowej; w przypadku temperatury powyżej 40 °C pomiary powinny być wykonywane co godzinę,
- poinformowanie chorej o konieczności pozostania w łóżku,
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali chorych
- zapewnienie lekkiego okrycia, luźnej, przewiewnej i dobrze wchłaniającej pot bielizny osobistej; zmiana bielizny w razie potrzeby, nie rzadziej niż raz dziennie,
- zapewnienie odpowiedniej ilości płynów do picia oraz posiłków uwzględniających wzrost zapotrzebowania energetycznego,
- podawanie na zlecenie lekarza środków farmakologicznych: przeciwgorączkowych, przeciwzapalnych,
- omówienie zasad przestrzegania higieny osobistej i jej wpływu na zakażenie dróg moczowych.

Ocena efektów podjętych działań: Zastosowanie środków farmakologicznych przeciwgorączkowych i przeciwzapalnych oraz kontrolowanie temperatury ciała co 2 godziny spowodował, że dreszcze ustąpiły, a temperatura spadła. Pacjentka odzyskała lepsze samopoczucie jak również zastosowała się do omówionych zasad przestrzegania higieny osobistej.

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Nudności i wymioty spowodowane bólem powłok brzusznych, które nastąpiły po podaży leków przeciwbólowych.

Cel opieki:

- utrzymanie higieny osobistej pacjenta,
- zapewnienie prawidłowego nawodnienia,
- zniesienie dolegliwości bólowych i stanu zapalnego,

Plan opieki:

- ustalenie przyczyny nudności i wymiotów,
- poinformowanie pacjenta o konieczności przestrzegania higieny jamy ustnej za każdym razem po wymiotach,
- ułożenie pacjentki w łóżku w taki sposób, aby nie zakrztusiła się wymiocinami (pozycja grzbietowa, pół-wysoka lub wysoka z odchyleniem głowy na boki, ułożenie w pozycji bocznej pół-wysokiej lub wysokiej),
- zapewnienie chorej pomocy w czasie wymiotów (podanie miski, środków higienicznych)
- obserwowanie wymiocin (rodzaj, kolor wymiocin, oraz ewentualne domieszki, czas wystąpienia wymiotów, ich charakter i częstota),
- w razie potrzeby zmiana bielizny osobistej i pościelowej,
- prowadzenie bilansu płynów, nawadnianie chorej
- przestrzeganie czasu podawania posiłków, dbanie o ich estetykę, urozmaicenie i odpowiednią temperaturę oraz eliminowanie z jadłospisu potraw o przykrym dla pacjenta zapachu,
- stosowanie leków przeciwwymiotnych według zaleceń lekarza.

Ocena efektów pojętych działań: Utrzymano prawidłową higienę ciała oraz zapewniono odpowiedni poziom nawodnienia.

- **Diagnoza pielęgniarska 6:** Bolesne parcie na mocz spowodowane przez proces zapalny pęcherza i cewki moczowej w przebiegu zakażenia dolnego odcinka dróg moczowych.

Cel opieki:

- ułatwienie oddawania moczu.

Plan opieki:

- utrzymanie czystości skóry chorego w okolicy moczowo - płciowej, zalecenie podmywania i osuszania skóry od przodu do tyłu, zapewnienie ciepłej wody do codziennej toalety,
- założenie okładu rozgrzewającego na okolice podbrzusza
- zapewnienie ciepłych płynów do picia zawierających duże ilości witaminy C- sok z żurawiny, czarnej porzeczki ; specjalny mieszanek ziółowe, zalecane przez lekarza przeznaczone do stosowania w chorobach układu moczowego działające moczopędnie i zapobiegające krystalizacji kamieni w drogach moczowych, a także korzenie lubczyku i pietruszki, które poprzez dodatkowy efekt moczopędny ułatwiają eliminację drobnoustrojów z moczem.

Ocena efektów podjętych działań: Zastosowanie okładów rozgrzewających oraz płynów moczopędnych zmniejszyły dolegliwości bólowe kobiety.

- **Diagnoza pielęgniarstwa 7:** Lęk o zdrowie spowodowany pojawieniem się nagłego ostrego bólu i objawów mu towarzyszących (krwimocz, nudności, wymioty, błądność powłok, poty)

Cel opieki:

- zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa psychofizycznego

Plan opieki:

- przebywanie w obecności chorego,
- zapewnienie pacjentowi ciszy i spokoju,
- informowanie chorej o wykonywanych zabiegach,
- przeprowadzenie edukacji pacjenta w kierunku samoopieki,
- umożliwienie choremu rozmowy z lekarzem na temat istoty choroby i stanu zdrowia,
- na życzenie pacjenta umożliwienie mu kontaktu z rodziną, z duchownym.

Ocena efektów podjętych działań: Rozmowa z personelem, przeprowadzenie edukacji zdrowotnej dały pacjentce poczucie bezpieczeństwa i spokoju.

- **Diagnoza pielęgniarstwa 8:** Możliwość wystąpienia zmian chorobowych na skórze przez długotrwałe drażnienie jej przez mocz w przebiegu nietrzymania moczu.

Cel opieki:

- zapobieganie zmianom chorobowym i wczesne ich wykrywanie,
- zapewnienie pacjentowi higieny osobistej

Plan opieki:

- obserwowanie skóry chorego oraz eliminowanie czynników ryzyka występowania zmiany chorobowej,
- ocenianie przyczyn, typu (rodzaju) i stopnia nietrzymania moczu,
- utrzymanie czystości skóry pacjenta, szczególnie w okolicy moczowo - płciowej, stosowanie do mycia łagodnych substancji myjących i natłuszczanie, delikatne i dokładne osuszanie skóry po umyciu oraz jej ochrona przed mechanicznym uszkodzeniem,

PIELĘGNACJA PACJENTKI Z ZAKAŻENIEM UKŁADU MOCZOWEGO W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ

- utrzymanie czystości i suchości bielizny osobistej i pościelowej chorej, zapewnienie w razie potrzeby zmiany bielizny osobistej i pościelowej,
- stosowanie wchłaniających środków pomocniczych, tj. podkładów , podpasek urologicznych, wkładek urologicznych, pieluch, pieluchomajtek o różnych poziomach wchłaniania, odpowiednio do stwierdzonego u pacjenta stopnia nietrzymania moczu,
- w razie pozostawania w łóżku podawanie basenów, kaczek; stosowanie cewników zewnętrznych lub okresowe cewnikowanie pęcherza moczowego,
- pielęgnowanie i utrzymywanie w czystości skóry pacjenta w okolicach stwierdzonych zmian, mycie letnią wodą , wietrzenie zmian skórnych 2 razy dziennie z zapewnieniem warunków intymności i komfortu cieplnego oraz rozdzielenie przylegających fałdów skórnych za pomocą cienkiej warstwy higroskopijnej gazy; smarowanie skóry maściami ochronno - leczniczymi lub używanie zasypek,
- uczestniczenie w leczeniu zachowawczym nietrzymania moczu (regularne oddawanie moczu, nietrzymanie moczu, ćwiczenia pęcherza moczowego, ćwiczenia mięśni dna miednicy) i na zlecenie lekarza podawanie środków farmakologicznych stosowanych w leczeniu nietrzymania moczu (np. leki odkażające drogi moczowe, środki zwiotczające pęcherz, poprawiające funkcjonowanie cewki moczowej), zapewnienie pacjentowi intymnych warunków w czasie wykonywania zabiegów higienicznych i pielęgnacyjnych.

Ocena efektów podjętych działań: Zastosowanie odpowiednich środków higienicznych oraz pielęgnacja krocza zmniejszyły powstawanie zmian chorobowych na skórze.

- **Diagnoza pielęgniarska 9:** Obniżenie własnej samooceny spowodowane brakiem kontroli i bezwiednym oddawaniem moczu oraz nieprzyjemnym zapachem wynikającym z nietrzymania moczu.

Cel opieki:

- poprawa samooceny pacjenta,
- przygotowanie chorego do samoopieki,

Plan opieki:

- uświadomienie pacjentowi możliwości leczenia problemu nietrzymania moczu (szczególnie metod leczenia zachowawczego, będących w zasięgu chorej),

PIELĘGNACJA PACJENTKI Z ZAKAŻENIEM UKŁADU MOCZOWEGO W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ

- wskazanie pacjentowi konieczności ograniczenia ilości przyjmowanych płynów poza swoim środowiskiem oraz w godzinach wieczornych i nocnych w celu wyeliminowania moczenia nocnego,
- przeprowadzenie z chorym rozmowy o charakterze uspokajającym, wspierającym, mającej na celu ukazanie pozytywnych faktów w życiu pacjenta, poprawę jego samooceny,
- uświadomienie choremu jego znaczenia i roli w rodzinie oraz grupie społecznej
- stopniowe aktywowanie pacjenta do kontaktów społecznych pomimo występujących obaw związanych z problemem nietrzymania moczu,
- zaproponowanie choremu zaopatrzenia się w tzw. zestaw ratunkowy, czyli zapasową bieliznę na zmianę, odpowiedni wchłaniający środek pomocniczy,
- zachęcenie rodziny do odwiedzin pacjenta i rozmów z nim.

Ocena efektów podjętych działań: Rozmowa z pacjentką w celu podniesienia jej samooceny oraz radzenia sobie w trudnych sytuacjach spowodowanych nietrzymaniem moczu.

- **Diagnoza pielęgniarska 10:** Świąd skóry o różnej etiologii w przebiegu zakażenia układu moczowego

Cel opieki:

- zmniejszenie świądu,
- ochrona skóry przed podrażnieniami i ewentualnym zakażeniem,

Plan opieki:

- dbanie o czystość rąk pacjenta i krótkie obcinanie paznokci; przy intensywnym świądzie stosowanie rękawic ograniczających możliwość drapania i uszkodzeń skóry,
- zachęcanie chorej do uciskania palcem miejsc swędzących na skórze,
- zalecenie pacjentce stosowania w pielęgnacji skóry hipoalergicznym kosmetyków, płynów, kremów i maści zapobiegających wysuszeniu skóry oraz łagodzących objawy skórne, a także unikania produktów zawierających dodatki zapachowe i barwniki, które mogą potęgować świąd,
- zachęcenie chorej do brania kąpieli z dodatkiem krochmalu lub ziół,
- poinformowanie o konieczności delikatnego osuszania skóry miękkim ręcznikiem tak, aby nie ścierać naturalnej ochronnej warstwy natłuszczającej skórę,

PIELĘGNACJA PACJENTKI Z ZAKAŻENIEM UKŁADU MOCZOWEGO W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ

- uczestniczenie w leczeniu farmakologicznym i dietetycznym, dostosowanym do stężenia mocznika i bilansu płynów, zmierzających do zmniejszenia objawów mocznicy,
- obserwowanie zadrapań; w przypadku zauważenia odczynów zapalnych niezwłoczne zgłoszenie tego lekarzowi oraz wdrożenie odpowiedniego postępowania leczniczego i pielęgnacyjnego, przy wzmożonym świądzie podawanie na zlecenie lekarza leków antyhistaminowych, a na noc leków ułatwiających zasypianie i zwalczających bezsenność.

Ocena efektów podjętych działań: Stosowanie odpowiednich kremów, maści nawilżających złagodziły świąd skóry.

- **Diagnoza pielęgnarska 11:** Osłabienie ograniczające codzienną aktywność, spowodowane zaburzeniami snu.

Cel opieki:

- eliminowanie czynników zaburzających sen,
- poprawa funkcjonowania w zakresie czynności dnia codziennego,

Plan opieki:

- zapewnienie pacjentowi ciszy i spokoju, umożliwienie mu odpoczynku w ciągu dnia,
- ustalenie przyczyn bezsenności (która może być nasiloną przez lęk i niepokój związany z chorobą),
- przy utrzymującym się lęku i niepokojem nauczenie technik relaksacyjnych, a w razie potrzeby ułatwienie choremu kontaktu z psychologiem,
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali (uwzględnienie odpowiedniej wilgotności i temperatury otoczenia),
- udział w leczeniu farmakologicznym stosowanie leków nasennych, obserwacja pacjentki po przyjęciu zleconych leków,
- pomoc w wykonywaniu czynności życia codziennego (mycie, ubieranie, spożywanie posiłków); w miarę poprawy stanu zdrowia i zwiększenia tolerancji wysiłku zachęcenie i mobilizowanie pacjenta do podejmowania aktywności dostosowanej do swojej wydolności),
- zapewnienie bezpieczeństwa, w razie potrzeby asystowanie choremu przy chodzeniu (np. wyjście do toalety), w zaostrzeniu choroby stosowanie wózków, balkoników.

Ocena efektów podjętych działań: Po rozmowie edukacyjnej pacjentka zna zasady higieny snu i się do nich stosuje.

- **Diagnoza pielęgniarska 12:** Zmniejszone łaknienie związane dolegliwościami bólowymi.

Cel opieki:

- utrzymywanie prawidłowego stanu odżywiania pacjenta

Plan opieki:

- obserwacja łaknienia pacjenta,
- ustalenie z chorym i jego rodziną listy potraw korzystnych dla jego zdrowia i chętnie przez chorego spożywanych,
- umożliwienie rodzinie pacjenta podawania potraw przygotowanych w domu,
- zapewnienie estetyki otoczenia w miejscu spożywania przez chorego posiłków,
- zachęcanie i motywowanie pacjenta do jedzenia
- pomoc w spożywaniu posiłków,
- zapewnienie pacjentowi warunków do spożywania posiłków częściej, ale w mniejszych ilościach

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentka chętnie zjada ulubione posiłki przyniesione przez rodzinę.

- **Diagnoza pielęgniarska 13:** Obniżony nastrój spowodowany postępującym wzrostem zależności od pomocy innych osób.

Cel opieki:

- poprawa samopoczucia psychicznego,
- ułatwienie wykonywania podstawowych aktywności życia codziennego,

Plan opieki:

- ocena towarzyszących pacjentowi emocji
- udzielanie pacjentowi informacji odnośnie do występujących dolegliwości, możliwości ich zmniejszenia, aktywnego udziału w leczeniu zachowań korzystnych dla zdrowia,
- wzbudzenie w chorym wiary w możliwość poprawy i utrzymania lepszej kondycji pozwalającej na satysfakcjonujące życie z chorobą,
- pomaganie pacjentowi w wypełnianiu czasu wolnego np. robótki ręczne szydełkowanie, robienie na drutach,

- przygotowanie chorego do systematycznego wysiłku fizycznego, który pozwoli utrzymać kondycję fizyczną
- udzielanie pacjentowi informacji odnośnie do zalecanych form aktywności np. spacer podczas ładnej pogody
- współpracę z rodziną chorego w zakresie mobilizowania go do wysiłku.

Ocena efektów podjętych działań: Zagospodarowanie chorej wolnego czasu, częste kontakty z innymi podopiecznymi, zajęcia fizjoterapeutyczne , spacer na świeżym powietrzu spowodowały poprawę nastroju.

- **Diagnoza pielęgniarska 14:** Przeżywanie negatywnych emocji (lęk, strach, gniew, niepewność, brak nadziei, poczucie winy lub niesprawiedliwość, smutek, rozpacz) związany z chorobą i samotnością

Cel opieki:

- poprawa nastroju

Plan opieki:

- zainteresowanie się samopoczuciem chorej
- podejmowanie próby ustalenia przyczyn negatywnych emocji
- rozpoznania i udział w zwalczaniu somatycznych objawów choroby,
- zachęcenie pacjenta do wyrażenia uczuć,
- słuchanie chorego, rozumienie i akceptowanie jego zachowań,
- towarzyszenie pacjentowi podczas nasilenia się negatywnych emocji
- udzielanie chorej porad, zachęcanie go do współpracy w celu poprawy aktualnego samopoczucia
- współpraca z innymi pracownikami np. fizjoterapeutami, psychologiem , terapeutom, lekarzem w celu pomocy chorej w radzeniu sobie ze swoimi emocjami

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentka po rozmowie z odpowiednio wykwalifikowanym personelem medycznym poradziła sobie ze swoimi emocjami i nastąpiła poprawa samopoczucia.

- **Diagnoza pielęgniarska 15:** Trudności w podejmowaniu aktywności życia codziennego z powodu utrzymujących się dolegliwości bólowych.

Cel opieki:

- zmniejszenie dolegliwości bólowych
- zapobieganie zaostrzeniu się stanu zapalnego dróg moczowych

Plan opieki:

- podawanie leków przeciwbólowych zgodnie z kartą zleceń lekarskich,
- kontrola natężenia bólu oraz jego charakteru i czasu występowania,
- stosowanie działań nefarmakologicznych zmniejszających dolegliwości bólowe, ułożenie pacjentki w dogodnej pozycji, zapewnienie warunków do wypoczynku oraz poczucia bezpieczeństwa,
- obserwacja zgłaszanych przez chorego innych dolegliwości
- wyjaśnienie przyczyn dolegliwości bólowych oraz przestrzeganie zalecanej diety.

Ocena efektów podjętych działań: Ustąpienie dolegliwości bólowych i poprawa aktywności życia codziennego.

- **Diagnoza pielęgniarska 16:** Deficyt wiedzy na temat sposobu profilaktyki zakażeń dróg moczowych zwiększające ryzyko infekcji w przyszłości.

Cel opieki:

- wyjaśnienie przebiegu choroby i dolegliwości z nią związanych

Plan opieki:

- przeprowadzenie rozmowy z pacjentką i jej rodziną wyjaśniającej istotę schorzenia
- zapewnienie materiałów edukacyjnych,
- zachęcanie do aktywnego spędzania czasu
- zalecenie odpoczynku

Ocena efektów podjętych działań:

Przeprowadzenie rozmowy z pacjentką na temat profilaktyki zakażeń dróg moczowych.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań, opartych o studium przypadku pacjentki z zakażeniem układu moczowego wysunięto następujące wnioski na podstawie obserwacji zespołu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentką z omawianą jednostką chorobową.

1. U pacjentki w przebiegu zakażenia układu moczowego zaobserwowano objawy psychosomatyczne w postaci niepokoju przechodzącego w strach z poczuciem

niepewności, prowadzącymi do obniżenia nastroju, a nawet stanów depresyjnych spowodowanych dolegliwościami bólowymi wynikającymi ze stanu zapalnego . Pacjentka ze względu na starszy wiek i dolegliwości bólowe nie jest wydolna w zakresie życia codziennego i w zakresie samoopieki i samopielęgnacji.

2. Pacjentka wymaga zwiększonej uwagi personelu pielęgniarskiego i wykonania wszystkich czynności opiekuńczo - pielęgnacyjnych tj. pielęgnowanie ciała , mycie, higiena jamy ustnej, zmiana bielizny osobistej i pościelowej, korzystanie z toalety, pomoc w karmieniu, nawadnianie pacjentki, pomoc w poruszaniu się, w ubieraniu i rozbieraniu.
3. W zakresie stanu psychicznego pacjentka wykazuje obniżony nastrój co jest spowodowane dociekliwościami bólowymi oraz hospitalizacją. Ograniczony kontakt z bliskimi dodatkowo wywołuje poczucie osamotnienia i bezradności.
4. Pacjentka dzięki dużemu zaangażowaniu personelu stopniowo zaczyna akceptować chorobę oraz miejsce w którym się znalazła.
5. Pacjentka stara się nawiązywać kontakt z innymi podopiecznymi, chętnie bierze udział w zajęciach terapeutycznych, Ogólny stan psychofizyczny pacjentki ulega stopniowej poprawie.

PIŚMIENNICTWO:

1. Fihn SD.: Clinical practice. Acute uncomplicated urinary tract infection in women. Engl J Med 2003; 349: 259-266.
2. Curtiss N., Meththananda I., Duckett J.: Urinary tract infection in obstetrics and gynaecology. Obstet Gynaecol Reprod Med 2017; 27: 261-265.
3. Foxman B.: Urinary tract infection syndroms: occurrence, recurrence, bacteriology, risk factors, and disease burden. Infect Dis Clin North Am 2014; 28: 1-13.
4. Brodie A., El-Taji O., Jour I. et al.: A Retrospective study of immunotherapy treatment with Uro-Vaxom (OM-89) for prophylaxis of recurrent urinary tract infections. Curr Urol 2020; 14: 130- 134.
5. Bonkat G., Bartoletti R., Bruyere F., et al.: EAU Guidelines on Urological Infections European Association of Urology 2020. <https://uroweb.org/guideline/urological-infections/> [dostęp online 10.12.2024]

6. Ciszek M., Pączek L.: Zakażenia układu moczowego. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
7. Kiliś-Pstrusińska K.: Zakażenie układu moczowego. Praktyka lekarska 2012; 9: 5-13.
8. Myśliwiec M.: Zakażenie układu moczowego u osób starszych. Medycyna po Dyplomie 2011; 4 (181): 88-92.
9. Pączek L., Ciszek M.: Układ moczowo-płciowy [w:] Geriatria z elementami gerontologii ogólnej: podręcznik dla lekarzy i studentów. T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.). Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2006: 56-62.

MODEL OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM Z OSTRYM ZESPOŁEM WIEŃCOWYM

Katarzyna Wiśniewska¹, Agnieszka Sławska – Okruta¹, Ewa Kielbasa²

1- *Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*

2- *Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu*

WSTĘP

Choroby układu sercowo-naczyniowego (CVD, cardiovascular diseases) są najczęstszą przyczyną śmiertelności i chorobowości na całym świecie, przy czym znaczna ich część dotyczy krajów o niskim i średnim dochodzie narodowym [1]. Choroba niedokrwienna serca stanowi poważny problem epidemiologiczny także w Polsce. Zawał serca dotyka rocznie 80-100 tys. Polaków, a z dolegliwościami choroby wieńcowej boryka się około miliona osób [2]. Dane Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego ESC (*ang. European Society of Cardiology*) wykazują, że choroby układu sercowo- naczyniowego są najczęstszą przyczyną zgonów i dotyczą aż 1,9 mln mężczyzn i 2,2 mln zgonów u kobiet w krajach członkowskich. Zgony spowodowane CVD to 38 % w populacji kobiet i 44 % w populacji mężczyzn [3].

Opieka medyczna nad pacjentem z ostrym zespołem wieńcowym obejmuje szeroki zakres działań medycznych oraz bio-psycho-społecznych. Pielęgniarka pełni funkcję terapeutyczną, opiekuńczą, edukacyjną, wspomaga proces rehabilitacji pacjenta oraz odgrywa znaczącą rolę w promowaniu zdrowych nawyków na przyszłość [4].

CEL PRACY

Celem głównym niniejszych badań było ustalenie modelu opieki pielęgniarskiej w opiece nad pacjentem z ostrym zespołem wieńcowym

MATERIAŁ I METODY

Główną metodą badawczą zastosowaną w niniejszym badaniu była metoda studium indywidualnego przypadku, techniką zaś wywiad i obserwacja pielęgniarska, analiza dokumentacji

medycznej oraz pomiar kardynalnych parametrów życiowych pacjenta. Narzędzia badawcze, wykorzystane w badaniu to BMI (ang. Body mass index), wskaźnik WHR(ang. Waist Hip Ratio), Skala oceny ryzyka powstawania odleżyn Norton, Skala Torrance'a, Skala oceny bólu NRS- (ang. Numerical Rating Scale), Skala IADL- w ocenie skalą IADL, Skala Tinetti, Skala satysfakcji z życia SWLS, Skala akceptacji choroby AIS, Skala odczuwanego stresu PSS-10.

Jako teren badań wybrano Odcinek Hemodynamiczny/ Oddział Kardiologii Inwazyjnej. Oddział hemodynamiki specjalizuje się w leczeniu chorób serca i układu krążenia, szczególnie choroby wieńcowej oraz jej powikłań, wykorzystując inwazyjne metody diagnostyczne. Zabiegi wykonywane w pracowni hemodynamicznej to najczęściej inwazyjne leczenie zawału serca, planowa koronarografia, planowa angioplastyka wieńcowa oraz inne inwazyjne zabiegi ratunkowe np. kontrapulsacja wewnątrzaoortalna. Ponadto wykonuje się zabiegi z zakresu elektroterapii, takie jak: wszczepianie rozruszników, kardiowerterów- defibrylatorów, implantację układów resynchronizujących, wykonuje się badanie elektrofizjologiczne, a także ablację. W oddziale Kardiologii Inwazyjnej pacjent poddawany jest ścisłemu monitorowaniu oraz nadzorowi kardiologicznemu.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Badany A.K, lat 57 przyjęty na oddział hemodynamiki z powodu utrzymującego się od godziny silnego bólu o charakterze dławicowym, promieniującym do szyi z towarzyszącą dusznością. Ból wystąpił w domu, podczas silnego zdenerwowania. Pacjent zgłasza, że podobny ból pojawił się 2 miesiące temu podczas wysiłku, lecz ustąpił po 1-2 min. W EKG stwierdzono uniesienie odcinka ST w odprowadzeniu II, III i aVF, w badaniach biochemicznych stwierdzono podwyższone stężenie troponin sercowych. Na tej podstawie rozpoznano zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST (STEMI). Pilnie wykonano zabieg koronarografii, z dojścia naczyniowego promieniowego, po czym przeprowadzono zabieg PCI z implantacją stentu, co pozwoliło uzyskać prawidłowy przepływ w tętnicach wieńcowych. Po zabiegu stan pacjenta stabilny, niepokój wzbudza jednak utrzymująca się hipotonia oraz tachykardia.

Po zabiegu pacjenta przetransportowano na salę intensywnego nadzoru, gdzie włączono leki inotropowe i naczynioskurczowe oraz płyny infuzyjne, po ich podaży stan pacjenta uległ

poprawie i odnotowano wzrost ciśnienia tętniczego krwi. Włączono podaż insuliny z uwagi na wysoki poziom glukozy we krwi. Doraźnie zastosowano tlenoterapię z uwagi na duszność spoczynkową. Obserwowano opatrunek uciskowy w obrębie tętnicy promieniowej, nie odnotowano powikłań po zabiegu. Zastosowano cewnik do pęcherza moczowego z uwagi na dolegliwości dyzuryczne oraz skąpomocz. Ściśle monitorowano parametry życiowe, przeprowadzono kontrolę wskaźników biochemicznych krwi oraz układu krzepnięcia.

Kolejnego dnia podjęto próby biernego uruchamiania pacjenta w łóżku, ćwiczenia poszczególnych grup mięśniowych oraz ćwiczenia oddechowe. Próby siadania czy przechodzenia z łóżka na wózek sprawiały pacjentowi dużą trudność i powodowały męczliwość oraz nasilały dolegliwości bólowe. Zastosowano dietę lekkostrawną i wykonano lewatywę z powodu zaparc i utrzymującego się dyskomfortu z tym związanego. Wykonano toaletę całego ciała.

W 3 dobie hospitalizacji pacjenta wypisano do domu z zaleceniami odnośnie rehabilitacji, zmiany stylu życia oraz zaleceniami dietetycznymi. Zalecono opiekę psychologiczną oraz wyedukowano pacjenta i jego narzeczoną na temat czynników ryzyka, objawów alarmujących i zasad farmakoterapii.

Proces pielęgnowania pacjenta

- **Diagnoza pielęgniarska 1:** Ból w klatce piersiowej o nasileniu 2/10 NRS, nasilający się podczas prób podejmowania wysiłku.

Cel opieki:

Zredukowanie dolegliwości bólowych, zadbanie o bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne pacjenta.

Plan opieki:

- Ścisła kontrola podstawowych parametrów życiowych oraz hemodynamiki układu krążenia.
- Ocena charakteru bólu i stopnia jego nasilenia według skali NRS.
- Zapewnienie pacjentowi dogodnej pozycji, ograniczenie sytuacji wywołujących nasilenie dolegliwości bólowych.
- Zapewnienie dostępu naczyniowego do żyły obwodowej i kontrola jego drożności.
- Udział w farmakoterapii przeciwbólowej zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Prowadzenie indywidualnej karty obserwacji pacjenta.

Ocena efektów podjętych działań:

Dolegliwości bólowe zostały zredukowane do 0/10 NRS i utrzymywały się na tym poziomie, nasilając się jedynie podczas prób aktywizacji pacjenta.

- **Diagnoza pielęgniarska 2:** Lęk i niepokój pacjenta z uwagi na stan zdrowia i czekające go leczenie, objawiający się kołataniem serca.

Cel opieki: Zminimalizowanie poczucia niepokoju, przygotowanie psychiczne i fizyczne pacjenta do inwazyjnej procedury leczenia.

Plan opieki:

- Ścisła kontrola podstawowych parametrów życiowych i hemodynamiki układu krążenia, szczególnie saturacji z uwagi na kołatanie serca.
- Spokojne i opanowane świadczenie opieki nad pacjentem.
- Objąśnianie choremu wszystkich czynności z zakresu podejmowanych działań: pielęgnacyjnych, terapeutycznych (monitorowanie za pomocą kardiomonitora, podawanie leków, zabiegi inwazyjne), informowanie o przebiegu prowadzonych badań diagnostycznych oraz instruowanie pacjenta o przygotowaniu do nich.
- Informowanie pacjenta o jego obecnej sytuacji zdrowotnej.
- Umożliwienie rodzinie kontaktu z lekarzem w celu uzyskania informacji o stanie zdrowia członka rodziny, przekazanie informacji o podejmowanych działaniach pielęgniarskich, udzielenie wsparcia.
- Zastosowanie farmakoterapii w celu redukcji silnego niepokoju, jeśli komunikaty werbalne nie są wystarczające.

Ocena efektów podjętych działań:

Objąśnianie wszystkich podejmowanych czynności oraz wsparcie ze strony narzeczonej skutecznie zredukowało lęk i niepokój pacjenta, dając pozytywne nastawienie do procesu leczenia.

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Dusznność spoczynkowa z powodu niedokrwienia mięśnia sercowego w przebiegu OZW, objawiająca się przyspieszonym i płytkim oddechem.

Cel opieki: Utrzymanie stabilności hemodynamicznej pacjenta.

Plan opieki:

- Zastosowanie pozycji wysokiej.

MODEL OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM Z OSTRYM ZESPOŁEM WIEŃCOWYM

- Ciągłe monitorowanie pacjenta za pomocą kardiomonitora (tętno, ciśnienie tętnicze krwi, czynność serca, pulsoksymetria).
- Ocena liczby i charakteru oddechu.
- Kontrola subiektywnego odczucia duszności co pół godziny.
- Zastosowanie tlenoterapii i farmakoterapii według zaleceń lekarskich.
- Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali wspomagającego oddychanie.
- Udzielenie wsparcia, uspokojenie pacjenta.

Ocena efektów podjętych działań:

Stan hemodynamiczny pacjenta został ustabilizowany. Pacjent spokojny, parametry układu krążenia i liczba oddechów w normie.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Możliwość wystąpienia krwawienia z tętnicy promieniowej poddanej nakłuciu z powodu zastosowania leków fibrynolitycznych i przeciwplatekcyjnych oraz heparyny w trakcie i po zabiegu PCI, urazu tętnicy lub zbyt wczesnym uruchomieniu po zabiegu

Cel opieki: Ścisła kontrola miejsca nakłucia tętnicy, niedopuszczenie do wystąpienia krwawienia i jego powikłań, wczesne wykrycie nieprawidłowości.

Plan opieki:

- Wyjaśnienie pacjentowi celowości zastosowanego opatrunku uciskowego oraz poinstruowanie o konieczności uciśnięcia go podczas kaszlu lub kichania.
- Poinformowanie pacjenta o nakazie pozostania w pozycji wysokiej z wyprostowaną kończyną poddaną nakłuciu podczas zabiegu PCI, uwzględniając niepożądane skutki zbyt wczesnego uruchomienia.
- Obserwacja miejsca nakłucia tętnicy pod kątem występowania bólu, tkliwości, obrzęku, krwiaka, krwawienia i poinformowanie lekarza w razie niepokojących objawów.
- Pobranie materiału do badań w celu oceny układu krzepnięcia.

Ocena efektów podjętych działań:

Komplikacje w obrębie tętnicy promieniowej poddanej nakłuciu podczas zabiegu PCI nie wystąpiły, zastosowano odpowiednią prewencję, stan hemodynamiczny oraz parametry układu krzepnięcia pacjenta w normie.

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Możliwość zakrzepu lub niedokrwienia w żyłach głębokich kończyny poddanej zabiegowi z powodu mechanicznego ucisku, skurczu tętnicy, zatoru, zakrzepicy, zmniejszonej aktywności fizycznej oraz obrzęku tkanek.

Cel opieki: Wczesne wykrycie zaburzeń w przepływie obwodowym i niedopuszczenie do powikłań z tym związanych.

Plan opieki:

- Ocena zabarwienia, ucieplenia kończyny, obecności tętna, zaburzeń czucia.
- Przestrzeganie zasad odpowiedniej kompresji miejsca nakłucia oraz czasu pozostawienia opatrunku uciskowego.
- Ocena parametrów układu krzepnięcia.
- Unikanie nadmiernego wysiłku ręką poddaną nakłuciu.
- Pomoc pacjentowi w czynnościach samoobsługowych, wykonywaniu toalety ciała. W razie wątpliwości i zgłaszanych objawów niepokojących poinformowanie lekarza i wykonanie diagnostyki.

Ocena efektów podjętych działań:

Krażenie w obrębie kończyny górnej jest prawidłowe, zabarwienie i ocieplenie kończyny w normie, drętwienie i ból nie występują.

- **Diagnoza pielęgniarska 6:** Utrzymująca się hipotensja oraz tachykardia, skutkujące zawrotami głowy i nudnościami oraz ryzykiem pogorszenia perfuzji narządowej.

Cel opieki: Uzyskanie optymalnych wartości ciśnienia tętniczego krwi oraz tętna, niedopuszczenie do zaburzeń perfuzji narządowej.

Plan opieki:

- Regularna kontrola podstawowych parametrów życiowych i szybkie reagowanie w razie nieprawidłowości.
- Ocena ewentualnych objawów zaburzonej perfuzji narządowej (stan świadomości, kolor skóry, diureza, obecność duszności, zmian w uciepleniu kończyn).
- Zastosowanie pozycji Trendelenburga.
- Zapewnienie komfortu i bezpieczeństwa.
- Obserwacja w kierunku działań niepożądanych zastosowanych leków (dopamina, noradrenalina).

- Wykonywanie czynności pielęgnacyjnych i samoobsługowych w celu uniknięcia wysiłku nasilającego objawy.

Ocena efektywności pojętych działań:

Zastosowane leczenie przyniosło oczekiwane skutki, wartości ciśnienia tętniczego i tętna ustabilizowały się do wartości prawidłowych.

- **Diagnoza pielęgniarska 7:** Zamroczenie i utrudniony kontakt słowny wynikający z aktualnego stanu zdrowia, silnego stresu i osłabienia, skutkujący pogorszeniem funkcjonowania i komunikacji.

Cel opieki: Poprawa stanu świadomości i komunikacji pacjenta, redukcja stresu.

Plan opieki:

- Ocena stopnia świadomości pacjenta.
- Spokojne i empatyczne sprawowanie opieki, ograniczające bodźce zewnętrzne.
- Zadbanie o odpowiednie nawodnienie i odżywienie pacjenta.
- Udzielenie wsparcia, używanie prostych komunikatów i sformułowań.
- Włączenie narzeczonej do procesu leczenia (przekazywanie istotnych informacji, obecność przy chorym).
- Włączenie farmakoterapii, jeśli alternatywne metody ograniczenia lęku nie przyniosą rezultatów.

Ocena efektywności podjętych działań:

Po zastosowaniu leczenia i uspokojeniu pacjenta stan jego świadomości oraz kontakt werbalny uległy stopniowej poprawie. Wsparcie narzeczonej przyniosło pozytywne rezultaty.

- **Diagnoza pielęgniarska 8:** Dyskomfort spowodowany cewnikiem umieszczonym w pęcherzu moczowym z uwagi na utrzymujący się skąpomocz i objawy dyzuryczne.

Cel opieki: Zmniejszenie dyskomfortu, utrzymanie drożności cewnika, objaśnienie korzyści wynikających z podjętych czynności terapeutycznych.

Plan opieki:

- Zachowanie zasad aseptyki podczas zakładania i ewentualnej wymiany cewnika moczowego, dobór odpowiedniego rozmiaru.
- Dbanie o higienę okolicy krocza i miejsca wprowadzenia cewnika.

MODEL OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM Z OSTRYM ZESPOŁEM WIEŃCOWYM

- Ocena barwy, zapachu, ilości wydalanego moczu oraz obecności osadu w worku.
- Prowadzenie bilansu płynów oraz monitorowanie diurezy.
- Pobranie próbek moczu do badań laboratoryjnych.
- Ocena miejsca wprowadzenia cewnika pod kątem zaczerwienienia, wycieku, podrażnienia skóry.
- Zapewnienie prywatności i empatycznej rozmowy – wyjaśnienie konieczności czasowego cewnikowania.
- Utrzymanie drożności cewnika i regularne opróżnianie worka z moczem.

Ocena efektów podjętych działań:

Odnotowano zmniejszenie dyskomfortu związanego z zaburzonym oddawaniem moczu, miejsce wprowadzenia cewnika czyste, bez cech infekcji, drożność zachowana. Zabarwienie moczu ciemne, diureza zmniejszona (30 ml/godzinę).

- **Diagnoza pielęgniarska 9:** Niedowaga pacjenta spowodowana nieprawidłową dietą, nałogami oraz obciążającym trybem życia z towarzyszącym zmniejszonym apetytem, objawami odwodnienia na powłokach skórnych oraz zaparciami.

Cel opieki: Uzyskanie optymalnego wypełnienia łóżyska naczyniowego, redukcja zaparć, zadbanie o odpowiednie odżywienie pacjenta.

Plan opieki:

- Przeprowadzenie pomiarów pacjenta w celu oceny masy ciała (BMI) i typu sylwetki (WHR).
- Zastosowanie diety lekkostrawnej, płynnej oraz pomoc w spożywaniu posiłków.
- Wykonanie lewatywy w celu redukcji zaparć.
- Obserwacja skóry i śluzówek w kierunku objawów odwodnienia.
- Zadbanie o odpowiednie nawodnienie pacjenta, pomoc w spożywaniu płynów.
- Zastosowanie wlewów dożylnych w celu optymalnego wypełnienia łóżyska naczyniowego.
- Rozmowa z pacjentem w kontekście obecności nałogów i silnego stresu w codziennym życiu jako czynników predysponujących do problemów z utrzymaniem prawidłowej masy ciała oraz homeostazy organizmu.

Ocena efektywności podjętych działań:

U pacjenta stwierdzono niedowagę, po podaży płynów uzyskano poprawę wypełnienia łożyska naczyniowego, zaparcia zostały zredukowane, apetyt zmniejszony, pacjent jest świadomy wpływu swojego obciążającego trybu życia na aktualną sytuację zdrowotną.

- **Diagnoza pielęgniarska 10:** Zadrapania na rękach, przesuszony naskórek, popękane usta z powodu odwodnienia, skutkujące pogorszeniem funkcjonowania i komfortu pacjenta.

Cel opieki: Poprawa stanu i kondycji skóry, nawodnienie pacjenta.

Plan opieki:

- Zastosowanie preparatów nawilżających i łagodzących istniejące zmiany skórne.
- Kontrola nawodnienia pacjenta, jeśli to konieczne podaż płynów infuzyjnych.
- Kontrola pod kątem występowania cech infekcji w obrębie uszkodzonego naskórka.
- Jeśli to konieczne zastosowanie opatrunków ochronnych.
- Zastosowanie pomadek ochronnych na popękane usta.
- Wyłączenie pokarmów zaostrzających zmiany w obrębie śluzówki ust (produkty ostre, kwaśne).

Ocena efektywności podjętych działań:

Kondycja skóry znacznie się poprawiła, zadrapania na rękach zmniejszyły się, usta są lepiej nawilżone, nie występują kolejne pęknięcia oraz krwawienie.

- **Diagnoza pielęgniarska 11:** Trudności w wykonywaniu czynności samoobsługowych a także w prowadzeniu wczesnej rehabilitacji kardiologicznej, wynikające z silnego osłabienia i występowania dolegliwości bólowych, skutkujące ryzykiem wystąpienia odleżyn i ryzykiem upadku.

Cel opieki: Zwiększenie samodzielności w wykonywaniu czynności samoobsługowych, aktywizacja pacjenta w miarę jego możliwości, niedopuszczenie do powstania odleżyn i upadku.

Plan opieki:

- Ocena stopnia dolegliwości bólowych wg skali VAS oraz tolerancji wysiłku.
- Pomoc w czynnościach higienicznych i samoobsługowych.
- Wsparcie i asekuracja podczas ćwiczeń rehabilitacyjnych.
- Regularna zmiana pozycji chorego w łóżku, zastosowanie wałków, materaca

przeciwdrożynowego w razie konieczności.

- Obserwacja skóry w kierunku zaczerwienień, otarć, maceracji predysponujących do powstania odleżyn, szczególnie w miejscach narażonych (łokcie, pięty, kość krzyżowa, łopatki).
- Ocena ryzyka upadku wg skali Tinetti.
- Asekuracja pacjenta podczas prób siadania, wstawania, korzystaniu z toalety.
- Stosowanie sprzętów wspomagających poruszanie się (balkonik, chodzik).
- Wskazanie pacjentowi znaczenia prowadzenia wczesnej rehabilitacji kardiologicznej na dalsze rokowania.

Ocena efektywności podjętych działań:

Stopniowo zwiększa się samodzielność pacjenta w czynnościach samoobsługowych. Dolegliwości bólowe oraz osłabienie nawracają, utrudniając prowadzenie rehabilitacji pomimo pozytywnego nastawienia pacjenta. Pacjent dużo pewniej porusza się z zastosowaniem balkonika, wymaga jednak wsparcia podczas wstawania i siadania. Odleżyny oraz niepokojące objawy skórne nie wystąpiły.

- **Diagnoza pielęgniarska 12:** Możliwość wystąpienia zakażenia miejsca wkłucia z uwagi na założony dożylny dostęp naczyniowy.

Cel opieki: Zachowanie drożności dostępu naczyniowego oraz niedopuszczenie do powikłań z tym związanych.

Plan opieki:

- Zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki podczas procedur zakładania wenflonu oraz podaży leków.
- Prowadzenie dokumentacji miejsca wkłucia.
- Obserwacja w kierunku zaczerwienienia, obrzęku, bolesności, ocieplenia w miejscu dostępu naczyniowego.
- Obserwacja objawów ogólnoustrojowych mogących świadczyć o wystąpieniu zakażenia (gorączka, dreszcze, tachykardia), szybka reakcja na zaistniałe zmiany i wdrożenie leczenia.

Ocena efektywności podjętych działań:

Podczas pobytu na oddziale nie wystąpiły żadne niepokojące objawy ze strony dostępu

naczyniowego. Pacjent nie zgłaszał żadnych dolegliwości, drożność wenflonu została zachowana, prowadzono dokumentację wkłucia.

- **Diagnoza pielęgniarska 13:** Obciążenie stresem, niska satysfakcja z życia i niski stopień akceptacji choroby wynikające z wyczerpującego trybu życia i obecności nałogów, skutkujące obniżonym nastrojem i dużym lękiem odnośnie swojego stanu zdrowia.

Cel opieki: Opanowanie lęku, udzielenie wsparcia psychicznego i motywowanie pacjenta.

Plan opieki:

- Monitorowanie stanu psychicznego pacjenta przy użyciu skali (SWLS, AIS, PSS- 10).
- Okazywanie pacjentowi wsparcia i empatii.
- Eliminacja czynników stresogennych.
- Poinformowanie chorego o wpływie nałogów i trybu życia na aktualną sytuację zdrowotną oraz zachęcanie do prozdrowotnych nawyków i wspieranie go w podejmowanych decyzjach.
- Zaangażowanie rodziny w proces zdrowienia pacjenta.
- Dostosowanie opieki do aktualnych możliwości zdrowotnych pacjenta.

Ocena efektywności podjętych działań:

Pacjent wykazuje niewielką poprawę stanu emocjonalnego, jest świadomy wpływu swojego trybu życia na aktualną sytuację zdrowotną, deklaruje chęć zmiany. Potrafi zidentyfikować czynniki wywołujące niepokój i wahania nastrojów. Wymaga dalszego wsparcia emocjonalnego oraz terapii uzależnień.

- **Diagnoza pielęgniarska 14:** Możliwość wystąpienia wahań poziomu glikemii we krwi z uwagi na zdiagnozowaną cukrzycę typu II.

Cel opieki: Utrzymanie normoglikemii.

Plan opieki:

- Regularne pomiary poziomów glikemii
- Ścisła kontrola podstawowych parametrów życiowych.
- Podanie insuliny w celu obniżenia glikemii.
- Obserwacja w kierunku objawów zarówno hiper i hipoglikemii (osłabienie, potliwość,

drżenie, senność, zaburzenia widzenia, suchość w ustach).

- Zapewnienie odpowiedniego zaopatrzenia w glukometr i przeszkolenie pacjenta z jego obsługi.
- Kontynuowanie działań edukacyjnych odnośnie zmiany trybu życia i nałogów.

Ocena efektywności podjętych działań:

Podczas pobytu na oddziale udało się utrzymać normoglikemię, włączono podaż insuliny. Zapoznano pacjenta z obsługą glukometru i podkreślono ogromne znaczenie trybu życia w kontroli glikemii.

- **Diagnoza pielęgniarska 15:** Niedobór wiedzy pacjenta na temat wpływu trybu życia i nałogów na aktualną sytuację zdrowotną i dalsze rokowania.

Cel opieki: Wyposażenie chorego w niezbędną wiedzę na temat choroby i etapów rehabilitacji kardiologicznej, wskazanie miejsc w których można uzyskać wsparcie psychologiczne.

Plan opieki:

- Przeprowadzenie rozmowy w celu ustalenia poziomu wiedzy pacjenta na temat wpływu stylu życia na aktualny stan zdrowia.
- Przedstawienie skutków ubocznych wynikających z obciążającego trybu życia.
- Wspieranie w podjęciu decyzji o zmianie swoich nawyków.
- Wskazanie miejsc, w których pacjent może uzyskać wsparcie w leczeniu uzależnień oraz wsparcie psychologiczne ze względu na przewlekły stres w życiu codziennym.

Ocena efektywności podjętych działań:

Poziom wiedzy na temat konsekwencji zdrowotnych jest wysoki. Pacjent jest widocznie przejęty swoją sytuacją zdrowotną, wyraża dużą chęć zmiany i walki z uzależnieniami.

WNIOSKI

1. Funkcja terapeutyczna pielęgniarki w opiece nad pacjentem z OZW obejmuje ściśle monitorowanie podstawowych parametrów życiowych. Pielęgniarka poddaje pacjenta ocenie za pomocą różnych skal, oceniając m.in. nasilenie dolegliwości bólowych, określa wskaźnik BMI oraz WHR, ryzyko rozwoju odleżyn, ryzyko upadku, samodzielność w czynnościach życia codziennego, satysfakcję z życia, stopień akceptacji choroby,

wskaźnik zadowolenia z życia. Personel pielęgniarski przeprowadza badania diagnostyczne, m.in.: wykonuje badanie EKG, pobiera materiał do badań laboratoryjnych a także przygotowuje pacjenta do inwazyjnych metod diagnostycznych i sprawuje nad nim opiekę po ich wykonaniu: obserwacja miejsca nakłucia i opatrunku uciskowego po zabiegu PCI. Do zadań terapeutycznych należy podaż leków oraz płynów infuzyjnych (obserwacja czy nie powodują działań niepożądanych i czy dolegliwości zmniejszają się po ich podaży), kontrola diurezy i bilansu płynów, założenie cewnika do pęcherza moczowego, wykonanie lewatywy. Pielęgniarka prowadzi dokumentację prowadzonych czynności i bierze udział w tworzeniu planu terapeutycznego. Istotna jest obserwacja wszystkich zachodzących zmian w hemodynamice układu krążenia i szybka reakcja w przypadku powikłań.

2. Funkcja opiekuńcza pielęgniarki w opiece nad pacjentem z OZW polega na wspieraniu lub wykonywaniu za pacjenta w czynnościach samoobsługowych i samopielęgnacyjnych. Pomoc choremu w spożywaniu posiłków, zadbanie o odpowiednią higienę i nawilżenie skóry, asekuracja pacjenta podczas wstawania, siadania, przechodzenia z miejsca na miejsce.
3. Funkcja rehabilitacyjna pielęgniarki nad pacjentem z OZW zaczyna się już w warunkach szpitalnych, zaczynając od prób biernego uruchamiania pacjenta w łóżku, ćwiczeń poszczególnych grup mięśniowych, ćwiczeń oddechowych. Pielęgniarka pomaga w aktywizacji pacjenta, uczestniczy w próbach poruszania i przemieszczania się. W zakresie świadczeń rehabilitacyjnych w późniejszym etapie rehabilitacji pielęgniarka należąc do interdyscyplinarnego zespołu tworzy plan rehabilitacji, uczestniczy w sesjach rehabilitacyjnych, monitoruje tętno i ciśnienie tętnicze krwi. Dokonuje obserwacji podczas ćwiczeń na cykloergometrze, wskazuje pozytywne aspekty prowadzonej rehabilitacji, mobilizuje i aktywizuje podopiecznych.
4. Funkcja profilaktyczna jaką pełni pielęgniarka w opiece nad pacjentem z OZW obejmuje ocenę ryzyka rozwoju odleżyn i niedopuszczenie do ich wystąpienia, edukację chorego i jego rodziny na temat czynników ryzyka predysponujących do występowania chorób układu sercowo-naczyniowego, poinformowanie pacjenta o objawach alarmujących wymagających interwencji medycznej a także zaangażowanie rodziny w proces leczenia.
5. Funkcja promowania zdrowia przez pielęgniarkę w opiece nad pacjentem z OZW

obejmuje motywowanie i wspieranie w zmianie stylu życia, wskazanie miejsc w których może uzyskać wsparcie psychologiczne oraz leczenie uzależnień. Prowadzenie poradnictwa dietetycznego, Zachęcanie pacjenta do samokontroli poprzez prowadzenie dzienniczka pomiarów ciśnienia tętniczego krwi i tętna.

PIŚMIENNICTWO:

1. Timmis A., Vardas P., Townsend N., et al.: European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2021. Eur Heart J 2022; 43: 716–799.
2. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia. Departament Analiz i Innowacji, NFZ o zdrowiu Choroba niedokrwienna serca, <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-choroba-niedokrwienna-serca> (data pobrania 19.05.2025).
3. GBD 2017 Causes of Death Collaborators Global, regional, and national age-sex- specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017, Lancet 2018; 392: 1736–1788.
4. Gil J., Dudek D.: Ostre zespoły wieńcowe możliwości diagnostyczne i terapeutyczne. Wydawnictwo Termedia , Poznań 2015: 13-74.

STRES I ZESPÓŁ WYPALENIA ZAWODOWEGO U PIEŁĘGNIAREK – ROZWAŻANIA TEORETYCZNE

Piasecka Martyna

Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy

WPROWADZENIE

Praca zawodowa umożliwia zaspokojenie potrzeb biologicznych jednostki, daje poczucie bezpieczeństwa oraz jest źródłem uznania społecznego jednostki i czerpania przez nią satysfakcji. Zaangażowanie w wykonywanie obowiązków zawodowych może niejednokrotnie powodować występowanie związanych z nią obciążeń [1].

Dokonując analizy dostępnej światowej literatury wypalenie zawodowe można różnorodnie definiować, jednak zawsze występują elementy wspólne. Omawiany problem charakteryzuje się występowaniem zespołu objawów, wynikających z ekspozycji na nadmierne obciążenie psychiczne i fizyczne [2].

Silny stres, nadmierne zaangażowanie w pełnione obowiązki zawodowe oraz próby sprostaną wymogom, narzucanym przez środowisko skutkują wyczerpaniem psychicznym jednostki, która została dotknięta syndromem wypalenia zawodowego, co w praktyce powoduje utratę chęci, motywacji do podejmowania obowiązków służbowych, a także obniżenie jakości świadczonych w jej ramach usług. Specyfika pracy pielęgniarki predysponuje do występowania wypalenia zawodowego [2].

ROZWINIĘCIE

Określenie „wypalenie się”, wprowadzone w latach 70. XX wieku przez psychiatrę Herberta Freudenbergera i psycholog społeczną Christinę Maslach, trafnie oddaje istotę

problemu, związanego z utratą sił jednostki w wyniku stresu, związanego z podejmowanymi obowiązkami służbowymi. W 1976 roku podczas pracy na Uniwersytecie Berkley wraz ze swoimi współpracownikami Maslach rozpoczęła analizę negatywnych objawów, występujących u pracowników zawodów społecznych. Jednostki, wykonujące zawody, których kwintesencją było niesienie pomocy innym, w tym pracownicy sektora medycznego, podejmowali kwestię emocjonalnego wyczerpania, utraty uczuciowości oraz pojawiającego się negatywnego postrzegania innych a także siebie. Poczynione przez zespół obserwacje skłoniły do dalszych badań zjawiska, które stało się obiektem zainteresowania psychologów społecznych. Opracowane przez Maslach narzędzie do pomiaru wypalenia zawodowego MBI umożliwiło przeprowadzenie badań międzynarodowych oraz poszerzanie posiadanej wiedzy. Analizując przeprowadzane na przestrzeni lat badania można wywnioskować, że pracownicy sektora medycznego są narażeni na stres i wypalenie zawodowe, ponieważ podejmowane przez nich obowiązki służbowe opierają się na bliskim kontakcie interpersonalnym z drugim człowiekiem, wymagają troski, profesjonalności i wysokiego poczucia odpowiedzialności [3].

Obowiązki zawodowe pielęgniarki wymagają nieustannego kontaktu z pacjentem, asystowaniu chorym, pomaganiu im w cierpieniu, ratowaniu zdrowia i życia ludzkiego. Praca ta wymaga zaangażowania, wiąże się z ogromną odpowiedzialnością, podejmowaniem decyzji pod presją czasu oraz narażeniem na niekorzystne dla zdrowia i funkcjonowania czynniki biologiczne, chemiczne i fizyczne. U osób wykonujących ten zawód mogą pojawiać się między innymi zaburzenia w prawidłowym funkcjonowaniu układu mięśniowo – szkieletowego oraz narażenie na doświadczanie stresu a niekiedy przemocy psychicznej ze strony pacjentów, rodzin czy współpracowników [2].

Szkodliwe warunki pracy mogą zwiększyć prawdopodobieństwo występowania syndromu wypalenia zawodowego. Analizując literaturę podmiotową i kierując się badaniami, przeprowadzonymi przez Christinę Maslach wypalenie zawodowe, stanowiące zwykle długotrwały i powolny proces, należy zdefiniować, jako „zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych, które może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób” [2, 3].

Inną definicję wypalenia zawodowego zaproponowali Pines i Aronson, uznając je jako „stan fizycznego, emocjonalnego i psychicznego wyczerpania spowodowane przez długotrwałe

zaangażowanie w sytuacje, które są obciążające pod względem emocjonalnym” [4].

Zgodnie z pracami Christiny Maslach wyróżnić należy kilka komponentów zespołu wypalenia zawodowego [1, 2, 3]:

- wyczerpanie emocjonalne i towarzyszące mu chroniczne zmęczenie, brak energii i motywacji do działania;
- depersonalizację, czyli nadmierne dystansowanie się w kontaktach interpersonalnych, nie tylko na podłożu zawodowym, ale również prywatnym;
- obniżoną satysfakcję z osiągnięć zawodowych, która prowadzi do obniżonego poczucia własnej wartości i efektywności pracy w wyniku przeładowania jednostki zbyt dużą ilością obowiązków, długotrwałą ekspozycją na czynniki stresogenne oraz szkodliwych warunków jej wykonywania.

Specyfika obszaru pracy pielęgniarki, wynikająca z charakterystycznych dla danej grupy pacjentów problemów opiekuńczych i pielęgnacyjnych, w znacznym stopniu wpływa na zjawisko wypalenia zawodowego, stawiając przed personelem medycznym konkretne zadania i wymaga zastosowania jasno sprecyzowanych propozycji ich rozwiązań. Specyfika oddziały szpitalnego, związana z typem schorzeń, a także specyficzne wymagania roli, które podejmują konkretne grupy zawodowe, są istotnymi czynnikami różnicującymi osoby pracujące w zawodach medycznych. W przypadku pielęgniarek podkreśla się, takie cechy jak codzienny kontakt z chorobami, wymóg stałej czujności, konieczność interakcji z różnymi jednostkami zaangażowanymi w ten sam problem, niepewność roli, niskie możliwości kontroli nad otoczeniem oraz zhierarchizowany układ zależności zawodowej. Wymagania te warunkują strukturę syndromu wypalenia zawodowego, wpływając na skutki obiektywne i subiektywne zjawiska, ograniczając wachlarz radzenia sobie z tym zjawiskiem. Konieczność koncentracji uwagi, wnikliwej obserwacji pacjentów i szybkiego reagowania na ich potrzeby obciążają psychicznie personel pielęgniarski. Doświadczenie zawodowe nabywane w ciągu życia kształtuje wiele cech. Jednym z najważniejszych czynników są uzyskane przez pielęgniarkę kompetencje. Pracownicy z ich wysokim poziomem zdecydowanie częściej odbierają ewentualne czynniki stresogenne, związane z pracą, jako wyzwania, co zwiększa prawdopodobieństwo odniesienia sukcesu i mobilizuje do działań. Do innych czynników zaliczyć należy poczucie własnej skuteczności. Pielęgniarka w oparciu o posiadaną przez siebie wiedzę ma możliwość

rozpoznania, co jest dla niej dobre, ale nie jest to równoznaczne ze znajomością metod, które są niezbędne do rozwiązania problemu [5, 6].

Według Cherniss w definicji zespołu wypalenia zawodowego najistotniejszym ogniwem są kompetencje, a samo zjawisko stanowi konsekwencję ich braków w zakresie poczucia własnej skuteczności jednostki. Ta wraz z okolicznością wystąpienia negatywnych czynników w miejscu pracy może prowadzić do rozczarowania, cynizmu i apatii [5].

Zgodnie z teorią Hobfolla ludzie mają w sobie zakorzenioną motywację osiągnięcia i zachowania oraz ochrony tego, co pojmują za ważne dla siebie. Zagrożenia dla posiadanych przez jednostkę zasobów mogą spowodować stres, który przedłużając się generuje powstanie zespołu wypalenia zawodowego. Wypalenie uniemożliwia gospodarowanie posiadanymi zasobami, ulegając potęgowaniu się, a na płaszczyźnie jednostkowej stanowi doświadczenie o ogromnym znaczeniu destrukcyjnym. Stres dotyczy niemal każdego człowieka, natomiast wypalenie nie występuje u każdego, kto podejmuje pracę zawodową. Syndrom dotyczy najczęściej tych jednostek, które posiadają duże oczekiwania, silną motywację oraz wzniosłe cele zawodowe [5].

Analizując literaturę podmiotową pełnoobjawowy zespół wypalenia zawodowego składa się z trzech etapów [7]:

- a) Etapu pierwszego, czyli stadium ostrzegawczego, wynikającego z nadmiernego i długotrwałego obciążenia obowiązkami zawodowymi, charakteryzującego się przygnębieniem, irytacją i wycieńczeniem emocjonalnym oraz objawami somatycznymi, bólami głowy, nawracającymi przeziębieniami, zaburzeniami snu, przewlekłym odczuwaniem zmęczenia. Powrót do prawidłowego funkcjonowania jednostki jest możliwy dzięki redukcji poziomu obciążenia obowiązkami, które wynikają z podejmowanej przez nią pracy.
- b) Etapu drugiego, wynikającego z przedłużającego się, długotrwałego etapu pierwszego, objawiającego się pogorszeniem realizacji obowiązków właściwych dla wykonywanych ról zawodowych, towarzysząca jednostce irytacja, spadek szacunku i wzrastający poziom pogardy dla innych, negatywne zachowania wobec współpracowników oraz wynikająca z emocjonalnego dystansowania się od problemów sztywność działania. Jednostka będąca w tym stadium wymaga podjęcia odpowiedniej interwencji, takiej jak na przykład dłuższy

urlop, regeneracji sił poprzez relaksację i podejmowanie aktywności, które nie są związane z obowiązkami służbowymi.

- c) Etapu trzeciego, będącego stadium chronicznego syndromu wypalenia zawodowego, wiążącego się z rozwojem objawów bio-psycho-społecznych, właściwych dla zjawiska. Ich występowanie stanowi zagrożenie dla procesów poznawczych, emocjonalnych jednostki oraz jej całej struktury osobowości. Objawy, wpływające nie tylko na jednostkę, ale również na całe jej otoczenie obejmują między innymi odczuwanie osamotnienia, depresję, pojawianie się kryzysów rodzinnych, przyjacielskich i partnerskich, a także choroby, takie jak nadciśnienie tętnicze czy powstawanie wrzodów. Osoby, będące w tym stadium wymagają profesjonalnej opieki lekarzy, terapeutów i psychologów.

Wcześniej wspomniana zależność między zespołem wypalenia zawodowego a występowaniem stresu jest szczególnie widoczna w pracy pielęgniarek, narażonych na występowanie czynników stresowych, takich jak [7]:

- a) wymagania zawodowe, między innymi:
- praca w systemie zmianowym;
 - kontakt z chorymi;
 - kontakt z czynnikami chorobotwórczymi, zakaźnymi;
 - styczność z materiałem biologicznym;
 - wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych;
- b) obciążenia psychiczne, w tym:
- odpowiedzialność za podaż leków i wykonywanie zadań zawodowych;
 - świadomość konsekwencji popełnionych błędów;
 - zachowanie empatii i wrażliwości na cierpienie i śmierć pacjenta;
 - świadomość ograniczeń dostępnych metod leczenia, dostępności leków oraz niezbędnego sprzętu;
 - nieadekwatna do ilości obowiązków liczba pielęgniarek;
 - błędy w organizacji pracy;
 - rozbieżność między odpowiedzialnością i liczbą obowiązków służbowych a wynagradzaniem finansowym pielęgniarek za pełnioną pracę;
 - obniżenie prestiżu zawodowego;

- konflikty z przedstawicielami tego samego i innych zawodów medycznych w miejscu pracy.

Odczuwanie przez pielęgniarki stresu zawodowego ściśle koreluje z następstwami, dotyczącymi sfery osobistej i społecznej. Biorąc pod uwagę specyfikę pracy polskich pielęgniarek, skutki doświadczania stresu w miejscu wykonywania obowiązków służbowych, pojawia się konieczność podejmowania konkretnych, jasno sprecyzowanych działań, mających na celu poprawę ich psychofizycznego funkcjonowania. Stres stanowi zatem proces, w którym wyróżnić należy elementy składowe, takie jak [5]:

- stresor zewnętrzny lub wewnętrzny, czyli czynnik wywołujący stres;
- proces oceny działającego stresora i odbiór tego czynnika, jako zagrażającego;
- pojawiająca się automatycznie emocjonalno – behawioralna reakcja stresowa oraz towarzysząca jej reakcja fizjologiczna, stanowiąca reakcję automatyczną jednostki podczas uznania danej sytuacji za stresorodną;
- proces zmagania się ze stresem, biorący pod uwagę możliwości i wydolność jednostki, który ma na celu jego redukcję lub usunięcie.

Dokonując analizy dostępnej literatury można wyciągnąć wnioski, że dostępnych jest wiele teorii skupiających się na opisie istoty stresu. Na początku XX wieku pojawiły się pierwsze koncepcje naukowe zjawiska, w których dominował aspekt biologiczny i oddziaływanie stresorów na funkcjonowanie jednostki. Jednym z naukowców, starających się opisać istotę i skutki stresu na funkcjonowanie człowieka, był Hans Selye. Zgodnie z jego teorią, stres to sytuacja, która wyzwala nieswoistą odpowiedź organizmu na stawiane mu wymagania, co prowadzi do mobilizacji ustroju. Zaadaptowanie się do aktualnej sytuacji ma przywrócić dobrostan i równowagę jednostki. Przedłużająca się ekspozycja na stresor, wiążąca się z rozwojem zmian psychosomatycznych, może skutkować rozwinięciem ogólnego zespołu przystosowawczego, składającego się z fazy alarmowej, odporności i wyczerpania [8].

Zgodnie z teoriami wprowadzonymi przez Susan Folkman i Richarda Lazarusa, jednostka wykazuje się aktywnością w konkretnych sytuacjach i okolicznościach, a interakcje między osobą a otoczeniem to pewnego rodzaju transakcja, która powoduje między nimi ciągłe oddziaływanie, mogące prowadzić do zaistnienia zmian, w zależności od odbioru tej reakcji jako

obojętnej, obciążającej, stanowiącej wyzwanie a także przekraczającej zasoby i możliwości adaptacyjne [8].

Autorem koncepcji stresu zawodowego, oscylującej na braku zachowania równowagi między podejmowanym w pracy wysiłkiem a otrzymywanej za niego gratyfikacją, jest Johannes Siegrist. Zgodnie z jego teorią istnieją dwa główne komponenty: wysiłki oraz nagrody. Wysiłek można pojmować jako wymagania stawiane przed pracownikiem, takie jak presja czasu, obciążenia związane z wykonywaniem pracy, natomiast nagrody, jako poczucie bezpieczeństwa, szacunek oraz wynagrodzenie za pracę. Motywacja do pracy stanowi wynik pomiędzy ponoszonymi przez jednostkę kosztami a zyskami, jakie wiążą się wykonywaniem zadań. Brak równowagi między tymi komponentami powodują powstawanie stresowych reakcji emocjonalnych [8].

Koncepcje i teorie Johanna Siegrista znalazły swoje odzwierciedlenie w badaniach, przeprowadzanych wśród pielęgniarek i wykazały, że brak równowagi pomiędzy wysiłkiem wkładanym w realizację zadań zawodowych a uzyskiwaną za nie nagrodą, wpływa na spadek zaangażowania w pracę, mającą na celu zapewnienie kompleksowej opieki pielęgniarskiej chorym [8].

Wysoka jakość świadczonej opieki pielęgniarskiej to bardzo istotny element wykonywania swoich obowiązków, ściśle korelujący ze wzrostem satysfakcji pacjentów. Świadczenie opieki nad pacjentem nie odnosi się jedynie do czynności instrumentalnych, a wymaga opanowania przez pielęgniarkę sztuki dawania pomocy osobistej, społecznej, psychicznej i emocjonalnej w celu osiągnięcia pożądanych, a przede wszystkim holistycznych rezultatów [9].

Wysoki poziom zaangażowania w pracę oraz aspiracje zawodowe, niewspółmierne do uzyskiwanego wynagrodzenia nie tylko finansowego za pracę, narażają osoby wykonujące zawód pielęgniarki na zespół wypalenia zawodowego oraz na występowanie zaburzeń somatycznych oraz zdrowia psychicznego [10].

Pielęgniarstwo to zawód silnie obciążający osoby je wykonujące stresem. Narażenie na niego ściśle koreluje ze specyfiką pracy i wynikających z niej obowiązków oraz z trudnymi warunkami jego wykonywania. Elementy towarzyszące pielęgniarstwu to stan zagrożenia życia

pacjentów, doświadczanie ich śmierci, cierpienia i bólu, brak współpracy i szacunku ze strony pacjenta i rodzin. Dążenie do podnoszenia kwalifikacji, profesjonalizmu i wysokiego poziomu świadczonych usług może stanowić przyczynę chronicznego stresu u pielęgniarek [8].

Stresogenny charakter pracy pielęgniarki wynika z właściwych dla tej pracy cech, takich jak [8]:

- związanych z organizacją pracy;
- fizycznych;
- społecznych, w tym braku wsparcia przełożonych, konieczności kooperacji, rywalizacji, znajdowania kompromisu;
- psychologicznych, w tym niskiego prestiżu zawodu, ograniczonych możliwości awansu;
- związanych ze zmianowością pracy oraz koniecznością jej podejmowania w godzinach nocnych.

Elementami radzenia sobie z sytuacją stresową jest podejmowanie działań mających na celu minimalizację ich negatywnego wpływu na funkcjonowanie psychofizyczne jednostki. Analizując literaturę można wyróżnić dwa główne style radzenia sobie z sytuacjami stresowymi – adaptacyjny i nieadaptacyjny [11].

Wybór odpowiedniego stylu ma kluczową rolę w zachowaniu zdrowia psychicznego i jakości relacji społecznych. Styl adaptacyjny, czyli zadaniowy skupia się na aktywnym podejściu do problemu, sprzyja skutecznej adaptacji do stresu i rozwojowi kompetencji społecznych, co zwiększa prawdopodobieństwo uzyskania dobrobytu psychologicznego i interpersonalnego. Styl nieadaptacyjny – emocjonalny i unikowy, skupia się na koncentrowaniu się na redukcji napięcia emocjonalnego i działaniach skupiających się na unikaniu konfrontacji z problemem, prowadząc do narastającego stresu, osłabieniu relacji z otoczeniem i eskalacji ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych [11].

Kompetencje społeczne, stanowiące ważny element funkcjonowania, umożliwiając efektywne rozwiązywanie, utrzymywanie i rozwijanie relacji międzyludzkich, w znacznej mierze wpływają na dobór stylu radzenia sobie ze stresem, wpływając na efektywność podejmowanych przez pielęgniarkę działań w odpowiedzi na zaistniały stresor [11].

W swojej pracy pielęgniarki wykorzystują wszystkie omawiane powyżej style. Styl zadaniowy sprzyja dostosowaniu zachowania do zaistniałej sytuacji i współgzystuje z wysokim

poczuciem własnej skuteczności i poprawą funkcjonowania zawodowego. Styl nieadaptacyjny wiąże się z negatywnymi konsekwencjami dla indywidualnego i organizacyjnego funkcjonowania jednostki, takich jak uzależnienia od środków psychoaktywnych, zaburzenia lękowo – depresyjne oraz zespół wypalenia zawodowego. Warto natomiast podkreślić, że wyższy poziom kompetencji społecznych, koncentracja na rozwiązaniach i odwoływanie się do wsparcia zespołowego, częściej koreluje z wyborem zdrowszych strategii radzenia sobie ze stresem [11].

PODSUMOWANIE

Stres zawodowy związany z pracą pielęgniarek koreluje ze zjawiskiem wypalenia zawodowego [8]. Samo doświadczanie tych zjawisk przez pielęgniarki powoduje poważne i niebezpieczne następstwa dla sfery osobistej i społecznej. Skutki doświadczania stresu, odpowiedzialność za życie i zdrowie, nadmiar obowiązków w miejscu pracy i skala zjawiska wymuszają podjęcie zdecydowanych działań na rzecz poprawy funkcjonowania pielęgniarek [5, 7].

Zjawisko wypalenia zawodowego u pielęgniarek to długotrwały proces, dlatego tak istotne jest posiadanie wiedzy na temat strategii radzenia sobie ze stresem oraz rozpoznawania pierwszych sygnałów ostrzegawczych informujących o rozwoju tego zjawiska [2].

PIŚMIENNICTWO

1. Cipora E., Smoleń E., Gazdowicz L. i wsp.: Poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej — badania wstępne. *Problemy Pielęgniarstwa* 2014; 22 (3): 252–257.
2. Rutka A., Milska-Musa K.: Czynniki ryzyka a wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarki anestezyjologicznej i intensywnej opieki. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2024; 18: 104-118.
3. Wilczek-Rużyczka E.: Wypalenie zawodowe pracowników medycznych. Wyd. Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa 2014: 13-16.
4. Wilczek– Różyczka E., Zaczyk I.: Wypalenie zawodowe polskich pielęgniarek – metaanaliza badań. *Hygeia Public Health* 2015; 50 (1): 9-13.

5. Wojciechowska W., Małecka B., Suchorska L.: Poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w hospicyjnej opiece domowej. *Medycyna Paliatywna* 2022; 14(1): 41–47.
6. Wojciechowska W., Małecka B., Frąckowiak B.: Poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w szpitalu. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2021; 4(6): 72 – 87.
7. Rybka M., Pytel W.: Uporczywa terapia jako czynnik determinujący zjawisko wypalenia zawodowego u pielęgniarek. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2023; 4(8): 82-95.
8. Wilczek – Rużyczka E., Kwak M., Jurkowska M.: Stres zawodowy a wypalenie zawodowe u pielęgniarek. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2019; 25(1): 33–39.
9. Safavi F., Yousefi Z., Bavani S.M. i wsp.: The Relationship Between Nurses' Ethical Reasoning with the Quality of Nursing Care. *International Journal of Applied and Basic Medical Research* 2022; 12(3): 196 – 202.
10. Roshanger F., Davoudi B., Hasankhani H. i wsp.: The relationship between the effort – reward imbalance and psychosocial health in nurses. *Journal of Research in Medical and Dental Sciences* 2018; 6(2): 67–73.
11. Maciaszek-Tume A., Kotarba A., Borowiak E.: Style radzenia sobie ze stresem a kompetencje społeczne pielęgniarek psychiatrycznych. *Kultura – Społeczeństwo – Edukacja* 2024; 1(25): 7-22.

MODEL OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM Z KOLEJNYM ZAWAŁEM MIĘŚNIA SERCOWEGO

Katarzyna Wiśniewska¹, Agnieszka Sławska – Okruta¹, Eliza Mazur-Warzecha²

1 - *Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*

2 - *Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu*

WSTĘP

Najczęstszą przyczyną zgonów w Europie na podstawie najnowszego raportu WHO są choroby układu sercowo-naczyniowego. Z tego powodu, co roku w regionie europejskim umiera 4 mln osób, czyli średnio około 10 tys. dziennie i stanowi to aż 42,5% wszystkich zgonów w Europie. Schorzenia te są ogromnym niebezpieczeństwem dla Polek i Polaków, ponieważ ryzyko zachorowania na nie w Europie Wschodniej jest ponad 5 razy wyższe niż w Europie Zachodniej [1].

Pacjent, u którego stwierdzono zawał mięśnia sercowego, skarży się na różne dolegliwości. Zazwyczaj jako pierwszy wskazywany jest ból w klatce piersiowej. Dyskomfort ten trwa nieprzerwanie przez kilka minut, lub na przemian nasila się i ustępuje, zlokalizowany jest w lewej lub środkowej części klatki piersiowej. Ból spowodowany jest ostrym niedokrwieniem mięśnia sercowego [2]. Równocześnie z bólem w klatce piersiowej wystąpić mogą trudności w oddychaniu, objawiające się dusznością. Aby ułatwić pacjentowi oddychanie, należy przede wszystkim pomóc mu w zajęciu pozycji wysokiej a także zadbać o odpowiedni mikroklimat w sali chorego. Bardzo istotny jest monitoring saturacji, liczby i charakteru oddechów oraz reszty parametrów. Jeżeli lekarz zdecyduje o konieczności podłączenia tlenu pacjentowi, należy go podłączyć zgodnie ze zleceniem [3]. Kolejną, często występującą dolegliwością są nudności i wymioty. W tej sytuacji należy zapobiec ewentualnemu zadławieniu się treścią żołądkową przez pomoc w zajęciu odpowiedniej pozycji przez pacjenta. Należy podać pacjentowi miskę nerkową na wymiociny oraz ligninę do wytarcia ust. Pacjent w tej sytuacji może czuć się skrzepowany, dlatego ważne jest zadbanie o jego prywatność. Na zlecenie lekarza podać należy leki przeciwwymiotne [4].

Pacjent, który doświadcza zawału, a w szczególności ten, u którego incydent niedokrwienny powtarza się, odczuwa niepokój związany ze swoim stanem zdrowia, boi się śmierci i powikłań, które mogą wystąpić. Najważniejsze w tym czasie jest zapewnienie mu maksymalnego poczucia bezpieczeństwa, otoczenie go nieprzerwaną opieką i obecnością. Pacjent ma prawo znać swoją aktualną sytuację zdrowotną, dlatego w przypadku pytań z jego strony, należy udzielić zrozumiałej dla niego odpowiedzi, jeżeli prosi o rozmowę z lekarzem prowadzącym, należy zainicjować takie spotkanie. Podczas rozmów z pacjentem personel medyczny powinien okazać troskę oraz wyjaśnić konieczność i celowość wykonywanych działań. Jeżeli sytuacja tego wymaga, należy podać pacjentowi leki uspokajające na zlecenie lekarza [5,6].

Pielęgniarka wykonująca swoje obowiązki w sposób profesjonalny, łączy swoim działaniem funkcje: terapeutyczną, edukacyjną, rehabilitacyjną, pielęgnacyjną i opiekuńczą. Dotyczy to opieki sprawowanej nad każdym pacjentem we wszystkich jednostkach zajmujących się opieką zdrowotną. Pielęgniarka jest osobą, która znajduje się najbliżej pacjenta, dlatego uczestniczy ona w każdym etapie pobytu pacjenta w szpitalu [7].

Jednym z głównych zadań pielęgniarki wobec pacjenta z kolejnym zawałem serca jest podaż leków. Zapoznaje się ona ze zleceniem lekarskim, a następnie przygotowuje i podaje pacjentowi medykamenty. Bierze również udział w obserwacji stanu zdrowia i jego zmian, bezzwłocznie informując o nich lekarza. Pacjent, u którego zdiagnozowany został kolejny zawał serca, wymaga także ciągłej kontroli parametrów życiowych, a obowiązkiem pielęgniarki opiekującej się pacjentem jest zapewnienie w pełni sprawnego sprzętu do pomiaru ciśnienia tętniczego, saturacji, akcji serca itd. [8].

Zadaniem pielęgniarki jest również pomoc pacjentowi w czynnościach fizjologicznych i samoobsługowych. Pielęgniarka powinna mieć na uwadze nie tylko potrzeby zgłaszane słownie przez pacjenta, ale również bacznie obserwować komunikaty niewerbalne, przekazywane przez jego ciało i jak najszybciej na nie reagować. Bardzo ważną rolę odgrywa także aspekt edukacyjny. Zwiększenie poziomu świadomości pacjenta i jego rodziny odnośnie aktualnego stanu zdrowia, czynników ryzyka, czy działań profilaktycznych może zminimalizować możliwość wystąpienia u niego kolejnego zawału mięśnia sercowego [9].

Pielęgniarka uczestniczy również w rehabilitacji kardiologicznej, która u pacjenta po zawale powinna zostać niezwłocznie wdrożona. Początkowy etap rehabilitacyjny, mający miejsce

MODEL OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM Z KOLEJNYM ZAWAŁEM MIĘŚNIA SERCOWEGO

jeszcze na oddziale kardiologicznym ma na celu przywrócić pacjentowi jak najwyższą samoobsługę, dlatego pielęgniarka asystuje i asekuruje pacjenta podczas siadania, wstawania z łóżka, czy spacerze do toalety.

Pacjenci po incydentach sercowo-naczyniowych są bardzo często w złej kondycji psychicznej, boją się powikłań, śmierci i zmian w życiu codziennym po powrocie ze szpitala. Personel pielęgniarski powinien otoczyć takie osoby odpowiednim wsparciem, nawiązać więź z pacjentem, dzięki której poczuje się on zaopiekowany i bezpieczny. U pacjenta po zawale może rodzić się mnóstwo pytań odnośnie dalszego leczenia, diety, czy powrotu do sprawności fizycznej i samowystarczalności [10].

CEL PRACY

Celem głównym niniejszych badań było ustalenie modelu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z kolejnym zawałem mięśnia sercowego

MATERIAŁ I METODY

Główną metodą badawczą zastosowaną w niniejszej pracy była metoda indywidualnego przypadku. Techniki badawcze wykorzystane w niniejszym opracowaniu: wywiad pielęgniarski, obserwacja pielęgniarska, analiza dokumentacji medycznej, pomiary bezpośrednie i pośrednie. Narzędzia badawcze, wykorzystane w badaniu to BMI (ang. Body mass index), wskaźnik WHR(ang. Waist Hip Ratio), Skala oceny ryzyka powstawania odleżyn Norton, Skala Torrance'a, Skala oceny bólu NRS- (ang. Numerical Rating Scale), Skala IADL- w ocenie skalą IADL, Skala Tinetti, Skala satysfakcji z życia SWLS, Skala akceptacji choroby AIS, Skala odczuwanego stresu PSS-10.

Badania polegały na analizie modelu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z kolejnym zawałem mięśnia sercowego. Opis przypadku przykładowego pacjenta otrzymano od pielęgniarki pracującej na oddziale Kardiologii Inwazyjnej przez 7 lat.

Terenem badań był Odcinek Hemodynamiczny w Oddziale Kardiologii. Oddział ten zajmuje się diagnostyką i leczeniem chorób układu krążenia, w szczególności choroby wieńcowej, OZW oraz nadciśnienia tętniczego, z wykorzystaniem inwazyjnych i nieinwazyjnych metod leczenia. Zabiegi realizowane przez Pracownię Hemodynamiki to między innymi inwazyjne leczenie zawału mięśnia sercowego, planowa koronarografia oraz angioplastyka

wieńcowa, a także zabiegi ratunkowe takie jak kontrapulsacja wewnątrzaoortalna. Badania przebiegły bez trudności, na podstawie zebranego wywiadu przeanalizowano indywidualny przypadek chorego przy użyciu wielu narzędzi i metod badawczych.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Pacjent zgłosił się na SOR z powodu silnego bólu w klatce piersiowej, promieniującego do lewej kończyny górnej. Podczas badania EKG stwierdzono zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST. Pacjent został niezwłocznie skierowany na oddział hemodynamiki, gdzie wykonano koronarografię, a następnie zabieg przezskórnej angioplastyki wieńcowej gałęzi przedniej zstępującej (PCI LAD) z dostępu udowego. Po zabiegu stan pacjenta ustabilizował się. Pacjent z założoną koszulką udową został przetransportowany na salę intensywnego nadzoru. Koszulka po sześciu godzinach została usunięta, a na jej obszar zastosowano opatrunek uciskowy, który został usunięty po kolejnych ośmiu godzinach. Nie stwierdzono niepokojących zmian w tym obszarze. Pacjent z powodu unieruchomienia zgłaszał ból w kręgosłupie (6/10 NRS). Skarżył się również na utrzymujący się ból w klatce piersiowej, promieniujący do lewej kończyny górnej (4/10 NRS). Zastosowano paracetamol 1g i.v.

Następnego dnia rozpoczęto pionizowanie pacjenta, począwszy od ćwiczeń biernych. W kolejnym etapie pozwolono na ograniczone ruchy w obrębie łóżka pacjenta, a następnie stopniowo zwiększano ich zakres. U pacjenta zaobserwowano obniżone pragnienie, dlatego na zlecenie lekarza personel pielęgniarski rozpoczął dopajanie oraz podaż dożylnych płynów nawadniających. Pacjent skarżył się również na zaburzenia wydalania stolca spowodowane zaparciami. Z tego powodu zastosowano dietę lekkostrawną oraz podano lactulozę 15ml p.o. Kolejnego dnia pacjent został wypisany w stanie ogólnym dobrym, otrzymał zalecenia dotyczące diety oraz rehabilitacji. Zalecono również częste kontrole kardiologiczne. Rodzina pacjenta została poinstruowana w zakresie zmniejszania czynników ryzyka kolejnego zawału mięśnia sercowego.

Proces pielęgnowania

- **Diagnoza pielęgniarska 1:** Ból w klatce piersiowej o nasileniu 4/10 NRS, promieniujący do lewej kończyny górnej, utrzymujący się po zabiegu PCI.

Cel opieki: Wyeliminowanie dolegliwości bólowych

Plan opieki:

- Podanie pacjentowi leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza
- Ułożenie pacjenta w pozycji półwysokiej, ograniczającej ból i ułatwiającej oddychanie
- Monitorowanie stopnia nasilenia bólu przez zastosowanie skali NRS
- Monitorowanie stanu pacjenta, pod kątem powikłań zabiegu angioplastyki

Ocena efektów podjętych działań: Dolegliwości bólowe zostały wyeliminowane.

- **Diagnoza pielęgniarska 2:** Ból w kręgosłupie 6/10 NRS) spowodowany unieruchomieniem.

Cel opieki: Wyeliminowanie dolegliwości bólowych.

Plan opieki:

- podanie pacjentowi leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza
- ułożenie pacjenta w pozycji półwysokiej, ograniczającej ból i ułatwiającej oddychanie
- monitorowanie stopnia nasilenia bólu przez zastosowanie skali NRS

Ocena efektów podjętych działań: Dolegliwości bólowe zostały wyeliminowane.

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Zaparcia, spowodowane nieprawidłowym odżywianiem oraz ograniczoną aktywnością fizyczną po zabiegu.

Cel opieki: Uzyskanie prawidłowego wypróżnienia.

Plan opieki:

- ocena nasilenia i częstotliwości zaparć oraz towarzyszących im objawów
- podanie leków przeczyszczających na zlecenie lekarza
- edukacja żywieniowa pacjenta, zalecenie przejścia na dietę lekkostrawną
- dbanie o poprawę nawodnienia pacjenta

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent oddał 1 prawidłowy stolec.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Wysoki poziom glukozy we krwi, spowodowany zaburzeniami gospodarki węglowodanowej.

Cel opieki: Unormowanie poziomu glikemii.

Plan opieki:

- podanie pacjentowi insuliny w celu obniżenia poziomu glikemii.
- monitorowanie poziomu glukozy poprzez zastosowanie profilu glikemii
- edukacja żywieniowa pacjenta
- przestrzeganie regularności spożywanych przez pacjenta posiłków

Ocena efektów podjętych działań: Poziom glukozy unormował się.

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Przewlekła, napadowa duszność spoczynkowa w przebiegu pojawiających się częstoskurczów komorowych.

Cel opieki: Przystosowanie pacjenta do radzenia sobie z napadami duszności w środowisku pozaszpitalnym.

Plan opieki:

- edukacja pacjenta na temat zachowania w trakcie napadu duszności, instruktaż działań
- zalecenie zachowania spokoju, niepopadania w panikę
- edukacja na temat samodzielnej oceny nasilenia duszności

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent poinstruowany na wypadek kolejnego napadu duszności.

- **Diagnoza pielęgniarska 6:** Nadmierna masa ciała pacjenta spowodowana niezdrową dietą i niską aktywnością, będąca czynnikiem ryzyka wielu chorób i powikłań.

Cel opieki: Zmotywowanie pacjenta do utraty masy ciała, poprawy sposobu odżywiania i zwiększenia aktywności fizycznej.

Plan opieki:

- edukacja pacjenta na temat otyłości i związanych z nią zagrożeń
- zachęcenie pacjenta do zmiany stylu życia po wyjściu ze szpitala
- edukacja pacjenta i jego rodziny w kwestii zdrowego odżywiania
- zachęcenie pacjenta do skorzystania usług dietetyka

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent zmotywowany do odchudzania i zmiany stylu życia.

- **Diagnoza pielęgniarska 7:** Niepokój spowodowany stanem zdrowia, objawiający się obniżonym nastrojem i rozdrażnieniem.

Cel opieki: Poprawa stanu psychicznego pacjenta.

Plan opieki:

- prowadzenie z pacjentem rozmowy na temat jego stanu fizycznego i psychicznego, spokojne i zrozumiałe wytłumaczenie istoty leczenia
- zachęcenie rodziny pacjenta do wspierania go w leczeniu i rekonwalescencji
- zaproponowanie pacjentowi konsultacji z psychologiem
- polecenie pacjentowi i jego rodzinie unikania sytuacji stresowych

Ocena efektów podjętych działań: Stan psychiczny pacjenta poprawił się.

- **Diagnoza pielęgniarska 8:** Ograniczona zdolność do wykonywania czynności samoobsługowych, spowodowana nietolerancją wysiłku.

Cel opieki: Zwiększanie zdolności do samoopieki i tolerancji wysiłku,

Plan opieki:

- pomoc pacjentowi w czynnościach samoobsługowych
- stopniowe uruchamianie pacjenta
- obserwacja reakcji organizmu na wysiłek
- monitorowanie podstawowych parametrów życiowych
- konsultacja pacjenta z rehabilitantem

Ocena efektów podjętych działań: Zdolność do samoopieki oraz tolerancja wysiłku poprawiła się.

- **Diagnoza pielęgniarska 9:** Trudności w zasypianiu, spotęgowane pobytem w szpitalu i strachem przed śmiercią.

Cel opieki: Zminimalizowanie problemów z zasypianiem, zaśnięcie.

Plan opieki:

- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali
- zapewnienie ciszy i spokoju, przygaszenie światel
- podanie Hydroxizine 10 mg po na zlecenie lekarza
- zaproponowanie pacjentowi skorzystania z technik relaksacyjnych

- pomoc w przyjęciu wygodnej pozycji do snu

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent zasnął w ciągu kilkunastu minut.

- **Diagnoza pielęgniarska 10:** Niski poziom świadomości na temat czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, przejawiający się niezdrowym stylem życia

Cel opieki: Zmotywowanie pacjenta do zmiany stylu życia.

Plan opieki:

- edukacja pacjenta na temat czynników ryzyka i chorób, do których predysponują
- przekazanie broszur dostępnych na oddziale, dotyczących zdrowej diety i aktywności fizycznej
- zachęcenie pacjenta do samokontroli ciśnienia tętniczego, tętna i poziomu glukozy po zakończeniu hospitalizacji
- przypomnienie o konieczności regularnego wstawiania się na badania kontrolne i **konsultacje z kardiologiem**

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent zmotywowany do zmiany stylu życia.

- **Diagnoza pielęgniarska 11:** Ryzyko wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych z powodu małej ilości przyjmowanych płynów.

Cel opieki: Niedopuszczenie do odwodnienia.

Plan opieki:

- prowadzenie bilansu płynów
- kontrola ilości, zapachu i barwy wydalanego moczu
- kontrola nawilżenia błon śluzowych oraz stanu skóry
- zachęcanie pacjenta do przyjmowania płynów
- podłączenie kroplówki nawadniającej na zlecenie lekarza

Ocena efektów podjętych działań: Nie doszło do odwodnienia.

- **Diagnoza pielęgniarska 12:** Ryzyko wystąpienia kolejnego epizodu sercowo-naczyniowego spowodowane licznymi czynnikami ryzyka.

Cel opieki: Niedopuszczenie do wystąpienia kolejnego epizodu sercowo-naczyniowego.

Plan opieki:

- edukacja na temat zmiany stylu życia (zwiększenie aktywności fizycznej, zmiana nawyków żywieniowych, redukcja masy ciała)
- zachęcenie do regularnej kontroli stanu zdrowia (wizyty u kardiologa, badania kontrolne)
- mobilizacja pacjenta do rzucenia palenia (przekazanie pacjentowi broszury na temat metod walki z nikotynizmem)

Ocena efektów podjętych działań: Kolejny epizod sercowo-naczyniowy nie wystąpił.

- **Diagnoza pielęgniarska 13:** Wieloletni nikotynizm, brak motywacji do rezygnacji z nałogu.

Cel opieki: Zmotywowanie pacjenta do zaprzestania palenia.

Plan opieki:

- ocena poziomu wiedzy i świadomości pacjenta na temat wpływu nikotyny na funkcjonowanie organizmu
- edukacja na temat szkodliwości palenia papierosów
- zachęcenie pacjenta do zapoznania się z metodami walki z nałogiem

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent czuje się zmotywowany do zaprzestania palenia.

- **Diagnoza pielęgniarska 14:** Ryzyko zasłabnięcia z powodu zaburzeń pracy serca.

Cel opieki: Unormowanie pracy serca, niedopuszczenie do powstania powikłań spowodowanych zaburzeniami rytmu serca.

Plan opieki:

- monitorowanie parametrów życiowych
- podanie leków wyrównujących pracę serca na zlecenie lekarza
- zapobieganie omdleniom przez zapewnienie odpowiedniej pozycji ułożeniowej pacjenta, zabezpieczającej przed urazem podczas ewentualnego zasłabnięcia
- zapewnienie spokoju pacjentowi
- podłączenie kroplówki nawadniającej na zlecenie lekarza

Ocena efektów podjętych działań: Nie wystąpiły powikłania spowodowane zaburzeniami rytmu serca.

- **Diagnoza pielęgniarska 15:** Ryzyko wystąpienia zakażenia z powodu założonego wkłucia dożylnego.

Cel opieki: Niedopuszczenie do zakażenia

Plan opieki:

- stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki podczas czynności pielęgniarskich
- monitorowanie stanu kaniuli i jego drożności
- zachowanie czystości w obrębie wenflonu, zmiana okleiny lub zmiana wkłucia w razie konieczności
- obserwacja reakcji pacjenta w trakcie podaży dożylniej

Ocena efektów podjętych działań: Nie doszło do zakażenia.

WNIOSKI

1. Pielęgniarka sprawująca opiekę nad pacjentem z kolejnym zawałem mięśnia sercowego łączy swoimi działaniami funkcje: terapeutyczną, edukacyjną, rehabilitacyjną, pielęgnacyjną i opiekuńczą.
2. Funkcja terapeutyczna pielęgniarki w opiece nad pacjentem z kolejnym zawałem serca polega na monitorowaniu parametrów życiowych, podaży leków zgodnie ze zleceniem lekarskim, oraz stosowaniu działań profilaktycznych w celu uniknięcia powikłań związanych z leczeniem. Personel pielęgniarski współpracuje z pozostałymi członkami kadry medycznej w celu wspólnego osiągnięcia celu terapeutycznego.
3. Personel pielęgniarski w ramach funkcji edukacyjnej odpowiedzialny jest za przedstawienie pacjentowi wpływu stylu życia na funkcjonowanie organizmu oraz możliwości poprawy stanu zdrowia przez jego zmianę. Obejmuje ona między innymi edukację żywieniową, naukę o czynnikach ryzyka różnych chorób, czy rozmowę na temat szkodliwości nałogów oraz sposobów walki z nimi.
4. W ramach funkcji rehabilitacyjnej pielęgniarka wspiera pacjenta w powrocie do samodzielności na każdym etapie uruchamiania pacjenta. Wykonuje z pacjentem ćwiczenia przyłóżkowe, asekuruje i asystuje w realizacji ćwiczeń zaleconych przez rehabilitanta.
5. Funkcja pielęgnacyjna w opiece nad pacjentem po zawale serca skupia się na utrzymaniu higieny w trakcie unieruchomienia, pielęgnacji dostępow naczyniowych oraz skóry oraz

pomocy w czynnościach samoobsługowych, których w danej chwili pacjent nie jest w stanie wykonać.

6. W ramach funkcji opiekuńczej pielęgniarka zapewnia choremu spokój i bezpieczeństwo w trakcie pobytu w szpitalu, oraz wspiera pacjenta w walce z chorobą.
7. Ważnym elementem w opiece nad chorym jest znajomość towarzyszących mu czynników ryzyka choroby, które predysponują do powstawania kolejnych problemów zdrowotnych oraz umiejętność motywacji pacjenta do minimalizowania ich.
8. Pacjent, który walczy z chorobą potrzebuje wsparcia i motywacji, dlatego jego bliscy powinni okazywać empatię i chęć pomocy choremu na każdym etapie leczenia oraz być gotowi na zmiany, które mogą dotknąć również jego najbliższe otoczenie.

PIŚMIENNICTWO

1. World Health Organization European Region: Action on salt and hypertension: reducing cardiovascular disease burden in the WHO European Region. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289060813> [data pobrania 25.12.2024].
2. Thygesen K., Alpert JS., Jaffe AS., Chaitman BR., Bax JJ., Morrow DA., White HD.: Czwarta uniwersalna definicja zawału serca. *Kardiologia Polska* 2018; 76: 1389-1391.
3. Kamińska M., Rybka M.: Jakość życia i aktywność zawodowa pacjenta po przebytym zawale mięśnia sercowego. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2018; 4(3): 70.
4. Sadowski M., Rekść Ł., Stępień A., Kuchinka J., Zieliński P., Grabski M., Ręba P., Barańska E.: Zawał serca bez istotnych zmian w tętnicach wieńcowych. *Medical Studies/Studia Medyczne* 2018; 34(4): 332–336.
5. Sawicka K., Grządka A., Łuczyk R., i wsp.: Świadomość czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca u osób po zawale mięśnia sercowego. *Journal of Education, Health and Sport* 2016; 6(12): 795- 816.
6. Zdrojewski T., Jankowski P., Bandosz P., i wsp.: Nowa wersja systemu oceny ryzyka sercowo-naczyniowego i tablic SCORE dla populacji Polski. *Kardiologia Polska* 2015; 73(10): 958–961.
7. Barczyk E., Dobczyński W., Bączyk J., i wsp.: Diagnostyka oraz strategię potencjalnego leczenia u chorych z zawałem mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST oraz bez-

- przegląd. Innowacje w medycynie. Przegląd wybranych -technologii XXI w., Wydawnictwo Naukowe Archaograph, Łódź 2023: 57-62.
8. Dudek D., Legutko J., Siudak Z. i wsp: Organizacja interwencyjnego leczenia pacjentów z zawałem serca STEMI i NSTEMI w Polsce. Kardiologia Polska 2010; 68(5): 618–624.
 9. Duszak K., Zera A., Krupienicz A.: Opieka pielęgniarska nad pacjentem po przebytym zawale serca i angioplastyce wieńcowej- studium przypadku. Pielęgniarstwo Polskie 2021; 79(1): 37-40.
 10. Dudek D.: Zaburzenia lękowe u pacjentów kardiologicznych. Medycyna Faktów, 2021; 3(52): 230-240.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA PACJENTA Z ZAIMPLANTOWANYM STENTGRAFTEM AORTY BRZUSZNEJ I TĘTNIC BIODROWYCH

Katarzyna Wiśniewska¹, Anna Pecka²

1 - Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

2 - Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

WSTĘP

Choroby układu naczyniowego, w tym tętniaki aorty brzusznej, stanowią istotny problem zdrowotny współczesnego społeczeństwa. W ostatnich latach rozwój technik endowaskularnych, takich jak implantacja stentgraftu, zrewolucjonizował podejście do leczenia tych schorzeń. Stentgrafty aorty brzusznej i tętnic biodrowych, są stosowane w celu wzmocnienia osłabionych ścian naczyń krwionośnych, oraz zapobiegania ich pęknięciu, co może prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych, a nawet śmierci pacjenta [1].

Tętniak aorty jest to poszerzenie światła o 50 % jej prawidłowej średnicy. Zmiany mogą też obejmować tętnice biodrowe. Przyczyną tętniaków są procesy chorobowe w ścianach naczyń. Około 90% tętniaków, spowodowane są miażdżycą. Znacznie rzadsze, są czynniki genetyczne, rozwarstwienie lub choroby infekcyjne, takie jak kiła czy HIV. Zachorowalność rośnie wraz z wiekiem, a chorują najczęściej mężczyźni. Tętniaki charakteryzują się powolnym powiększaniem, oraz brakiem objawów klinicznych [2].

Najczęściej stentgrafty stosuje się u pacjentów z tętniakami aorty brzusznej, które mają większe ryzyko pęknięcia. Zaletą endowaskularnego implantowania stentgraftów jest mniejsza inwazyjność, a przez to krótszy czas hospitalizacji i rekonwalescencji. Zmniejsza się też ryzyko powikłań, oraz maleje ryzyko infekcji, krwawienia lub uszkodzenia otaczających tkanek [3]. Chociaż stentgrafty są uważane za bezpieczne, mogą wystąpić pewne powikłania, takie jak: przemieszczenie stentgraftu, zmiany w przepływie krwi, tworzenie się zakrzepów krwi, oraz nieszczelność w miejscu umiejscowienia stentgraftu [4].

W kontekście opieki pielęgniarskiej, kluczowe jest zrozumienie zarówno aspektów medycznych, jak i psychospołecznych związanych z rehabilitacją pacjentów po takim zabiegu.

Pielęgniarki odgrywają fundamentalną rolę w monitorowaniu stanu zdrowia pacjenta, edukacji na temat postępowania pooperacyjnego, oraz wsparciu emocjonalnym. Dobrze zorganizowana opieka pielęgniarska ma na celu nie tylko poprawę wyników leczenia, ale również zwiększenie jakości życia pacjentów, co jest niezwykle istotne w kontekście ich powrotu do aktywności życiowej [5,6]. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z zaimplantowanym stentgraftem aorty brzusznej i tętnic biodrowych odgrywa znaczącą rolę w zapewnieniu bezpieczeństwa, komfortu oraz efektywnej rehabilitacji pacjenta zarówno przed, jak i po zabiegu operacyjnym [7].

CEL PRACY

Głównym celem tej pracy, jest przedstawienie holistycznej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z tętniakiem aorty brzusznej, obejmującego tętnice biodrowe, po chirurgicznym zaopatrzeniu tętniaka stentgraftem .

MATERIAŁ I METODY

Metoda badawcza zastosowana w tej pracy jest metodą indywidualnego przypadku. Polega na analizie stanu fizycznego i psychicznego pacjentki ze zdiagnozowanym tętniakiem, oraz zaimplantowanym stentgraftem aorty brzusznej i tętnic biodrowych.

W celu omówienia roli personelu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentką z tętniakiem aorty brzusznej i tętnic biodrowych, wykorzystano odpowiednie techniki i narzędzia badawcze mające w sposób całościowy przedstawić analizowaną problematykę badań.

W zakresie technik, które wykorzystano obserwację pielęgniarską, wywiad pielęgniarski, analizę dostępnej dokumentacji pacjentki oraz pomiary parametrów życiowych takich jak: tętno, ciśnienie tętnicze krwi, saturacja, liczba oddechów, pomiar masy ciała. W zakresie zastosowanych narzędzi wykorzystano: Arkusz do gromadzenia danych o pacjentce, Ocenę nudności i wymiotów według kryteriów WHO, Klasyfikację nadwagi i otyłości w zależności od BMI, Arkusz kategoryzacji opieki, Skalę Glasgow, Skalę Norton, Skalę Douglas, Skalę AIS, Skalę VAS, Skalę ADL, Skalę Bartel.

Przedmiotowe badanie, zostało zrealizowane w lutym 2025 roku, w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym im. Dr. Tutusa Chałubińskiego, na oddziale chirurgii naczyniowej. Badana została poinformowana o celu i zakresie prowadzonych badań, a także o zachowaniu pełnej anonimowości, oraz tajemnicy zawodowej. Badana została poproszona o zgłaszanie

niepokojących objawów, pojawiających się w czasie przeprowadzanego badania. Godziny spotkań, zostały ustalone w sposób odpowiadający preferencją czasowym badanej pacjentki. Badanie zostało przeprowadzone w warunkach reżimu sanitarnego, z zachowaniem poszanowania godności i intymności pacjentki.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Metodą studium przypadku objęto 68 letnią kobietę, u której zdiagnozowano tętniaka aorty brzusznej i tętnic biodrowych w 65 roku życia. W wywiadzie rodzinnym nie ujawniono wystąpienia schorzenia w rodzinie, a tym samym obciążenia genetycznego.

Pacjentka mimo zaleceń nie zaprzestała palenia, a ograniczyła z ilości ok. 20 szt. dziennie do 5 szt. Pozostałych zaleceń dotyczących zmiany stylu życia tj. dieta i aktywność fizyczna pacjentka przestrzega.

Pacjentka od 8 lat leczy się z powodu miażdżycy, a 3 lata temu podczas arteriografii tętnic kończyn dolnych, wykryto tętniaka aorty brzusznej obejmującego także tętnice biodrowe. Wielkość tętniaka wówczas wynosiła ok. 35 mm i pozwoliła na zastosowanie leczenia zachowawczego, polegającego na monitorowaniu średnicy tętniaka, oraz tępa jego narastania. Zalecono pacjentce zaprzestanie palenia, zmianę nawyków żywieniowych, oraz redukcję wagi i wzmoczenie aktywności fizycznej poprzez codzienne spacerowanie. Dodatkowo pacjentka od 15 lat leczy się na nadciśnienie tętnicze.

Pacjentka przyjęta do szpitala planowo. W dniu przyjęcia pacjentce wykonano badanie USG jamy brzusznej, oraz podstawowe badania krwi i zakwalifikowano do zabiegu naprawczego aorty w dniu następnym. Pacjentka została poinformowana o planowanym sposobie przeprowadzenia zabiegu, zastosowanym znieczuleniu, oraz o możliwości zmiany rodzaju znieczulenia w toku przeprowadzanego zabiegu. Omówiono z pacjentką możliwe powikłania zastosowanego w środka cieniującego używanego w procedurze, oraz ryzyku utraty krwi i konieczności przetoczenia jej składników. Pacjentka podpisała wszystkie niezbędne do przeprowadzenia zabiegu zgody, oraz potwierdziła zrozumienie ich treści i konieczności.

Operacja została przeprowadzona w znieczuleniu miejscowym, techniką endowaskularną. Podczas operacji u pacjentki nastąpiła konieczność podania składników krwi (koncentrat krwinek czerwonych w ilości 1 jednostki), w wyniku pęknięcia zmienionego patologicznie naczynia. Po

zabiegu pacjentka została przewieziona z powrotem na oddział chirurgii naczyń. W piątej dobie pobytu pacjentka została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym.

Proces pielęgnowania pacjenta

Na podstawie danych uzyskanych podczas wywiadu pielęgniarskiego, obserwacji, pomiarów i analizy dokumentacji, oraz zastosowanych narzędzi badawczych sformułowano diagnozy pielęgniarskie. Wskazano także konkretny cel interwencji pielęgnacyjnych personelu pielęgniarskiego dla pacjentki z zaimplantowanym stentgraftem aorty brzusznej i tętnic biodrowych w czasie pobytu na oddziale, zarówno przed jak i po zabiegu chirurgicznym.

- **Diagnoza pielęgniarska 1:** Silny ból rany pooperacyjnej w okolicy pachwin spowodowany przerwaniem ciągłości tkanek miękkich.

Cel opieki: Zminimalizowanie i/lub wyeliminowanie bólu, monitorowanie skuteczności farmakoterapii przeciwbólowej.

Plan opieki:

- ocena natężenia odczuwanego bólu przez pacjentkę w Sali VAS, regularne monitorowanie parametrów życiowych pacjentki (tj. RR, HR, saturacja, temperatura ciała),
- zapewnienie ciszy i spokoju pacjentce,
- wyjaśnienie przyczyn odczuwania dolegliwości bólowych,
- podawanie leków przeciwbólowych zgodnie z zaleceniem lekarza,
- udokumentowanie podjętych działań.

Ocena efektów podjętych działań: Dolegliwości bólowe pacjentki ustąpiły całkowicie.

- **Diagnoza pielęgniarska 2:** Ryzyko wystąpienia krwawienia w wyniku wykonanej procedury implantacji stentgraftu, oraz. możliwość upośledzenia funkcji narządów w wyniku wstrząsu hipowolemicznego i ich niedotlenienia.

Cel opieki: Wczesne zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym.

Plan opieki:

- kontrola podstawowych parametrów życiowych (tj. RR, HR, EKG, SPO2) i ich dokumentacja,

- obserwacja ran pooperacyjnych, oraz opatrunków w celu wykrycia krwawienia,
- obserwacja powłok skórnych pacjentki w kierunku wystąpienia wstrząsu hipowolemicznego (sinica), obserwacja stanu świadomości pacjentki,
- monitorowanie ilości, oraz barwy treści w drenach redona,
- zgłaszanie odchyleń lekarzowi.

Ocena efektów podjętych działań: Krwawienie nie wystąpiło.

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Ryzyko infekcji rany pooperacyjnej, a także rozejścia się rany w wyniku źle założonego opatrunku.

Cel opieki: Niedopuszczenie do infekcji rany, oraz jej rozejścia.

Plan opieki:

- sprawdzanie opatrunków i kontrola ich suchości,
- zmiana opatrunków z zachowaniem zasady aseptyki i antyseptyki,
- obserwacja ran pooperacyjnych pod kątem objawów mogących świadczyć o stanie zapalnym tj. obrzęk, zaczerwienienie, ból, podwyższona temperatura ciała,
- poinformowanie i wyjaśnienie pacjentce konieczności zachowania pozycji leżącej na plecach ,oraz nie zginanie kończyn dolnych.

Ocena efektów podjętych działań: Rozejście i zakażenie ran pooperacyjnych nie wystąpiło.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Ryzyko wystąpienia zakrzepu, oraz wystąpienia paraplegii w wyniku zatkania naczyń przez oderwany skrzep/-y.

Cel opieki: Zapobieganie zakrzepom i paraplegii.

Plan opieki:

- podawanie leków przeciw zakrzepowych zgodnie z zaleceniem lekarskim,
- edukacja pacjentki w zakresie czynników ryzyka występowania zakrzepów,
- ocena i obserwacje bólu w kończynach,
- ułożenie kończyn dolnych poniżej serca.

Ocena efektów podjętych działań: Zastosowane leczenie zapobiegło wystąpieniu zakrzepów.

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Ryzyko zakażenia krwi spowodowane nie prawidłowym wykonaniem procedury założenia dostępu naczyniowego.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia zakażenia, wczesne wykrycie zmian mogących świadczyć o zakażeniu.

Plan opieki:

- Założenie wkłucia zgodnie z procedurą i zastosowanie zasad aseptyki i antyseptyki podczas jej wykonywania,
- Przepłukiwanie dostępu po każdym użyciu solą fizjologiczną,
- Obserwacja pacjentki pod kątem wystąpienia objawów zakażenia (tj. gorączka, zaczerwienienie, obrzęk),
- Poinstruowanie pacjentki o konieczności natychmiastowego zgłaszania niepożądanych objawów.

Ocena efektów podjętych działań: Nie doszło do wystąpienia objawów mogących świadczyć o powikłaniach.

- **Diagnoza pielęgniarska 6:** Nudności spowodowane zastosowanym środkiem cieniującym podczas zabiegu, oraz możliwość uszkodzenia funkcji nerek po zastosowaniu kontrastu.

Cel opieki: Zniwelowanie nudności, oraz uniknięcie uszkodzenia nerek.

Plan opieki:

- podawanie leków przeciwwymiotnych według potrzeb,
- płynoterapia zgodnie z zaleceniem lekarskim,
- monitorowanie diurezy,
- ocena stopnia nudności wdl. WHO.

Ocena efektów podjętych działań: Nudności u pacjentki ustąpiły, nie zaobserwowano objawów mogących świadczyć o uszkodzeniu funkcji nerek.

- **Diagnoza pielęgniarska 7:** Możliwość wystąpienia przecieku krwi do tętniaka lub jego pęknięcia, oraz ryzyko migracji protezy aortalnej.

Cel opieki: Uniknięcie późnym powikłaniom pooperacyjnym.

Plan opieki:

- poinformowanie pacjentki o możliwym wystąpieniu powikłań,
- poinformowanie o konieczności i znaczeniu stosowania się do zaleceń lekarskich, oraz przyjmowania zaleconych leków,
- wyjaśnienie konieczności zmiany stylu życia, walki z nałogami, oraz leczenia chorób współistniejących,
- uświadomienie pacjentce konieczności wykonywania badań kontrolnych, zarówno laboratoryjnych jak i obrazowych zalecanych podczas wizyt kontrolnych,
- nauka samoobserwacji pacjentki, oraz jakie objawy należy obserwować,
- przekazanie informacji także w formie pisemnej.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentka została poinformowana o możliwości wystąpienia powikłań późnych, oraz sposobach ich unikania.

- **Diagnoza pielęgniarska 8:** Niepokój pacjentki spowodowany chorobą, oraz koniecznością stałego przyjmowania leków.

Cel opieki: Zminimalizowanie uczucia niepokoju poprzez edukację pacjentki i wyjaśnienie konieczności przyjmowania leków, oraz kształtowanie odpowiedzialnej postawy i współudziału w leczeniu.

Plan opieki:

- Rozmowy motywujące pacjentkę do regularnego i stałego przyjmowania leków zgodnie ze zleceniem lekarskim w warunkach domowych,
- Przekazanie zaleceń dotyczących stosowanej farmakoterapii,
- Edukacja pacjentki i opiekunów z zakresu działań ubocznych stosowanego leczenia oraz sposób zapobiegania im.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentka jak również jej rodzina zostali uposażeni w niezbędny zasób wiedzy odnośnie farmakoterapii w warunkach domowych.

- **Diagnoza pielęgniarska 9:** Brak możliwości samoopieki i samopielęgnacji spowodowany wymuszoną pozycją leżącą w następstwie zabiegu operacyjnego.

Cel opieki: Poprawa komfortu pacjentki, oraz zapewnienie higieny.

Plan opieki:

- Pomoc w wykonywaniu codziennych czynności,
- Pomoc w zachowaniu higieny ciała,
- Stopniowe wdrażanie pacjentki do samoobsługi,
- Pielęgnacja drenów i miejsc wkłucia z zachowaniem zasad aseptyki,
- Ocena samodzielności pacjentki (skala ADL).

Ocena efektów podjętych działań: Zachowano komfort pacjentki i nie zaobserwowano objawów zakażenia.

- **Diagnoza pielęgniarska 10:** Ryzyko niewydolności krążeniowo-oddechowej, oraz zaburzeń termoregulacji spowodowane utratą krwi podczas operacji.

Cel opieki: Wczesne rozpoznanie niewydolności oddechowej, krążenia i zaburzeń termoregulacji

Plan opieki:

- podłączenie chorego do kardiomonitora i stałe monitorowanie czynności pracy serca, ciśnienia tętniczego krwi, tętna i oddechów, oraz dwa razy dziennie pomiar temperatury ciała,
- ocena ocieplenia skóry dystalnych części ciała, np. palców stóp lub rąk,
- kontrola zmian zabarwienia (zasinienie, zaróżowienie) warg, płatków usznych,
- podawanie płynów zgodnie ze zleceniami,
- kontrola godzinowa diurezy- prowadzenie bilansu płynów,
- na zlecenie lekarza pobranie krwi na oznaczenie równowagi kwasowo- zasadowej, oraz stały pomiar wysycenia krwi tętniczej tlenem za pomocą pulsoksymetru,
- podawanie leków według ustalonych zleceń,
- prowadzenie dokumentacji chorego.

Ocena efektów podjętych działań: Objawy niewydolności, oraz zaburzeń termoregulacji nie wystąpiły.

- **Diagnoza pielęgniarska 11:** Ból głowy spowodowany wysokimi wartościami ciśnienia tętniczego krwi.

Cel opieki: Zminimalizowanie bólu oraz unormowanie ciśnienia tętniczego krwi.

Plan opieki:

- pomiar ciśnienia tętniczego i wykonanie EKG,
- stopniowe obniżanie ciśnienia tętniczego krwi,
- podawanie leków obniżających ciśnienie na zlecenie lekarza i ocena skuteczności ich działania,
- poinformowanie pacjenta o symptomach mogących świadczyć o wzroście ciśnienia tętniczego krwi,
- zalecenie chorej zmiany stylu życia,
- powolna zmiana pozycji ciała,
- Stosowanie farmakoterapii zgodnie ze zleceniem lekarskim.

Ocena efektów podjętych działań: W wyniku podawania leków wartości ciśnienia tętniczego oscylują wokół wartości prawidłowych.

- **Diagnoza pielęgniarska 12:** Możliwość wystąpienia odleżyn spowodowane czasowym unieruchomieniem.

Cel opieki: Uniknięcie wystąpienia odleżyn.

Plan opieki:

- Ocena ryzyka wystąpienia odleżyn (skala Norton),
- Zastosowanie materaca przeciwoleżynowego w celu prewencji,
- Obserwacja i odpowiednia pielęgnacja skóry pacjentki, natłuszczanie skóry.

Ocena efektów podjętych działań: Nie zaobserwowano wystąpienia odleżyny u pacjentki.

- **Diagnoza pielęgniarska 13:** Możliwość zakażenia pęcherza moczowego w wyniku założenia cewnika Foleya.

Cel opieki: Zapobieganie wystąpienia zakażenia pęcherza moczowego pacjentki.

Profilaktyka zakażenia pęcherza moczowego.

Plan opieki:

- Zastosowanie zasad aseptyki i antyseptyki podczas wykonywania procedury zakładania cewnika Foleya,
- Zapewnienie pacjentce higieny ciała, zwłaszcza krocza,

- Odpowiednie nawadnianie pacjentki,
- Wyjaśnienie pacjentce konieczności przestrzegania zasad higieny krocza i odbytu, oraz stosowania preparatów do higieny intymnej.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentka została poinstruowana o sposobach i celu dbania o higienę krocza. Zakażenie pęcherza moczowego u pacjentki nie wystąpiło.

- **Diagnoza pielęgniarska 14:** Objawy przygnębienia i lęku spowodowane koniecznością zabiegu operacyjnego w wyniku choroby, oraz hospitalizacją.

Cel opieki: Poprawa nastroju pacjentki i rozwianie obaw pacjentki dotyczących zabiegu operacyjnego.

Plan opieki:

- Rozmowa z pacjentką na temat konieczności i celu zabiegu operacyjnego, oraz odpowiedź na pytania pacjentki,
- Wsparcie emocjonalne pacjentki,
- Podawanie leków uspokajających na zlecenie lekarza,
- Zachęcenie pacjentki do kontaktu z rodziną przez telefon,
- Ocena stopnia akceptacji choroby (skala AIS).

Ocena efektów podjętych działań: Nastrój pacjentki poprawił się po rozmowie z pielęgniarką i rozmowie telefonicznej z córką.

- **Diagnoza pielęgniarska 15:** Deficyt wiedzy pacjentki w zakresie powstawania tętniaków, oraz sposobom zapobiegania ich pęknięcia.

Cel opieki:

Edukacja pacjentki w zakresie czynników ryzyka tętniaków, oraz zapobieganie ich pęknięciu.

Plan opieki:

- Edukacja pacjentki w zakresie czynników ryzyka wystąpienia tętniaka, oraz sposobu zapobiegania ich pęknięcia,
- Rozmowa z pacjentką na temat sposobu i celu przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, oraz udzielenie odpowiedzi na pytania pacjentki,
- Wyjaśnienie konsekwencji pęknięcia tętniaka,

— Edukacja dotycząca rekonwalescencji po zabiegu operacyjnym.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentka zrozumiała przekazaną jej wiedzę.

WNIOSKI

Opieka pielęgniarska nad pacjentką z zaimplantowanym stentgraftem aorty brzusznej i tętnic biodrowych jest bardzo istotna w kontekście rosnącej liczby takich procedur, oraz ich wpływu na jakość życia pacjentów. Wnioski wypływające z pracy stanowią solidną podstawę do dalszego rozwijania opieki pielęgniarskiej nad pacjentami z zaimplantowanym stentgraftem, a są to:

1. Wszepienie pacjentce stentgraftu aorty brzusznej i tętnic biodrowych poprawia komfort życia pacjentki, oraz minimalizuje ryzyko utraty zdrowia i życia pacjentki w przebiegu jego pęknięcia. Zastosowanie techniki EVAR optymalizuje ryzyko powikłań pooperacyjnych, a także znacząco wpływa na czas rekonwalescencji pacjentki skracając je do minimum.
2. Pacjentka po zabiegu operacyjnym narażona jest na dolegliwości bólowe. Właściwe podejście do zarządzania bólem, w tym udział w farmakoterapii pozwala na poprawę komfortu pacjentki.
3. Pielęgniarki podejmują działania mające na celu zapobieganie powikłaniom, takim jak infekcje, zakrzepy, czy udary. Ważne w tym celu jest też przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki, oraz monitorowanie objawów mogących wskazywać na wystąpienie powikłań tj. RR, HR .
4. Edukacja pacjentki dotycząca zmiany stylu życia, oraz stosowania leków zwiększa poczucie bezpieczeństwa pacjentki, a także wpływa pozytywnie na współpracę pacjentki w okresie pooperacyjnym.
5. Dostosowanie opieki pielęgniarskiej indywidualnie do pacjentki wpływa korzystnie na nastrój pacjentki, a co za tym idzie chęć współpracy z personelem medycznym.
6. Rodzina i bliscy pacjentki powinna czynnie uczestniczyć w przygotowywaniu do zabiegu operacyjnego, a także dawać wsparcie emocjonalne i fizyczne w czasie leczenia.

PIŚMIENNICTWO:

1. Szwed I., Michalak A., Janczak D.: Instrumentarium i Techniki zabiegów w chirurgii naczyniowej. Wydawnictwo Naukowe PWN S.A., Warszawa 2022: 165-407.
2. Zubilewicz T. Wojtak A.: Kompendium chirurgii naczyniowej, Medical Edukation, Warszawa 2021: 123-139.
3. Bączyk G., Kapała W.: Podstawy kliniczne oraz pielęgnowanie chorych w okresie przed- i pooperacyjnym w chirurgii, ortopedii i traumatologii, wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2018: 320-329.
4. Bradbury A.W., Forsythe J.L.R., Garden O.J., Parks R.W.: Chirurgia podręcznik dla studentów seria Dawidsona, Wydawnictwo Edra Urban& Partner, Wrocław 2015: 406 - 407
5. Ralston S., Penman I. Strachan M., Hobson R.: Choroby wewnętrzne. Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2020: 70.
6. Rawlinson N., Alderson D.: Choroby chirurgiczne. Diagnostyka i leczenie, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017: 342-345.
7. Wanhainen A.: Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej (ESVS) w zakresie diagnostyki i leczenia tętniaków aorty brzusznej i tętnic biodrowych – wersja 2019. Via Medica 2022, 28(3),1- 93.

MODEL OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM Z CHOROBAŁ NIEDOKRWIENNĄ SERCA

Katarzyna Wiśniewska¹, Agnieszka Sławska – Okruta¹, Dagmara Sobótek²

1- *Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*

2- *Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu*

WSTĘP

Choroba niedokrwienna serca (ChNS) jest wciąż najczęstszym schorzeniem układu krążenia, który prowadzi do zawału serca, a w następstwie do zgonu [1,2]

. Według danych prawie 2 miliony Polaków ma rozpoznaną chorobę niedokrwienną serca. W Polsce, podobnie jak w całej Europie choroba niedokrwienna serca była najczęstszą przyczyną zgonów. W 2016 roku odpowiadała za 10% wszystkich zgonów w Polsce, podczas gdy w Unii Europejskiej odsetek ten wynosił 12% [1,2].

ChNS jest również głównym czynnikiem powodującym przedwczesne zgony oraz jedną z istotnych przyczyn inwalidztwa [1,2].

Mimo systematycznego spadku liczby zgonów z powodu chorób układu krążenia (ChUK) zarówno w Polsce, jak i w Europie, ChNS niezmiennie od ponad dekady zajmuje pierwsze miejsce wśród przyczyn zgonów w krajach UE [1,2].

W ostatnich latach rośnie nacisk na profilaktykę chorób sercowo-naczyniowych. Wybór tematu pracy licencjackiej dotyczącego choroby niedokrwiennej serca wynika z chęci skupienia się na prewencji, badaniu czynników ryzyka oraz edukacji zdrowotnej w kontekście zmniejszania liczby zachorowań na tę chorobę [3].

Opieka pielęgniarska w przypadku pacjentów z chorobą niedokrwienną serca obejmuje przede wszystkim obserwację chorego oraz monitorowanie parametrów życiowych [4].

Istotnym elementem jest również udzielanie wsparcia emocjonalnego, a także zapewnienie poczucia bezpieczeństwa oraz umożliwienie kontaktu z rodziną w celu zminimalizowania napięcia emocjonalnego [4].

CEL PRACY

Celem głównym niniejszych badań było zbadanie modelu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z chorobą niedokrwienną serca.

MATERIAŁ I METODY

Główną metodą badawczą zastosowaną w niniejszej pracy była metoda indywidualnego przypadku.

Techniki badawcze wykorzystane w niniejszym opracowaniu: wywiad pielęgniarski, obserwacja pielęgniarska, analiza dokumentacji medycznej, pomiary bezpośrednie i pośrednie.

Narzędzia badawcze, wykorzystane w badaniu to BMI (ang. Body mass index), wskaźnik WHR(ang. Waist Hip Ratio), Skala oceny ryzyka powstawania odleżyn Norton, Skala Torance'a, Skala oceny bólu NRS- (ang. Numerical Rating Scale), Skala IADL- w ocenie skalą IADL, Skala Tinetti, Skala satysfakcji z życia SWLS, Skala akceptacji choroby AIS, Skala odczuwanego stresu PSS-10.

Badania do niniejszej pracy miały charakter retrospektywny i polegały na analizie dokumentacji medycznej pacjenta z ChNS. Pacjent hospitalizowany był w szpitalu 4Cardia Centrum Kardiologii Inwazyjnej, zlokalizowanej przy ul. Szpitalnej 4c, 23-210 Kraśnik.

Pacjent był hospitalizowany przez 5 dni. Materiał badawczy został pozyskany za ustną zgodą pacjenta i zgodnie z zasadami ochrony danych osobowych. Analiza obejmowała historię choroby, kartę informacyjną z leczenia szpitalnego oraz wyniki badań laboratoryjnych.

4Cardia to specjalistyczna placówka medyczna, która posiada w swojej strukturze Oddział Kardiologiczny,

Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego i Trakt Operacyjny z hybrydową salą zabiegową umożliwiającą przeprowadzanie inwazyjnych zabiegów wewnątrznaczyniowych oraz klasycznych operacji chirurgicznych.

Trudności jakie wynikały z przeprowadzenia badania to przede wszystkim czynniki zdrowotne i psychologiczne, ponieważ pacjenci z ChNS bardzo często odczuwają ból i stres, co mogło wpływać na ich zaangażowanie w badanie.

Również napięty czas realizacji badań był trudnością w związku innymi obowiązkami akademickimi oraz praktykami zawodowymi.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Opisywany przypadek dotyczy pacjenta w wieku 63 lat. Mężczyzna z rozpoznaną przewlekłą chorobą wieńcową CCS II był hospitalizowany przez 5 dni. Pacjent został przyjęty na oddział w trybie planowym w celu przeprowadzenia zabiegu angioplastyki, poprzedzonego badaniem koronarograficznym, w którym stwierdzono chorobę wieńcową 2-naczyniową.

Z wywiadu wynika, że od kilku miesięcy zgłasza nasilające się dolegliwości bólowe w klatce piersiowej o charakterze dławicowym z towarzyszącymi dusznościami oraz suchym kaszlem, występującym głównie podczas wysiłku. Objawy ustępują po krótkim odpoczynku. W ostatnich tygodniach epizody bólowe stały się częstsze.

Chory jest leczony zgodnie z zaleceniami kardiologicznymi lekami. Po przyjęciu pacjent został umieszczony w oddziale kardiologii. Zlecono regularne monitorowanie parametrów życiowych. Pacjent został poinformowany o planowanym zabiegu, ryzyku powikłań oraz planie leczenia. Zgodnie z wytycznymi, pacjent wyraził zgodę na angioplastykę wieńcową. Na dzień przed zabiegiem pacjent został poinformowany o procedurze. Zlecono odpowiednią farmakoterapię przygotowującą. Przygotowano również dostęp dożylny oraz dostęp do monitorowania.

Pacjenta przyjęto na oddział, gdzie wykonano następujące procedury:

- EKG – opis wskazuje na rytm zatokowy, miarowy o częstotliwości 80/min. Oś pośrednia, widoczne cechy choroby niedokrwiennej w postaci obniżonego odcinka ST o około 1 cm w odprowadzeniach II, III, aVF oraz V3 – V6, natomiast w odprowadzeniu aVR zaobserwowano minimalne uniesienie odcinka ST.
- Echo serca – wykazało, iż komory jam serca są w normie, wyrzut frakcji lewej komory wynosi 54%, występuje łagodna niedomykalność zastawki mitralnej oraz trójdzielnej.
- Koronarografię, która wykazała zwężenie prawej i lewej tętnicy wieńcowej.
- Badania laboratoryjne tj. oznaczenie grupy krwi, morfologia, elektrolity, wskaźniki funkcji nerek, koagulacja, lipidogram.

W celu zapobiegania ryzyka powikłań kardiologicznych wdrożono leki przeciwzakrzepowe – Clexane 40 mg podskórną i leki hipotensyjne - Bisocard 5 mg. Wdrożono także leczenie statynami – Zaharon 15 mg oraz w celu leczenia hiperurykემii - Milurit 300 mg.

W dniu 30.01.2025 r. pacjent zgłosił ból w klatce piersiowej i duszności. W celu złagodzenia objawów dławicy piersiowej podano pacjentowi nitroglicerynę i zastosowano tlenoterapię za pomocą wásów tlenowych o przepływie 4 l/min. Zalecono pacjentowi odpoczynek w pozycji leżącej półwysokiej. Dzień przed zabiegiem polecono pacjentowi wypicie 2 litrów wody niegazowanej celem przygotowania do zabiegu oraz wprowadzono ścisłą dietę.

W dniu 31.01.2025 r. pacjenta przewieziono na salę hemodynamiki, celem wykonania zabiegu. Przed zabiegiem wykonano procedurę odsłonięcia skóry w okolicy nadgarstka w miejscu nakłucia tętnicy poprzez usunięcie owłosienia maszynką jednorazową oraz zdezynfekowano ją. Ułożono pacjenta na stole zabiegowym. W celu zniesienia lęku i zapewnienia komfortu psychicznego u pacjenta zastosowano premedykację i podano 30 minut przed zabiegiem Dormicum 7,5 mg dożylnie. Zabieg odbył się w znieczuleniu miejscowym i przebiegł bez żadnych komplikacji. Po wykonanej procedurze z dostępu prawej tętnicy promieniowej założono opatrunek uciskowy tamujący krwawienie.

Pacjent wrócił w stanie stabilnym na oddział kardiologiczny, gdzie został umieszczony na sali obserwacyjnej. Po 30 minutach od zabiegu pacjent zgłaszał miejscowe powikłania związane z zastosowaniem mocnego opatrunku takie jak silny ból oraz mrowienie i drętwienie, które były związane z niedokrwieniem kończyny. Stwierdzono zbyt ciasny opatrunek na tętnicy promieniowej. Poinformowano lekarza o zaistniałej sytuacji, a opatrunek został odpowiednio skorygowany, aby zwiększyć komfort pacjenta. Chory po zabiegu zgłaszał również trudności w oddawaniu moczu. W celu odprowadzenia moczu założono cewnik Foleya.

Podczas hospitalizacji dnia 1.02.2025 r. u pacjenta wystąpił atak dny moczanowej, który objawiał się gorączką umiarkowaną 38,7°C, zaczerwienieniem, ociepleniem i obrzękiem stawu śródstopno-paliczkowego. W celu obniżenia gorączki zastosowano zimne okłady w miejscu przebiegania dużych naczyń krwionośnych oraz na obrzęknięty palec u stopy, aby zmniejszyć tkliwość. Podano również medykamenty Ibuprofen Forte 400mg, Colchicum Dispert 0,5 mg doustnie. Ból utrudniał nocny odpoczynek w związku z tym zastosowano farmakoterapię Midazolam 5 mg w iniekcji dożylniej. Po podaniu leku pacjent szybko zasną i nie budził się w nocy. W trakcie hospitalizacji zaopatrzone przewlekłe rany podudzi opatrunkiem hydrokoloidowym – Granuflex.

Dnia 02.02.2025 r. przeprowadzona została edukacja i pacjent został wypisany do domu wraz ze wskazówkami i instrukcjami dotyczącymi dalszego postępowania.

Proces pielęgnowania

- **Diagnoza pielęgnarska 1:** Ból o nasileniu 9/10 NRS w klatce piersiowej spowodowany zmniejszonym przepływem wieńcowym z towarzyszącą dusznością.

Cel opieki: Monitorowanie stanu pacjenta pod kątem pogorszenia.

Plan opieki:

- Ocena stopnia nasilenia bólu za pomocą skali NRS.
- Ocena stopnia nasilenia duszności za pomocą skali MRC.
- Podaż leków przeciwbólowych oraz nitrogliceryny zgodnie ze zleceniem lekarza.
- Monitorowanie parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze, oddechy, SpO2) oraz objawów związanych z dusznością, takich jak sinica, obrzęki, inne objawy wskazujące na pogorszenie stanu pacjenta i ich dokumentowanie.
- Polecenie pacjentowi zastosowania pozycji siedzącej lekko pochylonej do przodu, która jest najbardziej komfortowa przy bólu dławicowym oraz celu poprawienia przepływu powietrza.
- Monitorowanie efektów zastosowanej farmakoterapii.
- Obserwacja zabarwienia skóry pod kątem sinicy.
- Obserwacja pacjenta pod kątem pracy dodatkowych mięśni oddechowych.
- Uchylenie okna w sali chorego w celu dostarczenia świeżego powietrza do sali.
- Pomoc pacjentowi w nauce efektywnego oddychania, np. technik oddechowych, takich jak oddech przeponowy, kontrola tempa oddychania.
- Zastosowanie tlenoterapii w zależności od poziomu saturacji i nasilenia stopnia duszności.
- Monitorowanie skuteczności terapii tlenowej.

Ocena efektów podjętych działań: Bóle w klatce piersiowej ustąpiły, poziom saturacji w normie.

- **Diagnoza pielęgnarska 2:** Wysokie wartości ciśnienia tętniczego spowodowane nadciśnieniem tętniczym.

Cel opieki: Utrzymanie ciśnienie tętniczego w granicach normy <140/90 mmHg

Plan opieki:

- Monitorowanie parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze) 3 razy dziennie i dokumentowanie pomiarów.
- Wykonanie 12-odprowadzeniowego zapisu EKG na zlecenie lekarza.
- Obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia wysokich wartości ciśnienia tj. Zaczerwienieni klatki piersiowej, kołatanie serca, duszność, nadmierna potliwość, bóle i zawroty głowy.
- Pobranie wysięku na badania w celu
- Udział w farmakoterapii zgodnie ze zleceniem lekarza.
- Zapewnienie komfortowej pozycji.
- Ocena efektów stosowanej terapii farmakologicznej.
- Wczesne wykrywanie objawów powikłań tj. Udar, zawał.

Ocena efektów podjętych działań: Ciśnienie tętnicze w normie.

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Owrzodzenia żyłne z tkankami martwiczymi i wysiękiem na kończynach dolnych w okolicach kostek i podudzi związanymi z zaburzeniami krążenia żylnego z towarzyszącymi uczuciem ciężkości nóg, bólem 5/10 NRS oraz świądem w okolicy zmiany.

Cel opieki: Zaopatrzenie ran, zniwelowanie świądu skóry, zlikwidowanie infekcji oraz wyeliminowanie bólu.

Plan opieki:

- Wyjaśnienie pacjentowi przyczyn świądu.
- Oczyszczanie i pielęgnacja rany: delikatne mycie 0,9% NaCl oraz dezynfekcja Prontosanem.
- Usunięcie martwych tkanek.
- Dobór odpowiedniego opatrunku np. opatrunki hydrokoloidowe lub hydrożelowe, uwzględniając głębokość, rozmiar oraz rodzaj wydzieliny rany.
- Obserwacja rany pod kątem zaczerwienienia, bólu, obrzęku, wysięku oraz zapachu wydzieliny.
- Pobranie wydzieliny na badania mikrobiologiczne w celu dobrania odpowiedniego antybiotyku.

MODEL OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM Z CHOROBAŁ NIEDOKRWIENNĄ SERCA

- Pielęgnacja skóry wokół rany, aby zapobiec pękaniu i rogowaceniu.
- Polecenie regularnych spacerów w celu poprawy krążenia w kończynach dolnych.
- Unikanie agresywnych środków czyszczących, które mogłyby opóźnić gojenie rany.
- Udokumentowanie wykonanych działań.

Ocena efektów podjętych działań: Ból i świąd nie występują.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Obrzęki kończyn dolnych związane z niewydolnością żylną.

Cel opieki: Zmniejszenie obrzęków kończyn dolnych.

Plan opieki:

- Badanie palpacji obrzęków i ich ocena.
- Pomiar obrzęków oraz ich dokumentowanie.
- Zastosowanie klinów i wałków w celu uniesienia nóg powyżej poziomu serca, aby zmniejszyć obrzęki i uczucie ciężkości.
- Zastosowanie terapii uciskowej z wykorzystaniem pończoch lub bandażu.
- Prowadzenie bilansu płynów i dokumentacja.
- Wykonywanie toalety stóp, dokładne osuszanie i nawilżanie skóry wokół rany na kończynach dolnych.
- Zalecenie pacjentowi, aby unikał skarpetek ze ściągaczem.
- Zastosowanie leków moczopędnych na zlecenie lekarza.

Ocena efektów podjętych działań: Poprawa krążenia w kończynach dolnych,

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Podwyższone wartości cholesterolu w surowicy krwi spowodowane złymi nawykami żywieniowymi.

Cel opieki: Dążenie do utrzymania prawidłowych wartości lipidogramu.

Plan opieki:

- Pobranie krwi do badań laboratoryjnych w celu oznaczenia HDL, LDL, cholesterolu całkowitego oraz trójglicerydów.
- Udział w farmakoterapii zgodnie ze zleceniem lekarza.
- Umożliwienie kontaktu z dietetykiem.

MODEL OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM Z CHOROBAŁ NIEDOKRWIENNĄ SERCA

- Poinformowanie pacjenta o konieczności redukcji masy ciała oraz zaprzestania palenia papierosów.
- Podawanie leków wg zleceń lekarskich.

Ocena efektów podjętych działań: Zwiększenie wiedzy pacjenta na temat przestrzegania diety.

- **Diagnoza pielęgniarska 6:** Ból o nasileniu 7/10 NRS stawu śródstopno-paliczkowego palucha stopy lewej, występujący z powodu napadu dny moczanowej, z towarzyszącymi: zaczerwienieniem, tkliwością, ociepleniem i obrzękiem.

Cel opieki: Złagodzenie bólu i stanu zapalnego.

Plan opieki:

- Monitorowanie natężenia bólu w skali numerycznej NRS.
- Stosowanie zimnych okładów na zmieniony zapalnie staw.
- Podaż leków przeciwzapalnych tj. NLPZ lub kolchicyna na zlecenie lekarza.
- Pobranie krwi do badań laboratoryjnych.
- Polecenie pacjentowi przyjęcia wygodnej pozycji odciążającej stopę.

Ocena efektów podjętych działań: Zmniejszyły się dolegliwości bólowe oraz stan zapalny stawu.

- **Diagnoza pielęgniarska 7:** Gorączka umiarkowana 38,7°C w przebiegu dny moczanowej spowodowana toczącym się stanem zapalnym w organizmie.

Cel opieki: Utrzymanie normotermii i zapobieganie odwodnieniu.

Plan opieki:

- Mierzenie temperatury ciała pacjenta co 2 godziny.
- Monitorowanie parametrów życiowych (ciśnienie tętnicze, tętno, oddechy) i ich udokumentowanie w karcie.
- Stosowanie chłodnych okładów na czoło, kark i pachwiny.
- Podaż leków przeciwgorączkowych i przeciwzapalnych zgodnie ze zleceniem lekarza.
- Kontrola bilansu płynów.
- Zachęcanie pacjenta do przyjmowania większej ilości płynów.
- W razie potrzeby nawadnianie pacjenta dożylnie na zlecenie lekarza.

- Zmiana bielizny osobistej oraz pościelowej w przypadku nadmiernego pocenia się.
- Zapewnienie ciszy oraz spokoju.

Ocena efektów podjętych działań: Temperatura ciała w normie.

- **Diagnoza pielęgnarska 8:** Ograniczona zdolność do samoobsługi związana z bólem, ograniczoną mobilnością oraz etapem rehabilitacji po endoprotezoplastyce obu bioder, utrudniająca wykonywanie codziennych czynności, takich jak chodzenie, wstawanie i ubieranie się (18/24 IADL).

Cel opieki: Poprawa zdolności pacjenta do samoopieki.

Plan opieki:

- Ocena stanu pacjenta i zaplanowanie działań, które umożliwiają zaspokojenie jego potrzeb.
- Zaproponowanie użycia odpowiednich pomocy ortopedycznych (np. laski, kul, stabilizatory) w celu zwiększenia niezależności pacjenta w poruszaniu się.
- Pomoc w higienie osobistej (np. kąpiel, ubieranie, zakładanie skarpetek oraz butów) w miarę potrzeb pacjenta.
- Wyjaśnienie pacjentowi znaczenia aktywności fizycznej i jej wpływu na prawidłowe funkcjonowanie narządów.
- Motywowanie pacjenta do wykonywania ćwiczeń biernych i izometrycznych w celu stopniowego zwiększania zakresu ruchu.
- Włączenie do współpracy rodziny chorego.

Ocena efektów podjętych działań: Zwiększyła się niezależność pacjenta w wykonywaniu codziennych czynności.

- **Diagnoza pielęgnarska 9:** Zaburzenia snu z powodu występowania bólu stawu śródstopno-paliczkowego spowodowanego atakiem dny moczanowej.

Cel opieki: Poprawa jakości snu pacjenta.

Plan opieki:

- Gromadzenie informacji dotyczących trudności z zasypianiem oraz nocnych przebudzeń.
- Podanie leków przeciwbólowych oraz Midazolam 5 mg dożylnie na zlecenie lekarza.

MODEL OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM Z CHOROBAŁ NIEDOKRWIENNĄ SERCA

- Utrzymanie odpowiedniej temperatury w pokoju w zakresie 18-21°C, aby pacjent nie miał trudności z zasypianiem,
- Zalecenie wygodnej pozycji ciała w łóżku, np. unikanie nacisku na bolesny staw,
- Zapewnienie ciszy oraz spokoju.
- Polecenie słuchanie relaksacyjnej muzyki przed snem.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent przesypia całą noc bez wybudzania.

- **Diagnoza pielęgniariska 10:** Otyłość związana z nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi i niską aktywnością fizyczną, prowadząca do wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych.

Cel opieki: Poprawa stanu zdrowia pacjenta oraz edukacja w zakresie zdrowego odżywiania.

Plan opieki:

- Pomiar masy ciała, BMI oraz WHR.
- Ocena nawyków żywieniowych i poziomu aktywności fizycznej.
- Monitorowanie parametrów zdrowotnych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, poziom glukozy, lipidogram).
- Motywowanie pacjenta do zmiany nawyków żywieniowych.
- Omówienie diety DASH.
- Zaproponowanie ćwiczeń dostosowanych do stanu pacjenta.
- Zalecenie większego spożycia wody około 2 litrów dziennie, która ma pozytywny wpływ na redukcję masy ciała.

Ocena efektów podjętych działań: Zwiększenie wiedzy pacjenta na temat pozytywnego wpływu zdrowego stylu życia.

- **Diagnoza pielęgniariska 11:** Obniżony nastrój z powodu obaw związanych z procesem i przebiegiem zabiegu angioplastyki wieńcowej.

Cel opieki: Poprawa nastroju chorego.

Plan opieki:

- Umożliwienie pacjentowi kontaktu z rodziną.
- Zapewnienie wsparcia emocjonalnego, okazanie zrozumienia i życzliwości.
- Wyjaśnienie celu, istoty i przebiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej.

- Premedykacja zgodnie ze zleceniem lekarza.
- Polecenie pacjentowi techniki głębokiego oddychania w celu zminimalizowania stresu.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent spokojny, wyraził zgodę na przeprowadzenie zabiegu.

- **Diagnoza pielęgniariska 12:** Ból, drętwienie, ochłodzenie oraz obrzęk prawej kończyny górnej wynikający z zastosowania opatrunku uciskowego tętnicy promieniowej po zabiegu PCI.

Cel opieki: Zapewnienie prawidłowego ukrwienia i unerwienia prawej kończyny górnej.

Plan opieki:

- Ocena koloru skóry, temperatury, wypełnienia naczyń włosowatych oraz obecności tętna na tętnicy promieniowej i łokciowej.
- Sprawdzenie opatrunku pod kątem zbyt mocnego ucisku – nasilający się ból, drętwienie, zblednięcie palców lub ich ochłodzenie.
- Poinformowanie lekarza o skutkach ubocznych opatrunku.
- Zachęcanie pacjenta do delikatnych ruchów palcami w celu poprawy krążenia.
- Zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki podczas zmiany opatrunku.
- Współpraca z zespołem medycznym w razie konieczności wykonania badań obrazowych np. USG Doppler.
- Udokumentowanie wykonanych działań.

Ocena efektów podjętych działań: Prawidłowe ukrwienie i unerwienie dłoni pacjenta.

- **Diagnoza pielęgniariska 13:** Retencja moczu spowodowana stresem po zabiegu z towarzyszącym bólem o nasileniu 5/10 NRS w podbrzuszu.

Cel opieki: Odprowadzenie zalegającego moczu w pęcherzu moczowym.

Plan opieki:

- Ocena stopnia nasilenia bólu za pomocą skali NRS.
- Dobór odpowiedniego cewnika – CH 16.
- Mycie i dezynfekcja krocza.
- Założenie cewnika Foleya zgodnie zasadami aseptyki i antyseptyki.

MODEL OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM Z CHOROBAŁ NIEDOKRWIENNĄ SERCA

- Utrzymanie worka na mocz poniżej pęcherza moczowego.
- Kontrola diurezy oraz bilans przyjmowanych płynów.
- Obserwacja pacjenta pod kątem objawów wystąpienia infekcji tj. Gorączka, ból, kolor moczu.
- Codzienna pielęgnacja krocza.
- Zmiana worka na mocz według potrzeby.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent oddał mocz.

- **Diagnoza pielęgniarska 14:** Ryzyko wystąpienia uszkodzenia nerek wynikające z zastosowania środka cieniującego podczas zabiegu PCI.

Cel opieki: Zapobieganie wystąpienia nefropatii pokontrastowej.

Plan opieki:

- Przed zabiegiem pobranie krwi na oznaczenie kreatyniny oraz wskaźnika eGFR w celu oceny funkcji nerek.
- Zastosowanie minimalnej skutecznej dawki kontrastu.
- Płynoterapia przed i po zabiegu w celu zwiększenie objętości płynów krążących.
- Polecenie przyjmowania większej ilości płynów po zabiegu w celu wydalania środka kontrastowego.
- Kontrola diurezy oraz bilans przyjmowanych płynów po zabiegu.
- Obserwacja pacjenta pod kątem zaburzenia czynności nerek tj. Zmiany w ilości i wyglądzie moczu, osłabienie, zmęczenie, bóle w okolicy pleców, nudności i wymioty.
- Poinformowanie pacjenta o niezwłocznym zgłoszeniu personelowi pielęgniarskiemu niepokojących objawów.
- Kontrola parametrów życiowych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, oddech).
- Ocena nawodnienia (ocena skóry i błon śluzowych).
- Oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy po 12–24 oraz 48 h od podania środka kontrastowego.
- Oznaczenie poziomu elektrolitów w osoczu.

Ocena efektów podjętych działań: Ryzyko uszkodzenia nerek zostało zminimalizowane.

- **Diagnoza pielęgniarska 15:** Deficyt wiedzy pacjenta na temat choroby, jej przyczyn i profilaktyki

Cel opieki: Poprawa wiedzy pacjenta.

Plan opieki:

- Przedstawienie pacjentowi pozytywnego wpływu stosowania diety zbilansowanej, lekkostrawnej z ograniczeniem spożywania tłuszczów zwierzęcych i soli jako podstawa prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego.
- Uświadomienie pacjentowi jaką rolę odgrywa zdrowy styl życia oraz aktywność fizyczna.
- Polecenie pacjentowi aktywności fizycznej, która jest bezpieczna w przypadku chorób układu sercowo-naczyniowych np. Spacer w tempie umiarkowanym 15 minut dziennie, stopniowo zwiększając czas, jazda na rowerze stacjonarnym oraz pływanie.
- Polecenie systematycznego przyjmowania leków.
- Codzienny pomiar ciśnienia tętniczego krwi i tętna oraz prowadzenie dzienniczka.
- Przedstawienie negatywnych skutków palenia papierosów oraz motywowanie do rzucenie nałogu.

Ocena efektów podjętych działań: Wiedza pacjenta na temat choroby i profilaktyki została zwiększona.

WNIOSKI

1. Model opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z ChNS opiera się na dokładnym wywiadzie, badaniach fizykalnych oraz monitorowaniu parametrów życiowych, co pozwala ocenić stan zdrowia pacjenta i wykrywać ewentualne nieprawidłowości.
2. Pacjent hospitalizowany z powodu ChNS zmaga się z problemami pielęgnacyjnymi, takimi jak ból w klatce piersiowej, ryzyko zaburzeń rytmu serca, duszność, które wymagają stałej obserwacji i odpowiednich interwencji pielęgniarskich.
3. Pacjenci z ChNS mogą napotykać trudności w codziennym funkcjonowaniu z powodu duszności, ograniczonej tolerancji wysiłku oraz problemy w przestrzeganiu rygorystycznej diety.
4. Rola pielęgniarki w edukacji pacjenta z ChNS polega na wyjaśnieniu istoty choroby, ryzyka z nią związanego oraz nauce właściwego stylu życia i monitorowania stanu zdrowia, co wspomaga skuteczność terapii.

5. W profilaktyce zakrzepowo-zatorowej rolą pielęgniarki jest ocena ryzyka, podawanie leków przeciwzakrzepowych oraz mobilizacja pacjenta w okresie hospitalizacji, szczególnie po zabiegach operacyjnych.
6. W rehabilitacji kluczową rolę ma edukacja zdrowotna, wsparcie emocjonalne, aktywizacja fizyczna oraz systematyczne monitorowanie postępów leczenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Wojtyniak B, Goryński P.: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020.
2. Santos JV., Souza J., Valente J. et al.: The state of health in the European Union (EU-28) in 2017: an analysis of the burden of diseases and injuries. *European Journal of Public Health* 2020; 3(30): 590 – 595.
3. Bradley C., Berry C.: Definition and epidemiology of coronary microvascular disease. *J Nucl Cardiol* 2022; 29(4): 1763 – 1775.
4. Stone P., Libby P., Boden W.: Fundamental Pathobiology of Coronary Atherosclerosis and Clinical Implications for Chronic Ischemic Heart Disease Management-The Plaque Hypothesis: A Narrative Review. *JAMA Cardiol* 2023; 8(2): 192 – 201.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTKĄ Z KAMICĄ ŻÓŁCIOWĄ

Katarzyna Wiśniewska¹, Justyna Maciąg²

1 - Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

2 - Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

WSTĘP

Kamica pęcherzyka żółciowego (KPŻ) na ogół stanowi najczęściej występujące schorzenie w okolicy jamy brzusznej, zazwyczaj wymaga interwencji chirurgicznej. Dochodzi do niej wówczas, gdy w pęcherzyku lub drogach żółciowych formują i nagromadzają się złoże. Kamienie przyjmują odmienne uformowanie oraz rozmiar. W ich skład wchodzi składniki żółci, do których zaliczamy cholesterol, bilirubinę, wapń oraz barwniki żółciowe [1]. Rozpoznanie przypadłości najczęściej jest diagnozowane przypadkowo, gdyż u większości pacjentów proces chorobowy przebiega bezobjawowo. Diagnoza bazuje na wyniku badań obrazowych ultrasonograficznych (USG), rentgenowskich (RTG) oraz tomografii komputerowej (TK), a także badań laboratoryjnych. KPŻ dotyka około 20% społeczeństwa, zapadalność zwiększa się z wiekiem, częściej chorują kobiety niż mężczyźni [2, 3]. Głównym symptomem analizowanej jednostki chorobowej jest gwałtowny, intensywny ból zlokalizowany w środkowym nadbrzuszu lub prawym podżebrzu, który często promieniuje do prawej łopatki oraz pleców, określany mianem kolki żółciowej (wątrobowej). Wyjątek może stanowić ulokowanie się bólu w lewym podżebrzu oraz w okolicy przedsercowej. Ból najczęściej pojawia się po spożyciu obfitego, tłustego posiłku [1, 3]. Kolkę wątrobową należy różnicować z innymi silnymi bólami brzucha. Dolegliwości nie różnią się, gdy powodem kolki jest choroba dróg żółciowych, pęcherzyka żółciowego czy zwieracza Oddiego, natomiast nagły początek i przybierający na sile ból pozwala rozróżnić ją od bólu w następstwie zapalenia wyrostka robaczkowego, trzustki czy uchyłków okrężnicy. Podczas diagnostyki różnicowej należy pamiętać, iż podłożem bólu w nadbrzuszu może być choroba wieńcowa, a także zawał serca [1, 2, 3]. Leczenie KPŻ głównie opiera się na podawaniu leków rozkurczowych i przeciwbólowych w przypadku kolki żółciowej oraz na leczeniu chirurgicznym (cholecystektomia – wykonywana zazwyczaj po drugim epizodzie

bólowym). Mniej inwazyjną formą leczenia jest rozpuszczanie złogów przy zastosowaniu kwasu ursodeoksycholowego (UDCA) lub ich rozkruszanie ich falą uderzeniową (ESWL) [2, 4]. Postępowanie diagnostyczno – lecznicze w przypadku chorób dróg żółciowych nie jest łatwe, nie może obejść się bez szczegółowej diagnostyki doznawanych objawów oraz wymaga indywidualnej i holistycznej opieki personelu pielęgniarskiego nad pacjentem [3].

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z kamicią żółciową przede wszystkim skupia się na przygotowaniu chorego fizycznie i psychicznie do zabiegu, a także na opiece pooperacyjnej oraz na obserwacji pacjenta i przekazywaniu spostrzeżeń zespołowi terapeutycznemu [1, 5]. Przygotowanie chorego rozpoczyna się z chwilą zakwalifikowania do zabiegu. Bardzo ważne jest przygotowanie psychiczne, gdyż pacjenci, u których wystąpiła konieczność wykonania zabiegu operacyjnego odczuwają lęk przed zabiegiem, znieczuleniem, bólem pooperacyjnym, powikłaniami, a nawet śmiercią, chorzy są świadomi tego, że na ich ciele pojawią się blizny [6]. Rolą personelu pielęgniarskiego w przygotowaniu psychicznym pacjenta jest okazanie empatii, cierpliwości, zdobycie zaufania chorego, rozpoznanie i zaspokajanie potrzeb pacjenta, zapewnienie możliwości kontaktu chorego z rodziną, duchownym, lekarzem oraz edukacja pacjenta odnośnie okresu okołoooperacyjnego (ćwiczenia oddechowe, kończyn dolnych, odksztuszanie, zmiana pozycji ułożeniowej, stabilizacja rany operacyjnej), uświadomienie pacjenta jak ważna jest jego współpraca z zespołem terapeutycznym, zapoznanie z topografią oddziału, prawami pacjenta [1].

Aby zminimalizować ryzyko wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem i hospitalizacją, a także skrócić czas jej trwania, przygotowanie fizyczne pacjenta rozpoczyna się w warunkach ambulatoryjnych i jest kontynuowane w oddziale [7]. Do zadań personelu pielęgniarskiego w przygotowaniu fizycznym pacjenta zalicza się wykonanie szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby (WZW), oznaczenie antygenu HBsAg, który określa zakażenie lub nosicielstwo WZW typu B, wykonanie elektrokardiografii (EKG), RTG klatki piersiowej, a także pobranie krwi do badań laboratoryjnych takich jak morfologia, oznaczenie grupy krwi i czynnika Rh, czasu krwawienia i krzepnięcia, stężenia elektrolitów, glukozy, ALP, AspAt, AIAT, GGTP, CRP, bilirubiny [1, 2, 7, 8, 5]. Personel pielęgniarski ocenia również stan odżywienia pacjenta na podstawie dostępnych skal i kwestionariuszy np. Ocena Ryzyka Związanego ze Stanem Odżywienia (NRS) lub Subiektywna Globalna Ocena Stanu Odżywienia (SGA), podaje zlecone leki i płyny, dokonuje pomiarów podstawowych parametrów życiowych,

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTKĄ Z KAMICĄ ŻÓŁCIOWĄ

zakłada wkłucie obwodowe i dba o jego drożność oraz przygotowuje pacjenta do badań diagnostycznych (objaśnia na czym będzie polegało badanie i w jaki sposób należy się przygotować). W przypadku wykonywania badania USG jamy brzusznej pacjent musi być poinformowany o konieczności pozostania na czczo 3 – 6 h oraz aby nie oddawał moczu przed badaniem, jeśli występują gazy zaleca się zażywanie środków eliminujących gazy 1 – 2 dni przed badaniem [1, 2]. W przed dzień zabiegu personel pielęgniarski dokonuje pomiarów wzrostu i masy ciała, zaleca zmycie lakieru z płytki paznokciowej, wykonuje enemę, toaletę pępka do zabiegu laparoskopowego na jamie brzusznej, przypomina pacjentowi o pozostaniu na czczo na 6 – 8 h przed zabiegiem, o toalecie ciała, o oddaniu cennych przedmiotów do depozytu bądź rodzinie, zamawia środki krwiopochodne [1]. W dniu zabiegu personel pielęgniarski dba o to, aby pacjent pozostał na czczo, oddał mocz przed zabiegiem, wykonał toaletę ciała zgodnie z udzielonym instruktażem, dokonuje pomiarów parametrów życiowych i wyklucza przeciwwskazania do zabiegu np. infekcje, przygotowuje pole operacyjne (usunięcie owłosienia), zleca usunięcie biżuterii i protez, wdraża profilaktykę przeciwzakrzepową, daje koszulę chirurgiczną, którą chory ubiera na nagie ciało, na 1h przed zabiegiem podaje pacjentowi premedykację [1, 2, 7].

Opieka nad pacjentem po zabiegu cholecystektomii polega na odpowiednim ułożeniu chorego na czystym i zdezynfekowanym łóżku w pozycji półwysokiej na grzbiecie lub półwysokiej na boku w przypadku wymiotów [1]. Do zadań personelu pielęgniarskiego należy określenie stanu przytomności pacjenta, nawiązanie z nim kontaktu werbalnego, monitorowanie podstawowych funkcji życiowych, ocena zabarwienia powłok skórnych i błon śluzowych, obserwacja rany pooperacyjnej i opatrunku oraz ilości treści w założonych drenach, zmiana opatrunku, obserwacja wystąpienia powikłań pooperacyjnych, ocena nasilenia bólu według wizualnej skali analogowej (z ang. *Visual Analogue Scale*, VAS), zwalczanie bólu środkami farmakologicznymi zgodnie z kartą zleceń, podawanie leków i płynów infuzyjnych według zlecenia, prowadzenie profilaktyki przeciwzakrzepowej, pionizacja pacjenta, prowadzenie dokumentacji, przygotowanie pacjenta do samoopieki [1, 2, 3].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest omówienie roli personelu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentką z kamicą żółciową po cholecystektomii laparoskopowej.

MATERIAŁ I METODY

Na potrzeby niniejszej pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku w celu holistycznej analizy stanu zdrowia pacjentki ze zdiagnozowaną kamicą żółciową po cholecystektomii laparoskopowej. Zastosowano indywidualnie dobrane techniki badawcze takie jak wywiad pielęgniarski, obserwacja, dogłębna analiza dokumentacji medycznej pacjentki oraz pomiary podstawowych czynności życiowych w tym tętno, ciśnienie tętnicze krwi, liczba oddechów, saturacja, temperatura, a także pomiary antropometryczne. Spośród wielu dostępnych narzędzi badawczych w pracy wykorzystano: arkusz gromadzenia danych o pacjencie, skalę bólu VAS, skalę oceny świadomości Glasgow, Bristolską Skalę Uformowania Stolca, skalę ryzyka wystąpienia odleżyn Norton, skalę samoobsługi i samopielęgnacji Barthel, skalę akceptacji choroby AIS, skalę do oceny stanu błony śluzowej jamy ustnej klasyfikacja według WHO, skalę depresji Becka – BDI, ocenę nudności i wymiotów według kryteriów WHO, klasyfikacja nadwagi i otyłości w zależności od BMI, kryteria dla kategorii opieki oddziału o profilu zachowawczym i zabiegowym według Ustawy z dnia 31 grudnia 2012 r., indeks SENIC do oceny ryzyka zakażenia miejsca operowanego.

Badanie zostało przeprowadzone w Powiatowym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Starachowicach przy ulicy Batalionów Chłopskich 6, w Oddziale Chirurgii Ogólnej Z Pododdziałem Chirurgii Szczękowo Twarzowej I Pododdziałem Urologicznym w lutym 2025 roku. Na potrzeby niniejszej pracy analizą objęto 57 letnią kobietę. Pacjentkę do prac badawczych wyłoniono metodą losową. Badana została poinformowana o anonimowości, celu i zakresie wykonywanych działań oraz wyraziła zgodę na przeprowadzenie badania. Badanie odbyło się w bezpiecznych i komfortowych dla pacjentki warunkach z poszanowaniem godności oraz intymności badanej kobiety. Pacjentka została poinformowana o konieczności zgłaszania wszelkich budzących niepokój objawów pojawiających się w czasie przeprowadzanego badania. Spotkania odbywały się w godzinach dogodnych dla pacjentki za zgodą kierownictwa oddziału oraz personelu medycznego. Na podstawie przeanalizowanego, zgromadzonego materiału został stworzony proces pielęgnowania pacjentki z kamicą żółciową po cholecystektomii laparoskopowej. Badanie zostało wykonane z przestrzeganiem zasad reżimu sanitarnego.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Metodą studium przypadku została objęta 57 letnia kobieta W.M, u której zdiagnozowano kamice pęcherzyka żółciowego z zapaleniem pęcherzyka żółciowego. W wywiadzie rodzinnym potwierdzono obciążenie przypadłością kamicy żółciowej. U badanej jak dotąd nie występowały żadne alergie oraz nie leczyła się na choroby przewlekłe. Z powodu występującego kołatania serca o nieznannej etiologii przyjmowała Bibloc 125 mg na stałe. Pacjentka była hospitalizowana w 2007 r. wykonano zabieg częściowej amputacji szyjki macicy, w 2017 r. wystąpił krwotok wewnętrzny z guza lewej nerki – naczyniakomięśniakotłuszczak (ALM), w 2022 r. przeprowadzono artroskopię barku lewego.

Pacjentka została przyjęta do Oddziału Chirurgicznego Ogólnego z Pododdziałem Chirurgii Szczękowo Twarzowej i Pododdziałem Urologicznym w Powiatowym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Starachowicach przy ulicy Batalionów Chłopskich 6, w trybie planowym z powodu objawowej kamicy pęcherzyka żółciowego w celu leczenia operacyjnego.

Przy przyjęciu pacjentka w stanie ogólnym dobrym, w logicznym kontakcie słownym, prawidłowo zorientowana auto- i allopsychicznie. W badaniu fizykalnym brzuch miękki, niebolesny palpacyjnie. Objawy otrzewnowe ujemne. Objaw Chełmońskiego i objaw Goldflama ujemny obustronnie. Kończyny dolne bez obrzęku, budowa ciała hipersteniczna. Pacjentka podawała, że nie przestrzegała diety, zgłaszała biegunki do 6 epizodów dziennie.

W wykonanym badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej uwidoczniono pęcherzyk żółciowy o nieco pogrubiałej ścianie do 5mm, który zawierał liczne złogi wielkości do ok 2 cm – obraz sugerował przewlekłe zmiany zapalne, drogi żółciowe nieposzerzone, pozostałe struktury bez widocznych zmian patologicznych.

U pacjentki przeprowadzono cholecystektomię metodą laparoskopową w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym. Wykonano jednorazowe cewnikowanie pęcherza przez cewkę. Leczenie śródoperacyjne przebiegło bez powikłań. Po zastosowanej antybiotykoterapii pojawiły się owrzodzenia w jamie ustnej.

Pomimo stosowanej diety kleikowej ból w nadbrzuszu utrzymywał się po zjedzeniu posiłku, ustępował po sprowokowaniu wymiotów.

W 4 dobie po zabiegu u pacjentki wystąpiła wysoka gorączka 40°C, silny rozlany ból brzucha z towarzyszącymi wymiotami, biegunką oraz zaobserwowano zażółcenie powłok

skórnych. Pacjentka zgłaszała brak sił, osłabienie, ból oceniła na 9 wg skali VAS. Wyniki badań laboratoryjnych uległy znacznemu pogorszeniu.

W ponownym badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej uwidoczniono w łożu po pęcherzyku gęstopłynowy zbiornik o wymiarach 75 x 47 mm. Wolnego płynu w jamie brzusznej nie uwidoczniono.

Pacjentka po wyrównaniu miała wykonane EUS w badaniu nie stwierdzono zastoju wewnątrzwątrobowego. PWW (przewód wątrobowy wspólny) o średnicy 0,7 cm bez ubytków. W PżG (przewód żółciowy główny) o średnicy ok 0,74 cm uwidoczniono zółg o przekroju około 0,4 cm. Chora została zakwalifikowana do zabiegu ECPW, który wykonano z protezowaniem przewodu trzustkowego protezą Zimmon 5Fr x 2 cm. Do Brodawki Vatera wprowadzono protekcyjnie protezę, po zmianie kierunku zacewnikowano PżG szerokość ok 12 mm z widocznymi dwoma ubytkami wypełnienia, po nacięciu wystąpiło krwawienie wymagające ostrzyknięcia.

Po zastosowanym leczeniu dolegliwości chorej ustąpiły, parametry zapalne uległy normalizacji. Pacjentka w stanie stabilnym została wypisana do domu z zaleceniami.

W oparciu o zebrany materiał empiryczny skonstruowano diagnozy i interwencje pielęgniarские ze wskazaniem dokładnie określonego celu opieki w opiece nad pacjentką z kamicą żółciową po cholecystektomii laparoskopowej.

Proces pielęgnowania pacjenta

- **Diagnoza pielęgniariska 1:** Wysokie ciśnienie tętnicze krwi spowodowane silnym bólem nadbrzusza z towarzyszącą gorączką.

Cel opieki: Normalizacja ciśnienia tętniczego i temperatury ciała, zniwelowanie bólu.

Plan opieki:

- Pomiar podstawowych parametrów życiowych w tym ciśnienia tętniczego 3x dziennie, temperatury ciała co 15 min.
- Obserwacja objawów wskazujących na pogorszenie stanu zdrowia (ból głowy, zawroty głowy, duszność, zaburzenia widzenia, obrzęki).
- Ocena nasilenia bólu według skali VAS i jego monitorowanie.
- Ocena charakteru bólu.
- Wyjaśnienie pacjentce przyczyny dolegliwości bólowych.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTKĄ Z KAMICĄ ŻÓŁCIOWĄ

- Ustalenie z pacjentką dogodnej pozycji ułożeniowej, która przynosi ulgę w bólu.
- Obniżenie ciepłoty ciała poprzez stosowanie środków fizykalnych (chłodne okłady w miejscach gdzie przechodzą duże naczynia krwionośne).
- Zapobieganie przegrzewaniu się (luźna bawełniana piżama, okrycie cienką kołdrą).
- Dbanie o odpowiednią higienę pacjentki i jej otoczenia.
- Zapewnienie ciszy i spokoju, odpowiedniego mikroklimatu sali (temperatura pomieszczenia 18 – 20 °C, wilgotność 60 – 70%).
- Eliminowanie bodźców zewnętrznych np. hałas, silne światło.
- Okazanie empatii i wsparcia psychicznego.
- Podaż leków zgodnie ze zleceniem lekarskim, obserwacja działań niepożądanych np. zbyt niskie ciśnienie.
- Dokumentacja czynności.

Ocena efektów podjętych działań: Po zastosowanej terapii ciśnienie tętnicze oraz temperatura ciała powróciły do prawidłowej wartości, dolegliwości bólowe zmniejszyły się.

- **Diagnoza pielęgniarska 2:** Możliwość wystąpienia krwotoku z rany pooperacyjnej spowodowana zaburzonym procesem krzepnięcia na skutek żółtaczki, a także trudności technicznych w resekcji zapalnie zmienionego pęcherzyka żółciowego.

Cel opieki: Obniżenie ryzyka wystąpienia krwotoku z rany pooperacyjnej, wczesne rozpoznanie objawów.

Plan opieki:

- Kontrola oraz dokumentacja w karcie obserwacyjnej podstawowych parametrów życiowych: ciśnienie tętnicze krwi, tętno, saturacja, liczba oddechów, objawów wstrząsu.
- Monitorowanie opatrunku na ranie.
- Kontrola ilości i zabarwienia drenowanej treści – dokumentacja w karcie bilansu płynów.
- Monitorowanie wyników badań laboratoryjnych: morfologia, hematokryt, czynniki krzepnięcia.
- W razie konieczności przetaczanie preparatów krwiopochodnych zgodnie z przyjętą procedurą, według zlecenia lekarskiego.

Ocena efektów podjętych działań: Krwotok z rany pooperacyjnej nie wystąpił.

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Ryzyko wystąpienia zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej spowodowane wymiotami z towarzyszącą biegunką, wynikających z patomechanizmu schorzenia.

Cel opieki: Zapobieganie oraz wczesne wykrycie zaburzeń wodno-elektrolitowych, zapewnienie pacjentce odpowiedniej higieny i bezpieczeństwa.

Plan opieki:

- Obserwacja pacjentki pod kątem odwodnienia organizmu.
- Ocena wymiotów według kryteriów WHO oraz stolca według Bristolskiej skali uformowania stolca.
- Ułożenie pacjentki w pozycji półwysokiej lub wysokiej.
- Zapewnienie miski nerkowatej, ligniny oraz basenu, udzielenie pomocy podczas wymiotów i defekacji.
- Zapewnienie higieny jamy ustnej, osobistej pacjentki oraz jej otoczenia.
- Zapewnienie warunków intymnych.
- Prowadzenie bilansu płynów i diurezy godzinowej.
- Okazanie zrozumienia, wsparcia i empatii.
- W razie konieczności wprowadzenie sondy do żołądka w celu odbarczenia na zlecenie lekarza, zgodnie z procedurą.
- Podaż leków oraz uzupełnianie płynów infuzyjnych drogą dożylną zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Dokumentacja czynności.

Ocena efektów podjętych działań: Zaburzenia wodno-elektrolitowe nie wystąpiły, biegunka oraz wymioty zmniejszyły się.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Krwawienie po nacięciu Brodawki Vatera w wyniku wykonanego ECPW spowodowane podrażnieniem mechanicznym.

Cel opieki: Stabilizacja stanu pacjentki, zapobieganie nasileniu krwawienia.

Plan opieki:

- Monitorowanie i dokumentacja parametrów życiowych.
- Ocena świadomości pacjentki według skali Glasgow pod kątem objawów hipowolemii i wstrząsu.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTKĄ Z KAMICĄ ŻÓŁCIOWĄ

- Obserwacja pod kątem zapalenia otrzewnej.
- Monitorowanie parametrów krwi takich jak morfologia, stężenie amylazy i lipazy.
- Wyjaśnienie pacjentce celu wykonywanych czynności.
- Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentce (pozostanie w łóżku do momentu wykluczenia objawów krwawienia).
- Przewiezienie pacjentki do pracowni endoskopowej, podjęcie działań zgodnie z procedurą.
- Podaż leków oraz nawadnianie drogą dożylną zgodnie z kartą zleceń.
- Dokumentacja czynności.

Ocena efektów podjętych działań: Po zastosowanej terapii krwawienie ustąpiło.

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Żółtaczka mechaniczna spowodowana utrudnionym odpływem żółci do dwunastnicy z towarzyszącym świądem skóry.

Cel opieki: Poprawa odpływu żółci i komfortu pacjentki poprzez zniwelowanie świądu, zapobieganie zakażeniu skóry.

Plan opieki:

- Wyjaśnienie pacjentce przyczyn wystąpienia żółtaczki i świądu oraz możliwości wystąpienia zakażenia skóry na skutek drapania.
- Regularna ocena poziomu bilirubiny i enzymów wątrobowych.
- Monitorowanie parametrów życiowych, obserwacja pod kątem powikłań: gorączka, tachykardia, spadek ciśnienia.
- Obserwacja nasilenia żółtaczki: zażółcenie skóry, gałek ocznych i błon śluzowych.
- Obserwacja makroskopowa moczu i stolca.
- Monitorowanie ilości spływającej żółci, zapewnienie drożności drenu według procedury.
- Poinformowanie pacjentki o konieczności wykonania kontroli drożności przewodu żółciowego i przygotowanie do badania.
- Poinformowanie chorej o konieczności skrócenia paznokci i przestrzeganiu higieny rąk.
- Nawilżanie skóry pacjentki 2x dziennie.
- Podaż środków farmaceutycznych zmniejszających świąd na zlecenie lekarza.

Ocena efektów podjętych działań: Żółtaczka mechaniczna oraz świąd utrzymują się, działania pielęgniarские należy kontynuować.

- **Diagnoza pielęgniariska 6:** Ryzyko wystąpienia zakażenia miejsca operowanego i powikłań w wyniku obecności drenów w jamie brzusznej z powodu zmniejszonej odporności organizmu.

Cel opieki: Minimalizowanie ryzyka powikłań, wykrycie objawów na wczesnym etapie.

Plan opieki:

- Ocena ryzyka zakażenia miejsca operowanego według indeksu SENIC.
- Obserwacja rany operacyjnej pod kątem zakażenia.
- Zmiana opatrunku według zasad aseptyki i antyseptyki.
- Obserwacja ilości odprowadzanej żółci i jej charakteru, dokumentacja w karcie bilansu płynów.
- Kontrola drożności drenu.
- Ograniczenie manipulacji przy drenach do minimum.
- Objasnienie chorej działania drenażu w celu zapobiegawczym przed zagięciem, zaciśnięciem lub wypadnięciem drenu.
- Pielęgnacja skóry dookoła drenu, zabezpieczenie jałowym opatrunkiem.
- Zapewnienie odpowiedniej higieny osobistej pacjentki i jej otoczenia.
- Współudział w usunięciu drenu.

Ocena efektów podjętych działań: Powikłania nie wystąpiły.

- **Diagnoza pielęgniariska 7:** Ryzyko rozwoju zapalenia żyły z powodu nieprzestrzegania zasad aseptyki i antyseptyki podczas zakładania kaniuli obwodowej.

Cel opieki: Minimalizowanie ryzyka rozwoju zakażenia.

Plan opieki:

- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas zakładania wkłucia obwodowego.
- Umocowanie kaniuli jałowym opatrunkiem, zmiana okleiny 1x dziennie lub w razie potrzeby.
- Zmiana kaniuli co 72 h.
- Codzienna pielęgnacja i obserwacja miejsca wkłucia obwodowego pod kątem zakażenia.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTKĄ Z KAMICĄ ŻÓŁCIOWĄ

- Zapewnienie odpowiedniej higieny pacjentki i jej otoczenia.
- Dokumentacja czynności: data założenia, rodzaj dostępu, wynik obserwacji.

Ocena efektów podjętych działań: Nie doszło do rozwoju zakażenia miejsca wkłucia obwodowego.

- **Diagnoza pielęgniarska 8:** Ryzyko wystąpienia powikłań metabolicznych spowodowane żywieniem pozajelitowym.

Cel opieki: Niedopuszczenie do wystąpienia powikłań metabolicznych.

Plan opieki:

- Monitorowanie parametrów życiowych.
- Ciągła ocena stanu świadomości pacjentki według skali Glasgow.
- Kontrola badań laboratoryjnych: gazometria, elektrolity, triglicerydy, stężenie białka, glukoza, kreatynina, morfologia, krzepliwość.
- Monitorowanie pracy serca, diurezy godzinowej, prowadzenie dobowej zbiórki moczu, bilansu płynów.
- Codzienna kontrola masy ciała.
- Pobranie próbki moczu do badań laboratoryjnych – codziennie.
- Prowadzenie dokumentacji żywienia.

Ocena efektów podjętych działań: Powikłania metaboliczne nie wystąpiły.

- **Diagnoza pielęgniarska 9:** Owrzodzenia jamy ustnej spowodowane nadmiernym rozwojem *Candida Albicans* w wyniku stosowanej antybiotykoterapii.

Cel opieki: Zminimalizowanie stanów zapalnych błony śluzowej jamy ustnej.

Plan opieki:

- Ocena owrzodzeń jamy ustnej według klasyfikacji WHO.
- Codzienna kontrola stanu błony śluzowej jamy ustnej.
- Poinformowanie pacjentki o przyczynach infekcji.
- Odpowiednia higiena jamy ustnej: oczyszczanie jamy ustnej miękką szczoteczką, stosowanie płukanek antyseptycznych np. chlorheksydyny, unikanie drażniących płynów.
- Przyjmowanie odpowiedniej ilości płynów w celu zapobiegania suchości w jamie ustnej.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTKĄ Z KAMICĄ ŻÓŁCIOWĄ

- Edukacja w zakresie stosowania leków przeciwgrzybiczych, antyseptycznych i probiotyków.
- Ocena skuteczności leczenia, obserwacja działań niepożądanych.
- Podaż leków według zlecenia lekarskiego.

Ocena efektów podjętych działań: Owrzodzenia zmniejszyły się.

- **Diagnoza pielęgniarska 10:** Brak apetytu oraz ogólne osłabienie organizmu spowodowane ograniczeniami dietetycznymi wraz z zaburzeniami trawienia w skutek niedostatecznej ilości żółci.

Cel opieki: Zapewnienie odpowiedniego odżywienia organizmu.

Plan opieki:

- Zastosowanie odpowiedniej płynnej diety wraz ze stopniowym jej rozszerzaniem, zgodnie z procedurą żywienia po zabiegach na przewodzie pokarmowym.
- Kontrola tolerancji wprowadzania do żywienia nowych produktów.
- W razie konieczności kontynuacja żywienia parenteralnego.
- Przestrzeganie norm higienicznych i estetyki podczas spożywania posiłków.
- Podaż leków żółciotwórczych, aby usprawnić trawienie pokarmu według zaleceń lekarskich.

Ocena efektów podjętych działań: Zapewniono prawidłowe odżywienie organizmu.

- **Diagnoza pielęgniarska 11:** Deficyt samoopieki spowodowany ograniczoną aktywnością ruchową.

Cel opieki: Zapewnienie pacjentce potrzeb biologicznych.

Plan opieki:

- Ocena stopnia samodzielności według skali Barthel.
- Ocena ryzyka wystąpienia odleżyn według skali Norton.
- Ocena kategorii opieki według ustawy z dnia 31 grudnia 2012 r.
- Pomoc chorej przy czynnościach z zakresu samoobsługi.
- Motywowanie chorej do aktywności ruchowej w miarę możliwości.
- Prowadzenie profilaktyki przeciwoleżynowej i przeciwzakrzepowej.
- Usprawnianie pacjentki w celu zapobiegania zaburzeniom układu oddechowego.

Ocena efektów podjętych działań: Deficyt samoopieki został zmniejszony.

- **Diagnoza pielęgniarska 12:** Zaburzenia równowagi w odżywianiu spowodowane nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi uwidoczniającymi się nadmierną masą ciała.

Cel opieki: Udoskonalenie nawyków żywieniowych, zapobieganie następstwom nadwagi.

Plan opieki:

- Ocena wskaźnika masy ciała w zależności od BMI.
- Ocena stylu życia pacjentki i aktywności fizycznej.
- Analiza nawyków żywieniowych pacjentki: wielkość porcji, częstotliwość, podjadanie, rodzaj posiłków.
- Udzielenie wskazówek: spożycie do 5 małych posiłków dziennie z wysoką zawartością białka, błonnika i zdrowych tłuszczów, wystrzeganie się produktów przetworzonych zawierających cukry proste i tłuszcze nasycone.
- Edukacja w zakresie zasad zdrowego żywienia, wpływu odżywiania na stan zdrowia, nauka planowania lekkostrawnych i niskotłuszczowych posiłków.
- Motywowanie do stopniowego wprowadzania aktywności ruchowej dostosowanej do stanu zdrowia.
- Zmobilizowanie pacjentki do spożycia zwiększonej ilości wody.
- Edukacja o możliwych konsekwencjach zdrowotnych w skutek nadwagi.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentka została zmotywowana do zmiany swojego stylu życia.

- **Diagnoza pielęgniarska 13:** Obniżony nastrój pacjentki związany z przebiegiem procesu chorobowego z towarzyszącymi trudnościami w zasypianiu.

Cel opieki: Ocena stanu psychicznego pacjentki.

Plan opieki:

- Ocena stanu psychicznego według skali Becka-BDI.
- Ocena poziomu akceptacji choroby według skali AIS.
- Monitorowanie poziomu bólu.
- Analiza czynników wpływających na trudności z zasypianiem: ból, stres, niepokój, hałas.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTKĄ Z KAMICĄ ŻÓŁCIOWĄ

- Rozmowa wspierająca, okazywanie empatii.
- Edukacja w zakresie radzenia sobie ze stresem: ćwiczenia oddechowe.
- Umożliwienie kontaktu z psychologiem.
- Zapewnienie wygodnej pozycji w łóżku.
- Podaż środków farmaceutycznych zgodnie ze zleceniem lekarskim.

Ocena efektów podjętych działań: Obniżony nastrój utrzymuje się, działania pielęgniarские należy kontynuować.

- **Diagnoza pielęgniariska 14:** Niepokój pacjentki spowodowany zaplanowanymi badaniami diagnostycznymi na skutek braku wiedzy.

Cel opieki: Zapewnienie pacjentce poczucia bezpieczeństwa, obniżenie niepokoju.

Plan opieki:

- Stałe informowanie chorej o planowanych badaniach: USG, badania krwi, objaśnienie celu i sposobu ich wykonywania oraz jak ma się zachować podczas i po wykonaniu badań.
- Wyjaśnianie chorej wszelkich wątpliwości i obaw.
- Okazywanie empatii.
- Przeprowadzenie wywiadu w celu zapobiegania powikłaniom.
- Przygotowanie chorej do ECPW: poinformowanie pacjentki o celu, przebiegu, przygotowaniu i postępowaniu po badaniu, o konieczności opróżnienia pęcherza moczowego i pozostaniu na czczo minimum 6h przed badaniem, usunięciu protez zębowych, o głębokim i spokojnym oddychaniu podczas badania, o znieczuleniu tylnej ściany gardła.
- Sprawdzenie drożności kaniuli obwodowej w razie konieczności założenie nowej.
- Zabezpieczenie pacjentki przed promieniowaniem.
- Pomoc w ułożeniu chorej na lewym boku.
- Podaż leków zgodnie ze zleceniem lekarskim.

Ocena efektów podjętych działań: Poziom wiedzy został zwiększony, zapewniono poczucie bezpieczeństwa, niepokój pacjentki zmniejszył się.

- **Diagnoza pielęgniarska 15:** Niepokój pacjentki spowodowany niewystarczającą wiedzą odnośnie diety i samopielegnacji w warunkach domowych.

Cel opieki:

Zniwelowanie niepokoju, edukacja w zakresie samoopieki.

Plan opieki:

- Zapewnienie konsultacji dietetycznej, omówienie zalecanej diety.
- Motywowanie chorej do przestrzegania zaleceń dietetycznych: w pierwszych dniach unikanie świeżych warzyw i owoców oraz soków, 5 posiłków dziennie o małych porcjach, potrawy gotowane na parze lub duszone, ograniczenie spożycia tłuszczów, alkoholu, ostrych i ciężkostrawnych potraw, gazowanych napojów, wzdymających produktów. Rozszerzanie diety po kilku tygodniach z obserwacją nietolerancji.
- Zalecenie prowadzenia oszczędnego trybu życia bezpośrednio po hospitalizacji.
- Poinformowanie chorej o konieczności odbycia kontroli w trybie ambulatoryjnym w wyznaczonym przez lekarza terminie.

Ocena efektów podjętych działań: Na skutek działań edukacyjnych deficyt oraz niepokój wiedzy został zmniejszony.

WNIOSKI

W oparciu o przeprowadzone badanie metodą studium przypadku można wyciągnąć następujące wnioski, które stanowią holistyczna rolę personelu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentką z kamicą żółciową po zabiegu cholecystektomii laparoskopowej:

1. U pacjentki zaobserwowano deficyt wiedzy w zakresie choroby i jej profilaktyki. Personel medyczny udzielił chorej szczegółowego instruktażu o istocie schorzenia, gdyż pacjentka nie posiadała wystarczającej wiedzy o czynnikach ryzyka takich jak dieta bogata w tłuszcze, brak aktywności fizycznej czy uwarunkowania genetyczne. Pacjentka została uświadomiona, że prawidłowa dieta jak również regularna aktywność fizyczna mogą zminimalizować nawrót choroby oraz powikłań.
2. Podczas przeprowadzonego badania u pacjentki po cholecystektomii laparoskopowej zaobserwowano typowe objawy powikłań będące następstwem patomechanizmu schorzenia. Odnotowano wysokie ciśnienie tętnicze, silny ból w nadbrzuszu, gorączkę, wymioty oraz biegunkę będące wynikiem reakcji obronnej organizmu na toczący się

proces zapalny, co mogło skutkować wystąpieniem zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej. Uwidoczniła się żółtaczka będąca konsekwencją niedrożności przewodów żółciowych. Wystąpiło krwawienie z Brodawki Vatera będące skutkiem podrażnienia mechanicznego po ECPW. W jamie ustnej pojawiły się owrzodzenia w wyniku zastosowanej antybiotykoterapii. W dalszej kolejności odnotowano ogólne osłabienie organizmu, problemy z łaknieniem, a także spadek zdolności samoopieki i samopielęgnacji.

3. Do kluczowych działań zespołu pielęgniarskiego w łagodzeniu bólu i dyskomfortu u pacjentki z kamica żółciową jakie zostały zastosowane podczas prowadzonego badania można zaliczyć ułożenie chorej w wygodnej pozycji (półwysoka, na lewym boku), ocena charakteru i monitorowanie natężenia bólu wraz z zastosowaniem zleconej przez lekarza farmakoterapii, kontrola skuteczności podanych leków, obserwacja objawów towarzyszących (wymioty, biegunka, wysokie ciśnienie, gorączka), edukacja z zakresu technik relaksacyjnych oraz kontrolowania oddechu celem czego było zmniejszenie napięcia mięśniowego. Zalecono chorej unikanie nagłych ruchów, które mogą nasilać ból oraz stresu, zadbano o odpowiednie nawodnienie pacjentki.
4. Pacjentce zostały udzielone wszelkie niezbędne informacje o istotnym znaczeniu diety w prewencji nawrotów kamicy żółciowej, a także polepszeniu jakości życia po cholecystektomii. Niepoprawne nawyki żywieniowe, m.in. konsumowanie tłustych i wysokoprzetworzonych produktów, niewłaściwe nawodnienie czy nieregularne posiłki przyczyniły się do tworzenia złożeń w pęcherzyku żółciowym. Właściwa edukacja ułatwiła pacjentce zrozumieć znaczenie diety w prawidłowym funkcjonowaniu układu trawiennego i zminimalizowaniu ryzyka powikłań.
5. Personel pielęgniarski odgrywał istotną rolę w pielęgnacji rany pooperacyjnej, a także w edukowaniu pacjentki w tym zakresie podczas samoopieki w warunkach domowych. Prawidłowe dbanie o ranę pooperacyjną jest ważnym elementem w procesie rekonwalescencji, który ma ogromny wpływ na właściwe gojenie się tkanek oraz minimalizuje ryzyko zakażenia czy rozejścia się rany. Odpowiednia wiedza z tego zakresu pozwala pacjentce unikać błędów i konstruktywnie dbać o higienę oraz ochronę operowanych tkanek. Personel pielęgniarski udzielił chorej instruktażu jak często, czym (woda z mydłem, octenisept) i w jaki sposób należy przemywać ranę, o konieczności

stosowania jałowych gazików i opatrunków, że przed każdą zmianą opatrunku należy umyć higienicznie ręce wodą z mydłem oraz zdezynfekować je, o codziennej kontroli stanu rany. Pacjentka została zaznajomiona z objawami infekcji (zaczerwienienie, obrzęk, ropna wydzielina, temperatura), w jakich przypadkach należy skorzystać z konsultacji lekarskiej. Zespół pielęgniarski poinformował pacjentkę o konieczności unikania wysiłku fizycznego, moczenia rany w wannie, basenie, otwartych zbiornikach wodnych, dozwolone są szybkie kąpiele pod prysznicem. Zalecono noszenie luźnej odzieży w celu uniknięcia ucisku rany.

PIŚMIENNICTWO

1. Walewska E. (red.): Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2024: 133, 172 - 202, 424 - 450.
2. Długolecka R., Kania E., Biegus I.: Opieka pielęgniarska nad pacjentem po cholecystektomii klasycznej i laparoskopowej. *Pielęgniarstwo chirurgiczne i angiologiczne* 2022; 16(3): 85 - 90.
3. Demidowicz G., Lasota N., Trąbka N. i wsp.: Kamica żółciowa - aktualna wiedza na temat jednej z najczęstszych chorób układu pokarmowego. *Journal of Education, Health and Sport* 2023; 38(1): 258 - 276.
4. Tonin F., Anders I.: Najnowsze osiągnięcia w syntezie kwasu ursodeoksycholowego. *Beilstein Journal of Organic Chemistry* 2018; 14: 470 - 483.
5. Pietruszewska A., Moczyłowska A., Gomuła A.: Wiedza pielęgniarek na temat powikłań pooperacyjnych po cholecystektomii. *Zeszyt Nauk WSA Łomża* 2017; 65: 135 - 142.
6. Minasiewicz R., Urban J., Szalkowski Z. i wsp.: Ocena jakości życia pacjentów po usunięciu pęcherzyka żółciowego metodą klasyczną lub laparoskopową. *Zeszyty naukowe WSA Łomża* 2016; 64: 47 - 71.
7. Ścisło L. (red.): *Pielęgniarstwo chirurgiczne*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2020: 177 - 198, 298 - 336.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z MŁODZIEŃCZYM IDIOPATYCZNYM ZAPALENIEM STAWÓW

Martyna Kremer¹, Lidia Sierpińska², Magdalena Brodowicz-Król³

1 - Absolwentka Studiów I stopnia Kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Rzeszowski

2 - I Szpital Wojskowy z Przychodnią, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie

3 - Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii

WSTĘP

Charakterystyka młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów

Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS) to jedno z najczęstszych schorzeń reumatologicznych u dzieci i młodzieży, które dotyka osób poniżej 16 roku życia. Choroba ta zaliczana jest do autoimmunologicznych, a jej istotą jest przewlekły proces zapalny w obrębie stawów. Choroba początkowo rozwija się w błonie maziowej stawu, stopniowo obejmując inne struktury, takie jak tkanki okołostawowe, przyczepy ścięgien, mięśnie, pochewki ścięgna czy nasady kości. W efekcie przewlekłego zapalenia dochodzi do uszkodzenia chrząstki stawowej i nasad kostnych [1].

Objawy choroby

Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów charakteryzuje się zróżnicowanymi objawami, co sprawia, że niezbędne są szczegółowe badania diagnostyczne oraz konsultacje medyczne w celu ustalenia przyczyny występujących dolegliwości. Do najczęściej obserwowanych symptomów zalicza się:

- **Poranna sztywność stawów** – szczególnie widoczna po przebudzeniu.
- **Ból i obrzęk stawów** – najczęściej dotyczące kolan, nadgarstków i stawów skokowych.

- **Przewlekłe zmęczenie i osłabienie** – wynikające z ogólnego pogorszenia stanu zdrowia organizmu.
- **Powiększone węzły chłonne** – będące reakcją na toczący się proces zapalny.
- **Zapalenie błon surowiczych.**
- **Podwyższona temperatura ciała oraz wysypka skórna.**
- **Ograniczona ruchomość stawów** – prowadząca do trudności w wykonywaniu codziennych czynności, takich jak chodzenie czy unoszenie przedmiotów.

Te niespecyficzne objawy wymagają kompleksowego podejścia diagnostycznego, aby potwierdzić obecność MIZS i wykluczyć inne możliwe przyczyny [2].

Epidemiologia

Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów stanowi jedną z najczęściej występujących artropatii wieku rozwojowego. Dane epidemiologiczne różnią się w zależności od regionu, jednak szacuje się, że zapadalność na MIZS wynosi od 2 do 20 przypadków na 100 000 dzieci rocznie. Badania przeprowadzone w Polsce wykazały, że częstość występowania MIZS wśród młodzieży wynosi od 5-6,5 przypadków na 100 tysięcy dzieci rocznie. Możemy również wyodrębnić istotne różnice w zależności od płci – zachorowalność u dziewcząt jest niemal dwukrotnie wyższa niż u chłopców [3].

Przebieg choroby

Jednym z uderzających aspektów MIZS jest jego nieprzewidywalny przebieg. Niektóre dzieci doświadczają okresów remisji, w których objawy całkowicie ustępują, podczas gdy inne zmagają się z utrzymującym się stanem zapalnym, bólem i uszkodzeniem stawów przez całe życie. Nawet pacjenci, którzy cieszą się remisją w dzieciństwie, mogą doświadczyć nawrotu objawów w wieku dorosłym [4].

Długoterminowe badania wykazały, że co najmniej połowa pacjentów ma aktywną chorobę w wieku dorosłym, a większość z nich jest nadal leczona lekami przeciwreumatycznymi modyfikującymi przebieg choroby. Pacjenci ci muszą uczęszczać do poradni reumatologicznych dla dorosłych, aby być monitorowani i otrzymywać odpowiednie leczenie [5].

Podczas remisji objawy choroby wycofują się lub znacznie łagodnieją, co pozwala pacjentowi na prowadzenie w miarę normalnego życia. Z kolei zaostrzenia charakteryzują się

nasileniem objawów, takich jak ból, obrzęk stawów, sztywność poranna oraz ograniczenie ruchomości. Mogą im towarzyszyć także objawy ogólne, jak gorączka czy zmęczenie. Okresy te są charakterystyczne dla przebiegu MIZS i mogą występować w różnych odstępach czasowych, zależnie od indywidualnego przypadku pacjenta. Nie istnieje metoda, która pozwoliłaby jednoznacznie przewidzieć moment nawrotu choroby. Dlatego kluczowe znaczenie ma regularne monitorowanie stanu zdrowia przez specjalistę oraz konsekwentne stosowanie zaleconej terapii. Mimo że MIZS pozostaje chorobą nieuleczalną, właściwe leczenie, obejmujące farmakoterapię, rehabilitację oraz edukację pacjenta i jego rodziny, może znacząco poprawić jakość życia. Celem terapii jest przede wszystkim osiągnięcie i utrzymanie remisji, czyli okresu bezobjawowego, oraz minimalizacja skutków zaostrzeń choroby [6].

Diagnostyka MIZS

W diagnostyce MIZS kluczową rolę odgrywają badania laboratoryjne, które wspomagają klasyfikację podtypów choroby, ocenę aktywności stanu zapalnego oraz wykluczenie innych schorzeń o podobnym przebiegu. Wśród tych badań znajdują się: badania hematologiczne i biochemiczne – analiza morfologii krwi oraz parametrów takich jak OB i CRP, które obrazują poziom stanu zapalnego. Badania serologiczne – oznaczenie czynnika reumatoidalnego (RF) oraz przeciwciał przeciwjądrowych (ANA). Dodatkowym krokiem diagnostycznym są badania mikrobiologiczne, które pomagają wykluczyć infekcyjną etiologię objawów [7].

Badania obrazowe służą zwiększeniu pewności rozpoznania MIZS, zawężeniu diagnostyki różnicowej i ocenie uszkodzeń stawów. Radiografia pozostaje początkowym badaniem obrazowym stosowanym w przypadku objawowych stawów; jednak zmiany radiograficzne są niewykrywalne we wczesnym stadium MIZS. Pośrednimi objawami zapalenia stawów w radiografii są obrzęk tkanek miękkich, zwiększona gęstość tkanek miękkich, a także przemieszczenie fałdów tłuszczowych. Inne cechy to osteoporoza okołostawowa, zwężenie przestrzeni stawowej, erozja i deformacja kości oraz podwichnięcia stawów lub zeszywnienia w zaawansowanym stadium [8].

Ultrasonografia (USG) jest łatwo dostępną i nienapromieniowującą metodą obrazowania, która odgrywa znaczącą rolę w obrazowaniu MIZS. Ponadto USG umożliwia porównanie ze stroną przeciwną i dynamiczną ocenę stawów. USG jest w stanie ocenić

pogrubienie błony maziowej, wysięk w stawie, zapalenie pochewek ścięgnistych, zapalenie przyczepów ścięgnistych i nadżerki kości. Ocena ultrasonograficzna zgrubienia błony maziowej i zapalenia błony maziowej jest szczególnie ważna dla postawienia diagnozy. Pojawiają się one jako nieprawidłowo hipoechogeniczna tkanka związana z liniami stawów lub otaczającymi ścięgnami. Oprócz wykrywania zapalenia błony maziowej, USG dokładnie prowadzi do śródstawowych zastrzyków kortykosteroidów. USG umożliwia ocenę bez konieczności uspokajania pacjenta [9].

Obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego (MRI) jest złotym standardem w badaniu MIZS. Wszystkie stawy dotknięte patologicznymi zjawiskami zapalnymi można łatwo zbadać we wszystkich możliwych planach i z doskonałą rozdzielczością kontrastową kości i tkanek miękkich. Jest to najbardziej czuła technika obrazowania wykrywająca zapalenie błony maziowej [8].

Leczenie MIZS

Leczenie młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów jest wielokierunkowe i powinno być indywidualnie dostosowane do postaci choroby, jej aktywności, wieku dziecka i odpowiedzi na wcześniejszą terapię. Głównymi celami leczenia są zmniejszenie objawów zapalnych, zmniejszenie bólu, zatrzymanie postępu uszkodzenia stawów i poprawa jakości życia pacjenta. W leczeniu MIZS stosuje się zarówno leczenie farmakologiczne, jak i niefarmakologiczne, w tym rehabilitację, wsparcie psychologiczne i edukację pacjenta i jego rodziny [10].

Powikłania choroby

Zespół aktywacji makrofagów (MAS) jest poważnym powikłaniem, które najczęściej występuje w przypadku ogólnoustrojowego młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (MIZS). Dotyka on około 30-40% pacjentów z tą postacią choroby. MAS wynika z nadmiernej i niekontrolowanej aktywacji układu immunologicznego, która prowadzi do intensywnej aktywacji i namnażania limfocytów T oraz makrofagów. W efekcie dochodzi do produkcji dużych ilości cytokin prozapalnych, co powoduje naciekanie komórek na szpik kostny, wątrobę i śledzionę. Objawy mogą postępować bardzo szybko, prowadząc do niewydolności wielonarządowej [11].

Zaburzenia wzrastania są kolejnym poważnym problemem w przebiegu MIZS. Są one efektem przewlekłego stanu zapalnego oraz stosowania glikokortykosteroidów. Problemy te

mogą pojawić się już we wczesnym okresie choroby. Aby zapobiec opóźnieniu wzrostu, pacjentom często podaje się hormon wzrostu. Innym powikłaniem związanym z MIZS są różnice w długości kończyn dolnych. Wynikają one z nadmiernego ukrwienia i odżywienia nasad kości w pobliżu stawu kolanowego objętego zapaleniem, co może prowadzić do asymetrii długości nóg [11].

Zapalenie błony naczyniowej jest potencjalnie groźne dla wzroku i niesie ze sobą znaczne ryzyko zachorowalności. Najczęstszą postacią zapalenia błony naczyniowej oka obserwowaną w MIZS jest przewlekłe zapalenie przedniego odcinka błony naczyniowej oka, które prawie zawsze przebiega bezobjawowo w początkowych stadiach. Dlatego badania przesiewowe u pacjentów z grupy ryzyka są niezbędne. Celem wczesnego wykrywania i leczenia jest zminimalizowanie stanu zapalnego wewnątrzgałkowego i uniknięcie powikłań prowadzących do utraty wzroku, wynikających zarówno z aktywności choroby, jak i przyjmowanych leków [12].

Rola pielęgniarki nad pacjentem z MIZS

Pacjent zmagający się z młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów wymaga wielowymiarowego i interdyscyplinarnego podejścia terapeutycznego, w tym holistycznej opieki pielęgniarskiej. Opieka pielęgniarska obejmuje edukację zdrowotną, która powinna być dostosowana do indywidualnych potrzeb pacjenta oraz jego rodziny. Jej celem jest przygotowanie chorego do prowadzenia samoopieki w warunkach domowych, w tym nauka rozpoznawania wczesnych objawów zaostrzenia choroby, właściwego stosowania zaleconego leczenia oraz przestrzegania zdrowego stylu życia. Pielęgniarka wspiera pacjenta w adaptacji do życia z chorobą przewlekłą, co wymaga uwzględnienia aspektów emocjonalnych, społecznych i psychologicznych. Istotnym elementem opieki jest również udzielanie wsparcia na każdym etapie choroby – zarówno w okresie zaostrzeń, gdy pacjent zmaga się z nasilonym bólem i ograniczeniami funkcjonalnymi, jak i w czasie klinicznej remisji. Nawet w okresach poprawy klinicznej, konieczne jest monitorowanie stanu zdrowia oraz stosowanie działań profilaktycznych, aby zminimalizować ryzyko nawrotu objawów. Holistyczne podejście w opiece pielęgniarskiej pozwala na zapewnienie pacjentowi kompleksowego wsparcia, które obejmuje nie tylko aspekty medyczne, ale także dbałość o jakość życia oraz integrację społeczną. Działania te

mają na celu nie tylko poprawę stanu zdrowia, ale również wzmacnianie samodzielności i poczucia bezpieczeństwa pacjenta w codziennym życiu [2].

CEL PRACY

Celem pracy była analiza problemów pielęgnacyjnych pacjenta z młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów (MIZS) oraz ocena wpływu choroby na jego funkcjonowanie.

MATERIAŁ I METODY

Podmiotem badania była 8-letnia pacjentka, u której zdiagnozowano Młodzieńcze Idiopatyczne Zapalenie Stawów, została przyjęta do Kliniki Diabetologii, Endokrynologii i Reumatologii dziecięcej w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Św. Jadwigi Królowej nr.2 w Rzeszowie. Badania przeprowadzono w terminie 31.03 - 02.04.2025 roku.

W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku. Zastosowano następujące techniki badawcze: wywiad, obserwacja, analiza dokumentacji medycznej, oraz pomiary – obejmujące ocenę podstawowych parametrów życiowych oraz zastosowanie skali oceny bólu NRS dostosowanej do wieku pacjentki, co pozwoliło na określenie intensywności dolegliwości bólowych.

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjentka, lat 8, została przyjęta w trybie planowym na oddział pediatrii w celu kontynuacji diagnostyki i leczenia z powodu utrzymujących się objawów sugerujących młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS). Powodem hospitalizacji były nasilające się objawy chorobowe w obrębie kończyn dolnych, obejmujące ból, obrzęk oraz poranną sztywność stawów, a także widoczne utykanie i trudności w samodzielnym poruszaniu się. Pierwsze objawy wystąpiły około roku wcześniej – rodzice zaobserwowali obrzęk i tklivość w okolicy palucha prawej stopy, połączone z niechęcią dziecka do chodzenia. Początkowo podejrzewano infekcję lub boreliozę, jednak kolejne miesiące przyniosły pogorszenie stanu zdrowia – dolegliwości pojawiły się także w drugim palcu tej samej stopy. Rodzice zgłaszali również poranną sztywność trwającą ponad 30 minut oraz trudności w samodzielnym ubieraniu się dziecka, co wzbudziło ich

niepokój i skłoniło do dalszej diagnostyki. W okresie poprzedzającym hospitalizację pacjentka była leczona zachowawczo oraz została objęta opieką fizjoterapeutyczną. Z uwagi na niewystarczające efekty leczenia oraz nasilone objawy, została skierowana do szpitala celem dokładniejszej oceny i zaplanowania leczenia farmakologicznego.

Sytuacja rodzinna i psychospołeczna:

Pacjentka wychowuje się w rodzinie pełnej, ma dwie starsze siostry. Rodzice zaangażowani są w opiekę, jednak początkowo zbagatelizowali pierwsze objawy, co wpłynęło na opóźnienie właściwej diagnozy. W trakcie wywiadu wykazali ograniczoną wiedzę na temat choroby dziecka oraz jej długofalowych skutków. Dziewczynka uczęszcza do szkoły podstawowej, jednak z powodu dolegliwości bólowych i częstych infekcji często opuszcza zajęcia. W ostatnim czasie obserwuje się u niej wycofanie społeczne oraz obniżony nastrój, związany z ograniczeniami fizycznymi i brakiem pełnej aktywności rówieśniczej.

Stan pacjentki podczas przyjęcia:

Podczas badania fizykalnego stwierdzono: utykanie na prawą nogę, ograniczenie ruchomości w stawach śródstopno-paliczkowych, obrzęk i ocieplenie w okolicy stawów objętych procesem zapalnym, tkliwość przy dotyku, zmniejszoną aktywność fizyczną. Pacjentka zgłasza ból nasilający się podczas chodzenia oraz poranne trudności z poruszaniem się. Pacjentka oceniła ból na – 6/10 w spoczynku, 8/10 podczas ruchu według skali VAS.

- **Diagnoza pielęgniarska 1:** Ból stawu śródstopno-paliczkowego prawej stopy związany z przewlekłym procesem zapalnym, objawiający się utykaniem, ograniczoną ruchomością i niechęcią do chodzenia.

Cel opieki: Zmniejszenie bólu oraz poprawa komfortu i mobilności pacjenta.

Planowane działania:

- Regularna ocena natężenia bólu przy użyciu skali obrazkowej (skala VAS)
- Zapewnienie wygodnej pozycji w celu zmniejszenia napięcia stawów.
- Stosowanie ciepłych lub zimnych okładów zgodnie z zaleceniami lekarza.
- Obserwowanie i dokumentowanie skuteczności stosowanych leków przeciwbólowych.
- Zapewnienie obecności rodziny w celu uzyskania wsparcia emocjonalnego.
- Edukacja rodziców w zakresie niefarmakologicznych technik uśmierzania bólu.

Ocena podjętych działań: Pacjentka zgłasza zmniejszenie nasilenia bólu, poprawie ulega jakość snu i aktywność w ciągu dnia.

- **Diagnoza pielęgniarska 2:** Upośledzona mobilność fizyczna z powodu bólu, obrzęku i utykania

Cel opieki: Poprawa mobilności i zwiększenie zakresu ruchu w dotkniętych stawach

Planowane działania:

- Codzienne ćwiczenia rehabilitacyjne zgodnie z planem terapeutycznym.
- Pomoc w poruszaniu się - pomoc przy wstawaniu i chodzeniu.
- Obserwacja sposobu poruszania się - dokumentowanie występowania utykania.
- Zachęcanie do aktywności fizycznej odpowiedniej do obecnego schorzenia.
- Współpraca z lekarzem i fizjoterapeutą w celu dostosowania form terapii ruchowej.
- Zapewnienie bezpiecznego środowiska - wyeliminowanie ryzyka upadków.

Ocena podjętych działań: Podjęte działania przyczyniły się do poprawy mobilności pacjenta, zwiększenia zakresu ruchu oraz ograniczenia ryzyka upadków.

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Niewystarczająca wiedza rodziców na temat choroby dziecka i zasad leczenia

Cel opieki: Zwiększenie wiedzy opiekunów na temat MIZS i wsparcie dziecka w leczeniu.

Planowane działania:

- Dostarczenie dokładnych informacji na temat natury choroby jej przebiegu i możliwych powikłań.
- Edukacja na temat stosowanych leków (w tym metotreksatu) - dawkowanie, skutki uboczne, potrzeba monitorowania.
- Omówienie znaczenia fizjoterapii i ćwiczeń domowych w procesie leczenia.
- Zapewnienie materiałów edukacyjnych (broszury, zalecenia medyczne).
- Motywowanie rodziców do aktywnego udziału w terapii i zadawania pytań.

Ocena podjętych działań: Rodzice wykazują większe zaangażowanie w opiekę nad dzieckiem i stosują się do zaleceń zespołu terapeutycznego.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Ryzyko wystąpienia działań niepożądanych podczas leczenia metotreksatem

Cel opieki: Zapewnienie bezpieczeństwa farmakoterapii i wczesne wykrywanie działań niepożądanych.

Planowane działania:

- Codzienna obserwacja pacjenta pod kątem objawów niepożądanych - w tym nudności, braku apetytu, wysypki.
- Dokumentowanie wszelkich zmian stanu zdrowia po podaniu leku.
- Poinformowanie rodziców o możliwych działaniach niepożądanych i konieczności ich natychmiastowego zgłaszania.
- Dbanie o odpowiednie nawodnienie pacjenta.
- Współpraca z lekarzem prowadzącym w przypadku wystąpienia niepokojących objawów.

Ocena podjętych działań: Pacjent dobrze toleruje leczenie metotreksatem, nie występują działania niepożądane.

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Zwiększone ryzyko infekcji związane z supresją odporności i leczeniem immunosupresyjnym

Cel opieki: Zapobieganie wystąpieniu zakażenia i wczesne rozpoznanie objawów zakażenia.

Planowane działania:

- Przeprowadzanie codziennej oceny stanu zdrowia i kontrola temperatury ciała.
- Edukacja rodziców w zakresie higieny rąk i ograniczania kontaktu z osobami przeziębionymi.
- Monitorowanie wyników badań laboratoryjnych.
- Obserwacja miejsc iniekcji pod kątem zaczerwienienia, wysięku, obrzęku.
- Informowanie lekarza o niepokojących objawach (np. gorączka, kaszel, biegunka).

Ocena podjętych działań: Pacjent nie ma objawów zakażenia, a wyniki badań laboratoryjnych pozostają w normie.

WNIOSKI

Studium przypadku pacjentki umożliwiło dokonanie oceny potrzeb zdrowotnych i psychospołecznych dziecka oraz sformułowanie poniższych wniosków:

1. W kompleksowej opiece pielęgniarskiej nad dzieckiem z MIZS najważniejszą rolę odgrywa funkcja terapeutyczna oraz funkcja edukacyjno-wychowawcza, ukierunkowana na wsparcie rozwoju dziecka mimo ograniczeń chorobowych.
2. Działania pielęgniarki obejmują nie tylko pomoc w codziennej samoopiece i łagodzeniu dolegliwości bólowych, ale także aktywne wspieranie pacjentki w rehabilitacji, motywowanie do ruchu oraz monitorowanie stanu funkcjonalnego dziecka.
3. Edukacja rodziny stanowi kluczowy element skutecznej opieki – pielęgniarka identyfikuje deficyty wiedzy i prowadzi instruktaż dotyczący leczenia, rehabilitacji oraz zasad opieki domowej, co wpływa na zwiększenie poczucia bezpieczeństwa opiekunów.
4. Choroba przewlekła u dziecka istotnie wpływa na życie całej rodziny. Pielęgniarka, poprzez udzielanie informacji, wspieranie emocjonalne i ciągłą obecność, pełni istotną rolę w procesie adaptacji pacjentki i jej opiekunów do życia z MIZS.

PIŚMIENNICTWO

1. Strączyńska M.: Znaczenie diagnostyki laboratoryjnej w młodzieńczym idiopatycznym zapaleniu stawów. *Kosmos* 2023; 72(1): 57-62.
2. Cepuch G., Kruszecka-Krówka A.: Wybrane problemy zdrowotne dziecka z młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów: koncepcja opieki pielęgniarskiej. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 202; 10(4).
3. Wołek A., Cepuch G., Kruszecka-Krówka A.: Selected health problems of a child with juvenile idiopathic arthritis – nursing care based on scientific evidence. *Nursing Problems / Problemy Pielęgniarstwa*. 2024;32(4):163-171.
4. Dąbkowska K., Wojdas M., Winsz-Szczotka K.: Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów–postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne. *Farm Pol* 2019; 75(1), 34-43.

5. Bansal N., Pasricha C., Kumari P., et al.: A comprehensive overview of juvenile idiopathic arthritis: From pathophysiology to management. *Autoimmunity Reviews* 2023; 22(7): 103337.
6. <https://leki.pl/poradnik/jakie-sa-nowe-leki-na-mlodziencze-idiopatyczne-zapalenie-stawow/> dostęp: 17.12.2024r.
7. Pawłocik W., Wojtala L., Pawlak W., et al.: Juvenile idiopathic arthritis—classification and methods of treatment. *Journal of Education, Health and Sport* 2023; 18(1): 76-88.
8. Żywczak K., Żuber Z.: Trudności diagnostyczne u dziecka z zaburzeniem rozwoju ruchowego—opis przypadku i naturalnego przebiegu choroby. In *Rheumatology Forum* 2021; 7(2):78-85.
9. Woolnough L., Pomputius A., Vincent HK.: (Juvenile idiopathic arthritis, gait characteristics and relation to function. *Gait & Posture* 2021; 85:38-54.
10. https://www.doz.pl/czytelnia/a15468-MIZS__czym_jest_mlodziencze_idiopatyczne_zapalenie_stawow_Przyczyny_objawy_leczenie_MIZS dostęp: 21.12.2024r.
11. Wiśniewska K.: Jakość życia dzieci z chorobą reumatyczną i jej rodzinne i pozarodzinne uwarunkowania. Kielce 2020
12. Sen ES, Ramanan AV.: Juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis. *Clin Immunol* 2020; 211:108322.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTKĄ Z INKONTYNENCJĄ

Katarzyna Wiśniewska¹, Katarzyna Bielecka²

1 - Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

2 - Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

WSTĘP

Nietrzymanie moczu (NTM), czyli inkontynencja (łac. *incontinentiaurinae*), polega na bezwiednym wypływaniu moczu przez cewkę moczową. Najczęściej jest to objaw osłabienia aparatu mięśniowo-więzadłowego przepony miednicy lub niewydolności zwieracza cewki moczowej. Czasami przyczyną jest mechaniczne uszkodzenie zwieracza, ale mogą to być też niektóre choroby metaboliczne, np. cukrzyca, mocznica, moczówka prosta. Problem najczęściej dotyka kobiet, a schorzenie ma wpływ na obniżeniu komfortu życia. W warunkach ambulatoryjnych dysfunkcję pęcherza moczowego w postaci nietrzymania moczu można podejrzewać, jeśli pacjent potwierdza mimowolne oddawanie moczu, np. podczas niewielkiego wysiłku czy kaszlu, oddaje mocz więcej niż 8 razy na dobę oraz odczuwa pilną, nagłą, niekontrolowaną chęć oddania moczu [1, 2].

Rozpoznanie problemów z trzymaniem moczu jest szczególnie istotne w grupie pacjentów w podeszłym wieku. Ocena opiera się na wywiadzie, badaniu fizykalnym, badaniu moczu, ocenie objętości moczu zalegającego po mikcji, ocenie stanu higieny osobistej i środowiska, sprawdzeniu, jakie i w jakiej ilości produkty chłonne są stosowane przez daną osobę. Podczas zbierania informacji trzeba uwzględnić, że dla pacjenta gubienie moczu może być problemem trudnym, a jednocześnie wstydliwym, ukrywanym i kłopotliwym dla podjęcia w rozmowie [3, 4]

Według szacunków problem nietrzymania moczu, traktowany jako istotny ze względów medycznych, społecznych i ekonomicznych, stanowiący także istotny problem dla pacjenta, może dotyczyć około 400 mln ludzi na świecie oraz około 5 milionów osób w Polsce. Dokładna liczba przypadków nie jest znana, ponieważ nawet więcej niż połowa chorych może nie zgłaszać tego typu dolegliwości lekarzowi, chociaż wiąże się to ze znacznym dyskomfortem i

ograniczaniem aktywności życiowej [1, 5]. Problem częściej występuje pośród kobiet, ocenia się, że 10-25% kobiet po 30 roku życia ma stały albo nawracający kłopot z utrzymaniem moczu, natomiast po 50 roku życia NTM dotyczy 1/3 żeńskiej populacji. W Polsce liczba chorych sięga 3 mln osób [1,4]. Ze względu na rozpowszechnienie problemu zdrowotnego WHO zalicza go do zaburzeń społecznych, negatywnie oddziałujących na jakość życia chorych osób. Dolegliwość ma dwa szczyty zachorowań: nietrzymanie moczu najczęściej występuje w populacji dziecięcej i u pacjentów powyżej 40 roku życia, częściej są to kobiety niż mężczyźni. Kobiety najczęściej chorują na wysiłkowe lub mieszane nietrzymanie moczu, w grupie mężczyzn najwięcej jest przypadków nagłego nietrzymania moczu. Im starszy pacjent oraz im bardziej obciążony chorobami przewlekłymi, tym bardziej rośnie ryzyko kłopotów z utrzymaniem moczu [1, 6].

W kontekście stanu zdrowia pacjenta należy ocenić, czy nietrzymanie moczu ma charakter czasowy, przejściowy, czy też dotyczy dłuższego okresu (trwałe nietrzymanie moczu). Przejściowe nietrzymanie moczu może pojawić się podczas zaburzeń psychicznych, jak depresja czy majaczenie, przy chorobach układu nerwowego, np. podczas napadu padaczkowego. Bywa również skutkiem zapalenia cewki moczowej lub błony śluzowej pochwy, przyjmowania niektórych leków, np. moczopędnych, antydepresyjnych czy stosowanych w chorobie Parkinsona. Trwałe nietrzymanie moczu może być skutkiem długo utrzymującego się przejściowego nietrzymania moczu, pojawia się również po zmianach chorobowych mięśnia wypierającego pęcherza, jako skutek niedrożności cewki moczowej (przelewowe nietrzymanie moczu) lub porażenia zwieracza cewki moczowej [7, 8].

Leczenie zachowawcze nietrzymania moczu po dokonaniu oceny i rozpoznaniu przyczyn obejmuje oprócz farmakoterapii zalecenie zmiany stylu życia, np. zmniejszenie masy ciała, unikanie używek, regularne posiłki i podaż płynów. Przy wysiłkowym nietrzymaniu moczu zaleca się ćwiczenia, które wzmacniają mięśnie miednicy oraz ćwiczenia pęcherza. W niektórych przypadkach zaleca się fizjoterapię, np. z zastosowaniem elektroterapii czy masażu [3, 9].

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie holistycznej opieki pielęgniarskiej nad pacjentką z inkontynencją.

MATERIAŁ I METODY

Metodą zastosowaną w badaniu była metoda indywidualnego przypadku, która opiera się na zbieraniu danych dotyczących sytuacji wybranej osoby. W przypadku badań pielęgniarских postępowanie badawcze kieruje się na sytuację zdrowotną pacjenta z daną jednostką chorobową, a poszukiwane dane dotyczą biologicznych, psychicznych i społecznych potrzeb osoby chorej. Materiał do pracy został zgromadzony w oparciu o takie techniki, jak: obserwacja bezpośrednia, wywiad z pacjentką, analiza dokumentacji medycznej, pomiary. Narzędzia pomiaru zastosowane podczas gromadzenia danych to kwestionariusz wywiadu pielęgniarского oraz standaryzowane skale do oceny stanu pacjentki. W badaniu zastosowano m.in.: wskaźnik BMI, skalę mMRC, skalę Glasgow, skalę VAS, Bristolską skalę uformowania stolca, skalę OAB, skalę Barthel, Geriatryczną Skalę Depresji.

Badania własne zostało przeprowadzone w listopadzie 2024 roku w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu. Dane gromadzono w bezpośrednim kontakcie z pacjentką, po uzyskaniu jej zgody, w trakcie leczenia szpitalnego.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Opisem studium przypadku objęto pacjentkę S. K. w wieku 61 lat, emerytkę, zamieszkałą w Radomiu, od 11 lat chorującą na astmę oskrzelową. Pacjentka nie przyjmowała leków systematycznie. W grudniu 2023 roku nastąpiło nasilenie objawów, napady duszności występowały w nocy albo nad ranem. Pacjentka szybko się męczyła, miała trudności podczas wykonywania czynności codziennych, odczuwała ból w klatce piersiowej. Podczas jednego z napadów duszności wezwano ZRM, który przetransportował pacjentkę do szpitala. Nietrzymanie moczu jako problem zdrowotny nieleczonej wcześniej rozpoznano w szpitalu. Rozpoznane nietrzymania moczu ma związek z chorobą podstawową (astmą) i częstymi napadami duszności oraz kaszlu, trzema wcześniejszymi porodami drogami natury.

W oparciu o zgromadzone dane uzyskane z wywiadu, obserwacji, pomiarów, analizy dokumentów oraz zastosowanych narzędzi badawczych sformułowano diagnozy pielęgniarские ze wskazaniem celu i interwencji pielęgniarских w opiece nad pacjentką z inkontynencją z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu.

Proces pielęgnowania pacjenta

- **Diagnoza pielęgniarska 1:** Możliwość zabrudzenia bielizny osobistej i pościelowej w związku z epizodami mimowolnego oddawania moczu.

Cel opieki: Zabezpieczenie bielizny osobistej i pościelowej pacjentki przed skutkami nietrzymania moczu.

Plan opieki:

- Zebranie wywiadu od pacjentki na temat okoliczności towarzyszących epizodom nietrzymania moczu.
- Sprawdzenie zabezpieczeń osobistych pacjentki i zastąpienie podpaski higienicznej podpaską urologiczną.
- Zabezpieczenie bielizny pościelowej przy zastosowaniu podkładu chłonnego.
- Wyjaśnienie pacjentce zasad przeprowadzania zabiegów higienicznych, co najmniej dwukrotne w ciągu doby wykonanie podmywania ciepłą wodą z dodatkiem żelu do higieny intymnej.
- Nawiązanie rozmowy, wyjaśnienie chorej istoty problemu i częstości jego występowania.
- Okazanie zrozumienia dla problemu pacjentki.

Ocena efektów podjętych działań: Zabezpieczono bieliznę pacjentki i łóżko przed skutkami mimowolnego oddawania moczu.

- **Diagnoza pielęgniarska 2:** Nasilenie problemów z utrzymaniem moczu wskutek epizodów duszności i kaszlu.

Cel opieki: Zapewnienie pacjentce komfortu i higieny w związku z brakiem kontroli nad pęcherzem

Plan opieki:

- Ułożenie pacjentki z pozycji półwysokiej, podanie inhalatora.
- Towarzyszenie pacjentce podczas epizodu duszności kaszlu celem zapewnienia poczucia bezpieczeństwa.
- Sprawdzenie stanu bielizny osobistej i pościelowej.
- Wymiana podkładu.
- Pomoc pacjentce w wykonaniu czynności higienicznych.

- Umożliwienie pacjentce odpoczynku i regeneracji sił.

Ocena efektów podjętych działań: Po epizodzie duszności i kaszlu zapewniono pacjentce warunki higieniczne i odpoczynek.

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Ból w klatce piersiowej wskutek nasilonej duszności i kaszlu.

Cel opieki: Zminimalizowanie lub eliminacja dolegliwości bólowych.

Plan opieki:

- Zebranie wywiadu od pacjentki na temat czasu trwania bólu, jego charakteru i nasilenia.
- Sprawdzenie parametrów życiowych.
- Wykonanie EKG na zlecenie lekarza.
- Podanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza.
- Ułatwienie pacjentce przyjęcia pozycji, w której mięśnie przepony nie będą napięte.
- Monitorowanie skutków podjętego leczenia.

Ocena efektów podjętych działań: Ból u pacjentki zmniejszył się z 5 pkt. do 3 pkt. po podaniu leków.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Niedostateczna podaż płynów czynnikiem ryzyka odwodnienia i zaburzeń wodno-elektrolitowych.

Cel opieki: Zapewnienie prawidłowej podaży płynów i przeciwdziałaniu odwodnieniu i zaburzeniom wodno-elektrolitowym.

Plan opieki:

- Zebranie wywiadu od pacjentki na temat nawyków dotyczących ilości i rodzaju spożywanych płynów.
- Sprawdzenie stanu skóry i błon śluzowych.
- Pobranie krwi na zlecenie lekarza do badań biochemicznych.
- Wyjaśnienie pacjentce zasad zapewnienia prawidłowego nawodnienia oraz wpływu niedostatecznej podaży płynów na problemy z utrzymaniem moczu.
- Zapewnienie chorej dostępu do płynów, mobilizowanie do regularnego popijania niewielkich porcji.

- Kontrolowanie bilansu płynów.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentka zwiększyła ilość spożywanych płynów.

- **Diagnoza pielęgniarstwa 5:** Brak wiedzy pacjentki na temat możliwości postępowania terapeutycznego wobec nietrzymania moczu.

Cel opieki: Zwiększenie wiedzy pacjentki na temat inkontynencji i możliwości leczenia.

Plan opieki:

- Wyjaśnienie pacjentce przyczyn wpływających na nietrzymanie moczu.
- Ocena stopnia dolegliwości objawów NTM i potrzeby leczenia.
- Edukowanie chorej na temat możliwości postępowania terapeutycznego zachowawczego.
- Przekazanie materiałów edukacyjnych.

Ocena efektów podjętych działań: Zwiększono wiedzę pacjentki o istocie choroby i metodach leczenia.

- **Diagnoza pielęgniarstwa 6:** Brak wiedzy pacjentki o technice prawidłowego wykonywania ćwiczeń zwiększających sprawność oddawania moczu.

Cel opieki: Wyedukowanie chorej w zakresie poprawnego wykonywania ćwiczeń.

Plan opieki:

- Pokazanie pacjentce przykładowych ćwiczeń i wyjaśnienie ich działania na poziom kontroli nad trzymaniem moczu.
- Wyjaśnienie, z jaką częstotliwością trening powinien być wykonywany.
- Zachęcenie pacjentki do wykonania serii ćwiczeń.
- Pomaganie chorej podczas ćwiczeń i korygowanie błędów.
- Zachęcenie do samodzielnego kontynuowania treningu.
- Przekazanie materiałów edukacyjnych.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentka wykonywała wybrane ćwiczenia.

- **Diagnoza pielęgniarstwa 7:** Podrażnienia skóry w okolicach intymnych wskutek częstych wycieków moczu.

Cel opieki: Poprawienie kondycji skóry narażonej na działanie moczu.

Plan opieki:

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTKĄ Z INKONTYNENCJĄ

- Zbadanie stanu skóry w okolicach intymnych.
- Pomoc pacjentce w wykonaniu toalety okolic intymnych ze wskazaniem na potrzebę higienicznego mycia rąk przed i po zabiegu.
- Udzielenie wskazówek na temat sposobu wykonywania czynności.
- Udzielenie rad dotyczących doboru środków myjących.
- Zastosowanie środków pielęgnacyjnych gojących i łagodzących podrażnienia skóry.

Ocena efektów podjętych działań: Stan skóry w okolicach intymnych zaczął się poprawiać.

- **Diagnoza pielęgniarska 8:** Potrzeba wdrożenia profilaktyki infekcji dolnych dróg moczowych.

Cel opieki: Przygotowanie pacjentki do zapobiegania infekcjom dolnych dróg moczowych.

Plan opieki:

- Wyjaśnienie pacjentce zwiększonego ryzyka infekcji w przebiegu NTM.
- Omówienie zasad postępowania z wkładkami, sprawdzania czystości bielizny osobistej i pościelowej.
- Przedstawienie potrzeb w zakresie wykonywania czynności higienicznych, w tym mycia i pielęgnowania skóry.
- Edukowanie na temat prawidłowej diety, podaży płynów i zapewnienia spożycia witaminy C.
- Omówienie objawów infekcji, które wskazują na potrzebę zgłoszenia się do lekarza i podjęcia leczenia.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentka została przygotowana do zapobiegania infekcjom dolnych dróg moczowych.

- **Diagnoza pielęgniarska 9:** Nadmierna masa ciała pacjentki czynnikiem ryzyka pogłębiania problemu nietrzymania moczu.

Cel opieki: Wyedukowanie pacjentki na temat prawidłowej masy ciała i zachęcenie do starań o redukcję wagi.

Plan opieki:

- Wyjaśnienie pacjentce znaczenia wskaźnika BMI oraz wyliczenie wartości dla chorej.
- Przekazanie informacji o związku nadmiernej masy ciała z nietrzymaniem moczu.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTKĄ Z INKONTYNENCJĄ

- Przeprowadzenie rozmowy na temat możliwości działań na rzecz redukcji masy ciała, w tym modyfikacji żywienia i systematycznej, umiarkowanej aktywności fizycznej.
- Wyjaśnienie możliwości skorzystania z porad dietetyka.

Ocena efektów podjętych działań: Zwiększono wiedzę pacjentki na temat potrzeby normalizacji masy ciała.

- **Diagnoza pielęgniarska 10:** Niedostateczna wiedza pacjentki na temat zalecanej zawartości diety oraz zdrowego stylu życia.

Cel opieki: Zwiększenie wiedzy pacjentki o prawidłowym żywieniu w jej stanie zdrowia i zachęcenie do aktywności ruchowej.

Plan opieki:

- Zebranie danych o nawykach żywieniowych i ruchowych pacjentki.
- Wyjaśnienie chorej, jakie produkty żywieniowe są zalecane i przeciwwskazane.
- Omówienie korzystnej struktury posiłków i podaży płynów w ciągu doby.
- Edukowanie na temat zalecanego poziomu aktywności ruchowej, podejmowanej systematycznie każdego dnia.
- Zachęcenie do utrzymania aktywności.

Ocena efektów podjętych działań:

Zwiększono wiedzę pacjentki o prawidłowym żywieniu i potrzebie ruchu.

- **Diagnoza pielęgniarska 11:** Niedostateczna wiedza rodziny pacjentki na temat przygotowania otoczenia domowego ułatwiającego radzenie sobie z problemem nietrzymania moczu.

Cel opieki: Wyedukowanie rodziny pacjentki celem przygotowania otoczenia domowego przed powrotem do domu.

Plan opieki:

- Nawiązanie rozmowy z pacjentką i jej rodziną na temat organizacji środowiska domowego ułatwiającego kontrolowanie oddawania moczu.
- Udzielenie wskazówek na temat ustawienia łóżka i mebli, ułatwiających przejście do toalety, zastosowania siedzisk ułatwiających wstawanie.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTKĄ Z INKONTYNENCJĄ

- Poradzenie, aby w łazience wygospodarować miejsce na przybory to wykonywania toalety okolic intymnych, ewentualnie uzupełnić je siedziskiem na wannę.
- Omówienie zasad stosowania podkładow na łóżko i częstego kontrolowania stanu bielizny pościelowej.
- Przekazanie materiałów edukacyjnych dotyczących wkładek i podpasek urologicznych.

Ocena efektów podjętych działań: Rodzina pacjentki została przygotowana do korzystniejszego zorganizowania otoczenia domowego, ułatwiającego chorej dostęp do toalety i wykonywania czynności higienicznych.

- **Diagnoza pielęgniarstwa 12:** Potrzeba zapobiegania luźnym stolcom i zaparciom jako formy profilaktyki ochrony pęcherza moczowego.

Cel opieki: Uzupełnienie wiedzy pacjentki na temat regulowania rytmu wypróżnień i utrzymania prawidłowej konsystencji stolca.

Plan opieki:

- Wyjaśnienie chorej, w jaki sposób zaparcia albo luźne stolce mogą niekorzystnie oddziaływać na funkcję pęcherza moczowego.
- Omówienie zasad samoobserwacji skutków przyjmowania niektórych produktów oraz w razie konieczności wyeliminowanie produktów wpływających na biegunki i zaparcia.
- Edukowanie na temat kontroli podaży posiłków i płynów.
- Wyjaśnienie zasad zapewnienie odpowiedniej podaży błonnika w diecie.
- Omówienie zasad wykonania higieny okolic intymnych po oddaniu stolca.
- Przekazanie materiałów edukacyjnych dotyczących prawidłowej diety.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentka została przygotowana do zapobiegania luźnym stolcom i zaparciom podczas żywienia w środowisku domowym.

- **Diagnoza pielęgniarstwa 13:** Potrzeba zapewnienia higieny osobistej i ochrony przed zakażeniami w związku z mimowolnym oddawaniem moczu, w średnim nasileniu, o charakterze wysiłkowym.

Cel opieki: Przekazanie pacjentce wiedzy o zasadach zabezpieczenia higieny osobistej oraz stosowania sposobów ochrony przed zakażeniami.

Plan opieki:

- Objaśnienie zasad doboru środków higienicznych o odpowiednim rozmiarze i poziomie chłonności, z absorbującą wkładką i taśmami mocującymi.
- Przekazanie informacji na temat potrzeby regularnej zmiany zastosowanych podkładów, bielizny osobistej i pościelowej.
- Omówienie sposobów zabezpieczenia się w okolicznościach wymagających środków higienicznych o podwyższonej chłonności, np. w porze nocnej, czasie podróży.
- Przedstawienie zasad utrzymywania higieny całego ciała, zwłaszcza okolic krocza, podmywanie i dokładne osuszanie skóry po każdym wypróżnieniu i podczas zmiany środków higienicznych.
- Wyjaśnienie zasad doboru środków myjących i nawilżających.
- Mówienie zasad prowadzenia prawidłowej diety, w tym eliminacji produktów drażniących pęcherz moczowy (napoje gazowane, kofeina, ostre przyprawy) oraz uzupełnienie diety o sok z żurawin i suplementację witaminy C.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentka została wyedukowana w zakresie zasad utrzymywania higieny osobistej oraz zapobiegania zakażeniom dolnych dróg moczowych.

- **Diagnoza pielęgniarska 14:** Potrzeba wyrobienia prawidłowych nawyków przy problemie mimowolnego oddawania moczu, w średnim nasileniu, o charakterze wysiłkowym.

Cel opieki: Przygotowanie pacjentki do samoopieki i samopielęgnacji.

Plan opieki:

- Edukowanie pacjentki na temat regularnego oddawania moczu (np. co trzy godziny, wyprzedzając mimowolne moczenie) oraz przeciwdziałania przepełnieniu pęcherza moczowego.
- Udzielenie objaśnień na temat możliwości zastosowania podpasek urologicznych.
- Wyjaśnienia dotyczące zasad prawidłowego oddawania moczu, w tym całkowitego opróżnienia pęcherza.
- Zaproponowanie prowadzenia dzienniczka samokontroli i wyjaśnienie zasad dokumentowania oddawania moczu i epizodów mimowolnego moczenia.
- Omówienie zasad doboru odzieży, która nie utrudnia szybkiego skorzystania z toalety.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjentka została wyedukowana i zmotywowana do samoopieki oraz współpracy z personelem medycznym w zakresie przeciwdziałania epizodom nietrzymania moczu.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań własnych wysunięto następujące wnioski:

1. Problemy pielęgnacyjne występujące u pacjentki z inkontynencją to potrzeba zastosowania zabezpieczeń przed bezwiednymi wyciekami moczu. Pielęgniarka sprawdza stan higieniczny pacjentki, pomaga w zastosowaniu podkładów i wkładek oraz wykonaniu czynności higienicznych.
2. Udział pielęgniarki w procesie rozpoznania i leczenia inkontynencji polega na przeprowadzaniu badania fizykalnego pacjentki i zastosowaniu dobranych narzędzi do oceny stanu chorej. Następnie poprzez podawanie leków oraz zapewnieniu odpowiedniej podaży płynów i zachęceniu do ćwiczeń pielęgniarka stara się poprawić sprawność pacjentki w kontrolowaniu oddawania moczu.
3. Pielęgniarka podczas rozmów oraz przekazując materiały edukacyjne może uzupełnić wiedzę pacjentki na temat istoty choroby i możliwości leczenia. Ważnym czynnikiem jest upewnienie się, czy pacjentka dobrze rozumie przekazywane informacje, należy także wyczerpująco i cierpliwie odpowiadać na pytania i wyjaśniać wątpliwości.
4. Niekontrolowane wycieki moczu i ryzyko zamoczenia, zabrudzenia oraz nieprzyjemnego zapachu powodują duży dyskomfort u pacjentki. Pielęgniarka udziela wsparcia emocjonalnego, pomagając w zabezpieczaniu skóry i pośladka oraz okazując zrozumienie i tłumacząc chorej, że problem nietrzymania moczu występuje często i jest możliwy do wyleczenia.
5. Umiejętności, jakich potrzebuje pacjentka, aby zapewnić sobie właściwy poziom samoopieki i samo pielęgnacji, to odpowiednie postępowanie z wkładami czy podpaskami urologicznymi, systematyczne wykonywanie czynności higienicznych i obserwowanie swojego zdrowia.

PIŚMIENNICTWO

1. Czorniej K.P.: Nietrzymanie moczu – rodzaje, diagnostyka i dostępne metody lecznicze [w:] Zeszyty Naukowe Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Tom III., Terlikowski S., Dobrzycka B., Łukaszuk C.R., Krajewska-Kułak E. (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2023: 64-75.
2. Doroszkiewicz H., Snarska K.: Aspekty opieki nad pacjentem w starszym wieku z nietrzymaniem moczu i stolca [w:] Wybrane choroby cywilizacyjne XXI wieku, Tom III, Kowalczyk K., Krajewska-Kułak E., Cybulski M. (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2017: 609-619.
3. Klimaszewska K.: Społeczny aspekt nietrzymania moczu u kobiet. Pielęgniarstwo XXI wieku 2017; 3(60): 57-61.
4. Drężek-Skrzeszewska M., Achcińska E.: Wysiłkowe nietrzymanie moczu u kobiet – leczenie i wpływ na jakość życia. Biuletyn Pielęgniarek i Położnych Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur, Olsztyn 2024;2 (134): 35-41.
5. Maziarska M.A., Sobolewska A., Mościan W., i wsp.: Nietrzymanie moczu jako narastający problem społeczny. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2020; 10 (4): 283-289.
6. Wieczorek D.: Inkontynencja – problem społeczny. Kwartalnik Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Kaliszu, Kalisz 2016; 2: 9-11.
7. Lubińska-Żądło B.A., Kowalczyk B., Zawadzka B.: Poziom wiedzy pacjentek oddziału ginekologiczno-położniczego na temat czynników ryzyka i metod leczenia stosowanych w przypadku nietrzymania moczu. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2021; 2:19.
8. Sołtysiak Z., Burzyński B., Kwiatkowska K., i wsp.: Zaburzenia statyki dna miednicy i nietrzymanie moczu – cichy problem, o którym trzeba mówić [w:] Postępowanie fizjoterapeutyczne – wybrane aspekty, Janiszewska M., Nowak B.A. (red.). Wydawnictwo Naukowe Tygiel, Lublin 2017:112-121.
9. Juszczak K., Dybowski B., Holecki M., i wsp.: Wytyczne Towarzystw Naukowych (PTU, PTGiP, PTMR) dotyczące diagnostyki, terapii i postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach dolnych dróg moczowych. Przegląd Urologiczny 2024; nr 2 (142): 14-33.

OPIEKA NAD DZIECKIEM Z WIRUSOWYM ZAPALENIEM PŁUC (RSV)

Katarzyna Dunda¹, Paulina Kalinowska², Rafał Milewski³

1- *Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

2- *Zakład Medycyny Wieków Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatricznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

3- *Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

WPROWADZENIE

Około połowę zakażeń pozaszpitalnych stanowią ostre infekcje układu oddechowego, a jednym z głównych czynników etiologicznych jest wirus RSV (Respiratory Syncytial Virus) z rodziny Paramyxoviridae [1]. Jest to jeden z najczęściej występujących wirusów na świecie, odpowiedzialny za zapalenie oskrzelików i płuc, szczególnie u niemowląt i małych dzieci. RSV przenosi się drogą kropelkową oraz poprzez kontakt z zanieczyszczonymi powierzchniami, takimi jak klamki, zabawki czy dłonie [2]. Zakażenia rozpoczynają się w górnych drogach oddechowych i mogą obejmować dolne. Najwięcej przypadków notuje się od listopada do kwietnia, ze szczytem w styczniu i lutym. Do czynników ryzyka należą także płeć męska, brak karmienia piersią, ekspozycja na dym tytoniowy, wady serca, niska masa urodzeniowa oraz niedobory odporności [3]. Na łatwość przenoszenia wirusa wpływają również warunki środowiskowe, takie jak temperatura, wilgotność, wiatr czy promieniowanie UV [4].

Do 2. roku życia zakażenie przechodzi ponad 90% dzieci, a według WHO wirus odpowiada za około 60% ostrych infekcji dróg oddechowych u najmłodszych. Najcięższy przebieg obserwuje się u wcześniaków i dzieci poniżej pierwszego roku życia [5]. Zakażenie prowadzi do zwężenia dróg oddechowych z powodu obecności wydzieliny, nacieku zapalnego i obrzęku, czego skutkiem są duszności, świszczący oddech i hipoksemia. Objawy pojawiają się po 2–8 dniach i obejmują gorączkę, katar, kaszel, brak apetytu i przyspieszony oddech. Szczyt objawów występuje między 4. a 6. dniem choroby [6]. Średnia hospitalizacja trwa 8–9 dni, a u dzieci z wadami serca nawet do 14. Diagnostyka opiera się głównie na obrazie klinicznym. Materiałem

do badań jest wymaz z nosogardzieli lub płwocina z dolnych dróg oddechowych. Stosuje się szybkie testy antygenowe, które pozwalają na uzyskanie wyniku w ciągu kilkunastu minut, choć cechują się umiarkowaną czułością [7]. Najbardziej wiarygodną metodą jest real-time PCR, umożliwiającą wykrycie wirusa nawet w przypadku niskiej wiremii [8].

Nie istnieje swoisty lek na RSV. Leczenie ma charakter objawowy i obejmuje nawodnienie, tlenoterapię, podaż minerałów i witamin [9]. Antybiotyki nie są zalecane, jeśli nie doszło do nadkażenia bakteryjnego [10]. Powikłania obejmują zapalenie ucha środkowego, zapalenie płuc, czopy śluzowe, a także nawracające infekcje bakteryjne i niewydolność oddechową [11]. U wielu dzieci w późniejszym życiu występuje nawracający świszczący oddech, astma i upośledzenie czynności płuc [12]. Rzadko pojawiają się ciężkie powikłania neurologiczne, takie jak zapalenie mózgu, encefalopatia, drgawki czy napady padaczkowe [13].

Profilaktyka zakażeń ma charakter nefarmakologiczny i farmakologiczny. Do pierwszej grupy należy higiena rąk, dezynfekcja powierzchni i zabawek, częste pranie maskotek oraz unikanie kontaktu z chorymi dziećmi. Farmakologicznie stosuje się palivizumab – przeciwciało monoklonalne podawane wcześniakom i dzieciom z grupy ryzyka [14]. Nowa szczepionka Abrysvo, zawierająca antygen F wirusa, została zatwierdzona przez FDA i EMA dla kobiet w ciąży oraz osób starszych, chroniąc niemowlęta do 6. miesiąca życia oraz dorosłych powyżej 60 lat [15]. Pomimo wprowadzenia przeciwciał i szczepionki, RSV wciąż pozostaje istotnym problemem zdrowia publicznego, a brak skutecznego leczenia swoistego sprawia, że jego rozprzestrzenianie się trudno jest ograniczyć.

ROZWINIĘCIE

Dnia 9 kwietnia 2024 roku do Kliniki Pediatrii, Reumatologii, Immunologii i Chorób Metabolicznych Kości Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku został przyjęty pacjent Maksymilian S. w wieku czternastu miesięcy. Dziecko przyjęte w trybie nagłym z powodu kataru oraz gorączki do 39 °C występującej od 3 dni. Stan ten wymagał podażu leków przeciwgorączkowych, co 7 godzin.

Chłopiec urodzony z ciąży II powikłanej cukrzycą ciążową i niedokrwistością u matki. Poród odbył się drogą cięcia cesarskiego w 39. tygodniu ciąży. Dziecko urodziło się z masą ciała 4960g i ocenione zostało na 9 na 10 punktów w skali Apgar w 1, 3, 5 i 10 minucie życia. Nie pozostaje pod opieką poradni specjalistycznych, nie przyjmuje leków na stałe. Spożywa głównie

stałe posiłki, mleko matki raz dziennie w porze wieczornej. Szczepiony zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych. Wywiad rodzinny nieobciążony.

Przy przyjęciu do kliniki stan ogólny pacjenta dobry. Pacjent był wydolny krążeniowo i oddechowo. Puls wynosił 135 uderzeń/minutę, saturacja osiągała 97%, a waga 11,5 kg. Chłopiec był rozdrażniony i płakał, nie wystąpiła zmiana zachowania po próbach uspokojenia przez rodzica zabawkami i podnoszeniem na ręce. Widoczne były gwałtowne ruchy kończyn. U pacjenta zaobserwowano suchy, męczący kaszel i ciekący katar. Rodzic poinformował o braku apetytu od 3 dni. Skóra dziecka marmurkowa, chłodna w dotyku świadcząca o niedoborze żelaza w organizmie. Temperatura ciała w chwili przyjęcia 38,4 stopnia Celsjusza. Badaniem przedmiotowym stwierdzono wyczuwalne potyliczne węzły chłonne o wielkości do 0,7 cm, podsuszone śluzówki jamy ustnej, zaczerwienione gardło z dyskretnymi nalotami na migdałkach. Metodą otoskopową zostały potwierdzone obustronne wysięki za błoną bębenkową ucha bez cech zaostrenia.

W badaniach laboratoryjnych w dniu przyjęcia: CRP (ang. *C-Reactive Protein*) - 66,03 mg/l, stężenie glukozy w surowicy wyniosło 104 mg/dl. Liczba białych krwinek wynosząca $16,49 \times 10^3/\mu\text{l}$ wskazywała na leukocytozę, natomiast wynik hemoglobiny odnosił się do niedokrwistości, gdyż wyniósł 10,80 g/dl. Prokalcytonina osiągnęła 0,94 ng/ml, co zwiększało ryzyko wystąpienia sepsy. Zostały wykonane badania pod kątem obecności wirusa SARS-COV-2, grypy typu A i B oraz RSV. U chłopca potwierdzono obecność wirusa RSV, natomiast wynik wirusa grypy obu typów oraz SARS-COV-2 (ang. *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) były ujemne. Przebadano pacjenta na występowanie *Streptococcus Pyogenes* w wymazie z gardła, wynik również okazał się ujemny.

Pacjentowi zlecono antybiotykoterapię dożylną: Biofuroksym 750mg trzy razy dziennie w dawce 350mg i nawodnienie preparatem Optylite 250 ml raz dziennie drogą dożylną oraz doraźnie leki przeciwgorączkowe: Ibum Forte w dawce 110mg i Calpol w dawce 165mg doustnie. Dodatkowo zlecono inhalacje z 3% Sol. Natrium Chloratum w objętości 1ml oraz podaż donosowa preparatu Nasivin Kids z 0,9% Natrium Chloratum 2x dziennie. Zlecono także Lacidofil raz dziennie drogą doustną.

Plan opieki pielęgniarskiej

Lp.	Problemy pielęgnacyjne	Cel opieki	Planowanie i realizacja	Ocena działań
1.	Występowanie wirusa RSV	Wyleczenie wirusa	1. Podaż antybiotyku według karty zleceń lekarskich: Biofuroksym 750mg w dawce 350mg trzy razy dziennie. 2. Podanie probiotyku Lacidofil raz dziennie, na podstawie karty zleceń lekarskich, w celu ochrony mikroflory w trakcie antybiotykoterapii.	Podane leki zmniejszyły objawy charakterystyczne dla zakażenia RSV.
2.	Gorączka	Uzyskanie prawidłowej temperatury ciała	1. Podaż leków przeciwgorączkowych zgodnie z kartą zleceń lekarskich: Ibum Forte 110mg, Calpol plus 165mg. 2. Stosowanie okładów chłodzących w obrębie dużych naczyń krwionośnych. 3. Wykonanie kąpieli w wodzie o temperaturze nie niższej niż 2 stopnie w porównaniu do temperatury ciała dziecka. 4. Pomiary temperatury w tym samym miejscu	Zaplanowane działania spowodowały spadek temperatury ciała do prawidłowych wartości w przeciągu dwóch dni od rozpoczęcia hospitalizacji.

OPIEKA NAD DZIECKIEM Z WIRUSOWYM ZAPALENIEM PŁUC (RSV)

			(odbyt, okolice tętnicy skroniowej) 2x dziennie. 5. Dożylna podaż leków nawadniających według indywidualnej karty zleceń lekarskich: Optilyte 250ml 1x dziennie. 6. Edukacja rodziców na temat nefarmakologicznych sposobów obniżania temperatury ciała dziecka. 7. Zapewnienie dziecku lekkiej i przewiewnej odzieży.	
3.	Ryzyko odwodnienia wywołane chorobą	Zapobieganie ryzyku odwodnienia	1. Podaż dożylna płynu nawadniającego według indywidualnej karty zleceń lekarskich: Optilyte 250ml raz dziennie. 2. Częsta podaż wody do picia. 3. Edukacja rodziców w kierunku obserwacji objawów odwodnienia.	Ryzyko odwodnienia zmniejszyło się po podaży odpowiednich płynów nawadniających.
4.	Ból jamy ustnej w wyniku	Złagodzenie bólu jamy	1. Stosowanie leku przeciwgrzybiczego według karty zleceń lekarskich: Nystatyny.	Odpowiednie nawilżenie jamy ustnej zmniejszyło uczucie bólu.

OPIEKA NAD DZIECKIEM Z WIRUSOWYM ZAPALENIEM PŁUC (RSV)

	podsuchzonych śluzówek	ustnej	2. Zastosowanie sprayu do gardła z porostu islandzkiego. 3. Wykonanie inhalacji z 3% NaCl. 4. Poinformowanie rodziców o konieczności spożywanych przez dziecko większej ilości płynów w temperaturze pokojowej. 5. Zalecenie rodzicom wykonywania regularnego mycia zębów u dziecka.	
5.	Brak apetytu spowodowany trudnościami w przełykaniu	Wzmożenie apetytu	1. Stosowanie leku przeciwgrzybiczego na zlecenie lekarza: Nystatyny. 2. Rozłożenie pory karmienia tak, aby chłopiec jadł częściej, jednak w mniejszych ilościach. 3. Inhalacja z 3% Natrium Chloratum w objętości 1ml pół godziny przed posiłkiem. 4. Stosowanie atrakcyjnej formy posiłków. 5. Edukacja rodziców na temat uatrakcyjnienia posiłków.	Wykonywane czynności spowodowały zwiększenie apetytu u chłopca.
6.	Niedokrwistość	Wyrównanie	1. Edukacja rodziców na temat urozmaicenia	Poziom żelaza nieznacznie się

OPIEKA NAD DZIECKIEM Z WIRUSOWYM ZAPALENIEM PŁUC (RSV)

	spowodowana niedoborem żelaza	poziomu żelaza we krwi	diety w produkty bogate w żelazo takie jak: żółtka jaj, mięso z kurczaka, rodzynki, warzywa zielone (brokuły, szpinak, zielony groszek, burak). 2. Doustna podaż preparatów źródeł żelaza według IKZL.	podniósł.
7.	Ryzyko wystąpienia zapalenia żyły ze względu na założone dożylne wkłucie obwodowe	Zapobieganie wystąpieniu zapalenia żyły	1. Obserwacja miejsca wkłucia pod kątem zaczerwienienia, obrzęków każdorazowo podczas wykonywania jakichkolwiek procedur medycznych. 2. Wymiana zanieczyszczonego opatrunku przy wkłuciu oraz dezynfekcja miejsca wkłucia. 3. Stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki. 4. Przed każdym podaniem leku sprawdzanie drożności wkłucia. 5. Dobranie odpowiedniego rozmiaru kaniuli do naczynia żylnego. 6. Edukacja rodziców na temat obserwacji i pielęgnacji wkłucia obwodowego.	Zapalenie żyły nie wystąpiło.
8.	Wystąpienie	Złagodzenie	1. Stosowanie inhalacji z 3% soli Natrium	Wykonane czynności złagodziły

OPIEKA NAD DZIECKIEM Z WIRUSOWYM ZAPALENIEM PŁUC (RSV)

	uporczywego suchego kaszlu	kaszlu	Chloratum w objętości 1ml na podstawie IKZL. 2. Podaż dożylna płynu nawadniającego Optilyte o objętości 250ml raz dziennie według indywidualnej karty zleceń lekarskich. 3. Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu na sali w celu zmniejszenia odruchu kaszlu.	męczący kaszel i ułatwiły codzienne funkcjonowanie chłopca.
9.	Obecność ciekącego kataru	Ułatwienie oddychania	1. Stosowanie aerozolu donosowego na podstawie karty zleceń lekarskich: Nasivin Kids 0.025%. 2. Stosowanie inhalacji z 3% soli Natrium Chloratum w objętości 1ml. 3. Ewakuacja zalegającej wydzieliny przy pomocy urządzenia Katarek lub Sopelek. 4. Układanie dziecka do snu w pozycji półsiedzącej. 5. Toaleta nosa roztworem NaCl 0,9%. 6. Aplikacja maści nawilżających na zewnętrzną okolicę skrzydełek nosa w wyniku ryzyka obtarć spowodowanych chusteczkami.	Zaplanowane czynności udrożniły przewody nosowe i ułatwiły zasypianie.
10.	Niedostateczna	Zwiększenie	1. Przekazanie broszur o zakażeniach	Proponowane źródła

OPIEKA NAD DZIECKIEM Z WIRUSOWYM ZAPALENIEM PŁUC (RSV)

	wiedza opiekunów na temat choroby dziecka	poziomu wiedzy rodziców	wywołanych wirusem RSV. 2. Przekazanie informacji na temat przyczyn występowania zakażenia i jego następstw przez zespół pielęgniarski. 3. Rekomendacja artykułów naukowych o tematyce poświęconej wirusowi RSV.	doprowadziły do wzrostu świadomości i wiedzy opiekuna na temat zakażeń wirusem RSV.
11.	Obniżenie nastroju opiekunów z powodu choroby dziecka	Poprawa samopoczucia opiekunów	1. Wysłuchanie obaw rodziców. 2. Okazanie wsparcia psychicznego przez wyjaśnienie obaw i wątpliwości rodziców. 3. Zapewnienie rodziców o stałej dyspozycyjności personelu pielęgniarskiego.	Nastrój opiekunów i dziecka poprawił się.

Wskazówki do dalszej pielęgnacji i opieki

→ Profilaktyka dalszego rozprzestrzeniania się wirusa:

- Dokładne mycie dłoni wodą z mydłem oraz ich dezynfekcja preparatami bezpiecznymi dla dziecka np. Liluko, CleanHands.
- Dezynfekcja powierzchni w miejscach, gdzie dziecko przebywa najczęściej oraz obiektów często dotykanych m.in klamki, poręcze, krzesła, stoły, blaty preparatami takimi jak DEW, Bentley Organic.
- Pranie maskotek w pralce z dodatkiem proszku hipoalergicznego np. Bio-D, Sonett Neutral; stosowanie termicznego odkażania zabawek w postaci “kąpieli wodnej” o temperaturze 100 stopni Celsjusza; preparaty dezynfekujące powierzchnie (DEW, Bentley Organic) sprawdzają się również do zabawek i maskotek.
- Ograniczanie kontaktu z innymi dziećmi i dorosłymi poprzez pozostanie w domu.

→ Pomiar temperatury ciała:

- W określonym miejscu, niezmiennie. Pozwoli to na miarodajny odczyt i dokładną obserwację, czy temperatura rośnie bądź spada. Najlepszymi miejscami do pomiaru są: odbyt lub okolice tętnicy skroniowej.
- Należy wykonywać 2 razy dziennie, rano i wieczorem.

→ Domowe sposoby na gorączkę:

- Chłodne okłady przy pomocy ręcznika obejmujące czoło i skronie, nadgarstki, kark lub łydki.
- Stosowanie kąpieli w wodzie o temperaturze maksymalnie o 2 stopnie chłodniejszej w porównaniu do temperatury ciała dziecka.
- Zakładanie dziecku bawełnianych bądź lnianych ubrań. Materiały te są lekkie i przewiewne, a dodatkowo zmniejszają ryzyko podrażnień, oparzeń i ułatwiają odprowadzanie wilgoci z ciała.

→ Wykonywanie domowej inhalacji:

- Często stosowanym inhalatorem jest inhalator pneumatyczny. Jest tani, trwały i kompatybilny z wieloma lekami.
- Najlepiej jest wykonywać inhalację z soli fizjologicznej w ilości do 5ml.
- Należy skorzystać z maseczki, zamiast ustnika ze względu na jeszcze nierozwiniętą koordynację ruchową dziecka.
- Inhalację należy wykonać przynajmniej godzinę przed lub po posiłku.
- Czas trwania waha się od 6 do 10 minut.
- Czynności krok po kroku:
 - Należy dokładnie umyć i osuszyć ręce.
 - Przygotować należy: nebulizator, maseczkę, przewód powietrzny i urządzenie.
 - Następnie rozkręcić nebulizator, zdjąć górną część, a do dolnej włożyć “stożek”.
 - Dodać sól fizjologiczną do nebulizatora, nałożyć jego górną część i dobrze zakręcić.
 - Podłączyć maseczkę do nebulizatora.
 - Podłączyć przewód powietrzny do urządzenia i do nebulizatora.
 - Ułożyć dziecko w pozycji siedzącej i przyłożyć szczelnie maseczkę tak, aby jej obszar obejmował usta i nos. Należy pamiętać, aby nebulizator znajdował się w pozycji pionowej ze względu na możliwość wycieku płynu.
 - Po zakończonej inhalacji należy przepłukać dziecku usta wodą, następnie rozłączyć nebulizator i przemyć ciepłą wodą. Maseczkę również należy umyć.

→ Odpowiednia dieta dziecka przy anemii:

- Produkty bogate w żelazo to: żółtka jaj, mięso z kurczaka, poziomki, maliny, jagody, jabłka, rodzynki, morele i śliwki suszone, burak warzywa zielone: brokuły, szpinak, zielony groszek.
- Warto do diety dołączyć witaminę C, która ułatwia przyswajanie żelaza pochodzenia roślinnego. Zawierają ją: truskawki, papryka, brokuły.

- Nabiał, jaja, mięsa drobiowe, mleko zawierają również białko, które wspomaga przyswajanie żelaza.
- Witaminy z grupy B (B9-inaczej kwas foliowy, B12) są niezbędne w produkcji czerwonych krwinek i warto je dodać do jadłospisu dziecka. Bogate są w nie: banany, mięsa drobiowe, mleko, jaja.
- Marchew, bataty, dynia, szpinak zawierają witaminę A ułatwiającą przetwarzanie żelaza w hemoglobinę, czyli białko obecne w krwinkach czerwonych odpowiadające za transport tlenu z płuc do tkanek.

→ Urozmaicenia posiłków:

- Układanie jedzenia względem kolorów.
- Stosowanie kolorowych talerzyków z ciekawymi nadrukami.
- Tworzenie wzorków z jedzenia np. kwiatków, dinozaurów.
- Dodawanie do jedzenia większej ilości owoców lub warzyw lubianych przez dziecko.

→ Domowe sposoby na kaszel:

- Do jedzenia można podawać płynną część rosołu.
- Stosować nawilżacze powietrza w pomieszczeniach, gdzie najczęściej jest obecne dziecko.
- Przy braku przeciwwskazań - można podawać dziecku naturalny syrop sosnowy, jeżeli w jego składzie nie znajduje się alkohol.
- Podaż dużej ilości płynów: wody, herbaty z miodem lub malinami, naturalne i domowe soki malinowe (z owoców lub napar z gałązek malin).
- Wykonanie kąpieli w tymianku: 4 łyżki suszonego tymianku dodać do dwóch litrów wrzątku, zaparzać przez 15 minut. Przecedzić przez drobne sitko, następnie ostudzić i dolać do wanny z ciepłą wodą. Taka kąpiel powinna trwać do 10 minut.

PODSUMOWANIE

Powyższa praca zajmowała się tematyką opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem z zakażeniem wirusem RSV. Na podstawie dostępnej polskiej oraz zagranicznej literatury naukowej przytoczonej w pracy:

1. Rozpoznano indywidualne problemy pielęgnacyjne pacjenta takie jak:
 - Występowanie wirusa RSV
 - Gorączka
 - Ryzyko odwodnienia spowodowane chorobą
 - Ból jamy ustnej w wyniku podsuszonych śluzówek
 - Brak apetytu spowodowany trudnościami w przełykaniu
 - Niedokrwistość spowodowana niedoborem żelaza
 - Ryzyko zapalenia żyły ze względu na założone dożylne wkłucie obwodowe
 - Występowanie uporczywego suchego kaszlu
 - Obecność ciekącego kataru
 - Niedostateczna wiedza opiekunów na temat choroby dziecka
 - Obniżenie nastroju opiekunów z powodu choroby dziecka
2. Wykorzystano techniki badawcze w postaci obserwacji pacjenta, wywiadu z jego opiekunem, analizy dokumentacji medycznej, pomiarów parametrów życiowych.
3. Oceniono poziom wiedzy opiekunów pacjenta na temat jednostki chorobowej
4. Opracowano cele pielęgniarstwa dla każdego problemu pielęgnacyjnego.
5. Planowane działania wobec problemów pielęgnacyjnych zostały zrealizowane, wskutek czego stan zdrowia pacjenta się poprawił.
6. Opracowano wskazówki do dalszej pielęgnacji oraz opieki nad pacjentem w warunkach domowych.

PIŚMIENNICTWO:

1. Helwich E.M.: Wirus RSV – niebezpieczeństwo dla małych dzieci. Forum Pediatrii Praktycznej. 2022, 43:66.
2. Soni A., Kabra S.K., Lodha R.: Respiratory Syncytial Virus Infection: An Update. Indian Journal of Pediatrics 2023, 90(12): 1245-1253.
3. Kobiałka M., Jackowska T., Wrotek A.: Risk Factors for Severe Respiratory Syncytial Virus Infection in Hospitalized Children. Viruses 2023, 15(8): 1713.

4. Vartiainen P., Jukarainen S., Rhedin S.A., et al: Risk factors for severe respiratory syncytial virus infection during the first year of life: development and validation of a clinical prediction model. *The Lancet Digital Health* 2023, 5(11): 821-830.
5. Stein R.T., Bont L.J., Zar H., et al: Respiratory syncytial virus hospitalization and mortality: Systematic review and meta-analysis. *Pediatric Pulmonology* 2017, 52(4): 556-569.
6. Colosia A., Costello J., McQuarrie K., et al: Systematic literature review of the signs and symptoms of respiratory syncytial virus. *Influenza and Other Respiratory Viruses* 2023, 17(2): 13100.
7. Hon K.L., Leung A.K.C., Wong A.H.C., et al: Respiratory Syncytial Virus is the Most Common Causative Agent of Viral Bronchiolitis in Young Children: An Updated Review. *Current Pediatric Reviews* 2023, 19(2): 139-149.
8. Szczęsny T.: Diagnostyka różnicująca zakażenia SARS-CoV-2, RSV i Flu. *Evereth Publishing Forum Zakażeń* 2021;12(4): 181–183.
9. Verwey C., Madhi S.A.: Review and Update of Active and Passive Immunization Against Respiratory Syncytial Virus. *BioDrugs* 2023, 37(3): 295-309.
10. Obolski U., Kassem E., Na'amnih W. et al: Unnecessary antibiotic treatment of children hospitalised with respiratory syncytial virus (RSV) bronchiolitis: risk factors and prescription patterns. *Journal of Global Antimicrobial Resistance* 2021, 27: 303-308.
11. Casalegno J.S.: Le VRS et les maladies associées. *La Revue du Praticien* 2022, 72(8): 5-7.
12. Young M., Smitherman L.: Socioeconomic Impact of RSV Hospitalization. *Infectious Diseases and Therapy* 2021, 10(1): 35-45.
13. Saravanos G.L., King C.L., Deng L., et al: Respiratory Syncytial Virus-Associated Neurologic Complications in Children: A Systematic Review and Aggregated Case Series. *The Journal of Pediatric* 2021, 239: 39-49.
14. Sun B.W., Zhang P.P., Wang Z.H., et al. Prevention and Potential Treatment Strategies for Respiratory Syncytial Virus. *Molecules* 2024, 29(3): 598.
15. Topalidou X, Kalergis AM, Papazisis G. Respiratory Syncytial Virus Vaccines: A Review of the Candidates and the Approved Vaccines. *Pathogens* 2023, 12(10): 1259.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z ZAPALENIEM MIĘŚNIA SERCOWEGO

Katarzyna Wiśniewska¹, Aneta Winiarska²

1- *Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*

2- *Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu*

WSTĘP

Zapalenie mięśnia sercowego (ZMS, z ang. *myocarditis*) jest chorobą zapalną toczącą się w warstwie mięśniowej serca. Proces zapalny obejmuje kardiomiocyty, tkankę śródmiażdżową, naczynia, a czasami również osierdzie [1]. W literaturze przedmiotu funkcjonują inne nazewnictwa tej jednostki chorobowej, często określając ją jako kardiomiopatię zapalną, czy też pozapalną [2]. Rozpoznanie kliniczne zapalenia mięśnia sercowego jest trudne z uwagi na różnice w obrazie klinicznym u poszczególnych pacjentów. ZMS może przebiegać łagodnie lub z narastającymi objawami niewydolności serca i poważnymi zaburzeniami rytmu serca, łącznie z nagłym zatrzymaniem krążenia [3].

Epidemiologia ZMS nie jest dokładnie znana. Wskaźnik zachorowalności oszacowano na około 18,95 przypadków na 100 tys. osób [4]. Wartości wskaźników chorobowości są wyższe w krajach wysoko rozwiniętych z dostępem do pełnej diagnostyki. Literatura przedmiotu podaje szereg czynników mogących wywołać zapalenie mięśnia sercowego, m.in.: drobnoustroje chorobotwórcze (wirusy, bakterie, grzyby), choroby autoimmunologiczne, ekspozycje na leki i toksyny. Choroba w większości przypadków ma podłoże wirusowe. Obecnie parwowirus B19, human herpeswirus 6 (HNV-6) i cytomegalowirus należą do najczęściej wykrywanych wirusów w miokardium objętym procesem zapalnym [5].

Symptomatologia omawianej jednostki chorobowej jest szeroka i może obejmować zarówno objawy ze strony układu krążenia jak: ból w klatce piersiowej, duszność, kołatanie serca, obrzęki oraz objawy zwiastunowe związane z zakażeniem infekcyjnym lub chorobą autoimmunologiczną, która wywołała zapalenie mięśnia sercowego. Rozpoznanie zapalenia mięśnia sercowego najczęściej stawiane jest w oparciu o obraz kliniczny, wyniki badań laboratoryjnych, elektrokardiografię, echokardiografię i obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego [6].

Biopsja endomiokardialna (EMB, z ang. *endomyocardial biopsy*) nazywana złotym standardem w zakresie różnicowania ZMS, ze względu na wysoką inwazyjność i ograniczoną dostępność, jest obecnie rzadko wykonywana. Podstawą terapii ZMS jest objawowe leczenie niewydolności serca i zaburzeń rytmu. W przypadku ZMS o etiologii wirusowej lub autoimmunologicznej możliwe jest prowadzenie leczenia przyczynowego w postaci terapii przeciwwirusowej lub immunosupresyjnej. Analiza dostępnej literatury przedmiotu wskazuje, iż pomimo znacznego rozwoju medycyny w dziedzinie diagnostyki i możliwości leczenia, zapalenie mięśnia sercowego nadal pozostaje groźną jednostką chorobową, obarczoną dużym ryzykiem powikłań [6, 7].

Choroba i jej konsekwencje w postaci uszkodzenia miokardium powodują wielopłaszczyznowe objawy stanu bio-psycho-społecznego i znacząco obniżają jakość życia pacjenta. Pacjent z zapaleniem mięśnia sercowego wymaga podejścia interdyscyplinarnego ze strony zespołu terapeutycznego, z zaakcentowaniem szczególnej holistycznej roli personelu pielęgniarskiego, pozostającego najbliżej chorego i jego potrzeb [8].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest ukazanie roli zespołu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentem z zapaleniem mięśnia sercowego.

MATERIAŁ I METODY

W prezentowanej pracy wykorzystano metodę badawczą opartą o studium indywidualnego przypadku (z ang. *case study* – analiza przypadku, studium przypadku), która w literaturze przedmiotu nazywana jest również metodą kazuistyczną (z łac. *casus* – przypadek), która umożliwia systematyczną analizę stanu pacjenta w trzech aspektach: biologicznym, psychicznym i społecznym w ramach określonego przedziału czasu i przy pomocy odpowiednich technik i narzędzi badawczych.

Celem poznania złożonych problemów pacjenta z zapaleniem mięśnia sercowego zastosowano w pracy następujące techniki badawcze: obserwację pielęgniarską, wywiad pielęgniarski, analizę dokumentacji medycznej pacjenta, a także pomiary parametrów życiowych: ciśnienia tętniczego krwi, tętna, oddechów, temperatury ciała oraz pomiary antropometryczne: obwodów i masy ciała. Specjalnie dla celów badania wykorzystano w pracy odpowiednio dobrane narzędzia badawcze: Arkusz do gromadzenia danych o pacjencie, Bristolską skalę uformowania stolca, Klasyfikację nadwagi i otyłości w zależności od BMI,

Klasyfikację niewydolności serca wg NYHA, Ocenę nudności wg kryteriów WHO, Skalę ADL (Katza), Skalę akceptacji choroby AIS, Skalę depresji Becka BDI, Skalę Glasgow, Skalę nasilenia duszności MRC, Skalę Norton, Skalę VAS oraz Skalę do oceny przebiegu powikłań związanych z kaniulacją żył Baxtera.

Badanie chorego z zapaleniem mięśnia sercowego przedstawione w niniejszej pracy zostało przeprowadzone w kwietniu 2024 roku w Klinice Kardiologii w Warszawie. Pacjent został zapoznany z celem i zakresem planowanego badania, wyrażając zgodę na udział w badaniu. Spotkania z chorym zostały zaplanowane w godzinach przez niego preferowanych. Chory został poinformowany o konieczności zgłaszania wszelkich niepokojących dolegliwości i zmian samopoczucia w trakcie realizowanego badania. Badanie przeprowadzono z zachowaniem anonimowości pacjenta, przestrzegając zasad etyki zawodowej. Pacjent chętnie współpracował z zespołem terapeutycznym, co miało pozytywny wpływ na realizację procesu badawczego i pozwoliło osiągnąć cel opieki.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

W prezentowanej pracy przedstawiono przypadek 33-letniego mężczyzny z przewlekłym aktywnym zapaleniem mięśnia sercowego. Metodą studium przypadku dokonano analizy sytuacji zdrowotnej pacjenta w aspekcie bio-psycho-społecznym. U badanego pacjenta od około ośmiu miesięcy występowały objawy postępującej niewydolności serca o cechach dekompensacji obukomorowej. Wywiad rodzinny wykazał obciążenie w kierunku chorób układu krążenia – ojciec pacjenta przeszedł rozległy zawał serca, dziadek zmarł z powodu zaawansowanej niewydolności serca. Choroby współistniejące – alergia wziewna, rozpoznana w dzieciństwie.

W badaniu podmiotowym mężczyzna zgłaszał silną nietolerancję wysiłku fizycznego, uczucie duszności i kołatania serca, uporczywy suchy kaszel, obrzęki kończyn dolnych i powiększenie obwodu brzucha, zawroty głowy, uczucie pełności w obrębie jamy brzusznej i potrzebę częstego oddawania moczu w porze nocnej. W początkowym etapie leczenia zastosowano u chorego objawowe leczenie niewydolności serca z wykorzystaniem diuretyków, beta-adrenolityków, antagonistów receptorów angiotensyny i antagonistów aldosteronu. Badania laboratoryjne wykazały podwyższone wartości markerów uszkodzenia mięśnia sercowego (troponiny oraz N-końcowego propeptydu natriuretycznego typu B). Badanie echokardiograficzne uwidocznilo cechy przerostu lewej i prawej komory serca,

powiększenie lewego przedsionka, znaczenie obniżoną kurczliwość LV z frakcją wyrzutową LVEF 27% oraz łagodną niedomykalność zastawki mitralnej. Rezonans magnetyczny serca nie wykazał cech obrzęku miokardium. Pomimo wprowadzonej diagnostyki i leczenia nie udało się ustalić etiologii choroby, równocześnie obserwowano objawy nasilenia się HF (IV stopień według klasyfikacji NYHA).

Z uwagi na młody wiek i postępującą dysfunkcję mięśnia sercowego pacjent został poddany biopsji endomiokardialnej (EMB), która wykazała przewlekłe aktywne zapalenie mięśnia sercowego w następstwie nasilonej odpowiedzi immunologicznej organizmu. Badanie uwidoczniło włóknienie w obrębie miokardium i nacieki komórek zapalnych. W pobranym materiale tkankowym nie zaobserwowano obecności wirusów kardiotypowych.

W kolejnym etapie leczenia wdrożono u pacjenta terapię immunosupresyjną z zastosowaniem prednizonu i azatiopryny dodaną do wcześniejszego protokołu leczenia, której celem było zatrzymanie progresji choroby i poprawa funkcji serca.

Proces pielęgnowania pacjenta

Na podstawie danych zgromadzonych podczas wywiadu i obserwacji pielęgniarzkiej, analizy dostępnej dokumentacji medycznej chorego oraz pomiarów z wykorzystaniem skal i kwestionariuszy klinimetrycznych sformułowano proces pielęgnowania pacjenta z zapaleniem mięśnia sercowego w okresie leczenia szpitalnego i wdrożonej terapii immunosupresyjnej. W niniejszym podrozdziale przedstawiono diagnozy pielęgniarzkie wraz ze wskazaniem celu i planu opieki oraz efektów podjętych działań.

- **Diagnoza pielęgniarzka 1:** Zwiększona skłonność do zakażeń spowodowana osłabieniem układu odpornościowego przez immunosupresję.

Cel opieki:

Minimalizowanie ryzyka powikłań.

Plan opieki:

- Monitorowanie parametrów życiowych chorego: temperatury ciała, ciśnienia tętniczego krwi, tętna i oddechów oraz dokumentowanie wyników.
- Kontrolowanie stanu skóry i błon śluzowych.
- Izolowanie chorego od potencjalnych źródeł zakażeń – osób z cechami infekcji sezonowych.
- Polecenie częstego mycia rąk, w szczególności przed jedzeniem oraz po korzystaniu z toalety.

- Poinformowanie o konieczności utrzymania wysokiej higieny jamy ustnej – myciu zębów po każdym posiłku, stosowaniu płynów antybakteryjnych do płukania ust.
- Pomoc choremu w czynnościach pielęgnacyjnych z uwagi na osłabienie organizmu z powodu dysfunkcji mięśnia sercowego.
- Edukacja chorego i jego rodziny w zakresie higienicznego trybu życia.

Ocena efektów podjętych działań:

Zaobserwowano podwyższoną temperaturę ciała wynoszącą 37,4 st. C oraz obecność suchego kaszlu.

- **Diagnoza pielęgniarska 2:** Uporczywy suchy kaszel i podwyższona ciepłota ciała będące wynikiem procesu zapalnego toczącego się w obrębie miokardium.

Cel opieki:

Łagodzenie objawów stanu zapalnego w organizmie. Poprawa samopoczucia pacjenta.

Plan opieki:

- Obserwowanie częstotliwości i charakteru kaszlu oraz czynników nasilających dolegliwości: pora dnia, wysiłek fizyczny, pozycja ciała.
- Podaż leków łagodzących suchy kaszel i stosowanie nebulizacji zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Nawilżanie śluzówek jamy ustnej i gardła poprzez podawanie płynów częściej małymi łyżkami.
- Pobranie wydzieliny z górnych dróg oddechowych na zlecenie lekarza w kierunku antygenów wirusowych.
- Prowadzenie systematycznych pomiarów temperatury ciała rano i wieczorem.
- Zmiana bielizny osobistej i pościelowej pacjenta z uwagi na zwiększoną potliwość ciała.
- Lekkie okrycie chorego.

Ocena efektów podjętych działań:

Zmniejszono nasilenie suchego kaszlu. Temperatura ciała obniżyła się do wartości fizjologicznych – 36,5 st. C. Samopoczucie chorego poprawiło się.

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Uczucie duszności nasilające się w pozycji leżącej i przy niewielkiej aktywności spowodowane zmianami w układzie krążenia.

Cel opieki:

Zmniejszenie uczucia duszności i ułatwienie choremu oddychania.

Plan opieki:

- Ocena stopnia natężenia dolegliwości za pomocą skali MRC.
- Ułożenie chorego w pozycji wysokiej lub półwysokiej ułatwiającej oddychanie.
- Monitorowanie parametrów życiowych pacjenta: częstości i charakteru oddechu, wartości ciśnienia tętniczego oraz saturacji i częstotliwości tętna poprzez założenie na palec chorego pulsoksymetru.
- Prowadzenie tlenoterapii z szybkością przepływu ustaloną przez lekarza.
- Udział w farmakoterapii zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.
- Ograniczenie nadmiernego wysiłku fizycznego i pomoc choremu w czynnościach samoobsługowych.
- Zapewnienie optymalnych warunków środowiskowych do oddychania poprzez częste wietrzenie sali – utrzymywanie temperatury otoczenia na poziomie 18-20 st. C. i wilgotności powietrza w granicach 50-70%.
- Zapewnienie pacjentowi ciszy, spokoju i poczucia bezpieczeństwa, ograniczenie czynników, które mogą nasilać uczucie duszności, jak silne emocje i lęk.

Ocena efektów podjętych działań:

Po podaniu tlenu uczucie duszności zmniejszyło się. Pacjent oddycha z częstością 18/min.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Ryzyko wystąpienia zaburzeń rytmu serca w następstwie obniżonej frakcji wyrzutowej serca.

Cel opieki:

Utrzymanie miarowej pracy serca.

Plan opieki:

- Obserwacja chorego w kierunku klinicznych objawów arytmii.
- Prowadzenie regularnych pomiarów parametrów życiowych, w tym tętna celem wykrycia zaburzeń w zakresie jego częstości, miarowości i napięcia.
- Dokumentowanie wyników pomiarów w karcie obserwacyjnej pacjenta.
- Rejestrowanie czynności elektrycznej mięśnia sercowego poprzez wykonanie badania EKG.
- Udział w farmakoterapii zleconej przez lekarza.
- Przygotowanie pacjenta do 24-godzinnej rejestracji EKG metodą Holtera.

Ocena efektów podjętych działań:

Tętno pacjenta miarowe, słabo napięte, przyspieszone, wynoszące 103 u./min.

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Uczucie kołatania serca i łatwa męczliwość z powodu pogorszenia tolerancji wysiłku fizycznego.

Cel opieki:

Złagodzenie objawów i poprawa tolerancji wysiłku fizycznego.

Plan opieki:

- Ocena wydolności organizmu i odpowiedzi na wysiłek fizyczny podczas wykonywania codziennych czynności przy pomocy skali NYHA.
- Dostosowanie wysiłku fizycznego do możliwości pacjenta i stopnia zaawansowania choroby.
- Pomoc pacjentowi w czynnościach samoobsługowych: toalecie ciała, zmianie bielizny osobistej, korzystaniu z toalety.
- Prowadzenie rehabilitacji celem poprawy wydolności organizmu: ćwiczenia oddechowe, fotelowanie, spacer przy asekuracji po oddziale.
- Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych chorego (ciśnienia tętniczego krwi, tętna i oddechów) w spoczynku i po wysiłku fizycznym.
- Mobilizowanie chorego do podejmowania aktywności w miarę poprawy stanu zdrowia.
- Zachęcanie pacjenta do regularnego spożywania posiłków.

Ocena efektów podjętych działań:

Zaobserwowano obniżenie częstotliwości tętna u chorego w spoczynku do 90 u./min. Uczucie kołatania serca i męczliwość towarzysząca czynnościom samoobsługowych zmniejszyła się.

- **Diagnoza pielęgniarska 6:** Dyskomfort pacjenta spowodowany bólem i zawrotami głowy w wyniku obniżonego ciśnienia tętniczego krwi. Ryzyko zasłabnięcia.

Cel opieki:

Zmniejszenie dolegliwości bólowych. Zapewnienie bezpieczeństwa i minimalizowanie ryzyka zasłabnięcia.

Plan opieki:

- Ocena natężenia dolegliwości bólowych za pomocą skali VAS.
- Pomiar wartości ciśnienia tętniczego krwi dwa razy dziennie.

- Obserwacja pacjenta w kierunku zaburzeń świadomości z wykorzystaniem skali Glasgow.
- Podaż leku przeciwbólowego zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.
- Zapewnienie pacjentowi warunków do odpoczynku poprzez ograniczenie nadmiernie działających bodźców jak: hałas czy ostre światło.
- Asekuracja chorego podczas zmiany pozycji ciała, pionizacji i przemieszczania się.

Ocena efektów podjętych działań:

W wyniku podjętych działań dolegliwości bólowe zmniejszyły się. Nie doszło do zasłabnięcia.

- **Diagnoza pielęgniarska 7:** Obrzęki kończyn dolnych i powiększenie obwodu brzucha wynikające z zastoju krwi w krążeniu żylnym.

Cel opieki:

Eliminacja obrzęków.

Plan opieki:

- Ocena natężenia dolegliwości poprzez codzienną kontrolę masy ciała i pomiar obwodów kończyn dolnych i brzucha o stałej porze.
- Dokumentowanie wyników oceny w karcie obserwacyjnej pacjenta.
- Ograniczenie podaży przyjmowanych płynów do 1,5 – 2 l/dobę.
- Udział w farmakoterapii poprzez podawanie choremu leków diuretycznych zleconych przez lekarza.
- Kontrola ilości przyjmowanych i wydalanych płynów w ciągu doby poprzez prowadzenie karty bilansu płynów.
- Wprowadzenie diety niskosodowej – ograniczenie spożycia soli przez chorego do 2 g/dobę.
- Zapewnienie pacjentowi luźnej, bawełnianej odzieży zapobiegającej uciskowi.
- Staranna pielęgnacja obrzękniętej skóry poprzez jej dokładne i delikatne mycie, osuszanie i natłuszczanie skóry.

Ocena efektów podjętych działań:

Dolegliwości związane z zastojem krwi żyłnej w postaci obrzęków uległy zmniejszeniu.

- **Diagnoza pielęgniarska 8:** Możliwość wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych w następstwie niewydolności serca i zmniejszonej aktywności ruchowej chorego.

Cel opieki:

Minimalizowanie ryzyka powikłań zakrzepowo-zatorowych.

Plan opieki:

- Obserwacja kończyn dolnych pacjenta w kierunku objawów choroby zakrzepowo - zatorowej – wystąpienia bólu, zaczerwienia, nasilenia obrzęków, zwiększonego ocieplenia skóry.
- Pobranie materiału do badań laboratoryjnych na zlecenie lekarza celem oznaczenia parametrów układu krzepnięcia krwi.
- Podaż leków przeciwzakrzepowych zgodnie z indywidualną kartą zleceń.
- Wyższe ułożenie kończyn dolnych pacjenta.
- Zalecenie wykonywania ćwiczeń izometrycznych nóg podczas leżenia w łóżku.
- Motywowanie chorego do zwiększania aktywności ruchowej w miarę poprawy stanu zdrowia.

Ocena efektów podjętych działań:

U pacjenta nie zaobserwowano objawów mogących świadczyć o rozwoju powikłań zakrzepowo-zatorowych.

- **Diagnoza pielęgniarska 9:** Biegunka związana z leczeniem immunosupresyjnym.

Cel opieki:

Zmniejszenie częstości wypróżnień. Utrzymanie równowagi wodno-elektrolitowej organizmu.

Plan opieki:

- Zebranie wywiadu w kierunku liczby i charakteru oddawanych stolców, ilości i rodzaju przyjętych pokarmów i płynów.
- Ocena pasażu jelitowego oraz kształtu i konsystencji wypróżnień przy pomocy Bristolskiej skali uformowania stolca.
- Obserwacja zabarwienia kału w kierunku obecności ewentualnych domieszek jak: śluz czy krew.
- Pobranie na zlecenie próbki stolca do badań bakteriologicznych.

- Modyfikacja diety pacjenta na lekkostrawną, wyeliminowanie pokarmów smażonych i wzdymających.
- Nawadnianie doustne i dożylnie pacjenta zgodnie indywidualną kartą zleceń.
- Prowadzenie karty bilansu płynów.
- Podaż leków hamujących biegunkę zleconych przez lekarza.

Ocena efektów podjętych działań:

W wyniku zastosowanych interwencji biegunka ustąpiła. Utrzymano równowagę wodno-elektrolitową organizmu.

- **Diagnoza pielęgniarska 10:** Obniżone łaknienie z powodu dolegliwości dyspeptycznych objawiających się uczuciem nudności i pełności w jamie brzusznej.

Cel opieki:

Minimalizowanie objawów, zapewnienie prawidłowego odżywienia organizmu.

Plan opieki:

- Ocena nasilenia nudności w oparciu o klasyfikację WHO.
- Określenie przyczyn, czasu trwania, pory występowania i czynników nasilających objawy.
- Wyeliminowanie bodźców węchowych, smakowych oraz wzrokowych odpowiedzialnych za występowanie nudności.
- Udział w farmakoterapii poprzez podawanie choremu leków zmniejszających nudności na zlecenie lekarza.
- Modyfikacja diety na lekkostrawną.
- Zapewnienie pacjentowi posiłków częstszych, ale w mniejszej objętości.
- Dokumentowanie ilości i rodzaju spożytego przez chorego jedzenia.
- Regularna ocena masy ciała pacjenta.
- Przygotowanie pacjenta do badania ultrasonograficznego jamy brzusznej.

Ocena efektów podjętych działań:

Modyfikacja diety pacjenta zmniejszyła nasilenie dolegliwości dyspeptycznych. Apetyt chorego poprawił się.

- **Diagnoza pielęgniarska 11:** Zwiększone ryzyko wystąpienia chorób metabolicznych: cukrzycy, hiperlipidemii i osteoporozy w następstwie wdrożonego leczenia immunosupresyjnego.

Cel opieki:

Minimalizowanie ryzyka powikłań.

Plan opieki:

- Monitorowanie wartości glikemii na czczo i po posiłku, dokumentowanie oceny.
- Pobranie krwi do badań laboratoryjnych celem wykonania lipidogramu, oznaczenia aktywności enzymów wątrobowych i trzustkowych oraz poziomu wapnia, fosforu i witaminy D na zlecenie lekarza.
- Wyeliminowanie z jadłospisu tłustego mięsa i jego przetworów, słodczy, produktów przetworzonych, napojów zawierających dużą ilość cukru.
- Angażowanie pacjenta i jego rodziny w proces edukacyjny poprzez dostarczanie informacji na temat zaleceń dietetycznych zmniejszających ryzyko powikłań.
- Zapoznanie z produktami o niskim indeksie glikemicznym oraz bogatymi w wielonasycone kwasy tłuszczowe, wapń i witaminę D.

Ocena efektów podjętych działań:

Wartości glikemii w normie. Chory przestrzega zaleceń dietetycznych.

- **Diagnoza pielęgniarska 12:** Możliwość wystąpienia powikłań w następstwie kaniulacji żyły obwodowej.

Cel opieki:

Niedopuszczenie do rozwoju powikłań wynikających z założenia kaniuli obwodowej, wczesne wykrycie powikłań.

Plan opieki:

- Założenie dostępu naczyniowego zgodnie z procedurą.
- Zabezpieczenie miejsca wkłucia opatrunkiem włókninowym, zmiana opatrunku co 24 godziny lub częściej w razie wskazań.
- Obserwacja miejsca wkłucia w kierunku występowania cech stanu zapalnego za pomocą skali Baxtera.
- Prowadzenie karty dostępu naczyniowego.
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas obsługi dostępu naczyniowego.
- Ograniczenie do minimum manipulacji przy kaniuli.
- Jałowe przygotowanie i podawanie zleconych leków i płynów infuzyjnych.
- Przestrzeganie czasu i szybkości przetaczanych płynów.

Ocena efektów podjętych działań:

Ryzyko powikłań zostało zminimalizowane. Wklucie drożne, nie zaobserwowano cech stanu zapalnego.

- **Diagnoza pielęgniarska 13:** Zaburzenia snu pod postacią częstego wybudzania się w nocy spowodowane nykturią.

Cel opieki:

Zmniejszenie nasilenia dolegliwości i dyskomfortu związanego z częstym oddawaniem moczu w porze nocnej, uzyskanie efektywnego snu.

Plan opieki:

- Obserwacja ilości i charakteru wydalanego moczu.
- Monitorowanie ilości przyjmowanych i wydalanych płynów w ciągu doby poprzez prowadzenie karty bilansu wodnego.
- Pobranie próbki moczu do badania bakteriologicznego na zlecenie lekarskie.
- Ograniczenie ilości wypijanych płynów przed snem.
- Wyeliminowanie produktów zawierających kofeinę.
- Podawanie leków moczopędnych zleconych przez lekarza w godzinach porannych.
- Poinformowanie chorego o konieczności systematycznego opróżniania pęcherza moczowego w ciągu dnia i przed zaśnięciem.
- Zapewnienie pacjentowi dostępu do kaczki.
- Dbanie o higienę okolic intymnych pacjenta poprzez pomoc w wykonaniu toalety krocza i zmianie bielizny osobistej.
- Zalecenie choremu wykonywania ćwiczeń wzmacniających mięśnie dna miednicy.

Ocena efektów podjętych działań:

Dzięki zastosowanym zabiegom częstość mikcji w porze nocnej zmniejszyła się, co wpłynęło na uzyskanie efektywnego snu.

- **Diagnoza pielęgniarska nr 14:** Zmniejszona zdolność do samoopieki na skutek osłabienia organizmu i nietolerancji wysiłku fizycznego w przebiegu zapalenia mięśnia sercowego.

Cel opieki:

Pomoc pacjentowi w zaspokajaniu podstawowych potrzeb biologicznych i zwiększenie stopnia samodzielności chorego w tym zakresie.

Plan opieki:

- Zastosowanie skali ADL (Katza) do oceny sprawności funkcjonalnej pacjenta.
- Określenie stopnia i rodzaju wymaganej pomocy.
- Pomoc choremu w utrzymaniu higieny osobistej na wysokim poziomie z uwagi na obniżoną odporność organizmu w następstwie wdrożonego leczenia immunosupresyjnego.
- Zapewnienie choremu czystej bielizny pościelowej i osobistej.
- Utrzymywanie w czystości najbliższego otoczenia pacjenta.
- Asekuracja pacjenta podczas zmiany pozycji ciała i przy przemieszczaniu się.
- Pomoc w dotarciu do toalety i wydalaniu.
- Prowadzenie rehabilitacji przyłóżkowej celem zwiększenia tolerancji organizmu na wysiłek fizyczny.
- Zachęcanie pacjenta do współpracy i samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego na poziomie jego możliwości.
- Włączenie rodziny do pomocy w opiekę nad chorym.

Ocena efektów podjętych działań:

Podstawowe potrzeby biologiczne pacjenta zostały zaspokojone. Zaobserwowano wzrost samodzielności chorego w codziennym funkcjonowaniu.

- **Diagnoza pielęgniarska nr 15:** Obniżenie nastroju i objawy depresji na skutek przeżywania negatywnych emocji związanych z chorobą.

Cel opieki:

Podwyższenie nastroju, minimalizowanie objawów depresji.

Plan opieki:

- Ocena kondycji psychicznej chorego za pomocą skali depresji Becka BDI.
- Nawiązanie i utrzymanie kontaktu terapeutycznego z pacjentem.
- Częsta obecność przy chorym.
- Rozmowa z pacjentem celem poznania przyczyn obniżonego nastroju oraz jego potrzeb i obaw związanych z chorobą.
- Okazywanie empatii, życzliwości i zainteresowania podczas kontaktu z chorym.

- Pomoc pacjentowi w zorganizowaniu czasu wolnego w trakcie hospitalizacji i znalezieniu zajęć, które ograniczyłyby negatywne emocje towarzyszące chorobie np.: czytanie książek, słuchanie relaksującej muzyki.
- Umożliwienie kontaktu z psychologiem.

Ocena efektów podjętych działań:

Po rozmowie z psychologiem zaobserwowano podwyższenie nastroju chorego.

- **Diagnoza pielęgniarska 16:** Brak akceptacji choroby wynikający z trudności w przystosowaniu się do ograniczeń przez nią narzucanych i pogorszenia jakości życia.

Cel opieki:

Ułatwienie choremu adaptacji do nowej sytuacji życiowej.

Plan opieki:

- Zastosowanie kwestionariusza AIS do oceny stopnia akceptacji choroby.
- Omówienie z pacjentem jego rzeczywistej sytuacji zdrowotnej.
- Wspólne zastanowienie się, co chory może uczynić, aby mieć większy wpływ na powrót do zdrowia.
- Wy tłumaczenie, że dzięki wdrożonemu leczeniu i systematycznej rehabilitacji istnieje możliwość poprawy jego sprawności i jakości życia.
- Przedstawienie pacjentowi wad oraz zalet biernej i aktywnej postawy wobec choroby.
- Zwrócenie uwagi na wpływ stanu psychicznego na proces zdrowienia.
- Wzmocnienie u chorego poczucia sensowności, niezależności i wiary we własne możliwości jako elementów istotnych w akceptacji nowej sytuacji życiowej.
- Zapropionowanie choremu uczestnictwa w grupie wsparcia dla osób z chorobami układu krążenia.

Ocena efektów podjętych działań:

W wyniku podjętych interwencji pacjent zmienił swoje nastawienie do choroby.

- **Diagnoza pielęgniarska nr 17:** Niepokój i lęk o własne życie i wynik terapii spowodowany deficytem wiedzy w zakresie jednostki chorobowej i procesu leczenia.

Cel opieki:

Zmniejszenie uczucia niepokoju i lęku. Zwiększenie wiedzy pacjenta na temat choroby i jej leczenia.

Plan opieki:

- Ocena nasilenia niepokoju i lęku u pacjenta oraz ustalenie przyczyn napięcia emocjonalnego, np.: pogorszenie stanu somatycznego, brak wiedzy na temat choroby i specyfiki stosowanego leczenia.
- Inicjowanie rozmów i pogadań zwiększających wiedzę na temat choroby i procesu leczenia.
- Cierpliwe i rzeczowe odpowiadanie na pytania pacjenta, wyjaśnianie jego wątpliwości.
- Omówienie z chorym skutecznych technik radzenia sobie ze stresem: wyrażania swoich emocji, wizualizacji i relaksacji.
- Dostarczanie pacjentowi materiałów edukacyjnych w postaci broszur i ulotek na temat jednostki chorobowej.

Ocena efektów podjętych działań:

Obniżono poziom niepokoju i lęku u chorego. Pacjent z zainteresowaniem czytał dostarczone materiały edukacyjne.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonego badania opartego o studium przypadku pacjenta z zapaleniem mięśnia sercowego poddanego leczeniu immunosupresyjnemu w warunkach szpitalnych sformułowano następujące wnioski, wynikające z potrzeby zapewnienia holistycznej opieki nad chorym. Stanowią one odpowiedź na postawione w poprzednim rozdziale pracy pytania badawcze.

1. U pacjenta z przewlekłym aktywnym zapaleniem mięśnia sercowego występują dolegliwości somatyczne wynikające zarówno z dysfunkcji układu krążenia, jak i skutków ubocznych wdrożonej terapii immunosupresyjnej. W przeprowadzonym badaniu fizykalnym obserwowano duszność, przewlekły suchy kaszel, przyspieszoną częstotliwość tętna, obniżone ciśnienie tętnicze krwi, obrzęki kończyn dolnych i powiększenie obwodu brzucha, częste oddawanie moczu w porze nocnej, podwyższoną ciepłotę ciała, ból głowy i uczucie pełności w obrębie jamy brzusznej. Ponadto u pacjenta wystąpiła biegunka, obniżenie łaknienia i nudności w następstwie immunosupresji.
2. W zakresie stanu psycho-społecznego zauważono u chorego obniżenie nastroju i niepokój związane z nasileniem objawów chorobowych i obniżeniem jakości jego życia. Pacjent martwił się o stan swojego zdrowia i wynik prowadzonej terapii. Stres towarzyszący

chorobie potęgował dolegliwości somatyczne towarzyszące zapaleniu mięśnia sercowego jak: uczucie kołatania serca i duszności. Ponadto u badanego pacjenta obserwowano objawy depresji o umiarkowanym nasileniu, które były skutkiem przeżywanych przez niego negatywnych emocji.

3. Mężczyzna miał problem z dostosowaniem się do ograniczeń narzucanych przez chorobę. Zauważono negatywną reakcję na aktualną sytuację zdrowotną i niski poziom akceptacji choroby, która jest pomocnym elementem w procesie leczenia i codziennym radzeniu sobie z jej objawami.
4. W okresie leczenia szpitalnego pacjent nie był zdolny do samodzielnej opieki i pielęgnacji, potrzebował wsparcia ze strony personelu pielęgniarskiego w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Chory wymagał pomocy w zakresie utrzymania higieny osobistej, korzystania z toalety, zmiany bielizny osobistej, poruszania się. W miarę poprawy stanu zdrowia i wydolności organizmu motywowano chorego do większej aktywności samodzielności w obszarze samoopieki i samopielęgnacji.
5. Z uwagi na wielopłaszczyznowość objawów stanu bio-psycho-społecznego pacjent z zapaleniem mięśnia sercowego wymaga skoordynowanych zabiegów opiekuńczo-pielęgnacyjnych i podejścia holistycznego ze strony zespołu pielęgniarskiego. Działania opiekuńcze na etapie leczenia szpitalnego polegają na minimalizowaniu dolegliwości somatycznych wynikających z dysfunkcji mięśnia sercowego, poprawie kondycji psychicznej chorego oraz zapobieganiu powikłaniom wynikającym ze specyfiki wdrożonego leczenia. Do istotnych elementów opieki pielęgniarskiej należy systematyczna obserwacja stanu pacjenta, monitorowanie parametrów życiowych, podaż leków zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich i ocena reakcji organizmu na zastosowywane leczenie, a także przygotowanie fizyczne i psychiczne chorego do badań diagnostycznych. Równie ważne jest podejmowanie wysiłków zmierzających do podwyższenia nastroju pacjenta, zmniejszenia jego niepokoju i negatywnych emocji towarzyszących chorobie. Powyższe zadanie realizowano poprzez częstą obecność przy chorym, cierpliwe i rzeczowe odpowiadanie na pytania pacjenta, wyjaśnianie jego wątpliwości oraz zapewnienie mu kontaktu z psychologiem. W zakresie działań pielęgnacyjnych należy zapewnić choremu pomoc ukierunkowaną na zaspokajanie podstawowych potrzeb biologicznych oraz utrzymanie wysokiej higieny osobistej i najbliższego otoczenia z uwagi na zwiększoną podatność organizmu na zakażenia wirusowe, bakteryjne i grzybicze w okresie leczenia immunosupresyjnego.

PIŚMIENNICTWO

1. Tomik A., Chanas A., Werner B.: Zapalenie mięśnia sercowego u dzieci i młodzieży – przegląd piśmiennictwa. *Folia Cardiologica* 2020; 15(4): 293-302.
2. Tschöpe C., Ammirati E., Rozkurt A. et al.: Myocarditis and inflammatory cardiomyopathy: current evidence and future directions. *Nature Reviews Cardiology*, 2021; 18(3): 169-193.
3. Wang Y., Liu R., Huang C. et al.: Global, regional, and national burdens of myocarditis, 1990-2019: systematic analysis from GBD 2019: GBD for myocarditis. *BMC Public Health* 2023; 23(1): 714.
4. Waligórska N., Waligórska D., Pawlak A.: Zapalenie mięśnia sercowego. *Kardiologia Inwazyjna* 2017; 12(3): 45-58.
5. Zapolski T., Haratym - Zwolak A., Wysokiński A.: Współczesne zasady diagnostyki zapalenia mięśnia sercowego i kardiomiopatii pozapalnej. *Folia Cardiologica* 2015; 10(4): 259-267.
6. Lelonek M.: Nowe oblicze HFpEF - zapalenie systemowe. *Folia Cardiologica* 2023; 18(4): 165-168.
7. Roroku A., Kottwitz J., Heidecker B.: Aktualizacja w sprawie zapalenia mięśnia sercowego - co wiemy do tej pory i dokąd możemy zmierzać. *European Heart Journal. Acute Cardiovascular Care* 2021; 10(4): 455-467.

CZYNNIKI RYZYKA CHORÓB ZWYRODNIENIOWYCH KRĘGŁOSŁUPA WŚRÓD PIEŁĘGNIAREK PRACUJĄCYCH NA ODDZIAŁACH SZPITALNYCH

Magdalena Brodowicz-Król¹, Agnieszka Szalach², Ewa Kulbaka³, Anna Rutka⁴

- 1- *Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii Collegium Medicum Uniwersytetu Rzeszowskiego*
- 2- *Absolwentka, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Akademia Zamojska*
- 3- *Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*
- 4- *Absolwentka, Radomska Szkoła Wyższa*

WSTĘP

Pielęgniarki odgrywają ważną rolę w systemie opieki zdrowotnej, zapewniając i pomagając w świadczeniu podstawowej, średniej i wyższej opieki zdrowotnej. Zazwyczaj ich praca jest wymagająca fizycznie. Pielęgniarki często pomagają pacjentom w mobilizacji, przenoszeniu się między pozycjami i wykonywaniu innych czynności życia codziennego, takich jak toaleta i prysznic. Pielęgniarki mają zwiększone ryzyko problemów z plecami. W porównaniu z innymi zawodami mają zwiększone ryzyko bólu pleców i sześciokrotnie częstsze występowanie urazów kręgosłupa [1]. Praca pielęgniarek prowadzi do ryzyka wystąpienia przepukliny lędźwiowej krążka międzykręgowego wymagającego hospitalizacji. Stwierdzono, że wiele czynników zwiększa ryzyko wystąpienia bólu pleców u pielęgniarek [2]. Obciążenie fizyczne i postawa podczas pracy odgrywają pewną rolę, podobnie jak czynniki psychospołeczne, takie jak osobowość i objawy psychosomatyczne. W poszczególnych badaniach wykazano, że zadania i czynniki organizacyjne pracy stanowią istotne ryzyko, chociaż biorąc pod uwagę wszystkie badania, dowody są niespójne. Kwalifikacje pielęgniarskie są ważne, ponieważ asystenci pielęgniarscy są bardziej narażeni na ból pleców niż dyplomowane pielęgniarki. Znaczenie mogą mieć również lata spędzone w zawodzie pielęgniarki, a coraz więcej dowodów wskazuje na to, że młodsze pielęgniarki są najbardziej zagrożone [3]. Identyfikacja indywidualnych fizycznych czynników

predykcyjnych bólu pleców jest bardziej nieuchwytna. Badania prospektywne wskazują głównie na nieistotne związki lub niespójne wyniki. Objawy często można przypisać do określonej części kręgosłupa szyjnego, piersiowego lub lędźwiowego. W niektórych przypadkach ból promieniuje do nóg, ramion, klatki piersiowej lub tyłu głowy. Może również prowadzić do napięć, skurczów i ograniczonej mobilności. Czasami mrowienie, drętwienie, osłabienie, zanik mięśni, zaburzenia snu, stany drażliwości, nastroje depresyjne, zaburzenia głosu. Wyniki badań sugerują też podjęcie dyskusji nad rozporządzeniem regulującym ograniczenia dla kobiet do podejmowania pracy fizycznej. Rozporządzenie podaje jako kryterium, tylko wartość kosztu energetycznego ponoszonego przy obciążeniach fizycznych, nie przedstawia kryteriów obciążeń psychicznych. Istotnym staje się też zbadanie odległych skutków zaburzeń równowagi układu autonomicznego. Psychiczne obciążenie pracą wskazuje, że pielęgniarki są zmęczone wykonywanym zawodem. Starając się określić charakter zależności pracy pielęgniarek a samopoczuciem psychicznym pielęgniarek, można wskazać sześć popularnych i często stosowanych miar obrazujących stosunek do pracy. Część z tych miar ma charakter dość złożonych wielowymiarowych ocen, a część mierzy bardziej specyficzne reakcje emocjonalne związane z konkretnymi aspektami pracy. Wszystkie zaś silnie ze sobą korelują, co oznacza, że można je traktować jako „pracopochodne” wskaźniki szeroko rozumianego dobrostanu psychicznego [4]. Niestety pielęgniarki w początkowych okresach choroby uciekają się do samoleczenia, tj. do zażywania najczęściej leków przeciwbólowych. Wobec powyższego w epidemiologicznej ocenie fakt pojawienia się zaburzeń związanych z bólami kręgosłupa nie jest uwzględniany. Ma to też przykre konsekwencje prawne - jest przedmiotem sporów sądowych uznania bądź nie uznania ostrego zespołu bólowego kręgosłupa u pielęgniarek za wypadek przy pracy. Nie należy spodziewać się mimo negatywnej oceny rychłych zmian w warunkach pracy pielęgniarek. Zasadne wydaje się zainteresowanie pielęgniarek sposobami zachowań podczas pracy, jak i po pracy niwelującymi ból i zapobiegającymi ich nawrotom [5]. Jedną z metod leczenia zespołów bólowych kręgosłupa jest metoda Robina McKenzie, tzw. mechanoterapia, która oparta jest na zasadzie stosowania działań leczniczych i zapobiegawczych skierowanych przeciwnie do czynnika wywołującego dolegliwości. McKenzie wymienia trzy postacie zespołów bólowych [6]:

- zespół zaburzeń posturalnych, który charakteryzuje się bólem występującym po dłuższym okresie utrzymywania nieprawidłowej pozycji - zwykle siedzącej lub pozycji zgięciowej kręgosłupa,

- zespół zaburzeń funkcjonalnych, będący wynikiem przede wszystkim utrwalonego nawyku nieprawidłowej postawy, przebytych urazów, zmian degeneracyjnych krążka międzykręgowego. W tym zespole ból ma charakter przerywany i pojawia się nie w czasie wykonywania ruchów, ale bezpośrednio po uzyskaniu końcowego zakresu ruchomości,
- zespół zaburzeń strukturalnych, w którym dochodzi do zmian ustawienia powierzchni stawowych, zaburzeń zakresu i przebiegu ruchów będących następstwem zmian zwyrodnieniowych krążka międzykręgowego. Występujący ból w tym zespole jest bólem stałym o zmiennym natężeniu. Ze względu na charakter pracy należy przyjąć, iż zespół zaburzeń posturalnych jest najczęściej występującym u pielęgniarek schorzeniem - zwłaszcza u osób młodych (przy wykluczeniu innych czynników/schorzeń objawiających się bólami kręgosłupa). Leczenie tego zespołu zaproponowane przez McKenzie polega na czynnej i biernej korekcji postawy ciała, czyli wyćwiczeniu prawidłowej funkcji mięśni antagonistycznych oraz uzmysłowieniu przyczyn zaburzeń i możliwości świadomej ich korekcji. Zaletą tej metody jest prostota i możliwość aktywizacji dotkniętego zaburzeniem. Po diagnozie i zakwalifikowaniu do jednego z trzech zespołów objawowych opracowuje się indywidualny program usprawnienia i późnej profilaktyki, który wykonywany jest przez osobę cierpiącą na bóle kręgosłupa samodzielnie, czyniąc ją w znacznej mierze współodpowiedzialną za końcowy efekt terapeutyczny. Niezależnie od powyższego problemem przyjmowania przez pielęgniarki pozycji przy pracy niosącej przykre ujemne konsekwencje należy zainteresować służby BHP i kierownictwo zakładu oraz środowisko nauczania zawodu [7].

CEL PRACY

Określenie czynników ryzyka chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach szpitalnych.

MATERIAŁ I METODY

Niniejsze badanie zostało przeprowadzone jako badanie przekrojowe z udziałem 101 pielęgniarek pracujących na oddziałach szpitalnych. Dane do badań zebrano za pomocą kwestionariusza, przeprowadzone zostały dobrowolnie w okresie od Września do Października 2022 roku.

WYNIKI

W grupie badanych pielęgniarek zadano pytania związane z ich pracą i zachowaniami w czasie pracy. Z literatury przedmiotu wynika, że choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa są dość częstym schorzeniem pielęgniarek, zwłaszcza pracujących w szpitalach. Ważna dla tego zagadnienia jest specyfika pracy – wynikająca z wielu obciążeń i małego stosowania narzędzi pomocniczych. Pytanie dotyczyło problemu, jak często pojawia się ból?

Tabela 1. Częstotliwość pojawiania się bólu

Odpowiedź	n	%
Często	53	52,47
Sporadycznie	32	31,68
Po wyjątkowo ciężkiej pracy	16	15,84
Razem	101	100

źródło: opracowanie własne

Spośród badanych pielęgniarek 52,47% odpowiedziała, że ból pojawia się często, sporadycznie – 31,68% a 15,84%, że po wyjątkowo ciężkiej pracy.

Z czym wiązał się ból kręgosłupa w pracy pielęgniarek? Odpowiedzi poniżej.

Tabela 2. Sytuacje związane z dolegliwościami bólowymi

Sytuacja	n	%
Przeciążenia w pracy	78	77,34
Przeciążenia w domu	15	14,00
Schorzenia	6	5,94
inne	2	1,98
Razem	101	100

źródło: opracowanie własne

Ważnym problemem okazał się ból - czy pojawienie się bólu wiąże się różnymi przeciążeniami. Okazało się, że 77,34% badanych stwierdziła, że bóle mają związek z przeciążeniami powstającymi w pracy. Związek bólu z przeciążeniami powstającymi w domu

stwierdziło 14,00%, 5,94% ze schorzeniami somatycznymi a 2% z innymi przeciążeniami. Zapytano o najbardziej uciążliwe czynności wykonywane przez pielęgniarki – tabela 3.

Tabela 3. Najbardziej uciążliwe czynności w pracy

Czynność	n	%
Podnoszenie pacjentów	56	55,44
Przenoszenie pacjentów	67	66,33
Higiena pacjentów	49	48,51
Czynności fizjologiczne	71	70,21
Transport chorych	46	45,51
Karmienie chorych	34	33,36
Przenoszenie aparatury	58	57,42
Inne	19	18,81

źródło: opracowanie własne

Pielęgniarki wskazały, że najbardziej uciążliwą czynnością są czynności fizjologiczne wokół pacjentów 70,21%, dalej jest przenoszenie pacjentów 66,33% dalej wskazały przenoszenie aparatury 57,42%, podnoszenie pacjentów 55,44%, później higiena 48,51% i transport chorych 45,51%. Odpowiedzi się nie sumują.

Tabela 4. Pozycje nasilające ból

Czynność	n	%
Długie siedzenie	36	35,64
Długie chodzenie	57	56,33
Częste schylanie	49	48,51
Skręty tułowia	41	40,21
Kłęknięcie	66	65,51
Podnoszenie rąk	44	43,36
Chodzenie po stopniach	58	57,42
Inne pozycje	18	17,81

źródło: opracowanie własne

Odpowiedzi kształtowały się następująco:

Długie siedzenie – 35,64%

Długie chodzenie – 56,33%

Częste schyłanie – 48,51%

Skręty tułowia – 40,21%

Kłękąnie – 65,51%

Podnoszenie rąk – 43,36%

Chodzenie po stopniach – 57,42%

Inne pozycje – 17,81%

Odpowiedzi nie sumują się.

Tabela 5. Wpływ bólu na jakość wykonywanych czynności i świadczeń przez badane pielęgniarki.

Ocena	n	%
Zdecydowanie tak	28	27,72
Raczej tak	47	46,53
Raczej nie	14	13,86
Zdecydowanie nie	12	11,88
Razem	101	100

źródło: opracowanie własne

Zdecydowanej odpowiedzi tak udzieliło 27,82% pielęgniarek. Raczej tak – 46,53%. Raczej nie – 13,86% a 11,88% odpowiedziało, że decydowanie nie. Wśród zawodów medycznych pielęgniarki narażone są szczególnie na niekorzystny wpływ pracy zawodowej na zdrowie. Niestety, w Polsce, mimo dobrze sformułowanych aktów prawnych, rzeczywistość w zakresie profilaktyki w warunkach pracy zawodowej w służbie zdrowia pozostawia wiele do życzenia. Kondycja finansowa zakładów opieki zdrowotnej jest czynnikiem pogłębiającym także te problemy w porównaniu z krajami, w których więcej wydaje się na służbę zdrowia, a gdzie mimo to dolegliwości ze strony układu ruchu są częstym zjawiskiem. Dostateczna wiedza pielęgniarek w tym zakresie może ograniczyć niekorzystne zjawiska.

DYSKUSJA

Ból dolnego odcinka kręgosłupa wywiera niekorzystny wpływ na pielęgniarki, wpływając na ich samopoczucie, satysfakcję z pracy i ogólną jakość życia. Inne szkodliwe skutki obejmują zwiększone ryzyko przewlekłości, powiązane koszty osobiste i ekonomiczne, zmniejszoną wydajność siły roboczej, zwiększoną absencję w pracy i wypalenie zawodowe. Są to problemy z układem mięśniowo-szkieletowym i nerwowym spowodowane rutynowymi czynnościami wykonywanymi na co dzień przez pielęgniarki. Powtarzające się ruchy, nadużywanie i przeciążanie powodują te bolesne, a czasem upośledzające stany chorobowe, które stopniowo rozwijają się przez tygodnie, miesiące, a nawet lata. Znaczna liczba badań personelu pielęgniarskiego wykazała związek między podnoszeniem i transferem pacjentów z jednej strony a problemami z kręgosłupem z drugiej. Czynniki w pracy pielęgniarskiej, które mogą mieć w tym kontekście znaczenie, to zwiększenie personelu i satysfakcja z pracy. Niestety programy profilaktyczne nie przynoszą jednoznacznie pozytywnych rezultatów. Istnieje duża potrzeba prowadzenia badań prospektywnych z programami profilaktycznymi.

WNIOSKI

Zaobserwowano, że wiele pielęgniarek pracujących na oddziałach szpitalnych odczuwało bóle krzyża, a zwłaszcza te pracujące na oddziałach internistyki, neurologii i chirurgii. Zespoły przeciążeniowe kręgosłupa objawiające się bólem są zjawiskiem powszechnym wśród pielęgniarek pracujących w szpitalach i dotyczą 95,2 % respondentów. Charakter i natężenie bólu zależy od czasu pracy oraz zadań stawianych przed pielęgniarkami w oddziale. Aż 61,5% pielęgniarek odczuwa dolegliwości kręgosłupa po dyżurze rannym, mniejsza grupa 44,5% skarżyła się na podobne dysfunkcje po dyżurze nocnym. Do oddziałów o szczególnym ryzyku występowania przeciążeń kręgosłupa u pielęgniarek należy zaliczyć oddział neurologii i kardiologię. Bóle krzyża nasilają się wraz z wiekiem pielęgniarek, cierpi na nie 80,1% pielęgniarek w wieku 30 lat i aż 97,1% po 40 roku życia. Grupę szczególnego ryzyka stanowią pielęgniarki po 50 roku życia i 20 latach pracy. Badania wskazują pilną potrzebę zweryfikowania stanowisk pracy pielęgniarek pod względem ergonomicznym, objęcie pielęgniarek programem edukacyjnym i rekreacyjnym podnoszącym wydolność, sprawność fizyczną oraz psychiczną. Zgodnie z tymi wynikami można zasugerować, aby na oddziałach o szczególnej uciążliwości pracy dla pielęgniarek rozpocząć regularne programy edukacyjne w celu kontrolowania czynników ryzyka mogących powodować bóle krzyża. Pielęgniarki powinny otrzymać wskazówki dotyczące używania sprzętu pomocniczego, który zmniejszy obciążenie fizyczne. Należy też w szpitalach ustanowić niezbędne protokoły w

celu kontroli przestrzegania tych zasad poprzez ściśle monitorowanie. Bardzo ważne jest zwrócenie niezbędnej uwagi na przestrzeganie mechaniki ciała podczas wszelkiego rodzaju interwencji pielęgniarskich w opiece nad pacjentem.

PIŚMIENNICTWO

1. Wolska D., Filipowska K., Haor B. Występowanie zespołów bólowych kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego wśród personelu pielęgniarskiego. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*. 2020;2(3):55-69.
2. Płaskowska Żywko L., Tobolewska-Albrycht K.: Źródła stresu i sposoby radzenia sobie ze stresem u pielęgniarek oddziałów kardiochirurgicznych – wyniki wstępne. IV Zjazd: Pielęgniarstwo w anestezjologii i intensywnej opiece: wymogi i oczekiwania a realia. Poznań, 2021, 110-125.
3. Zyznawska J., i wsp. Dolegliwości bólowe kręgosłupa w grupie pielęgniarek, *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2021, (2), s. 54-58.
4. Płaskowska Żywko L., Tobolewska-Albrycht K.: Źródła stresu i sposoby radzenia sobie ze stresem u pielęgniarek oddziałów kardiochirurgicznych – wyniki wstępne. IV Zjazd: Pielęgniarstwo w anestezjologii i intensywnej opiece: wymogi i oczekiwania a realia. Poznań, 2022, 110-125.
5. Przychodzka E., Leorenowicz R., Grądek E., Turowski K., Jasik J. Problem bólu kręgosłupa u czynnych zawodowo pielęgniarek. *Zdrowie i Dobrostan*. 2020;2:135-147.
6. Dobrzeniecka, A., Pogorzała, A.M. Wybrane zagadnienia profilaktyki i postępowania w zespołach bólowych odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. *Horyzonty współczesnej fizjoterapii*, 2021:239-252.
7. Wyderka M., Niedzielska, T. Ergonomia w pracy pielęgniarki. *Pielęg. Pol.* 2020;2:165-169.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z ROZSZCZPEM WARGI, PODNIEBIENIA ORAZ WYROSTKA ZĘBOWODOŁOWEGO

Katarzyna Wiśniewska¹, Renata Nowak²

1- *Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*

2- *Absolwenta Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu*

WSTĘP

Rozszczepy wargi i/lub podniebienia oraz wyrostka zębodołowego stanowią zróżnicowaną i ważną grupę wad rozwojowych części twarzowej czaszki. Rozszczepy należą do dziesięciu najczęściej spotykanych wad wrodzonych w obrębie twarzy i jamy ustnej [1]. Pomimo, że etiologia tych wad jest mało poznana to przeprowadzone dotąd badania potwierdzają wpływ czynników genetycznych i środowiskowych [2]. Postęp w diagnostyce prenatalnej i częstsze wykonywanie badań USG 3D, jak również wykorzystanie rezonansu magnetycznego płodu umożliwia rozpoznanie wady rozszczepowej już w 12 tygodniu ciąży, jednak większość rozszczępów rozpoznaje się między 18 a 22 tygodniem życia płodowego [3].

Wady strukturalne twarzy i czaszki charakteryzują się zaburzeniem równowagi funkcjonalnej pomiędzy częścią mózgową a twarzową czaszki, co prowadzi do powstawania deformacji wpływających na dalszy rozwój dziecka. Wady te mogą negatywnie oddziaływać na wygląd twarzy, funkcje oddechowe, proces połykania, słuch, mowę oraz ustawienie zębów. Do najczęstszych wad wrodzonych w obrębie twarzy i jamy ustnej zalicza się rozszczepy wargi górnej i/lub podniebienia, wyrostka zębodołowego, często współwystępujące z deformacjami nosa [5].

Z danych epidemiologicznych wynika, że każdego roku na świecie odnotowuje się około 140 000 urodzeń dzieci z rozszczepami. Statystyki wskazują, że przypadki jednostronnego rozszczepu wargi i podniebienia występują dwukrotnie częściej niż obustronne. W populacji rasy białej rozszczepy te pojawiają się z częstością 1,4 na 1000 urodzeń. Najwyższy wskaźnik tego rodzaju wad odnotowuje się wśród Azjatów i rdzennych mieszkańców Ameryki, natomiast najniższy dotyczy społeczności afroamerykańskich. W

Europie największą częstość występowania rozszczepów obserwuje się w krajach skandynawskich, gdzie wynosi ona od 1,4 do 2,2 na 1000 urodzeń [6].

W Polsce częstość występowania rozszczepów twarzy waha się od 1,07 do 1,7 na 1000 żywych urodzeń. Rozszczepy wargi znacznie częściej dotyczą chłopców, podczas gdy izolowane rozszczepy podniebienia występują około dwa razy częściej u dziewczynek [7].

Diagnozowanie rozszczepów może się odbyć już w okresie prenatalnym oraz okołoporodowym. Prawdopodobieństwo wykrycia wady rozszczepowych przy użyciu ultrasonografu, jest zależne od kilku czynników takich jak wieku płodu, użytej aparatury jak również zakresu wiedzy i umiejętności osoby robiącej badania [8]

Postęp w diagnostyce prenatalnej i częstsze wykonywanie badań USG 3D i 4D, jak również wykorzystanie rezonansu magnetycznego płodu umożliwia rozpoznanie wady rozszczepowej już w 12 tygodniu ciąży, jednak większość rozszczepów rozpoznaje się między 18 a 22 tygodniem życia płodowego. Rozszczep powinien być wykryty najpóźniej podczas badania obowiązkowego w 20-23 tygodniu ciąży. Najnowsza technologia pozwala na dokładną analizę obrazu i wykrycie nawet najmniejszych zmian w obrębie twarzy. Coraz więcej lekarzy poleca również wykonanie rezonansu magnetycznego w 30 tygodniu ciąży do szczegółowej oceny nasilenia wad rozszczepowych [9].

Dzięki badaniom prenatalnym rodzice, już wcześniej mogą przygotować siebie, jak również i lekarzy do przyjścia na świat dziecka z rozszczepem. Wówczas przygotowania do porodu są nieco inne i wymagają konsultacji specjalistycznej. Poród powinien się odbyć w klinice specjalistycznej aby zapewnić noworodkowi odpowiednią opiekę. Noworodki z rozszczepem, częściej potrzebują wentylacji sztucznej po urodzeniu a ryzyko wystąpienia zespołu błon szklistych jest u nich dwukrotnie wyższe. Możliwe jest także współistnienie wielu innych wad i chorób tj.: wady serca, stenoza jelita cienkiego, anomalie w obrębie ucha, wrodzone wady układu krwionośnego oraz wrodzone deformacje mięśniowo-szkieletowe kręgosłupa [10].

Istnieje wiele rodzajów rozszczepów w obrębie twarzoczaszki i jamy ustnej, co sprawia, że szczególne znaczenie ma ich odpowiednia klasyfikacja. Dotychczas nie opracowano jednolitego systemu podziału, który byłby powszechnie akceptowany, w sposób kompleksowy opisywał wszystkie rodzaje rozszczepów oraz ujmował je w całościowym ujęciu. Wśród najczęściej stosowanych klasyfikacji znajdują się systemy autorstwa Tessiera, Kernahana i Starka, Paradowskiej, Bardacha oraz Perczyńskiej-Partyki. Uproszczony podział został zaproponowany przez Veau, natomiast typologię rozszczepów opracował również van

der Meulen. Dodatkowo klasyfikacja rozszczepów znajduje się w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 [11].

Wieloletowe leczenie, które musi być wdrożone zaraz po urodzeniu dziecka, bardzo często trwa, aż do późnego okresu młodzieńczego. Wymaga to zaangażowania wielu specjalistów w dziedzinie ortodoncji, stomatologii, radiologii, chirurgii ortognatycznej, chirurgii plastycznej, pediatrii, logopedii, foniatrii. Należy również podkreślić, że wada rozszczepowa ma związek ze zwiększonym ryzykiem wcześniejszego zgonu pacjenta w perspektywie całego życia. Opieka po urodzeniu dziecka i w pierwszych latach jego życia stanowi bardzo istotny aspekt, gdyż wpływa na prawidłowy rozwój, a także osiągnięcie założonych celów leczenia: uzyskania szczelności warg i podniebienia, poprawy wyglądu estetycznego twarzy, umożliwienie prawidłowego oddychania, poprawę wymowy, leczenie wad zgryzu i osiągnięcie prawidłowej okluzji, zmniejszenie ryzyka próchnicy, jak również całościowego zadbania o rozwój emocjonalny [12].

CEL PRACY

Podstawowym celem badań w pielęgniarstwie jest odpowiedź na pytania lub rozwiązywanie określonych problemów w odniesieniu do profesji pielęgniarstwa. Do specyficznych celów badań pielęgniarstwa zalicza się identyfikowanie, opis, eksplorację, wyjaśnianie, przewidywanie i kontrolowanie. W obrębie każdej z wymienionych grup, można wyodrębnić pewne pytania i problemy badawcze [31].

Celem głównym prezentowanej przeze mnie pracy było ukazanie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem z rozszczepem wargi, podniebienia oraz wyrostka zębowo-dółowego.

Cel poznawczy pracy: poszerzenie wiedzy na temat rozszczepu wargi, podniebienia oraz wyrostka zębowo-dółowego.

Cel teoretyczny: opracowanie, na podstawie postawionych diagnoz, modelu opieki nad pacjentem z rozszczepem wargi, podniebienia oraz wyrostka zębowo-dółowego.

Cel praktyczny: wdrożenie właściwych działań pielęgnacyjno-opiekuńczych i edukacyjnych w odniesieniu do pacjenta z pacjentem z rozszczepem wargi, podniebienia oraz wyrostka zębowo-dółowego.

MATERIAŁ I METODYKA

W pracy zastosowano metodę indywidualnego przypadku, zwaną również studium indywidualnego przypadku lub metodą kazuistyczną. W zakresie wybranej metody badawczej

wykorzystano następujące techniki badawcze: obserwację, analizę dokumentów, wywiad pielęgniarski, pomiar. **W pracy wykorzystano następujące narzędzia badawcze:** Przewodnik do gromadzenia danych, Karta obserwacji położnicy i noworodka, Karta pielęgnowania noworodka, Karta monitorowania karmienia noworodka, Siatki centylowe, Badania przeprowadzono w **Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o.** ul. Juliana Aleksandrowicza 5. Badania przeprowadzono w dniach 10-20 października 2024 roku. Wyrażono zgodę na przeprowadzenie badań.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Noworodek płci męskiej urodzony w 35. Hbd drogą cięcia cesarskiego (10 punktów w skali Apgar) z rozpoznanym prenatalnie obustronnym rozszczepem wargi podniebienia oraz wyrostka zębowodolowego. U noworodka stwierdzono zaburzenia oddechowe co nie pozwoliło chociaż na krótko pokazać matce dziecko. Noworodek został poddany wstępnej ocenie neonatologa. Badanie potwierdziło, rozszczep wargi podniebienia oraz wyrostka zębowodolowego. W trakcie hospitalizacji noworodek wymagał leczenia, między innymi niewydolności oddechowej.

W dalszej kolejności wykonano pomiary antropometryczne, które wykazały: masę ciała wynoszącą 3600 g, długość ciemieniowo-piętową 52 cm, obwód głowy 34,5 cm oraz obwód klatki piersiowej 34 cm. Następnie przeprowadzono dwugodzinne kangurowanie przez ojca, po czym noworodek został przekazany na oddział Patologii Noworodka. Pobyt noworodka w szpitalu trwał 8 dni. Przedłużenie wypisu do domu wynikało z trudności w karmieniu, znacznego spadku masy ciała oraz wystąpienia fizjologicznej żółtaczki.

Pierwsza doba

Stan zdrowia dziecka został oceniony jako dobry. Badanie fizykalne potwierdziło obustronny rozszczep wargi i podniebienia, przy braku innych nieprawidłowości. Wykonano szczepienie ochronne przeciw WZW B, zabieg Credego oraz podano domięśniowo witaminę K. Matka podjęła próbę karmienia piersią, która okazała się nieudana. Wieczorem podano dziecku około 10 ml mleka modyfikowanego HiPP przy użyciu zwykłego smoczka.

Druga doba

Od drugiej doby życia noworodek przebywał z matką w systemie rooming-in na oddziale położniczym. Stan ogólny był dobry, skóra czysta i różowa. Wyniki badania

fizykalnego mieściły się w normie: akcja serca miarowa, tony czyste, szmer pęcherzykowy nad płucami, brzuch miękki bez patologicznych oporów, jama ustna czysta. Odnotowano spadek masy ciała do 3440 g. Przeskórny pomiar stężenia bilirubiny wyniósł 6,4 mg/dl. Wynik badania przesiewowego słuchu był prawidłowy, jednak ze względu na obecność czynników ryzyka zalecono kontrolę. Zgłoszono trudności podczas karmienia, gdyż dziecko szybko się męczyło i pobierało niewielką ilość pokarmu (5–10 ml) podczas 10-minutowych sesji.

Trzecia doba

Przeskórny pomiar bilirubiny wskazywał 7,3 mg/dl. Nadal obserwowano postępujący spadek masy ciała, pomimo karmienia wyłącznie mlekiem matki za pomocą specjalistycznej butelki. Dziecko szybko się męczyło, spożywało małe ilości pokarmu i reagowało płaczem. Matka wykazywała narastający stres i obniżony nastrój z powodu zaistniałej sytuacji. Zalecono karmienie w pozycji półpionowej, mniejsze porcje pokarmu w krótszych odstępach czasu, aby ograniczyć wysiłek dziecka. Zauważono również wysychanie błon śluzowych jamy ustnej oraz rogowacenie nabłonka. Przeprowadzone USG jamy brzusznej wykazało niewielkie poszerzenie miedniczek nerkowych, natomiast USG mózgowia ujawniło drobne nieprawidłowości w układzie komorowym, co wymagało powtórzenia badania za dwa dni.

Czwarta doba

Masa ciała dziecka spadła do 3290 g. Podjęto decyzję o zmianie butelki Haberman na smoczek Nuk zamykający szczelinę rozszczepową. Noworodek zaczął spożywać około 30 ml mleka w czasie 20 minut, bez nadmiernego męczenia się i krztuszenia. Badania krwi włóśniczkowej oraz poziom elektrolitów mieściły się w normie. W godzinach wieczornych zaobserwowano nasilenie zażółcenia skóry, a poziom bilirubiny w surowicy wyniósł 10,6 mg/dl, co jednak nie wymagało zastosowania fototerapii.

Piąta doba

W piątej dobie odnotowano spadek masy ciała przekraczający 10% masy urodzeniowej, co oznaczało wagę 3235 g. Zorganizowano rozmowę z matką na temat wprowadzenia wzmacniaczy mleka kobiecego. Matka wyrażała silny niepokój oraz lęk o stan dziecka. Przeprowadzono instruktaż dotyczący dozowania pokarmu poprzez delikatny ucisk butelki oraz obserwowania reakcji dziecka. Noworodek zaczął spożywać od 30 do 45 ml mleka podczas jednego karmienia. Wieczorny poziom bilirubiny wyniósł 13,6 mg/dl, co skutkowało wdrożeniem fototerapii. Kontrolne USG mózgowia wykazało poszerzenie układu

komorowego w zakresie rogów potylicznych oraz nieregularny lewy splot naczyniasty, co nie wymagało natychmiastowej interwencji, ale zalecono kontrolę po upływie miesiąca.

Szósta doba

Szósta doba pobytu była momentem przełomowym. Po raz pierwszy odnotowano wzrost masy ciała do 3260 g, co oznaczało przyrost o 25 g. Wprowadzenie wzmacniaczy mleka kobiecego oraz nowej techniki karmienia przyniosło oczekiwane efekty. Tego dnia dziecko zostało poddane trzygodzinnej fototerapii, po której wieczorny pomiar bilirubiny wyniósł 11 mg/dl, co pozwoliło na zakończenie leczenia fototerapią.

W trakcie ostatnich dwóch dni pobytu noworodka w szpitalu nie przeprowadzono już żadnych specjalistycznych badań. Ten czas poświęcono głównie na monitorowanie prawidłowego przyrostu masy ciała oraz ocenę skuteczności karmienia. Rodzice dziecka otrzymali szczegółowe wskazówki dotyczące pielęgnacji i postępowania z noworodkiem. Po ośmiodniowym pobycie w szpitalu matka wraz z dzieckiem, którego masa ciała wynosiła 3320 g, została wypisana do domu. Dziecko opuściło szpital w stanie ogólnym dobrym, a matka otrzymała zalecenia dotyczące dalszego postępowania oraz konieczności odbywania regularnych wizyt w poradniach specjalistycznych.

Podczas wywiadu przeprowadzonego z rodzicami uzyskano informacje na temat przebiegu ciąży, który nie odbiegał znacząco od dwóch poprzednich. Matka nie przyjmowała kwasu foliowego przed ciążą, lecz rozpoczęła jego suplementację w 8. tygodniu. Prowadziła zdrowy tryb życia, unikała palenia tytoniu oraz spożywania alkoholu. Pierwsze badanie prenatalne wykazało prawidłową przezierność fałdu karkowego i nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości w budowie narządów płodu. Jednak podczas badania ultrasonograficznego wykonanego w 19. tygodniu ciąży wykryto obustronny rozszczep wargi górnej. W związku z tym matka została skierowana do kliniki medycznej celem objęcia opieką w ramach programu badań prenatalnych.

Proces pielęgnowania pacjenta

- **Diagnoza pielęgniarska 1:** Trudności związane z karmieniem noworodka wynikające z nieefektywnego ssania.

Cel opieki: Poprawa fizjologii ssania oraz uzyskanie efektywnego pobierania pokarmu przez noworodka i wzrost masy ciała.

Plan opieki:

- Przeprowadzenie rozmowy z matką w celu zidentyfikowania istniejących trudności i problemów związanych z karmieniem.
- Edukacja matki w zakresie prawidłowej techniki i pozycji karmienia butelką, w tym wyższe ułożenie ciała dziecka pod kątem 45 stopni, co zapobiega odchyłaniu głowy do tyłu.
- Instruktaż dotyczący dozowania pokarmu poprzez delikatny ucisk palcami na butelkę lub smoczek w celu ułatwienia pobierania pokarmu.
- Zalecenie stosowania specjalistycznych smoczków i butelek przeznaczonych dla dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia.
- Sugerowanie karmienia dziecka małymi porcjami pokarmu w krótszych odstępach czasu, aby ograniczyć jego zmęczenie.
- Trzymanie dziecka w pozycji pionowej po karmieniu, aż do momentu odbicia powietrza.
- Zapewnienie matce holistycznego wsparcia, poświęcenie wystarczającej ilości czasu na naukę karmienia, aby zwiększyć jej pewność siebie i zmniejszyć lęk oraz niepokój.

Ocena efektów podjętych działań: W wyniku zastosowanych interwencji pielęgniarskich udało się zminimalizować niektóre problemy związane z karmieniem noworodka. Jednakże wada rozszczepowa wciąż wpływa na proces ssania, co uniemożliwia całkowitą eliminację wszystkich trudności.

- **Diagnoza pielęgniarska 2:** Utrudnione przyjmowanie pokarmów drogą doustną w wyniku zaburzeń połykania spowodowanych rozszczepem wargi i wyrostka zębodołowego.

Cel opieki: Ułatwienie spożywania posiłków i zapobieganie deficytom żywieniowym prowadzącym do spadku masy ciała noworodka.

Plan opieki:

- Ocena stopnia zaburzeń połykania oraz obserwacja epizodów ulewania podczas karmienia.
- Stosowanie odpowiedniego smoczka (z otworem umieszczonym od strony językowej) oraz butelki umożliwiającej nacisk, co ułatwia wypływ pokarmu; kontrola głębokości umieszczenia smoczka w jamie ustnej.

- Rozpoznawanie różnic między cichym, nieefektywnym ssaniem a efektywnym ssaniem podczas przyjmowania pokarmu.
- Podawanie posiłków w małych porcjach, powoli, ale częściej, aby dziecko nie odczuwało nadmiernego zmęczenia.
- Wprowadzenie 2–3 przerw podczas karmienia w celu umożliwienia dziecku odbicia połkniętego powietrza.
- Pilnowanie, aby czas karmienia nie przekraczał 30 minut, co pozwala uniknąć nadmiernego wysiłku dziecka.
- Ułożenie dziecka w pozycji wysokiej lub półwysokiej (kąt 30–45°) podczas i po karmieniu, unikając pozycji na brzuchu.

Ocena efektów podjętych działań: Zastosowane interwencje pielęgniarskie przyczyniły się do poprawy sposobu połykania dziecka, które spożywało pokarm bez objawów krztuszenia się i kaszlu. Nie zaobserwowano ryzyka aspiracji treści pokarmowej do dróg oddechowych, co świadczy o skuteczności wdrożonego planu opieki.

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Brak przyrostu masy ciała u noworodka zgodnego z obowiązującymi normami z powodu trudności z ssaniem.

Cel opieki: Uzyskanie przyrostu masy ciała noworodka zgodnego z wartościami określonymi w siatkach centylowych.

Plan opieki:

- Zwiększenie częstotliwości karmienia noworodka przy jednoczesnym podawaniu małych porcji pokarmu.
- Obserwacja liczby zmienianych pieluszek w ciągu doby w celu monitorowania przyjmowania płynów i wydalania.
- Zapewnienie odpowiedniego ubioru dziecka, aby uniknąć przegrzania skóry.
- Utrzymywanie temperatury pomieszczenia na poziomie 20–22°C.
- Kontrola wilgotności powietrza w zakresie 40–60%.
- Wprowadzenie wzmacniaczy pokarmu kobiecego po konsultacji z matką i zgodzie lekarza.
- Wykonanie badań diagnostycznych zgodnie z zaleceniami lekarskimi w celu wykluczenia innych przyczyn problemów z masą ciała.

Ocena efektów podjętych działań: Pomimo obustronnego rozszczepu wargi i podniebienia, które stanowiły główną przyczynę problemów z przyrostem masy ciała, wdrożone działania wpłynęły korzystnie na noworodka. Zaobserwowano poprawę w zakresie efektywnego karmienia oraz stabilizację emocji matki, która odczuła większą pewność i zmniejszenie lęku dotyczącego stanu dziecka.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Problem dotyczący utrzymania wilgotności błon śluzowych jamy ustnej oraz częste rogowacenie nabłonka.

Cel opieki: Zapobieganie nadmiernemu wysychaniu oraz uzyskanie optymalnego nawilżenia błon śluzowych jamy ustnej.

Plan opieki:

- Smarowanie czerwieni wargowej oraz błony śluzowej wyrostka zębodołowego preparatami nawilżającymi zawierającymi lanolinę.
- Częste przemywanie wargi i błon śluzowych jamy ustnej gazikami nawilżonymi przegotowaną wodą lub naparem z rumianku.
- Regularne wykonywanie inhalacji z użyciem soli fizjologicznej.
- Zapewnienie odpowiedniego poziomu nawilżenia powietrza w pomieszczeniu poprzez stosowanie nawilżaczy powietrza.
- Systematyczne usuwanie zrogowaciałego nabłonka po wcześniejszym namoczeniu w celu jego rozmiękczenia i łatwiejszego usunięcia.

Ocena efektów podjętych działań: W wyniku zrealizowanych interwencji pielęgniarskich uzyskano lepsze nawilżenie błon śluzowych jamy ustnej oraz rzadsze występowanie rogowacenia nabłonka. Problem ten wymaga jednak dalszej systematycznej kontynuacji działań, aby utrzymać uzyskane efekty i zapobiec nawrotom.

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Zażółcenie powłok skórnych spowodowane podwyższonym stężeniem bilirubiny we krwi noworodka.

Cel opieki: Obniżenie poziomu bilirubiny we krwi noworodka do wartości zgodnych z normami.

Plan opieki:

- Wykonywanie przezskórnego pomiaru stężenia bilirubiny oraz ocena poziomu bilirubiny w surowicy krwi zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

- Ocena nasilenia żółtaczki skóry według schematu Kramera.
- Przeprowadzanie fototerapii ciągłej zgodnie z zaleceniami: ustawienie lampy do fototerapii w odległości 40–50 cm od dziecka, regularna zmiana pozycji noworodka co 2–3 godziny oraz stosowanie okularów ochronnych w celu zabezpieczenia oczu dziecka.
- Monitorowanie stanu nawodnienia oraz temperatury ciała noworodka, aby zapobiec hipertermii i odwodnieniu wynikającym z ekspozycji na światło lampy.
- Wykonywanie badań laboratoryjnych na zlecenie lekarskie oraz obserwacja skóry w celu oceny stopnia ustępowania objawów żółtaczki.
- Prewencja powikłań związanych z podwyższonym stężeniem bilirubiny poprzez bieżące monitorowanie stanu zdrowia noworodka i dostosowywanie działań do wyników obserwacji.

Ocena efektów podjętych działań: Konsekwentne działania pielęgniarские przyczyniły się do obniżenia stężenia bilirubiny do wartości mieszczących się w normie. Po zastosowaniu fototerapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi żółtaczka fizjologiczna ustąpiła po dwukrotnej sesji naświetlania. Systematyczna ocena nawodnienia i kontrola temperatury ciała dziecka pozwoliły zapobiec powikłaniom wynikającym z podwyższonego poziomu bilirubiny.

- **Diagnoza pielęgniariska: 6:** Ryzyko pojawienia się powikłań u noworodka w trakcie zabiegu fototerapii.

Cel opieki: Minimalizowanie możliwości wystąpienia powikłań pozabiegowych u noworodka.

Plan opieki

- Przygotowanie inkubatora do naświetlania poprzez wyłożenie go białym kocem, w celu zintensyfikowania naświetlań.
- Przygotowanie kołderki fibrooptycznej.
- Przygotowanie okularów ochronnych dla dziecka.
- Bezpieczne ułożenie noworodka pod lampą.
- Częste zmiany ułożenia dziecka.
- Monitorowanie stanu temperatury dziecka.
- Monitorowanie poziomu nawodnienia dziecka.
- Mierzenie stężenia poziomu bilirubiny co 6 godzin.

- Odnutowywanie godzinę włączenia lampy, a także wszelkie przerwy na karmienie czy czynności higieniczne.

Ocena efektów podjętych działań:: zrealizowane działania, polegające na odpowiednim przygotowaniu dziecka do zabiegu pozwoliło na bezpieczne przeprowadzenie wszelkich czynności. Naświetlania przeprowadzone były w sposób ciągły, aż do spadku poziomu bilirubiny do bezpiecznego. Przeprowadzona fototerapia unormowała poziom bilirubiny, w konsekwencji czego nie wystąpiły żadne powikłania.

- **Diagnoza pielęgniarska 7:** Ryzyko wystąpienia problemów oddechowych oraz nawracających infekcji górnych dróg oddechowych.

Cel opieki: Uzyskanie efektywnego oddechu oraz zapobieganie infekcjom układu oddechowego.

Plan opieki:

- Utrzymywanie w sali temperatury powietrza na poziomie około 22°C oraz wilgotności powietrza na poziomie 60%.
- Regularne oczyszczanie jamy nosowej z zalegających wydzielin przy pomocy specjalnej gruszki lub aspiratora.
- Układanie noworodka do snu z lekko uniesioną głową w celu umożliwienia swobodnego przepływu powietrza oraz zmniejszenia ryzyka niedotlenienia.
- Karmienie noworodka w pozycji pionowej lub lekko skośnej, aby ułatwić oddychanie podczas przyjmowania pokarmu.
- Stosowanie butelek z wyprofilowanymi smoczkami, które wspierają prawidłowe funkcjonowanie układu oddechowego podczas karmienia.
- Zalecenie wczesnego rozpoczęcia leczenia laryngologicznego oraz wykonywanie badań diagnostycznych zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

Ocena efektów podjętych działań: Działania zgodne z opracowanym planem opieki skutecznie zapobiegły wystąpieniu problemów oddechowych u noworodka z rozszczepem wargi i podniebienia. Profilaktyczne postępowanie oraz odpowiednie monitorowanie stanu zdrowia pozwoliły uniknąć nawracających infekcji układu oddechowego.

- **Diagnoza pielęgniarska 8:** Ryzyko nieprawidłowego rozwoju żuchwy i wystąpienia zaburzeń zgryzu w okresie wzrastania.

Cel opieki: Zapobieganie powstaniu wad zgryzu.

Plan opieki:

- Układanie dziecka do snu z zastosowaniem niewielkiej, płaskiej poduszki pod główkę, tak aby warga górna swobodnie łączyła się z wargą dolną.
- Karmienie dziecka z użyciem specjalistycznych butelek i smoczków w pozycji pionowej lub lekko skośnej, najlepiej pod kątem 45 stopni, aby zapobiegać odchylaniu głowy do tyłu.
- Poinformowanie rodziców o konieczności stałej opieki ortodontycznej i stomatologicznej przez cały okres wzrastania dziecka.
- Systematyczne działania zapobiegające próchnicy zębów, aby uniknąć powikłań mogących wpłynąć na proces leczenia ortodontycznego.
- Stosowanie płytki podniebiennej oraz aparatów ortodontycznych zgodnie z zaleceniami lekarza w celu ułatwienia prawidłowego odżywiania i połykania, bez przesuwania języka w szczelinę rozszczepu.

Ocena efektów podjętych działań: Na tym etapie, ze względu na obecność wady, nie można w pełni ocenić potencjalnych zaburzeń w rozwoju żuchwy. Skuteczność wdrożonych działań oraz ewentualne problemy związane z rozwojem zgryzu będzie można ocenić dopiero na dalszych etapach rozwoju dziecka.

- **Diagnoza pielęgniarska 9:** Ryzyko odwodnienia spowodowane wysoką temperaturą ciała.

Cel opieki: Utrzymanie odpowiedniej temperatury ciała noworodka.

Plan opieki:

- Stałe kontrolowanie i monitorowanie temperatury ciała dziecka przy użyciu termometru zgodnie z zaleceniami.
- Utrzymywanie odpowiednich warunków termicznych na sali, zapewniając temperaturę na poziomie około 22°C i wilgotność powietrza na poziomie 40–60%.
- Monitorowanie doboru odzieży przez matkę i edukacja w zakresie reagowania na zmiany temperatury ciała dziecka, w tym zakładania cieplejszych ubrań lub dodatkowego przykrycia w przypadku obniżenia temperatury ciała.

Ocena efektów podjętych działań: Dzięki wdrożonym interwencjom udało się utrzymać stabilną temperaturę ciała noworodka, co pozwoliło zapobiec ryzyku odwodnienia i związanym z tym powikłaniom.

- **Diagnoza pielęgniarska 10:** Narastający wysiłek oddechowy utrudniający prawidłową wymianę gazową.

Cel opieki: Zmniejszenie wysiłku oddechowego oraz poprawa natlenienia tkanek i narządów.

Plan opieki:

- Ciągłe monitorowanie podstawowych parametrów życiowych dziecka (częstość oddechu, tętno, saturacja).
- Podawanie tlenoterapii biernej zgodnie z zaleceniami lekarskimi za pomocą dostępnych środków.
- Zastosowanie nieinwazyjnego wsparcia oddechowego nCPAP w celu zmniejszenia wysiłku oddechowego.
- Obserwacja objawów nasilenia duszności oraz sinicy.
- Zapewnienie optymalnej pozycji ciała wspomagającej oddychanie (wyższe ułożenie ciała, podparcie wałkami oraz podgięcie kończyn dolnych).
- Pobieranie krwi na badania gazometryczne w celu oceny efektywności wymiany gazowej.
- Stosowanie odpowiednich środków do pielęgnacji zgodnie z procedurami, aby zapobiegać powikłaniom.
- Regularna wymiana rurek i nawilżaczy zgodnie z zaleceniami producenta podczas dłuższej wentylacji.
- Pobieranie materiału z dróg oddechowych do badań bakteriologicznych w celu wykrycia ewentualnych infekcji.
- Obserwacja wydzieliny z dróg oddechowych (ocena koloru, ilości, konsystencji oraz ewentualnych domieszek, takich jak krew czy ropa).
- Wymiana filtrów oddechowych co najmniej raz na dobę.
- Unikanie stosowania wentylacji za pomocą worka samorozprężającego Ambu; w razie potrzeby zastąpienie go urządzeniem Neopuff dla lepszego wsparcia oddechu.

Ocena efektów podjętych działań: Dzięki zastosowanym interwencjom zmniejszył się wysiłek oddechowy dziecka, poprawiła się jakość oddychania, a wyniki badań

gazometrycznych mieściły się w granicach normy, co świadczy o skutecznej poprawie natlenienia tkanek i narządów.

- **Diagnoza pielęgniarska 11:** Ryzyko rozwoju zakażeń bakteryjnych, wirusowych oraz grzybiczych w wyniku wadliwości układu immunologicznego dziecka, na skutek zaburzeń układu białokrwionkowego.

Cel opieki: Minimalizowanie ryzyka infekcji wirusowych i bakteryjnych wraz z wczesnym wykrywaniem objawów infekcji.

Plan opieki:

- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki we wszystkich czynnościach pielęgniarskich.
- Przestrzeganie zasad reżimu sanitarnego, w tym procedury mycia i dezynfekowania rąk, zarówno przez personel medyczny jak również opiekunów czy osób odwiedzających.
- Przestrzeganie procedur pielęgniarskich przy działaniach diagnostyczno -lecniczych związanych z naruszeniem ciągłości skóry bądź błon śluzowych oraz regularna kontrola dostępu centralnego czy kaniul naczyniowych (częstotliwości co najmniej 2 razy/24h).
- Odpowiednia higiena zarówno otoczenia dziecka (sali szpitalnej) jak również higieny osobistej oraz pościelowej.
- Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu sali hospitalizowanego dziecka.

Ocena efektów podjętych działań: Odbyto rozmowę edukacyjną z rodzicami dziecka. Nie zaobserwowano objawów mogących świadczyć o infekcji.

- **Diagnoza pielęgniarska 12:** Ryzyko wystąpienia zakażenia linii wkłucia centralnego oraz powstania zapalenia odcewnikowego lub posocznicy.

Cel opieki: Minimalizacja ryzyka zakażenia oraz wczesne wykrycie jego objawów.

Plan opieki:

- Założenie jałowego opatrunku Tegaderm na miejsce wkłucia i regularna jego zmiana co 7 dni lub częściej, jeśli zachodzi taka potrzeba.
- Obserwacja miejsca wkłucia pod kątem cech zapalenia, takich jak zaczerwienienie, obrzęk czy wyciek.

- Przestrzeganie zasad jałowości podczas obsługi wkłucia centralnego.
- Mycie rąk zgodnie z procedurą przed każdą czynnością przy linii centralnej.
- Używanie jałowych rękawiczek podczas podłączania drenów oraz dezynfekcja portów i ujść do podaży leków.
- Stosowanie jałowych serwet podczas manipulacji przy wkłuciu, dbanie o drożność linii oraz regularne przepłukiwanie roztworem soli fizjologicznej.
- Zakładanie filtrów przeciwbakteryjnych na dreny oraz ograniczanie zbędnych połączeń drenów, aby zmniejszyć możliwość kontaminacji.
- Regularne kontrolowanie temperatury ciała noworodka w celu wykrycia pierwszych objawów infekcji.
- Prowadzenie dokładnej dokumentacji obserwacji miejsca wkłucia centralnego.
- Pobieranie próbek krwi z wkłucia na badania bakteriologiczne zgodnie z zaleceniami.

Ocena efektów podjętych działań:

Dzięki wdrożonym działaniom ryzyko zakażenia linii wkłucia centralnego zostało zminimalizowane. Badania bakteriologiczne wykazały prawidłowe wyniki, co potwierdza skuteczność zastosowanych procedur profilaktycznych.

- **Diagnoza pielęgniarska 13:** Wystąpienie problemów emocjonalnych u rodziców dziecka.

Cel opieki: Zapewnienie rodzicom wsparcia emocjonalnego i pomoc w radzeniu sobie z trudną sytuacją.

Plan opieki:

- Stosowanie pozytywnego i wspierającego podejścia przez cały zespół medyczny w kontakcie z dzieckiem i jego rodziną.
- Okazywanie otwartości, życzliwości oraz empatii przez personel pielęgniarski.
- Przekazywanie rodzicom rzetelnych, jasnych i aktualnych informacji na temat przebiegu leczenia dziecka oraz oczekiwanych efektów terapii.
- Zapewnienie rodzicom możliwości skorzystania z profesjonalnego wsparcia terapeutycznego, w tym rozmów z psychologiem klinicznym.

Ocena efektów podjętych działań: Dzięki wdrożonym działaniom zmniejszyły się problemy emocjonalne rodziców. Wykazują większą akceptację sytuacji i świadomość konieczności uczestnictwa w procesie leczenia oraz dbania o prawidłowy rozwój dziecka. Rodzice są

bardziej zaangażowani i wykazują pozytywne podejście do podejmowanych działań terapeutycznych.

- **Diagnoza pielęgniarska 14:** Lęk i niepokój rodziców spowodowany pobytem dziecka w szpitalu oraz niedostateczna wiedza na temat rozszczepu wargi.

Cel opieki: Zmniejszenie lęku u rodziców oraz edukacja w zakresie postępowania z dzieckiem.

Plan opieki:

- Przeprowadzenie rozmowy z rodzicami, wyjaśnienie wszelkich wątpliwości oraz udzielanie odpowiedzi na zadane pytania.
- Informowanie rodziców o przebiegu wykonywanych procedur diagnostycznych i leczniczych.
- Zachęcanie rodziców do czynnego udziału w opiece nad dzieckiem podczas pobytu na oddziale, aby zwiększyć ich zaangażowanie i poczucie kontroli nad sytuacją.
- Zaproponowanie rodzicom rozmowy z psychologiem w celu udzielenia im profesjonalnego wsparcia emocjonalnego.
- Wyjaśnienie rodzicom konieczności kontaktu z lekarzem w przypadku pojawienia się jakichkolwiek problemów zdrowotnych u dziecka po wypisie ze szpitala.
- Przeprowadzenie edukacji dotyczącej prawidłowej pielęgnacji jamy ustnej dziecka z rozszczepem.
- Zalecenie rodzicom obserwacji dziecka pod kątem niepokojących objawów, takich jak trudności z oddychaniem, krztuszenie czy zmiana barwy skóry.

Ocena efektów podjętych działań: Dzięki realizacji planu opieki lęk rodziców został zredukowany, a ich poziom pewności siebie wzrósł. Rodzice zdecydowali się na rozmowę z psychologiem oraz zostali odpowiednio wyedukowani na temat dalszego postępowania z dzieckiem po wypisie ze szpitala. Wykazali gotowość do realizacji zaleceń oraz świadomego monitorowania stanu zdrowia dziecka.

- **Diagnoza pielęgniarska 15:** Obniżenie nastroju i zmęczenie występujące u matki.

Cel opieki: Poprawa komfortu psychicznego matki.

Plan opieki:

- Rozmowa z matką o jej samopoczuciu.

- Wspomaganie matki w opiece nad dzieckiem.
- Umożliwienie rozmowy z lekarzem.
- Zachęcenie do kontaktu z innymi rodzicami dzieci z rozszczepem wargi.
- Zapewnienie konsultacji psychologicznej.

Ocena efektów podjętych działań: w wyniku zrealizowanych działań nastrój matki wyrównał się.

- **Diagnoza pielęgniarska 16:** Brak wiedzy rodziców na temat pielęgnowania dziecka z rozszczepem wargi w warunkach domowych.

Cel opieki: przekazanie rodzicom odpowiedniej wiedzy na temat pielęgnowania noworodka po powrocie do domu.

Plan opieki:

- Przekazanie wiedzy rodzicom na temat używania odpowiednich smoczków do karmienia dziecka z rozszczepem wargi.
- Edukacja rodziców w zakresie trzymania butelki po skosie
- Edukacja rodziców w zakresie postępowania w sytuacji przedostania się mleka przez nos
- Przekazanie wiedzy rodzicom na temat dbania o higienę jamy ustnej i nosowej.
- Odpowiednie przeszkolenie rodziców i angażowanie w opiekę nad dzieckiem w czasie pobytu w szpitalu co umożliwia zapewnienie właściwej opieki nad noworodkiem po wypisie do domu.

Ocena efektów podjętych działań: w wyniku podjętych działań rodzice posiadają odpowiedni poziom wiedzy i umiejętności w opiece nad noworodkiem z rozszczepem.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonego badania opartego na metodzie indywidualnego przypadku noworodka urodzonego z obustronnym rozszczepem wargi, podniebienia i wyrostka zębowodolowego można sformułować następujące wnioski obrazujące holistyczną rolę zespołu pielęgniarskiego w procesie opieki nad pacjentem z poważną wadą wrodzoną:

1. U noworodka wystąpiły charakterystyczne dla rozszczepu trudności w karmieniu, prowadzące do znacznego spadku masy ciała oraz problemów z utrzymaniem

odpowiedniego nawodnienia i odżywienia. Objawy te były następstwem anatomicznych zmian oraz osłabionej wydolności podczas pobierania pokarmu.

2. Proces opieki nad noworodkiem wymagał intensywnej obserwacji, szczególnie pod kątem monitorowania parametrów życiowych, wyników badań biochemicznych oraz występowania powikłań, takich jak żółtaczka fizjologiczna czy potencjalne nieprawidłowości neurologiczne wykryte w badaniach obrazowych. Kluczowe było wdrożenie odpowiednich strategii, takich jak zastosowanie specjalistycznych butelek i wzmacniaczy mleka kobiecego.
3. Matka dziecka wykazywała obniżenie nastroju, lęk oraz stres związany z sytuacją zdrowotną dziecka, co świadczy o konieczności objęcia rodziny kompleksowym wsparciem psychologicznym. Pomoc personelu w zakresie edukacji oraz instruktażu dotyczącego opieki nad dzieckiem pozwoliła na poprawę poczucia kompetencji rodzicielskich.
4. Opieka pielęgniarska skupiała się na monitorowaniu wydolności oddechowej, zapobieganiu odwodnieniu oraz wsparciu karmienia poprzez odpowiednie techniki i akcesoria. Stałe konsultacje z zespołem medycznym umożliwiły bieżące dostosowywanie leczenia do potrzeb dziecka i przyczyniły się do poprawy jego stanu ogólnego.
5. Rodzice noworodka, mimo początkowych trudności, wykazali wysoki poziom zaangażowania w proces leczenia i pielęgnacji dziecka, co sprzyjało adaptacji do nowej sytuacji. Akceptacja diagnozy i otwartość na zalecenia medyczne zwiększyły szanse na prawidłowy rozwój dziecka oraz skuteczne wdrażanie zaleceń po wypisie ze szpitala.

PIŚMIENNICTWO

1. Antoszevska B.: Rozszczep wargi i podniebienia - czynniki ryzyka. Ginekologia Polska 2017; 76: 77-80.
2. Bednarczyk M.: Wsparcie laktacji i profesjonalna pomoc w karmieniu naturalnym dla matek dzieci urodzonych przedwcześnie i z wadami anatomicznymi twarzoczaszki na podstawie piśmiennictwa i własnego doświadczenia. Development Period Medicine 2016; XX(5): 358–371.

3. Bednarek A.J., Mianowana V., Jachorek M.: Oczekiwania rodziców hospitalizowanych noworodków w zakresie realizowanej opieki. *Via Medica*, Gdańsk 2011: 27–33.
4. Bilińska M., Osmola K.: Rozszczep wargi i podniebienia – czynniki ryzyka, diagnostyka prenatalna i konsekwencje zdrowotne. *Ginekologia Polska* 2015; 86: 862-864.
5. Budner M., Strużyna J.: Rozszczep podniebienia. *Chirurgia Plastyczna i Oparzenia*, 2014; 2(2): 97–104.
6. Fijałkowska M., Antoszewski B.: Częstość występowania różnych typów rozszczeptów czaszkowo-twarzowych w jednym ośrodku w okresie 34 lat. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2020; 92: 29-32.
7. Domańska M., Domański D.: Genetyczne uwarunkowania rozszczeptu różnych typów rozszczeptów czaszkowo-twarzowych. *Ginekologia Polska* 2016; 44: 23-26.
8. Dudkiewicz Z.: Wady rozwojowe twarzoczaszki. [w:] *Chirurgia dziecięca. Poradnik dla lekarzy pierwszego kontaktu*, A. Wagner (red.). PZWL, Warszawa 2007: 278-284.
9. Dobrakowska S.: Opieka nad noworodkiem z rozszczeptem wargi i podniebienia. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia* 2021; 1-4: 13-16.
10. Zegadło J.: Noworodek z rozszczeptem wargi górnej i/lub podniebienia, wyrostka zębodołowego wraz z współtowarzyszącymi zniekształceniami nosa. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2016; 9: 14-16.
11. Machorowska-Pieniążek A., Brzoza-Drobos M.: Rozszczepty podniebienia pierwotnego i wtórnego – postępowanie ortodontyczne we wczesnym etapie rozwoju osobniczego przedstawione na podstawie piśmiennictwa i doświadczeń własnych. *Forum Ortodontyczne* 2021; 17(3): 227-229.
12. Kobus K.: Wady rozszczepowe części twarzoczaszki [w:] *Chirurgia twarzowo-szczękowa*, L. Kryst (red.). PZWL, Warszawa 2012: 384-414.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z MUKOWISCYDOZĄ

Anna Czaja¹, Paulina Kalinowska², Rafał Milewski³

1- *Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

2- *Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

3- *Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

WPROWADZENIE

Mukowiscydoza to wieloukładowa choroba genetyczna wywołana mutacją genu odpowiedzialnego za kodowanie białka błonowego, która prowadzi do przewlekłej postępującej choroby oskrzelowo-płucnej oraz zaburzeń wchłaniania i trawienia [1]. Istnieje wiele mutacji genu powodującego chorobę, najczęściej występującą mutacją jest delta F 508, który prowadzi do zaburzeń syntezy i transportu białka CFTR. Choroba pierwszy raz została opisana przez Dorotę Andersen w 1938 roku. Uważano ją za chorobę pediatryczną, na którą umierało ponad 70% dzieci w pierwszym roku życia. Najczęstszymi powodami śmierci była niedrożność smółkowa jelit, ciężkie niedożywienie lub niewydolność oddechowa [2]. Mukowiscydoza obecnie dotyka 70 000 dzieci i dorosłych na całym świecie [3], a w Polsce choruje na nią około 2 400 osób.

Wczesne wykrycie choroby jest możliwe dzięki badaniu przesiewowym noworodków, które polega na oznaczeniu stężenia immunoreaktywnego trypsynogenu (IRT) lub trypsyny z kropli krwi włośniczkowej pobranej z piąty między 3 a 6 dobą życia na bibułę. Testem wykonywanym u pacjentów z podejrzeniem mukowiscydozy jest test potowy, który polega na oznaczeniu stężenia elektrolitów w pocie. Wynik stężenia chlorków w pocie powyżej 59 mmol/l są typowe dla chorych na mukowiscydozę [4]. Dzięki wprowadzeniu testu przesiewowego noworodków możliwe jest wczesne wykrycie choroby. Wynika z niego, że na około 5 000 urodzeń jedno dziecko będzie chore na mukowiscydozę. Na podstawie tych wyników można stwierdzić, że rocznie przybywa 70-80 nowych chorych. Średnia długość życia osoby chorej na mukowiscydozę stale się wydłuża. Niestety w Polsce ta średnia jest krótsza o 10-15 lat niż w krajach wysokorozwiniętych [5]. Sposób dziedziczenia mukowiscydozy jest autosomalny recesywny, co powoduje, że rodzeństwo chorego dziecka ma 25% szans na zachorowanie [6].

Leczenie mukowiscydozy polega na spowolnieniu postępującej choroby oskrzelowo-płucnej, leczenie zaostrzeń choroby oraz na leczeniu chorób współistniejących i powikłań choroby. Konieczne jest leczenie przez różnych specjalistów lekarzy, fizjoterapeutów, dietetyków i psychologów, których leczenie powinno dotyczyć chorego, jaki i jego rodziny przez cały okres walki o zdrowie [7].

Badaniem objęto pacjenta, w wieku 1,5 miesiąca, z rozpozną mukowiscydozą, hospitalizowanego w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku, w Klinice Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia, Alergologii i Pulmonologii. Materiał został zebrany na podstawie obserwacji własnej oraz wywiadu pielęgniarskiego. Analizie poddano dokumentację medyczną chorego: historię choroby pacjenta, indywidualną kartę zleceń, kartę gorączkową, wyniki badań laboratoryjnych i dodatkowych.

W celu postawienia diagnozy pielęgniarskiej oraz ustalenia postępowania pielęgnacyjnego posłużono się metodą procesu pielęgnowania. Na podstawie analizy zebranych danych oraz wywiadu rozpoznano indywidualne problemy pielęgnacyjne pacjenta. Uzyskany materiał posłużył do opracowania indywidualnego planu opieki oraz wskazówek do dalszej pielęgnacji pacjenta dla jego opiekunów.

ROZWINIĘCIE

Dnia 8.04.2024 r. został przyjęty pacjent Hubert R. w wieku 1,5 miesiąca. Pacjent przekazany z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci i Młodzieży z Pododdziałem Pooperacyjnym i Leczenia Bólu UDSK w Białymstoku w celu kontynuacji leczenia. U pacjenta rozpoznano mukowiscydozę w teście przesiewowym, stwierdzono mutację delta F508 w homozygocie.

Dziecko urodzone 21.02.2024 r. drogą cesarskiego cięcia w 35, 3/7 tygodniu ciąży, ocenione na 9 punktów w skali Apgar. Masa urodzeniowa wynosiła 1630 gramów, z cechami hipotrofii. Okres okołoporodowy powikłany niedrożnością smółkową z perforacją jelita krętego, zapaleniem otrzewnej i obecnością microcolon. 25.02.2024 r. wykonano operację z wyłonieniem ileostomii dwulufowej. Z powodu niedrożności proksymalnej stomii jelitowej dnia 17.03.2024 r. wyłoniono stomię pętlową. Na Oddziale Intensywnej Terapii stosowano antybiotykoterapię skojarzoną, podawano Ampicylinę oraz Gentamycynę. Chłopiec od 25.02.2024 do 2.04.2024 r. wspomagany respiratoroterapią.

Pacjent w 6 dobie pobytu, w stanie ogólnym średnim, na oddechu własnym, parametry życiowe w granicach normy. Podczas badania fizykalnego zaobserwowano zażółconą skórę z

szarym zabarwieniem na twarzy, słabo rozwiniętą tkankę podskórną, blizny pooperacyjne i szwy w powłokach skóry jamy brzusznej. Pacjent karmiony przez zgłębnik żołądkowy pokarmem matki oraz mlekiem modyfikowanym Bebilon Pepti 1. Zaobserwowano śluzowe zaleganie w jamie nosowej oraz podsychające śluzówki jamy ustnej. Lufa stomijna górna zaopatrzona workiem stomijnym, w worku żółto-zielona treść kałowa. Zaobserwowano podciekanie treści kałowej oraz zaczerwienienie skóry wokół stomii. Lufa stomijna dolna zabezpieczona opatrunkiem jałowym. Dziecko bardzo niespokojne, płaczące. W badaniu osłuchowym stwierdzono pojedyncze firczenia nad polami płucnymi oraz szmer skurczowy nad sercem. Dodatkowe badania wykazały niskie wykładniki stanu zapalnego, cholestazy wątrobowej, narastające transaminazy przy prawidłowych parametrach układu krzepnięcia oraz niskie stężenie elastazy w kale.

Plan opieki pielęgniarskiej.

- **Diagnoza pielęgniarska 1:** Utrudnione oddychanie spowodowane zaleganiem śluzowej wydzieliny w górnych i dolnych drogach oddechowych.

Cel opieki: Ułatwienie oddychania poprzez zmniejszenie zalegania wydzieliny.

Działania pielęgniarskie:

- Wykonanie inhalacji z NaCl 0,9% w celu rozrzedzenia wydzieliny.
- Regularne oklepywanie, uciskanie klatki piersiowej wspomagając wydech.
- Prowokowanie kaszlu w pozycjach drenażowych.
- Wykonywanie ćwiczeń wspomagających drenaż, takich jak kołysanie i huśtanie.
- Zapewnienie odpowiedniego nawilżania powietrza i temperatury otoczenia.
- Usuwanie wydzieliny według potrzeb zgodnie ze zleceniem lekarza.
- Monitorowanie parametrów życiowych: jakości i częstości oddechów.

Ocena działań pielęgniarskich: W drogach oddechowych zalega mniej wydzieliny.

- **Diagnoza pielęgniarska 2:** Zaczerwieniona skóra wokół stomii z powodu podciekania treści kałowej z worka stomijnego.

Cel opieki: Zmniejszenie zaczerwienienia skóry wokół stomii i prawidłowe założenie worka stomijnego.

Działania pielęgniarskie:

- Dokładne oczyszczenie skóry wokół stomii.
- Zabezpieczenie przed ponownym przeciekaniem, przez użycie pasty uszczelniającej.
- Dopasowanie odpowiedniego rozmiaru płytki oraz worka stomijnego.
- Częsta kontrola szczelności układu zbierającego treść jelitową.
- Monitorowanie skóry wokół stomii pod kątem wystąpienia oznak zapalenia, podrażnienia.
- Regularna wymiana worka stomijnego.
- Nauczenie rodziców prawidłowego zakładania worka stomijnego.
- Nauczenie rodziców prawidłowej pielęgnacji skóry wokół stomii.

Ocena działań pielęgniarских: Nowy worek stomijny nie przecieka, a skóra wokół stomii jest mniej zaczerwieniona.

- **Diagnoza pielęgniarська 3:** Ryzyko wystąpienia zmian troficznych spowodowanych wysychaniem śluzówki jamy ustnej.

Cel opieki: Zapobieganie wysychaniu śluzówki jamy ustnej.

Działania pielęgniarские:

- Zapewnienie odpowiedniego stanu nawodnienia pacjenta.
- Prowadzenie bilansu płynów.
- Przemywanie ust zwilżona gazą.
- Obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia objawów odwodnienia.
- Edukacja rodziny na temat metod oczyszczania jamy ustnej.

Ocena działań pielęgniarских: Śluzówka jamy ustnej nie jest wysuszona.

- **Diagnoza pielęgniarська 4:** Cofanie się treści pokarmowej i możliwość ulewania.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka cofania się treści pokarmowej.

Działania pielęgniarские:

- Sprawdzenie położenia zgłębnika żołądkowego każdorazowo przed rozpoczęciem karmienia.
- Karmienie częściej w mniejszych ilościach.
- Dokładne odbijanie po skończeniu karmienia.

- Położenie dziecka z głową lekko uniesioną (np. na małej, płaskiej poduszce) bezpośrednio po karmieniu.
- Kontrola masy ciała pacjenta czy odpowiednio przybiera na masie.
- Kontrola podstawowych parametrów życiowych.

Ocena działań pielęgniarских: Dziecko po karmieniu rzadziej ulewa.

- **Diagnoza pielęgniarская 5:** Ryzyko wystąpienia zakażenia ran z powodu obecności szwów w powłokach skóry jamy brzusznej.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia zakażenia ran.

Działania pielęgniarские:

- Podczas zmiany opatrunku przestrzegania zasad aseptyki i antyseptyki.
- Obserwacja rany pod kontem wystąpienia objawów zakażenia rany, takich jak zaczerwienienie, obrzęk w okolicy brzegów rany, sącząca się wydzielina ropna.
- Kontrola parametrów życiowych takich jak temperatury ciała i tętno.
- Podawanie środków przeciwbólowych na zlecenie lekarza.

Ocena działań pielęgniarских: Zmniejszono ryzyko wystąpienia zakażenia rany.

- **Diagnoza pielęgniarская 6:** Wystąpienie niepokoju i płaczliwość dziecka.

Cel opieki: Uspokojenie dziecka.

Działania pielęgniarские:

- Umożliwienie bliskiego kontaktu z rodzicami, zapewnienie intymności.
- Zaspokojenie potrzeb fizjologicznych dziecka.
- Zapewnienie odpowiedniej temperatury na sali.
- Przygotowanie warunków umożliwiających zaśnięcie, w postaci m.in. przygaszonego światła.
- Mówienie do dziecka spokojnym tonem.
- Edukacja rodziców w zakresie opieki na dzieckiem.

Ocena działań pielęgniarских: Pacjent jest spokojniejszy.

- **Diagnoza pielęgniarская 7:** Obawy rodziców o stan zdrowia dziecka.

Cel opieki: Uspokojenie i poprawa samopoczucia rodziców.

Działania pielęgniarские:

- Zapewnienie możliwości całodobowego kontaktu z dzieckiem.
- Pomoc przy wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych.
- Zaproponowanie skontaktowania się z psychologiem.
- Edukacja rodziców w zakresie wykonywanych czynności pielęgniarских przy pacjencie.
- Umożliwienie rozmowy z lekarzem prowadzącym.
- Nauczenie rodziców czynności pielęgnacyjnych takich jak zmiana worka stomijnego oraz opiekuńczych takich jak kąpiel dziecka.

Ocena działań pielęgniarских: Rodzice wydają się spokojniejsi.

- **Diagnoza pielęgniarська 8:** Brak wiedzy rodziców na temat opieki i pielęgnacji dziecka z mukowiscydozą.

Cel opieki: Zwiększenie wiedzy rodziców na temat opieki i pielęgnacji dziecka z mukowiscydozą.

Działania pielęgniarские:

- Rozmowa z rodzicami na temat choroby, jaki jest jej przebieg, jakie są objawy, sposoby leczenia.
- Dokładne tłumaczenie czynności, które są wykonywane przez personel pielęgniarський.
- Zachęcenie rodziców do samodzielnego pielęgnowania dziecka pod naszym nadzorem.
- Przekazanie rodzicom materiałów edukacyjnych dotyczących choroby.
- Poinformowanie rodziców o istnieniu grup wsparcia chorych na mukowiscydozę i ich rodzin.

Ocena działań pielęgniarских: Rodzice mają większą wiedzę w zakresie pielęgnacji i opieki nad dzieckiem z mukowiscydozą.

Wskazówki do samoopieki.

Pielęgnacja stomii:

1. Dobranie odpowiedniego sprzętu do wielkości i rodzaju stomii:
 - miarka do sprawdzenia wielkości stomii,
 - worek z możliwością opróżniania,
 - płytka,

- pasta uszczelniająca.
- 2. Dobierając produkty trzeba wziąć pod uwagę wiek, wzrost, wagę, powierzchnię brzucha, lokalizację stomii, ruchliwość dziecka.
- 3. Instrukcja zmiany worka stomijnego:
 - Przed rozpoczęciem zmiany worka stomijnego należy opróżnić jego zawartość.
 - Dokładnie oczyścić skórę wokół stomii, przy pomocy ciepłej wody z mydłem oraz środek przeznaczony do usuwania pozostałości kleju.
 - Obserwacja pod kątem wystąpienia zaczerwienienia, podrażnienia skóry wokół stomii.
 - Delikatne osuszanie, bez mocnego pocierania skóry wokół stomii.
 - Należy unikać środków tłustych, które mogą zmniejszyć przyczepność płytki do skóry.
 - Przy pomocy miarki z opakowania worków dopasować rozmiar tak by otwór był blisko stomii, ale jej nie dotykał, przerwa powinna wynosić 1-2 mm, po dobraniu odpowiedniego rozmiaru należy go odrysować na płytce i wyciąć.
 - Nałożenie pasty uszczelniającej dokładnie na skórę wokół stomii, tak by zabezpieczyć ją przed masą kałową.
 - Naklejenie dopasowanej płytki i przyłączenie worka stomijnego [8].

Pielęgnacja zgłębnika żołądkowego:

- Przed każdym karmieniem należy sprawdzić czy zgłębnik nadal znajduje się w żołądku.
- Potrzebny do tego będzie stetoskop i strzykawka 10ml.
- Stetoskop przykładamy w lewej części nadbrzusza i wysłuchujemy bulgoczących dźwięków po wprowadzeniu ok 10 ml powietrza, po sprawdzeniu odciągamy taką samą ilość powietrza jaką wprowadziliśmy.
- Położenie zgłębnika trzeba sprawdzać również po każdym ataku kaszlu, wymiotach i czynnościach pielęgnacyjnych.
- Po upewnieniu się, że zgłębnik jest na odpowiednim miejscu, przed podaniem pokarmu lub leków trzeba przepłukać zgłębnik przegotowaną wodą o temperaturze pokojowej. Po skończonym karmieniu lub po podaniu leków również trzeba to zrobić.

- Podawane pokarmy i płyny nie mogą być gorące ani bardzo zimne, żeby nie uszkodzić ścian żołądka lub zgiębnika. Konsystencja podawanych pokarmów powinna być na tyle rzadka by nie zatykać zgiębnika.
- Raz dziennie powinno się oczyszczać przewody nosowe solą fizjologiczną, zmieniać mocowanie zabezpieczające zgiębnik oraz oceniać stan skóry pod plastrem [9].

Odżywianie:

- Dzieci z mukowiscydozą często cierpią na niedożywienie. Aby niemowlę prawidłowo się rozwijało oraz żeby opóźnić postępy choroby należy zadbać o odpowiedni stan odżywienia.
- Zalecane jest karmienie pokarmem matki, do co najmniej 6 miesiąca życia.
- Dieta dziecka powinna być wysokobiałkowa, wysokotłuszczowa i wysokoenergetyczna, ponieważ dzieci chore na mukowiscydozę mają większe zapotrzebowanie kaloryczne niż dzieci zdrowe.
- Suplementacja witamin A, D, E, K, rozpuszczalnych w tłuszczach, w dobranej indywidualnie dawce po ocenie ich stężenia w surowicy krwi. Podawanie witamin w trakcie posiłku zawierającego źródło tłuszczu.
- Podawanie enzymów trzustkowych przepisanych przez lekarza. Granulki wysypane z kapsułki należy podawać w środowisku o kwaśnym pH (np. w kropli wit. C w małej ilości wody), lek trzeba podawać na początku karmienia i/lub w trakcie.
- Uzupełnianie diety o chlorek sodu, stosując 10% roztwór chlorku sodu w dawce do 2 ml na kg mc./dobę, dawkę dobową należy podzielić na kilka porcji i podawać przez cały dzień razem z mlekiem.
- Rozszerzanie diety należy rozpocząć po 17 tygodniu życia. Należy wziąć pod uwagę stan odżywienia niemowlęcia oraz rozwój umiejętności przyjmowania pożywienia, a rozszerzanie diety powinno przebiegać według aktualnych zaleceń dla dzieci zdrowych. Pierwszym produktem u dzieci chorych na mukowiscydozę jest mus owocowy, najczęściej jabłkowy do podawania enzymów trzustkowych. Kolejne podkuty powinny być podawane są jak u zdrowych rówieśników [10, 11].

Fizjoterapia:

- Istotnym elementem leczenia jest regularne i sumienne wykonywanie ćwiczeń.

- Stosowanie drenażu zmodyfikowanego, układanie dziecka w trzech pozycjach: na brzuchu przodem, na lewym oraz na prawym boku, w pozycji półsiedzącej. W każdej z pozycji dziecko powinno leżeć od 5 do 10 min.
- Delikatne oklepywanie klatki piersiowej dziecka, kiedy leży w pozycjach drenażu zmodyfikowanego. Rękę należy złożyć w kształt miseczki i rytmicznie oklepywać, od dołu ku górze. Oklepywanie powinno być wykonywane z odpowiednią siłą, nie należy robić tego za mocno, aby nie powodować dyskomfortu.
- Stymulowanie kaszlu przez uciśnięcie szpatułką podstawę języka, tak jak lekarz przy badaniu lub prowokując dziecko do spontanicznego śmiechu [12].

Inhalacje:

- Inhalator musi być dobrany przez specjalistów.
- Maskę do inhalacji musi być odpowiedniej wielkości dla niemowląt. Maskę powinna dokładnie przylegać do buzi dziecka obejmując nos i usta. W przypadku, gdy maska jest za luźna i spada można ją dopasować ściągając gumki.
- Podczas inhalacji maska powinna przylegać do buzi dziecka.
- Dziecko nie może przebywać w pozycji leżącej płasko na plecach, tułów dziecka powinien być lekko uniesiony.
- Po zakończeniu inhalacji należy przetrzeć buzię i oczy dziecka przegotowaną wodą.
- Po każdej inhalacji należy dokładnie umyć inhalator: zdemontować każdą część i zanurzyć w ciepłej, przegotowanej wodzie z dodatkiem płynu do naczyń, po umyciu należy wypłukać przegotowaną wodą, dokładnie wysuszyć np. przy użyciu gorącego powietrza z suszarki do włosów. Ważne jest by części były dobrze wysuszone, bo nawet małe pozostałości wody mogą przyczynić się do rozwoju bakterii. Oprócz mycia 2-3 razy w tygodniu należy wykonać sterylizację. W tym celu można skorzystać z wyparzaczy, do których najlepiej używać wody destylowanej i stosować się do czasu wyparzania podanego przez producenta, lub części inhalatora gotować przez 15 minut w wodzie destylowanej lub wodzie kranowej z niewielką ilością octu.
- Sprzęt należy przechowywać w specjalnie do tego przeznaczonych, zamykanych pojemnikach [13].

Wsparcie psychologiczne:

- Ważne jest wsparcie psychologiczne dla rodziców oraz dla dziecka chorującego na mukowiscydozę.
- Istnieją grupy wsparcia dla chorych na mukowiscydozę i ich rodzin takie jak: Fundacja mukobohaterowie. Wsparcie dla rodzica po diagnozie mukowiscydozy u dziecka. Fundacja Oddech Życia. Mukowiscydoza - internetowa grupa wsparcia. [14, 15].

PODSUMOWANIE

Na podstawie piśmiennictwa opisano etiologię i epidemiologię, diagnostykę i objawy mukowiscydozy. Uwzględniono także sposoby leczenia takie jak fizjoterapia, farmakoterapia, leczenie żywieniowe, przeszczep oraz terapia genowa.

W powyższej pracy został przeanalizowany indywidualny przypadek pacjenta w wieku 1,5 miesiąca, przekazanego z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci i Młodzieży z Pododdziałem Pooperacyjnym i Leczenia Bólu UDSK w Białymstoku do Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia, Alergologii i Pulmonologii w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Pacjent z rozpoznaną w teście przesiewowym mukowiscydozą, ze stwierdzoną mutacją delta F580 w homozygocie.

W planie pielęgnacyjnym opisano problemy wynikające z podstawowej choroby pacjenta oraz powikłań:

- Utrudnione oddychanie spowodowane zaleganiem śluzowej wydzieliny w górnych i dolnych drogach oddechowych.
- Zaczerwieniona skóra wokół stomii z powodu podciekania treści kałowej z worka stomijnego.
- Ryzyko wystąpienia zmian troficznych spowodowanych wysychaniem śluzówki jamy ustnej.
- Cofanie treści pokarmowej i możliwość ulewania.
- Ryzyko wystąpienia zakażenia ran z powodu obecności szwów w powłokach skóry jamy brzusznej.
- Wystąpienie niepokoju i płaczliwości dziecka.
- Obawy rodziców o stan zdrowia dziecka.
- Brak wiedzy rodziców na temat opieki i pielęgnacji dziecka z mukowiscydozą.

Dzięki podjęciu odpowiednich działań udało się zrealizować postawione cele. Spowodowało to poprawę stanu pacjenta oraz zwiększenie świadomości rodziców.

Opracowano wskazówki do dalszej pielęgnacji w warunkach domowych. Ujęto również wsparcie psychologiczne, które jest ważne dla rodziców oraz w późniejszym wieku dla pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

1. Zubrzycka R.: Dorośli z mukowiscydozą - wyzwania medyczne i psychospołeczna adaptacja w kontekście ryzyka przedwczesnej śmierci. *Człowiek - Niepełnosprawność - Społeczeństwo* 2020, 2: 83-96.
2. Cofta S.: Living better and longer with cystic fibrosis. *Advances in Respiratory Medicine* 2016; 84: 307-309.
3. Endres T. M., Konstan M. W.: What Is Cystic Fibrosis? *JAMA* 2022, 327: 191.
4. Zakład Badań Przesiewowych i Diagnostyki Metabolicznej. Testy wykonywane w trakcie badań przesiewowych noworodków. <https://przesiew.imid.med.pl/testy.html> [dostęp 14.08.2024 r.].
5. Mołdoch-Mendoń I., Kalbarczyk K.: Epidemiologia i diagnostyka cukrzycy w mukowiscydozie. [w:] *Profilaktyka chorób rzadkich – diagnostyka i leczenie*. Mołdoch-Medoń I., Kalbarczyk K. (red.). Wydawnictwo Naukowe TYGIEL 2021: 108-116.
6. Naehrig S., Chao C.M., Naehrlich L. Cystic Fibrosis. *Deutsches Arzteblatt international* 2017, 114: 564-574.
7. Kufel J., Lewandowski P. (red.): *Innowacje w leczeniu mukowiscydozy*. [w:] *Innowacje w medycynie*. ArchaeGraph Wydawnictwo Naukowe, Łódź 2023: 15-34.
8. Nowicki G. J., Dziewa A., Ślusarska B. (red.): *Edukacyjna rola pielęgniarki w przygotowaniu pacjenta do samoopieki w przypadku stomii jelitowej*. [w:] *Pielęgniarstwo z perspektywy praktyki, nauki i edukacji*. Wydawnictwo Akademii Tarnowskiej, Tarnów 2023: 26-39.
9. Wierniacka A., Kieruś J., Książyk J., Albrecht P., Szczepański M., Piwczyńska K., Szlagatys-Sidorkiewicz A., Szaflarska-Popławska A., Socha P.: Zasady żywienia dojelitowego dzieci – stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci (PTGHiZD), *Standardy Medyczne/Pediatrica* 2018, 15: 507-519.
10. Sands D. (red.): *Mukowiscydoza dla pediatrów i lekarzy rodzinnych*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2022.

11. Mielus M., Drzymała-Czyż S., Oralewska B., Woś H., Pogorzelski A., Sands D., Walkowiak J.: Żywnienie niemowląt z mukowiscydozą - stanowisko Polskiego Towarzystwa Mukowiscydozy. *Standardy Medyczne/Pediatrics* 2019, 16: 289-296.
12. Zeman K.: Choroby układu oddechowego u dzieci wymagające postępowania fizjoterapeutycznego. [w:] *Fizjoterapia w wybranych specjalizacjach medycznych*. Olszewski J. (red.). PZWL Wydawnictwo Lekarski, Warszawa 2023: 18-26.
13. Portal Oddech Życia. Jak dbać o czystość nebulizatorów i sprzętów do fizjoterapii oddechowej? Krok po kroku... 2024. <https://oddechzycia.pl/aktualnosci/jak-dbac-o-higiene-nebulizatora-sprzetow-do-fizjoterapii-oddechowej/> [dostęp 12.08.2024 r.].
14. Fundacja mukobohaterowie. Wsparcie dla rodzica po diagnozie mukowiscydozy u dziecka. <https://mukobohaterowie.org/dzialania/wsparcie-po-diagnozie-mukowiscydozy-u-dziecka/> [dostęp 12.08.2024 r.].
15. Fundacja Oddech Życia. Mukowiscydoza - internetowa grupa wsparcia. <https://fundacja.oddechzycia.pl/internetowa-grupa-wsparcia-dla-osob-chorych-na-mukowiscydoze/> [dostęp 12.08.2024 r.].

ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z GASTROPAREZĄ CUKRZYCOWĄ

Ewa Kostrzewa-Zabłocka

Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie. Klinika Diabetologii.

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie. Poradnia Diabetologiczna.

NZOZ „Zdrowie” Poradnia Diabetologiczna w Chełmie.

WSTĘP

Gastropareza jest definiowana jako obiektywnie potwierdzone opóźnienie opróżniania żołądka bez stwierdzonej mechanicznej przyczyny. Częstość jej występowania podawana w piśmiennictwie waha się od ok. 6 do 24 przypadków na 100 tys. osób, kobiety chorują cztery razy częściej niż mężczyźni [1, 2]. Najczęstszą zidentyfikowaną przyczynę gastroparezy stanowi cukrzyca (ok. 25-30%), do innych należą przyjmowane leki (nawet u ponad 20%), choroby tkanki łącznej (ok. 10%) czy przebyte zabiegi operacyjne (ok. 7-13%) i nowotwory (2,5%). W przypadku ok. 35-49% chorych nie można zidentyfikować jednoznacznie przyczyny opóźnionego opróżniania żołądka. Stwierdzono także, że przejściowe zaburzenia opróżniania żołądka z typowymi dolegliwościami mogą wystąpić po przebytej infekcji wirusowej – wówczas objawy ustępują samoistnie, jednakże mogą utrzymywać się nawet przez rok [2]. Gastroparezę należy podejrzewać u chorych z neuropatią, nefropatią lub retinopatią cukrzycową [1].

Gastropareza jest wyrazem neuropatii autonomicznej. Mianem tym określa się zespół objawów ze strony górnego odcinka przewodu pokarmowego wywołanych zaburzeniami opróżniania żołądka (nieprawidłowa czynność nerwu błędnego) [3]. Ocenia się, że powikłanie to występuje u około kilkudziesięciu procent chorych na cukrzycę, a częstość jego występowania waha się w zależności od typu cukrzycy, czasu jej trwania, wyrównania metabolicznego oraz obecności innych przewlekłych powikłań [3].

Istotą gastroparezy, postaci wisceropatii cukrzycowej, jest spowolnienie opróżniania żołądka, dotyczące głównie pokarmów stałych. Zaburzenia motoryki żołądka występują zarówno na czczo, jak i po posiłku. Nieprawidłowości dotyczą częstości skurczów, ich

amplitudy oraz synchronizacji czynności propulsacyjnej poszczególnych części żołądka. Zaburzone opróżnianie żołądka, powoduje nieprawidłowe wchłanianie jelitowe [3].

Najczęstszymi objawami ze strony przewodu pokarmowego są nudności występujące po posiłku i rzadziej, wymioty treścią pokarmową. Towarzyszyć im mogą: wzdęcia brzucha, uczucie pełności w jamie brzusznej, uczucie sytości, brak łaknienia, zgaga, pobolewania w nadbrzuszu, niekiedy pieczenie w przedniej połowie klatki piersiowej, dysfagia i czkawka [2]. U chorych z długotrwałą gastroparezą może dojść do utraty masy ciała oraz objawów niedoborów poszczególnych składników pokarmowych. Nawracające wymioty mogą doprowadzić do zaburzeń wodno-elektrolitowych. Objawy kliniczne dotyczą nie tylko przewodu pokarmowego, lecz także innych narządów i układów, ponieważ gastropareza współistnieje często z innymi objawami neuropatii wegetatywnej dotyczącymi układu krążenia, moczowo-płciowego, itp. U ok. 25% chorych z gastroparezą nie występują objawy chorobowe ze strony przewodu pokarmowego. U chorych na cukrzycę, u których stwierdza się neuropatię, zazwyczaj występują także objawy makro- i mikroangiopatii [4].

Według Parkmana i wsp. występowanie objawów klinicznych u pacjentów z gastroparezą w przebiegu cukrzycy typu 1 dotyczy 5% chorych, zaś w przebiegu cukrzycy typu 2 tylko 1% chorych [5]. Rozpoznanie może utrudniać fakt, że tylko 50% chorych z gastroparezą cukrzycową prezentuje typowe dla niej objawy, takie jak opóźnione opróżnianie żołądka i epizody hipoglikemii [6].

W zaawansowanej postaci gastroparezy opóźnienie w czasie wchłaniania pokarmów prowadzi do zaburzenia wchłaniania leków doustnych. Powoduje to konieczność rozpoczęcia insulinoaterapii. Opóźnione opróżnianie żołądka wpływa na przesunięcie w czasie szczytu wchłaniania pokarmów w jelitach i późniejszy posiłkowy szczyt glikemii. Z kolei zaś szczyt działania analogów szybko działających występuje za wcześnie, w okresie, gdy jeszcze nie doszło do wzrostu glikemii poposiłkowej. Początkowo skutkiem tego jest występująca hipoglikemia z następową hiperglikemią. Rozwiązaniem takiej sytuacji jest stosowanie krótko działającej insuliny ludzkiej. Jej zaletą w tej sytuacji jest opóźnione wchłanianie insuliny z depot tkankowych, dzięki czemu uzyskuje się niższy i bardziej płaski przebieg krzywej działania oraz długo utrzymujący się (6–8 godzin) efekt hipoglikemizujący. Takie postępowanie umożliwia poprawę wyrównania glikemii poposiłkowej [7].

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z gastroparezą jest kluczowa dla skutecznego zarządzania tym schorzeniem. Holistyczne podejście do leczenia pacjentów z gastroparezą obejmuje ocenę stanu odżywienia, środki mające na celu korektę niedoborów

płynów, elektrolitów i składników odżywczych, łagodzenie objawów, poprawę opróżniania żołądka oraz leczenie choroby podstawowej. Edukacja jest niezbędnym elementem opieki pielęgniarskiej w gastroparezie. Pacjenci i ich rodziny powinni otrzymać szczegółowe instrukcje dotyczące: modyfikacji diety i nawyków żywieniowych, przyjmowania leków i ich efektów ubocznych, rozpoznawania objawów odwodnienia i niedożywienia, monitorowania poziomu glukozy we krwi oraz technik radzenia sobie ze stresem, który może nasilać objawy gastroparezy [3]. Skuteczne leczenie gastroparezy wymaga podejścia interdyscyplinarnego. Pielęgniarka jako członek zespołu terapeutycznego powinna aktywnie współpracować z innymi specjalistami [2].

CEL PRACY

Celem pracy było ukazanie roli pielęgniarki w edukacji pacjentów z gastroparezą cukrzycową, w kierunku poprawy jakości życia.

MATERIAŁ I METODY

Metodą, która posłużyła do przeprowadzenia badań własnych, był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji. Ankieta zawierała pytania dotyczące: wieku, płci, czasu trwania cukrzycy, miejsca zamieszkania, objawy gastroparezy. Badanie ankietowe przeprowadzono wśród pacjentów z cukrzycą typu 1 w SPWSzS w Poradni Diabetologicznej w Chełmie w 2025 r.

WYNIKI

Badanie pacjentów przeprowadzono za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety. Badanie ankietowe przeprowadzono w SPWSzS w Poradni Diabetologicznej w Chełmie w 2025 r. Ankietę przeprowadzono wśród 20 chorych z cukrzycą typu 1. Wiek badanych, to 28-40 lat. Czas trwania choroby >10 lat. Wszyscy pacjenci byli leczeni stałą dawką insuliny krótko i długo działającej. Najczęstsze zgłaszane objawy, to: uczucie pełności, sytości, niemożność dokończenia posiłku oraz hipoglikemia w krótkim czasie po podaniu insuliny krótko działającej z następową opóźnioną hiperglikemią.

DYSKUSJA

Opublikowanie w 2013 r. wytycznych American College of Gastroenterology wpłynęło na szerszą znajomość i coraz częstsze rozpoznawanie tej choroby. W „Internie

Szczeklika” po raz pierwszy uwzględniono gastroparę w wydaniu z 2015 r. Jej objawy są nieswoiste, należą do nich: nudności i wymioty (najczęstsze), uczucie pełności poposiłkowej lub wczesne uczucie sytości, ból lub dyskomfort w nadbrzuszu oraz wzdęcie. W ciężkich przypadkach może dochodzić do utraty masy ciała, niedożywienia, odwodnienia i dyselektrolitemii. Podobne objawy może powodować wiele chorób, dlatego do rozpoznania wymagane jest udokumentowanie opóźnienia opróżniania żołądka za pomocą obiektywnych metod, takich jak scyntygrafia, kapsułka bezprzewodowa i test oddechowy. Najczęściej etiologia gastroparezy jest nieznana (podejrzewa się udział wirusów CMV, EBV i HSV-3) lub za przyczynę uznaje się cukrzycę. Inne przyczyny są rzadkie [8].

Pierwszą wskazówką, dającą podejrzenie gastroparezy są pojawiające się epizody ciężkiej hipoglikemii. Dzieje się tak, ponieważ chorzy przyjmują insulinę adekwatnie do spożywanego posiłku, jednak w wyniku zatrzymania pokarmu w żołądku, nie wchłaniają się węglowodany w nim zawarte [9].

Cukrzyca jest chorobą wieloczynnikową, dlatego ciężko wskazać konkretną przyczynę wywołującą gastroparę. Najbardziej prawdopodobnym czynnikiem jest neuropatia nerwu błędnego, który w fizjologicznych warunkach pobudza migrujący kompleks motoryczny, odpowiedzialny za usuwanie z żołądka zalegających resztek pokarmu oraz uczestniczy w regulacji motyliny, będącej czynnikiem wywołującym skurcze w górnym odcinku przewodu pokarmowego. Najważniejszym celem leczenia gastroparezy cukrzycowej jest odpowiednia kontrola glikemii. Uzyskuje się ją przez modyfikację dotychczasowego leczenia [10].

Zaleca się stosowanie diety opartej na spożywaniu w ciągu dnia 4–6 posiłków o małej objętości [11]. Posiłki należy spożywać powoli przez około 30 minut, przeżuwać każdą porcję dokładnie. Po jedzeniu nie powinno się kłaść nawet przez 1–2 godziny [11]. Posiłki powinny zawierać małą ilość tłuszczu i błonnika, ponieważ takie składniki dodatkowo wpływają na spowolnienie opróżniania żołądka. Wskazane jest także unikanie alkoholu i tytoniu. Jeśli u pacjenta w żołądku pokarm nie ulega strawieniu i dochodzi do wytworzenia się bezoaru, należy unikać takich pokarmów, które są bogate we włókna pokarmowe, na przykład pomarańcze, jagody, rośliny strączkowe czy orzechy kokosowe. Przeciwwskazane jest także żucie gumy, które powoduje połykanie pustego powietrza, czy spożywanie gazowanych napojów uwalniających dwutlenek węgla, co prowadzi do rozdęcia żołądka [12]. Należy też unikać pokarmów obniżających ciśnienie dolnego zwieracza przełyku, takich jak mięta, czekolada, pieprz czy kofeina [12]. Chorym z zaawansowaną postacią gastroparezy

cukrzycowej zaleca się podawanie pokarmów półpłynnych lub w formie płynnej [12]. Posiłki stałe najlepiej spożywać rano, a pozostałe mieszać z wodą, sokiem lub bulionem. Ważne jest również uzupełnianie niedoboru witamin oraz mikroelementów (wapń, żelazo, witamina B12, witamina D) [12]. W wyjątkowych przypadkach zaleca się stosowanie wysokoenergetycznych preparatów odżywczych w formie płynnej. Zawierają one niezbędne składniki odżywcze w odpowiednich proporcjach (białko, tłuszcze i węglowodany oraz witaminy i minerały). Chorzy z ciężką postacią gastroparezy wymagają żywienia dojelitowego lub pozajelitowego [13]. Wskazaniem do wdrożenia żywienia dojelitowego jest istotne niedożywienie definiowane jako utrata ponad 10% masy ciała w ciągu 6 miesięcy, zaburzenia równowagi wodno-elektrolitowej, a także częste hospitalizacje wynikające z zaostrzeń objawów gastroparezy. Zastosowanie żywienia pozajelitowego rzadko jest konieczne w leczeniu pacjentów z gastroparezą i powinno być zarezerwowane tylko dla osób z zaburzeniami perystaltyki jelit, uporczywymi nudnościami połączonymi z wymiotami, a z trudnościami w utrzymaniu prawidłowej masy ciała, które są konsekwencją zaburzeń wchłaniania jelitowego. W przypadku żywienia pozajelitowego, w celu zapobieżenia jatrogennym zaburzeniom metabolicznym (hiperglikemia, biegunka osmotyczna), konieczna jest ścisła ocena kliniczna chorego i monitorowanie [14].

Pielęgniarka odgrywa kluczową rolę w opiece nad pacjentem z gastroparezą cukrzycową, udzielając edukacji żywieniowej, wspierając w zakresie samokontroli leczenia oraz edukacji na temat powikłań, a także motywując do zmian stylu życia. Działania pielęgniarki obejmują edukację dotyczącą zasad diety, podawania leków i aktywności fizycznej, a także monitorowanie stanu pacjenta i jego samooceny. Pielęgniarka pomaga pacjentowi zrozumieć chorobę, zapobiegać powikłaniom i poprawiać jakość życia. Pacjent jest informowany o ryzyku rozwoju innych powikłań związanych z cukrzycą i gastroparezą, a także o znaczeniu właściwego stosowania zaleceń lekarskich. Pielęgniarka motywuje pacjenta do aktywnego zaangażowania w proces leczenia, w tym do regularnej aktywności fizycznej i przyjmowania leków, co może poprawić stan zdrowia. W przypadku stresu i trudności w codziennym funkcjonowaniu, pielęgniarka zapewnia wsparcie psychologiczne, pomagając pacjentowi oswoić się z chorobą i zwiększyć poczucie bezpieczeństwa. Pielęgniarka, jako część zespołu terapeutycznego, współpracuje z lekarzami i innymi specjalistami, aby zapewnić pacjentowi kompleksową opiekę [15].

Gastropareza jest schorzeniem, które wymaga odpowiedniego monitorowania oraz diagnostyki przez lekarza gastroenterologa. Chociaż nie można wyróżnić obecnie badań przesiewowych w kierunku gastroparezy, to warto wykonywać badania w kierunku chorób i nieprawidłowości, które mogą spowodować jej rozwój – do podstawowych zalicza się oznaczenie poziomu glukozy we krwi [16].

WNIOSKI

1. Pielęgniarka edukacyjna uczy pacjenta z cukrzycą typu 1 jak modyfikować dietę: ograniczenie ilości tłuszczu, częste spożywanie małych posiłków, w zaawansowanych przypadkach dietę półpłynną lub płynną. Informuje o późniejszym podawaniu leków hipoglikemizujących po posiłkach i analogach insuliny wstrzykiwanych w trakcie lub po posiłkach.
2. Gastropareza znacząco pogarsza jakość życia pacjenta z cukrzycą.
3. Leczenie gastroparezy cukrzycowej jest trudne, wymaga prawidłowej kontroli glikemii uzyskiwanej poprzez stosowanie się do zaleceń dietetycznych, ćwiczenia fizyczne oraz optymalne leczenie farmakologiczne.

PIŚMIENNICTWO

1. Grover M., Farrugia G., Stanghellini V.: Gastroparesis: a turning point in understanding and treatment. *Gut* 2019, 68 (12), 2238-2250.
2. Camilleri M., Chedid V., Ford A.C. i wsp.: Gastroparesis. *Nat Rev Dis Primers* 2018, 4 (1), 41.
3. Janeczko-Sosnowska E.: Jak postępować z chorym na cukrzycę powikłaną gastroparezą?. *Diabetologia*. Warszawa 2023, 4, 32.
4. Hasler W.L. Gastroparesis: pathogenesis, diagnosis and management. *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 2011; 8: 438–453.
5. Parkman H.P., Camilleri M., Farrugia G. i wsp. Gastroparesis and Functional Dyspepsia: Excerpts from the AGA/ANMS Meeting. *Neurogastroenterol. Motil.* 2010; 22: 113–133.
6. Ziegler D., Schadevaldt P., Pour Mirza A. i wsp. [13C]octanoic acid breath test for non-invasive assessment of gastric emptying in diabetic patients: validation and relationship to gastric symptoms and cardiovascular autonomic function. *Diabetologia* 1996; 39: 823–830.

7. Sieradzki J. Neuropatia przewodu pokarmowego a rodzaj insuliny. *Diabet. Prakt.* 2010; 11: 35–38.
8. Szczeklik A., Gajewski P.. *Interna Szczeklika*. Kraków 2020, wyd. 11. ISBN: 978-83-7430-628-7.
9. Mastalerz-Migas A., Czupryniak L., Fabian W.: Wytyczne rozpoznawania i leczenia cukrzycy dla lekarzy rodzinnych Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Lekarz POZ* 4/2022; 245.
10. Krzyżewska M., Maroszek P., Mrozikiewicz-Rakowska B.: Gastropareza cukrzycowa: czy wiesz, jak ją rozpoznać oraz skutecznie leczyć?, *Diabet. Klin.* 2014; 3, 4: 157–166.
11. Kashyap P., Farrugia G. Diabetic Gastroparesis: what we have learned and had to unlearn in the past 5 years. *Gut* 2010; 59: 1716–1726.
12. Sadiya A. Nutritional therapy for the management of diabetic gastroparesis: clinical review. *Diabetes Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy* 2012; 5: 329–335.
13. Camilleri M., Parkman H.P., Shafi M.A. i wsp. Clinical Guideline: Management of Gastroparesis. *Am. J. Gastroenterol.* 2013; 108: 18–38.
14. Gumaste V., Baum J. Treatment of Gastroparesis: An Update. *Digestion* 2008; 78: 173–179.
15. Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna (IDF) 2023; 30.
16. Kaczka A.: Zaburzenia czynności przewodu pokarmowego u chorego z cukrzycą – gastropareza. Punkt widzenia gastroenterologa. *Gastroenterologia Praktyczna* 2020, 4 (49), 59-65.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z ŁUSZCZYCOWYM ZAPALENIEM STAWÓW

Katarzyna Wiśniewska¹, Agnieszka Drożdżał - Dzik²

1- *Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*

2- *Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu*

WSTĘP

Łuszczyca to przewlekła zapalna choroba skóry o podłożu immunologicznym, charakteryzująca się rumieniową i łuszczącym się nabłonkiem skóry, atakująca również skórę głowy i paznokcie [1]. W literaturze przedmiotu wskazuje się że u około 20% pacjentów z łuszczycą może rozwinąć się łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS), zwłaszcza u osób z ciężkim przebiegiem łuszczycy [2].

ŁZS jest przewlekłą chorobą zapalną o heterogennym obrazie obejmującym wiele tkanek i obszarów zwłaszcza układu szkieletowo – mięśniowego w postaci stanów zapalnych stawów i przeszczepów ścięgnistych [3]. Chorobę tą zalicza się do postępujących chorób zapalnych, kiedyś uważana za łagodną – współcześnie jest klasyfikowana jako ogólnoustrojowa choroba zapalna mająca istotny wpływ na funkcjonowanie biopsychospołeczne osób nią objętych [4]. Co istotne u pacjentów z łuszczycą lub łuszczycowym zapaleniem stawów istnieje większe ryzyko rozwoju pozamięśniowo-szkieletowego zapalenia i chorób współistniejących, takich jak nieswoiste zapalenie jelit, zapalenie błony naczyniowej oka, choroby układu krążenia, zespół metaboliczny jak również depresja [5, 6].

Wskazuje się tym samym iż ciągły stan zapalny toczący się w organizmie osób chorych na ŁZS może być przyczyną zniszczenia stawów i wpływać na sprawność chorych i tym samym na samoopiekę i samopielęgnację. Z tego względu lekarze dermatolodzy i reumatolodzy zwracają uwagę na wczesną diagnostykę i wdrożenie leczenia – zwłaszcza w warunkach leczenia Podstawowej Opieki Zdrowotnej – co z kolei może przyczynić się do wczesnej diagnostyki, wyboru odpowiedniego protokołu leczenia, zmniejszenia objawów oraz lepszej jakości życia pacjentów [7].

CEL PRACY

Celem prezentowanych badań była identyfikacja problemów zdrowotnych i pielęgnacyjnych pacjentów z zeszywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa i łuszczycowym zapaleniu stawów.

MATERIAŁ I METODY

Metodą badawczą zastosowana w pracy było studium indywidualnego przypadku pacjentki lat 37, ze zdiagnozowanym w 2016 roku łuszczycowym zapaleniem stawów, postać osiowo-obwodowa. Technikami badawczymi użytymi w pracy był wywiad pielęgniarski, obserwacja pielęgniarska, pomiar podstawowych parametrów życiowych pacjentki oraz analiza dokumentacji pacjenta. W zakresie zastosowanych narzędzi badawczych wykorzystano: Przewodnik do gromadzenia danych o pacjencie, Klasyfikacja nadwagi i otyłości w zależności od BMI (Body Mass Index), Kryteria dla kategorii opieki zgodne z ustawą, Ocenę nudności według kryteriów WHO, Ocenę wymiotów według kryteriów WHO, Skalę Akceptacji Choroby AIS (ang. Acceptance of Illness Scale), Skalę Barthel do oceny sprawności samoobsługowej, Skalę depresji Becka BDI (ang. Beck Depression Inventory), Skala numeryczna oceny bólu VAS (ang. Visual Analogue Scale), Skala Norton do oceny ryzyka rozwoju odleżyn, Skalę Glasgow, Skalę oceny podstawowych czynności życia codziennego ADL (SKALA KATZA).

Przedmiotowe badanie zostało zrealizowane w styczniu 2025 roku na oddziale Reumatologii Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu. Do badania uzyskano wszelkie niezbędne zgody. Pacjentka będąca podmiotem badania została poinformowana o celu, istotce badania. Wyraziła zgodę na udział w badaniu do celów naukowych.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Pacjentka lat 37, ze zdiagnozowanym w 2016 roku łuszczycowym zapaleniem stawów (spełnione kryteria CASPAR), postać osiowo-obwodowa, z zeszywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa (ZZSK) II okres po stronie prawej, dodatnim antygenem HLA B27 przyjęta na oddział z powodu zaostrzenia choroby. W dotychczasowych badaniach nie stwierdzono obecności czynnika reumatoidalnego, p/ciał/cytrulinowych, ANA, p/ciał do *Borrelia*, *Chlamydia trachomatis* lub *Yersinia enterocolitica*. W MRI stawów krzyżowo - biodrowych w 2017 roku oraz we wrześniu 2019 roku nie wykazano cech obrzęku szpiku ani

osteitis (choroba Pageta). Od 2017 roku w terapii lekowej stosowany Metotrexatem, od 2019 roku stosowane leczenie skojarzone z Sulfasalazyną 2,0 g/dobę (odstawiona w 2020 r. od 21.08.2020 w terapii Sekukinumabem (Cosentyx)), obecnie 300 mg/miesiąc. Ostatnia ocena w lutym 2022 z adekwatną odpowiedzią na leczenie. Ponadto od około roku u chorej utrzymuje się wysięk w osierdziu, a w badaniu MR dość duża ilość tkanki tłuszczowej podnaserdziowo do 11 mm. Obecnie stosuje Metotreksat w dawce 15 mg/tydzień oraz Cosentyx. W badaniach laboratoryjnych wykonanych w oddziale nie stwierdzono wzrostu wskaźników stanu zapalnego, bez laboratoryjnych wykładników uszkodzenia narządowego, bez białkomoczu. W opracowaniu pozostaje poziom p/ciał ANA9. W RTG rąk - drobne nawarstwienia przynasadowe w paliczkach bliższych i dalszych palców rąk. W RTG miednicy - w ocenie własnej, w zakresie stawów krzyżowo-biodrowych obustronnie wzmożona sklerotyzacja podchrzęstna, nierówny zakres szpary stawowej po stronie prawej. Nie stwierdzono istotnej progresji choroby. Stwierdzane cechy zapalne osierdzia nie wydają się mieć związku z chorobą reumatologiczną. W leczeniu utrzymano Sekukinumab, Methotrexat podskórnym 15 mg/tygodniowo.

Proces pielęgnowania pacjenta

- **Diagnoza pielęgniarska 1:** Dyskomfort pacjentki związany z bólem i sztywnością, deformacją stawów, bólem kręgosłupa będących skutkiem postępującego ŁZS.

Cel opieki:

Zminimalizowanie dolegliwości bólowych poprzez ich łagodzenie i minimalizowanie sztywności porannej oraz poprawa jakości życia i funkcjonowania pacjentki.

Plan opieki:

- Ocena stopnia nasilenia i lokalizacji bólu z zastosowaniem standaryzowanych skal do oceny bólu.
- Ocena zdolności ruchowej i czynności samoobsługowych pacjentki w związku z przewlekłym bólem.
- Udział w farmakoterapii przeciwbólowej zgodnie z drabiną analgetyczną i zgodnie z IKZL.
- Stosowania okładów w postaci żelowych kompresów bądź suchych lub parafinowych ciepłych okładów z obserwacją pacjentki w kierunku niedopuszczenia do oparzenia.

- Minimalizacja bodźców mogących zwiększać dolegliwości bólowe w postaci zapewnienia pacjentce lekkiego przykrycia, odciążanie miejsc wrażliwych na działanie bodźców, częsta zmiana pozycji ułożeniowej dogodnej dla pacjentki.
- Zapewnienie odpowiednio mikroklimatu Sali, czyli odpowiedniej wilgotności i temperatury, unikanie hałasu, wykonywanie czynności opiekuńczo – pielęgnacyjnych w porach dziennych.
- Rozmowa z pacjentem na temat metod walki z bólem (farmakologicznych i niefarmakologicznych), okazanie wsparcia poprzez łagodzenie lęku i obaw.
- Edukacja pacjentki na temat możliwości niwelowania porannej sztywności stawów poprzez codzienną gimnastykę, wykonywanie ćwiczeń rozgrzewających oraz rozciągających, masażu.

Wynik opieki:

U pacjentki po podaży leków przeciwbólowych zminimalizowano dolegliwości bólowe. Pacjentka zna metody farmakologiczne i niefarmakologiczne walki z bólem, wykonuje ćwiczenia minimalizujące poranną sztywność stawów.

- **Diagnoza pielęgnarska 2:** Wysokie ryzyko powstania przykurczy i zniekształceń w wyniku postępującego zapalenia stawów i ograniczenia ruchomości.

Cel opieki:

Wdrożenie profilaktyki przykurczów i minimalizacja rozwoju przykurczy.

Plan opieki:

- Ułożenie pacjentki w odpowiedniej pozycji oraz poinformowanie o konieczności leżenia w łóżku do momentu ustąpienia objawów.
- Ułożenie kończyn pacjentki w odwiedzeniu, wyprostowanych z rotacją na zewnątrz.
- Zmiana pozycji ułożeniowej co 20-30 minut w celu odbarczenia okolic narażonych na ucisk.
- Odpowiednie zabezpieczenie rąk – palce lekko ugięte z kciukiem w pozycji pozostałych palców.
- Zadbanie aby łóżko pacjentki było odpowiednio twarde, starannie prześcielone.
- Wdrożenie profilaktyki przeciwzakrzepowej zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Udział w podaży leków farmakologicznych oraz obserwacja ich działania i ewentualnych skutków ubocznych.

Wynik opieki:

W wyniku wdrożonej profilaktyki zminimalizowano ryzyko dalszego rozwoju przykurczy.

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Trudności w wykonywaniu czynności dnia codziennego oraz poruszania się w wyniku ograniczenia ruchomości w stawach, bólu przyczepów ścięgnistych, kręgosłupa i krzyża.

Cel opieki:

Wdrożenie profilaktyki zniekształceń i deformacji stawów oraz spowolnienie zmian destrukcyjnych poprzez wzmocnienie siły mięśniowej.

Plan opieki:

- Wdrożenie edukacji pacjentki z zakresu zalet codziennej aktywności w tym mobilizowanie do wykonywania ćwiczeń wzmacniających mięśnie.
- Uczenie pacjentki zasad samoobsługi minimalizujących obciążenia stawów.
- Wdrożenie profilaktyki przykurczów.
- Stosowanie okładów bądź nagrzewania stawów lampą Sollux
- Zachęcenie pacjentki do udziału w terapii zajęciowej.
- Zachęcenie pacjentki do systematycznego stosowania fizjoterapii i zajęć rehabilitacyjnych.

Wynik opieki:

Pacjenta została uposażona w wiedzę z zakresu profilaktyki zniekształceń i deformacji.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Postępujące uczucie zmęczenia, osłabienia oraz trudności z zasypianiem będące wynikiem remisji ŁZS.

Cel opieki:

Poprawa wydolności funkcjonalnej wraz ze wzmocnieniem siły mięśniowej.

Plan opieki:

- Edukacja badanej w zakresie higieny snu w tym głównie zachęcenie chorej do regularnego wypoczynku i regularnego snu, na tyle na ile pozwolą dolegliwości bólowe.
- Zadbanie o prawidłową jakość snu w tym zapewnienie odpowiednich warunków w trakcie snu i odpoczynku.
- Ocena przyjmowanej farmakoterapii i jej wpływ na odpoczynek oraz sen.

- Zachęcenie pacjentki do stosowania technik relaksacyjnych mających na celu redukcję stresu.

Wynik opieki:

Po rozmowie edukacyjnej pacjentka zna zasady higieny snu.

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Możliwość wystąpienia skutków ubocznych stosowanej farmakoterapii.

Cel opieki:

Zapobieganie wystąpieniu działań niepożądanych stosowanej farmakoterapii.

Plan opieki:

- Podaż leków zgodnie z IKZL oraz współuczestnictwo w stosowanej farmakoterapii.
- Udział i monitorowaniu leczenia poprzez wykonywanie badań laboratoryjnych, diagnostycznych zgodnie z IKZL.
- Obserwacja pacjentki pod kątem wystąpienia możliwych działań niepożądanych stosowanych leków.
- Monitorowanie kardynalnych parametrów życiowych pacjentki w tym diurezy oraz masy ciała.
- Edukacja pacjentki jak również opiekunów z zakresu zasad przyjmowania leków w tym dawka, droga podania oraz czas podaży.
- Edukacja pacjentki i opiekunów z zakresu możliwości wystąpienia działań niepożądanych leków wraz z umiejętnością interpretacji objawów.

Wynik opieki:

U pacjentki występują dolegliwości bólowe w postaci nasilonego bólu powłok brzusznych oraz dolegliwości dyspeptycznych. Zlecono zmniejszenie przyjmowania NLPZ.

- **Diagnoza pielęgniarska 6:** Niebezpieczeństwa wynikające z ograniczenia aktywności w fazie zaostrzenia procesu chorobowego.

Cel opieki:

Zapobieganie objawom procesu chorobowego w tym przykurczom w stawach i ograniczeniu ruchowemu.

Plan opieki:

- Podaż zgodnie ze zleceniem lekarskim leków działania przeciwwzapalnym, przeciwbólowym.

- Ocena natężenia bólu z zastosowaniem standaryzowanych skal.
- Monitorowanie stanu pacjenta w tym parametrów kardynalnych.
- Pomoc chorej w samoobsłudze i samoopiece.

Wynik opieki:

Pacjenta wymaga pomocy w samoobsłudze (ograniczenie do zbędnego minimum).

Podaż leków zgodnie z IKZL.

- **Diagnoza pielęgniarska 7:** Konieczność ochrony stawów przed urazem w okresie zaostrzenia choroby.

Cel opieki:

Zapobieganie przykurczom mięśniowym i zmniejszanie lordozy kręgosłupa lędźwiowego.

Plan opieki:

- Wdrożenie profilaktyki zniekształceń zgodnie ze standardami.
- Udział w farmakoterapii zgodnej z IKZL.
- Eliminowanie czynności które wzmagają ból.

Wynik opieki:

Pacjentka stosuje profilaktykę zniekształceń, nie występuje lordoza kręgosłupa lędźwiowego.

- **Diagnoza pielęgniarska 8:** Możliwość wystąpienia problemów w zakresie samoobsługi i samoopieki wynikające z usztywnienia kręgosłupa i zmian w stawach obwodowych.

Cel opieki:

Odciążenie chorobowo dotkniętych stawów wraz z kompensacją usztywnień, pomoc w zachowaniu maksymalnej funkcjonalności stawów.

Plan opieki:

- Zachęcenie pacjentki do codziennych ćwiczeń bez obciążania stawów oraz do spacerów.
- Przypominanie o konieczności zachowania prawidłowej postawy ciała.
- Edukacja pacjentki w zakresie unikania nadmiernego wysiłku fizycznego w tym unikania przeciążania stawów, podnoszenia ciężkich przedmiotów.
- Udział pacjentki w fizjoterapii.

Wynik opieki:

Pacjentka jest wydolna w zakresie samoobsługi i samoopieki.

- **Diagnoza pielęgniarska 9:** Zwiększone ryzyko złamania kręgosłupa w wyniku okresu zaostrzenia zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa.

Cel opieki:

Wdrożenie profilaktyki osteoporozy, złamań kręgow, ochrona kręgosłupa.

Plan opieki:

- Edukacja pacjenta z zakresu odpowiedniego trybu życia w profilaktyce osteoporozy.
- Wzmocnienie mięśni okołokręgosłupowych poprzez stosowanie odpowiedniego programu ćwiczeń przy współudziale fizjoterapeuty.
- Edukacja pacjentki w zakresie natychmiastowego zgłaszania niepokojących objawów mogących świadczyć o podwichnięciu lub złamaniu stawu.
- Poinformowanie pacjentki o zgłaszaniu bólu pleców lub krzyża mogących świadczyć o urazie.
- Wdrożenie czujności o ochrony przed urazami w tym stworzenie odpowiedni warunków do bezpiecznego poruszania się.

Wynik opieki:

Pacjenta wdrożyła profilaktykę w kierunku osteoporozy.

- **Diagnoza pielęgniarska 10:**Problemy z dysfagią w trakcie przyjmowania pokarmów.

Cel opieki:

Zminimalizowanie dyskomfortu związanego z przyjmowaniem pokarmów. Utrzymanie prawidłowego stanu odżywienia pacjentki, niedopuszczenie do utraty wagi.

Plan opieki:

- Podaż diety płynnej lub półpłynnej.
- Podaż pożywienia w pozycji siedzącej lub półsiedzącej
- Polecenie pacjentce wolnego i spokojnego przeżuwania i przełykania posiłku.
- Obecność przy pacjentce, pilnowanie, by się nie zakrztusiła.
- Zachęcanie pacjentki do samodzielnego spożywania pokarmu, w razie potrzeby pomoc lub karmienie pacjentki.
- Kontrola masy ciała oraz prowadzenie bilansu przyjmowanych płynów oraz pokarmów.
- W razie potrzeby i narastania problemu założenie sondy żołądkowej na zlecenie lekarza.

Wynik opieki:

U pacjentki zminimalizowano dyskomfort związany z przyjmowaniem posiłków.

- **Diagnoza pielęgniarska nr 11:** Zaburzenia wodno-elektrolitowe objawiające się utratą łaknienia, objawami dyspeptycznymi (nudności, wymioty) w wyniku niewydolności nerek, hiperkalcemii oraz hipoalbuminemii.

Cel opieki pielęgniarskiej:

Zapobieganie pogłębianiu się zaburzeń wodno-elektrolitowych oraz kwasowo-zasadowych.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena stopnia zaburzeń wodno-elektrolitowych poprzez obserwację pacjenta pod kątem stanu nawodnienia pacjenta, poprzez sprawdzenie elastyczności skóry, nawilżenia jamy ustnej, ciśnienia tętniczego, powrót włośniczkowy, masy ciała,
- Pobranie krwi do badania biochemicznego na zlecenie lekarza, oznaczenie stężenia wapnia, kreatyniny, chlorków, fosforków, magnezu, potasu w surowicy, albumin.
- Obserwacja oraz monitorowanie ilości i rodzaju treści wymiotnej, obserwacja nudności pod kątem przyjmowanej farmakoterapii,
- Obserwacja ilości oraz konsystencji oddawanych stolców,
- Podanie leków przeciwwymiotnych przed posiłkiem zgodnie ze zleceniem lekarza,
- Podanie płynów poprawiających stan nawodnienia pacjentki zgodnie ze zleceniem lekarza oraz prowadzenie bilansu płynów,
- Dbanie o higienie podczas wymiotów, zapewnienie warunków intymności pacjentce oraz poczucia bezpieczeństwa. Poinformowanie pacjentki o konieczności zgłaszania złego samopoczucia czy niepokojących objawów,
- Dbanie o odpowiedni mikroklimat sali oraz eliminowanie bodźców mogących prowokować nudności i wymioty (zapachy), zachęcenie do stosowania i pozostania na czas dolegliwości pozycji wysokiej lub półwysokiej,
- Rozmowa z pacjentką i jej rodziną na temat poprawy łaknienia, poprzez przyjmowanie posiłków w małych ilościach 5–6 razy na dziennie z zaleceniem picia niewielkich ilości chłodnych napojów oraz wysokoelektrolitowej wody niegazowanej na godzinę przed planowanym posiłkiem lub po skończonym posiłku.

Wynik opieki: U pacjentki nie wystąpiły objawy odwodnienia. Bilans płynów właściwy. Pacjentka nadal odczuwa mdłości, natomiast wymioty ustąpiły po zastosowaniu farmakoterapii.

- **Diagnoza pielęgniarska nr 12:** Obrzęki dystalnych części ciała (kończyny dolne oraz górne) wynikające z zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej.

Cel opieki pielęgniarskiej: Zmniejszenie obrzęków kończyn oraz towarzyszącemu uczuciu bólu.

Interwencje pielęgniarskie:

- Kontrola i obserwacja obrzęków u pacjentki, poprzez badanie palpacyjne, mierzenie obwodu kończyn na tym samym poziomie.
- Stosowanie profilaktyki przeciwobrzękowej poprzez wyższe ułożenie kończyn dolnych pacjentki z zastosowaniem wałków ortopedycznych oraz klinów, stosowania bawełnianej, bezuciskowej bielizny osobistej i pościelowej oraz stosowanie kompresjoterapii, masażu ręcznego, okładów chłodzących oraz drenażu ułożeniowego.
- Kontrola diurezy godzinowej oraz dobowej pacjentki, prowadzenie bilansu płynów, odnotowanie pomiarów w dokumentacji.
- Podawanie diuretyków na zlecenie lekarza.

Wynik opieki: Zastosowano drenaż ułożeniowy, wałki ortopedyczne, kontrolowano diurezę i prowadzono bilans płynów. Obrzęki nieznacznie zmniejszyły się. Problem do dalszej obserwacji.

- **Diagnoza pielęgniarska 13:** Obniżony nastrój pacjentki z uwagi na remisję choroby oraz konieczność hospitalizacji.

Cel opieki:

Poprawa stanu emocjonalnego pacjentki.

Plan opieki:

- Okazanie wsparcia i zrozumienia podczas kontaktów bezpośrednich z pacjentką.
- Kształtowanie pozytywnych relacji opartych na zaufaniu i nadziei.
- Rozpoznawanie potrzeb pacjentki na różnych etapach leczenia w tym rozpoznawanie pesymistycznych nastrojów.

- Wsparcie emocjonalne oparte na empatii a w razie konieczności pomoc w kontakcie z psychologiem.
- Ocena umiejętności kontroli pacjentki nad chorobą, w tym wzmacnianie poczucia kontroli, radzenia sobie w stanach zaostrzenia choroby.
- Zachęcanie pacjentki do czynnego udziału w stosowanym leczeniu i terapii.
- Obserwacja pacjentki pod kątem możliwości wystąpienia obniżonego nastroju w tym objawów depresji.
- Dokumentowanie stanu psychicznego pacjentki w indywidualnej dokumentacji pacjentki.

Wynik opieki:

Po rozmowie z pacjentką oraz wizytą najbliższych jej stan emocjonalny uległ wyrównaniu.

- **Diagnoza pielęgniarska 14:** Brak akceptacji choroby z powodu ograniczeń i problemów z pełnieniem ról społecznych.

Cel opieki:

Wsparcie w procesie akceptacji choroby.

Plan opieki:

- Szczera, pełna empatii i zrozumienia rozmowa z pacjentką i jej rodziną.
- Zaangażowanie członków rodziny w opiekę oraz zwiększenie ich wrażliwości na potrzeby chorej.
- Pokazanie pacjentce jak okazywać i jak akceptować pomoc oraz emocjonalne wsparcie rodziny.
- Zachęcanie pacjentki do uczestnictwa w grupach wsparcia.

Wynik opieki:

Wdrożono konsultację psychologiczną z uwagi na dalszy brak akceptacji choroby ze strony pacjentki.

- **Diagnoza pielęgniarska 15:** Trudności w ocenie aktywności choroby z powodu progresywnego charakteru zmian chorobowych i ukrytego rozwoju niepełnosprawności.

Cel opieki:

Zapobieganie pogłębianiu się kalectwu, wykrywanie postępu zmian chorobowych.

Plan opieki:

- Edukacja pacjentki w zakresie konieczności wykonywania regularnych badań kontrolnych oraz regularnego przyjmowania leków.
- Zwrócenie uwagi pacjentce na wdrożenie profilaktyki zakażeń lub infekcji które mogą przyczynić się do zaostrzenia choroby.
- Konieczność obserwacji ze strony pacjentki obserwacji pod kątem możliwych do wystąpienia powikłań narządowych.
- Regularne monitorowanie stanu pacjenta w zakresie układu ruchu.

Wynik opieki:

Pacjentka posiada niezbędną wiedzę w omawianym zakresie.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań, będących odpowiedzią na postawione pytania badawcze wysunięto następujące wnioski:

1. Łuszczycowe zapalenie stawów w sposób znaczący wpływa na zakres samodzielności w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego i wpływa na zakres samoopieki i samopielęgnacji w związku z licznymi ograniczeniami jakie niesienie ze sobą choroba co jest wynikiem patomechanizmu schorzenia.
2. Badana pacjenta jest wydolna w zakresie czynności życia codziennego i w zakresie samoopieki i samopielęgnacji co jest wynikiem wdrożenia leczenia biologicznego oraz młodego wieku badanej. W okresach remisji choroby wskazuje na znaczne ograniczenia w samodzielności z uwagi na potęgujące dolegliwości bóle stawów i ich sztywnienie.
3. Pacjentka z łuszczycowym zapaleniem stawów wymagają kompleksowych i holistycznych działań w zakresie opieki i pielęgnacji w tym głównie w zakresie zgłaszanych objawów somatycznych takich jak: dolegliwości bólowe stawów, obrzęki stawowe, upośledzenie sprawności fizycznej, przykurcze mięśniowe, zaniki mięśniowe, deformacje stawowe, trudności w zaakceptowaniu niepełnosprawności, uzależnienie chorego od innych osób, stan przygnębienia i depresji.
4. W zakresie stanu psychicznego pacjenta wykazuje znaczne obniżony nastrój będący wynikiem remisji choroby oraz hospitalacji oraz związanych z tym stanem dolegliwości bólowych w aspekcie biopsychospołecznym.

5. Pacjentka nie akceptuje swojej choroby z uwagi na ból i ograniczenia jakie niesie ze sobą choroba w tym głównie ograniczenia w zakresie pełnionych ról społecznych i zawodowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Boencke WH., Schön MP.: Łuszczyca. w: Lancet, 2015, 386, 983–994.
2. Ritchlin C.T., Colbert R.A., Gladman D.D.: Psoriatic Arthritis. w: N. Engl. J. Med. 2017, 376, 957–970.
3. Siegel E.L., Orbai A.M., Ritchlin C.T.: Targeting Extra-Articular Manifestations in PsA: A Closer Look at Enthesitis and Dactylitis. w: Curr. Opin. Rheumatol. 2015, 27, 111–117.
4. Karmacharya P., Chakradhar R., Ogdie A.: The epidemiology of psoriatic arthritis: A literature review. w: Best Pract Res Clin Rheumatol. 2021, 35(2), 101692.
5. Lubrano E., Scryfallano S., Azuaga, A.B., et.al.: Impact of Comorbidities on Disease Activity, Patient Global Assessment, and Function in Psoriatic Arthritis: A Cross-Sectional Study. w: Rheumatol. Ther. 2020, 7, 825–836.
6. Perez-Chada L.M., Merola J.F.: Comorbidities Associated with Psoriatic Arthritis: Review and Update. w: Clin. Immunol. 2020, 214, 108397.
7. Gossec L., Baraliakos X., Kerschbaumer A., et al.: EULAR Recommendations for the Management of Psoriatic Arthritis with Pharmacological Therapies: 2019, Update. w: Ann. Rheum. Dis. 2020, 79, 700–712.

JAKOŚĆ ŻYCIA KOBIET Z ZESPOŁEM MAYER–ROKITANSKY– KÜSTER–HAUSER

Józefa Róg¹, Kinga Żurawska vel Dziurawiec²

1- *Absolwentka Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Przemyśle, kierunek: Pielęgniarstwo*

2- *Instytut Ochrony Zdrowia, Wydział Nauk Społecznych, Humanistycznych i Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych,*

WSTĘP

Zespół Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser (zespół MRKH, aplazja przewodów Müllera) jest niezwykle rzadkim¹ zaburzeniem wrodzonym charakteryzującym się agenezją lub hipoplazją macicy i górnej części pochwy. Występuje u kobiet z prawidłowym kariotypem 46,XX. Zewnętrzne narządy płciowe wykształcone są prawidłowo, również funkcja hormonalna układu rozrodczego przebiega bez zakłóceń stąd dziewczęta osiągają dojrzałość płciową, wykazując prawidłowe objawy telarche i pubarche. Kobiety nie miesiączkują, ale „przechodzą” cały cykl miesięczkowy, mają owulację, PMS i klimakterium.

Szacuje się, że dotyka 1 na około 4500-5000 noworodków płci żeńskiej. W Polsce zdiagnozowanych jest około 4400 kobiet z MRKH. Objawem wiodącym jest pierwotny brak miesiączki u dziewcząt powyżej 16 roku życia. Większość pacjentek jest diagnozowana w okresie dojrzewania, kiedy kształtuje się obraz ciała i tożsamość seksualna. Etiologia nie jest znana, niemniej jednak rodzinne występowanie zespołu sugeruje dziedziczenie, a badania wskazują na przyczynę wieloczynnikową albo poligenową. Wśród podejrzewanych przyczyn zespołu MRKH są mutacje w genach homeobox, które odgrywają kluczową rolę w określaniu tożsamości i umiejscowienia komórek podczas rozwoju embrionalnego [1, 2, 3].

Pierwsze opisy przypadków pochodzą już ze starożytności, kiedy to wykryto niedorozwój pochwy i macicy w postaci macicy dwurożnej. Także Awicenna, autor „Kanonu medycyny” oraz Albucasis, jeden z największych chirurgów muzułmańskich przełomu I. i II. tysiąclecia, dokonali opisów schorzenia. Nazwa zespołu wywodzi się od nazwisk autorów: Karla von Rokitansky’ego, Hermanna Küstera, Augusta Mayera i Georgesa Hausera, którzy niezależnie od siebie na przestrzeni około 130 lat opublikowali opisy przypadków. W 1910

¹ MRKH znajduje się na Liście Chorób Rzadkich oraz liście NORD -National Organization for Rare Disorders.

roku Küster na podstawie wszystkich opisów stworzył charakterystykę zespołu, a od 1961 funkcjonuje nazwa zespół MRKH [4].

Wyróżniamy dwa typy zespołu:

typ I. Zespół niedorozwoju przewodów Mullera (Mullerian Aplasion Syndrome) nazywany zespołem Meyera – Rokitański’ego – Kustera – Hausera (MRKH syndrom); to izolowany zespół braku macicy oraz $\frac{2}{3}$ pochwy

typ II. - określany jako asocjacja MURCS (Aplazja przewodów Mullera, wady wrodzone nerek lub nerki oraz anomalie somitów szyjnych) współistniejący z innymi wadami rozwojowymi takimi jak wady kardiologiczne, urologiczne (m.in. jednostronna agenezja, ektopia nerki, nerka podkowiasta), otologiczne (zaburzenia słuchu), szkieletowe (zrośnięcia kręgów głównie szyjnych, skolioza).

CEL PRACY

Celem pracy jest ukazanie jakości życia pacjentek z zespołem Mayera-Rokitansky'ego-Küstera-Hausera.

MATERIAŁ I METODY

Badanie zostało przeprowadzone dwoma metodami: sondaż diagnostyczny oraz szacowanie. Wykorzystano dwa narzędzia badawcze: autorski kwestionariusz ankiety oraz wystandaryzowana skalę oceny jakości życia WHOQOL-BREF. Badania ankietowe przeprowadzono w okresie od grudnia 2023 r. do kwietnia 2024 r. W badaniu uczestniczyło 55 kobiet w wieku od 16 do 48 lat, głównie mieszkanek miast, z wykształceniem wyższym (Tabela 1). Ankieta dla kobiet została opublikowana na profilu społecznościowym grupy „BEZPESTKOWE”².

Wykorzystano następujące narzędzia statystyczne: Test Shapiro-Wilka, Test tau Kendalla, odpowiednik korelacji r Pearsona); Test U Manna-Whitney’a do porównań między 2 grupami; Test Kruskala-Wallisa do porównań między 3 i więcej grupami; Test Wilcoxona.

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej

² Fundacja Bezpestkowe - Zaczęło się od projektu założonego w 2018 roku, który w 2022 przekształcił się w fundację. Jej zadaniem jest wspieranie kobiet z MRKH oraz edukowanie społeczeństwa na temat zespołu. Fundacja założona została przez Panie Zuzannę Piontkę oraz Agatą Śmiałkowską.

zmienna	n (%)	zmienna	n (%)
Wiek		Wykształcenie	
16-20	12 (21,8)	podstawowe	2 (3,6)
21-25	9 (16,4)	zawodowe	3 (5,5)
26-30	12 (21,8)	średnie	19 (34,5)
31-35	13 (23,6)	wyższe	31 (56,4)
36-40	4 (7,3)	Okres, który upłynął od czasu diagnozy	
41-45	3 (5,5)	Poniżej 1 roku	2 (3,6)
46-48	2 (3,6)	1-4 lata	13 (23,6)
Miejsce zamieszkania		5-10 lat	10 (18,2)
Wieś	8 (14,5)	Ponad 10 lat	30 (54,5)
Miasto do 50 tys.	14 (25,5)		
Miasto powyżej 50 tys.	33 (60,00)		

Źródło: opracowanie własne

WYNIKI

W dostępnych doniesieniach badacze podkreślają wpływ MRKH na funkcjonowanie kobiet dotkniętych tym syndromem.

Wpływ syndromu MRKH na życie uczestniczki badania najbardziej odczuwały w związku z rezygnacją z posiadania dzieci (średnia 3,47 pkt.) oraz zmianą planów życiowych (średnia 3,44 pkt.) Najmniejszy wpływ respondentki wskazywały dla zmian w pracy (średnia 1,01 pkt.) oraz unikania ludzi (średnia 1,11 pkt.) (Tabela 2). Przy odpowiedzi „Inne” badane podały 12 wyjaśnień, w których pięciokrotnie odnoszono się do posiadania dzieci („[...] aż w końcu sama adoptowałam dziecko”, „Najtrudniej pogodzić się z tym, że nie mogę urodzić dziecka”, „kariera jest ważniejsza niż cały proces adopcji dziecka”, „Życie ułożyłam pod adopcję, która miała miejsce 8 lat temu”. Widać ponadto próby nadania sensu życiu zajęciem się pracą lub edukacją (wyżej cytowane: [...] kariera jest teraz ważniejsza [...] oraz „Zawsze stawiałam swoją edukację na 1 miejscu, ale teraz nawet nie dopuszczam opcji ślubu i stworzenia własnej rodziny z kimś”). Kolejne 3 wątki dotyczyły izolowania się

(„Masowo przez lata friendzonowałam potencjalnych partnerów”, lęku przed osamotnieniem „Lęk przed poznaniem kogoś, byciu samotnym”, wpływu MRKH na stan zdrowia „Mam typ 2, który powoduje ciągłe chodzenie po lekarzach, badania, leczenie. Praktycznie od urodzenia odczuwam bóle z narządów, które są powiązane z drugim typem MRKH. To jest po prostu straszne. Mam tylko 20 lat, a przez te bóle, coraz nowsze dolegliwości czuje się jak dosłownie starsza babcia” oraz wpływu na seksualność „Myślenie o biseksualności”.

Tabela 2. Ocena wpływu syndromu MRKH na życie badanych.

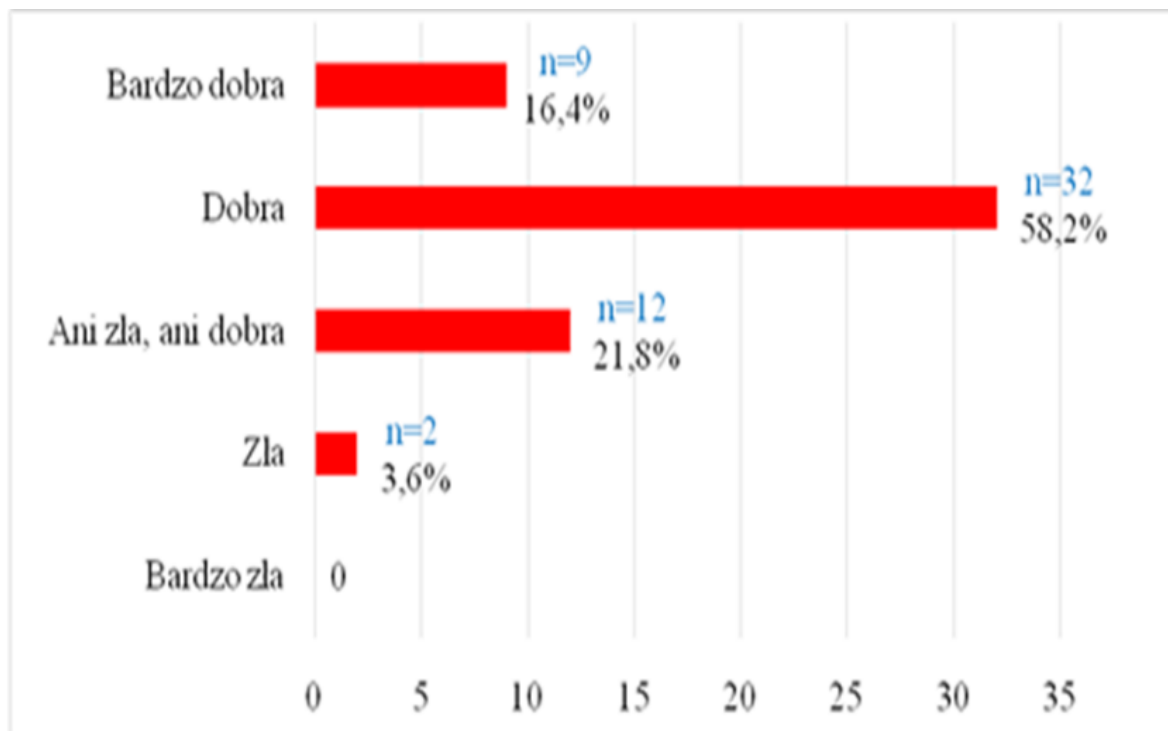
Funkcjonowanie	Średnia	SD	Mediana
Unikanie ludzi	2,13	1,11	2
Zmiana planów życiowych	3,44	1,27	4
Zmiany w pracy	1,85	1,01	2
Opuszczenie przez partnera/partnerkę	2,45	1,26	2
Konieczność przyjmowania leków uspokajających	2,27	1,21	2
Rezygnacja z posiadania dzieci	3,47	1,40	4
Inne	2,20	1,57	1

Źródło: opracowanie własne

Ogólne oceny jakości życia w kwestionariuszu WHOQOL-BREF wahały się od „2-Zła” do „5-Bardzo dobra”. Średnia ocena jakości życia była równa 3,87 (SD=0,72), a mediana 4. Najczęściej wybieraną oceną (58,2% wszystkich uczestniczek badania) było „4-Dobra” (ryc. 1).

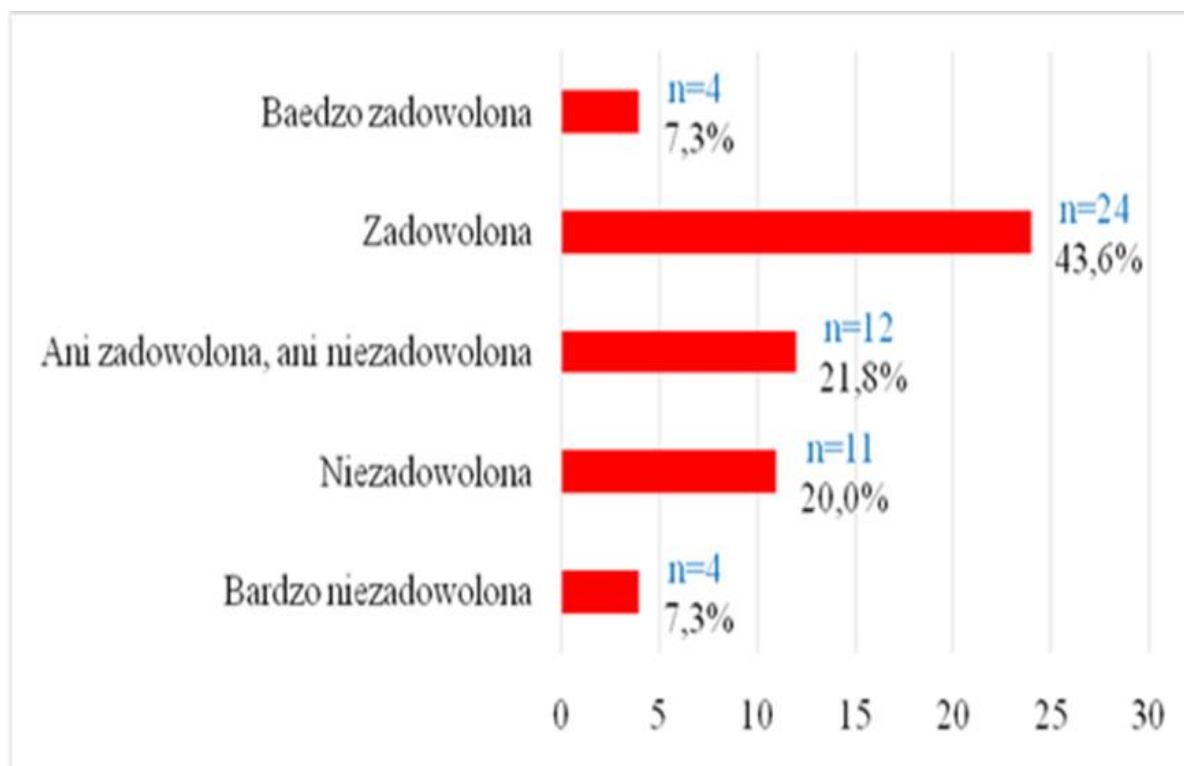
Oceny zadowolenia z jakości zdrowia wahały się w pełnym przedziale możliwych odpowiedzi, czyli od „1-Bardzo niezadowolona” do „5-Bardzo zadowolona”. Średnia ocen była równa 3,24 (SD=1,09), a mediana 4. Najczęściej badane wybierały odpowiedź „4-Zadowolona” (43,6% wszystkich badanych) (ryc. 2).

Badane kobiety z syndromem MRKH podczas oceny jakości życia w wymiarze Psychologicznym uzyskały wyniki od 31 do 100 (najwyższy możliwy) punktów. Średnia tych ocen była równa 64,62 (SD=16,19), a mediana 69 punktów (ryc. 3).



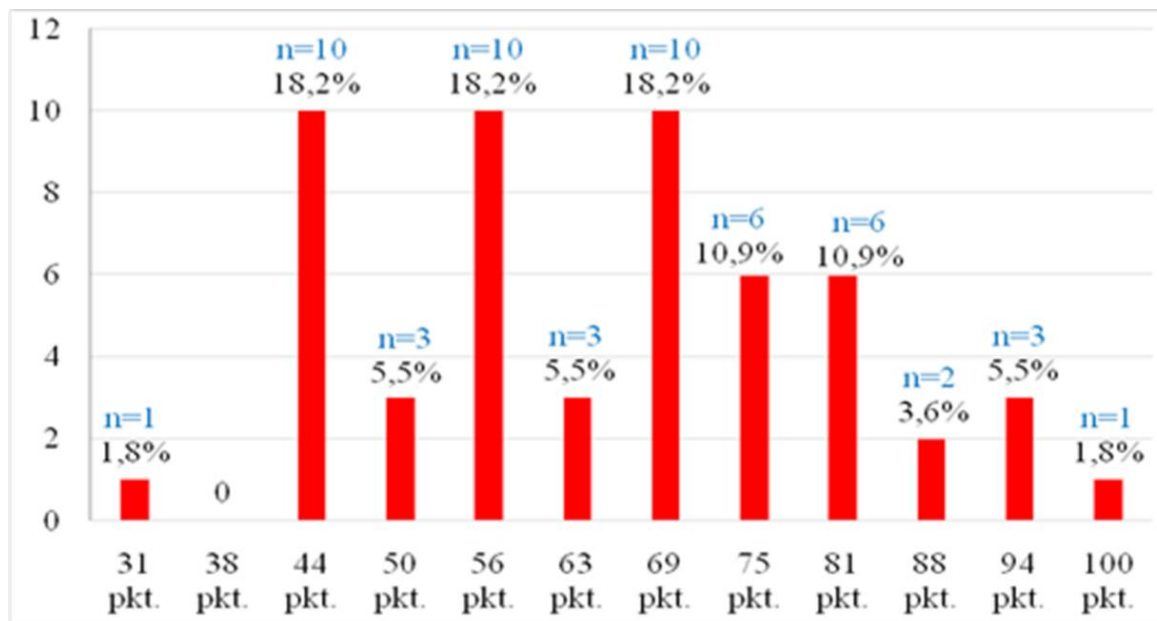
Ryc. 1 Ogólna ocena jakości życia.

Źródło: opracowanie własne



Ryc. 2 Poziom zadowolenia ze swojego stanu zdrowia.

Źródło: opracowanie własne



Ryc. 3 Oceny jakości życia kobiet z syndromem MRKH w wymiarze Psychologicznym.

Źródło: opracowanie własne

W ramach oceny funkcjonowania psychicznego zapytano respondentki o częstotliwość występowania różnych stanów psychicznych i emocji. Gotowe odpowiedzi mieściły się w przedziale od „1-Nigdy” do „5-Zawsze”. Średnie ocen wahały się od 2,80 pkt. dla „Poczucie niepełnej kobiecości” do 2,07 pkt. dla „Depresja”. Oddzielną kategorię stanowi tu odpowiedź „Inne” ze średnią 1,56 pkt dla całej grupy – w tym wypadku oceny inne niż „1-Nigdy” wskazało 29,1% osób, a opisało je tylko 23,6% ankietowanych (Tabela 3). Zdecydowana większość (70,9%) uczestniczek badania wskazała, że nigdy nie występowały u nich inne niż wyżej wymienione stany emocjonalne i emocje. Z kolei wyjaśnienia co rozumieją pod pojęciem „inne” napisało 13 ankietowanych (23,6% całej grupy). Ich odpowiedzi podzielono na:

- a) Związane z poczuciem alienacji – odpowiedzi 4 kobiet, a wśród nich: „Obawa przed odrzuceniem w społeczeństwie”, „Samotność”, „Wyalienowanie, izolacja, bycie opuszczoną”, „Wykluczenie”;
- b) Związane z brakiem możliwości macierzyństwa – 3 respondentki „Odczucie jakie jedynie sprawia mi przykrość, to brak możliwości macierzyństwa w przyszłości”, „Poczucie, że jestem już stracona, gdyż kwestie macierzyństwa czy nawet ślub z pewną osobą są dla mnie nieosiągalne”, „Wielki smutek, ponieważ mimo tego, że jest szansa na przeszczep macicy to i tak bym się nie podjęła. Istnieje bardzo duże

prawdopodobieństwo na to, że córka mogłaby się urodzić również z MRKH, a ja nie mogłabym tak skrzywdzić własnego dziecka” (zachowano pisownię oryginalną);

- c) Dotyczące poczucia niekompletności – u 3 ankietowanych „Uczucie, że czegoś mi brakuje i różnie się od innych kobiet”, „Wybrakowanie”, „bycie inną wobec znajomych (podczas np. rozmawiania o miesiączkach itp.)”
- d) Nasilenia emocji – 2 odpowiedzi „Emocje zamrożone, W przeszłości wywoływało to więcej emocji, nie miałam depresji, ale rozpaczalam bardzo”;
- e) Pozytywne przewartościowanie – 1 badana, która napisała „Poczucie inności, oryginalności - ale to w kategoriach pozytywnych”.

Tabela 3. Uczucia i stany psychiczne towarzyszące badanym z MRKH.

		Nigdy (1)	Rzadko(2)	Często (3)	Bardzo często (4)	Zawsze (5)
Poczucie niepełnej kobiecości	n	1	12	25	11	1
	%	10,9	21,8	45,5	20,0	1,8
Poczucie niższej wartości	n	11	13	21	10	0
	%	20,0	23,6	38,2	18,2	0
Lęk	n	9	22	14	9	1
	%	16,4	40,0	25,5	16,4	1,8
Depresja	n	17	23	10	4	1
	%	30,9	41,8	18,2	7,3	1,8
Przygnębienie	n	2	17	23	12	1
	%	3,6	30,9	41,8	21,8	1,8
Rozpacz	n	10	27	8	9	1
	%	18,2	49,1	14,5	16,4	1,8
Inne	n	39	7	4	4	1
	%	70,9	12,7	7,3	7,3	1,8

Źródło: opracowanie własne

Analiza testem tau Kendalla wykazała, że częstotliwość występowania poczucia niższej wartości ujemnie korelowała z wszystkimi ocenami i wymiarami jakości życia – co oznacza, że im częściej występowało u badanych poczucie niższej wartości, tym niżej oceniali jakość swojego życia (Tabela 4).

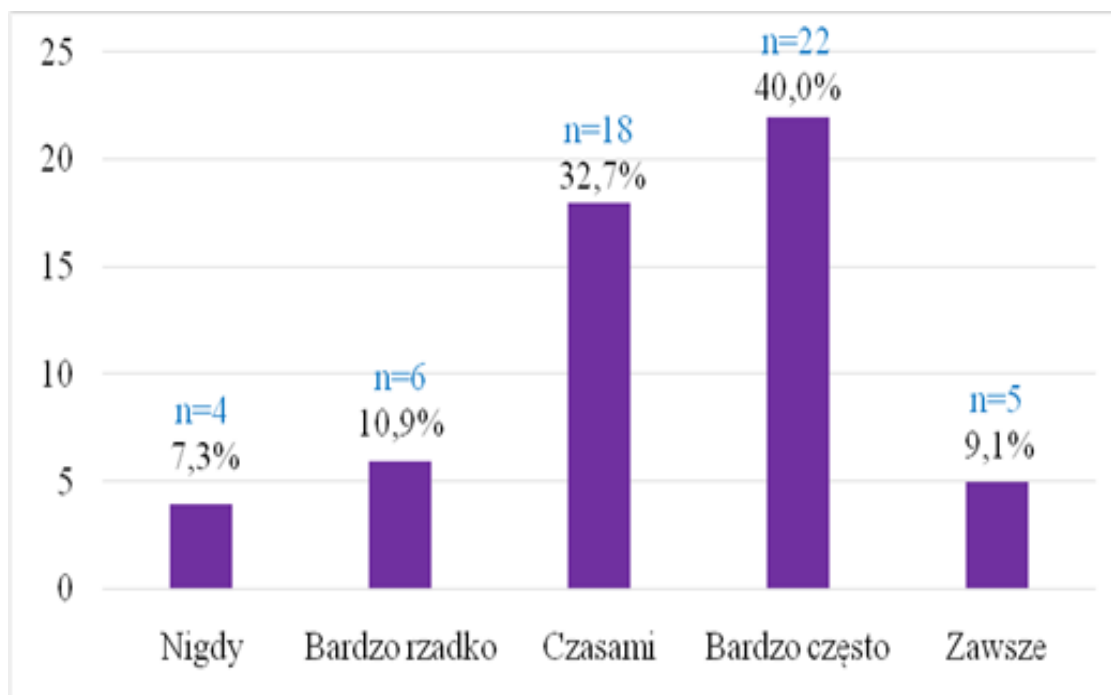
Tabela 4. Częstotliwość występowania poczucia niższej wartości a oceny jakości życia.

Lp.	Ocena/wymiar	τ	p
1	Ogólna ocena jakości życia	–0,5315	0,0000
2	Ocena jakości zdrowia	–0,3755	0,0011
3	Somatyczny	–0,2261	0,0408
4	Psychologiczny	–0,5222	0,0000
5	Socjalny	–0,3450	0,0015
6	Środowiskowy	–0,3243	0,0030

Źródło: opracowanie własne

Uczestniczki badania dokonały oceny satysfakcji ze współżycia seksualnego na pięciostopniowej skali od „1-Nigdy” do „5-Zawsze”. Najwięcej (40,0%) wybrało ocenę „4-Bardzo często” oraz „3-Czasami” (32,7%). Znacznie mniej respondentek wybrało pozostałe 3 odpowiedzi, gdzie najniższą ocenę („1-Nigdy”) wybrało 7,3%, a najwyższą („5-Zawsze”) – 9,1%. Średnia ocen była równa 3,33 i była nieznacznie wyższa niż średnia odpowiedzi pozycji nr 21 kwestionariusza WHOQOL-BREF, która dotyczy zadowolenia z własnego życia intymnego (ryc. 4).

Analiza testem tau Kendalla wykazała istnienie pozytywnego związku pomiędzy satysfakcją ze współżycia seksualnego a prawie wszystkimi ocenami jakości życia, jakich dokonuje się za pomocą kwestionariusza WHOQOL-BREF, czyli większemu zadowoleniu z prowadzonego życia seksualnego towarzyszyły wyższe oceny jakości życia. W większości przypadków można mówić o słabej (tj. $\tau < 0,3$) korelacji dodatniej. Wyjątkiem jest wymiar Socjalny jakości życia, gdzie korelacja jest na średnim poziomie ($\tau = 0,4204$) oraz wymiar Środowiskowy, dla którego wynik testu był nieistotny statystycznie ($p = 0,0549$) (Tabela 5).



Ryc. 4 Oceny satysfakcji z aktywności seksualnej.

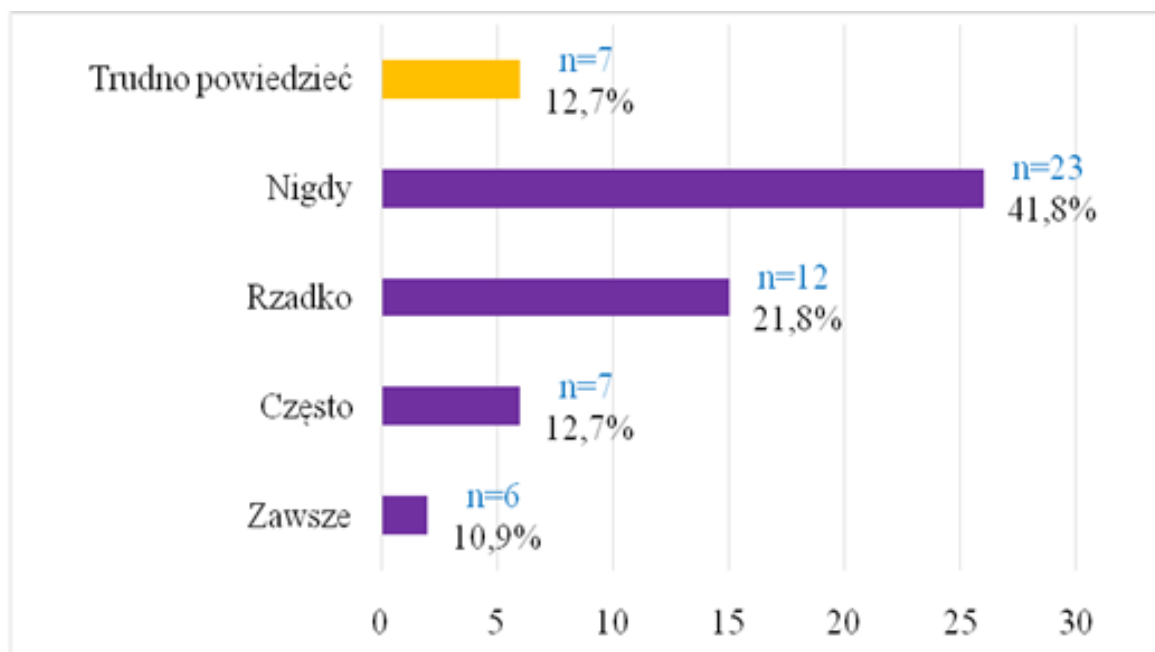
Źródło: opracowanie własne

Tabela 5. Zadowolenie z prowadzonego życia seksualnego a oceny jakości życia.

Lp.	Ocena/wymiar	τ	p
1	Ogólna ocena jakości życia	0,2865	0,0161
2	Ocena jakości zdrowia	0,2647	0,0217
3	Somatyczny	0,2966	0,0075
4	Psychologiczny	0,2711	0,0130
5	Socjalny	0,4204	0,0001
6	Środowiskowy	0,2104	0,0549

Źródło: opracowanie własne

Z powodu syndromu MRKH unikało stosunków waginalnych 45,5% ankietowanych (odpowiedzi od „Rzadko” do „Zawsze”). Odpowiedź „Nigdy” wskazało 41,8% respondentek, a pozostałe 12,7% wybrało „Trudno powiedzieć”.



Ryc. 5 Unikanie stosunków waginalnych z powodu syndromu MRKH.

Źródło: opracowanie własne

DYSKUSJA

Oprócz oczywistych komplikacji natury fizycznej pacjentki doświadczają wielu problemów o charakterze psychologicznym. Cierpią na zaburzenia w postrzeganiu swojej płci, ciała i społecznej lub seksualnej roli jako kobiety. Heller-Boersma i wsp. wskazują, że zespół MRKH może przyczyniać się do różnych, często skrajnych zachowań emocjonalnych, od pozytywnych - jak wysoki poziom motywacji do leczenia - do negatywnych jak depresja, lęk, szok, poczucie izolacji, wstyd, a nawet tendencje samobójcze [5]. W badaniach własnych ponad 40% kobiet wskazywało na częste występowanie poczucia niepełnej kobiecości oraz przygnębienie, niemal taki sam odsetek doświadczył poczucia niższej wartości. Najcenniejsze jednak okazały się swobodne odpowiedzi ankietowanych w obszarze funkcjonowania psychicznego takie jak: „Obawa przed odrzuceniem w społeczeństwie”, „Samotność”, „Wyalienowanie, izolacja, bycie opuszczoną”, „Wykluczenie”, „Uczucie, że czegoś mi brakuje i różnie się od innych kobiet”, „Wybrakowanie”, „Emocje zamrożone”, „W przeszłości wywoływało to więcej emocji, nie miałam depresji, ale rozpaczalam bardzo”. Potwierdzono to w badaniach innych np. Freundta i wsp. oraz Holta i wsp., którzy opisali występowanie uczucia wątpliwości co do swojej kobiecej tożsamości oraz poczucie bycia niekompletną wśród kobiet bez macicy i pochwy [6, 7].

Dokonując analizy piśmiennictwa na potrzeby pracy znaleziono badania dotyczące seksualności kobiet z zespołem MRKH. Beisert i wsp. przeanalizowali doświadczenia 31 pacjentek z MRKH w porównaniu z 31 bez zespołu i zaobserwowali częściowo podobny rozwój seksualny, przy czym pacjentki z MRKH relatywnie częściej wykazywały biseksualną aktywność. Założyli oni, że nie wynikało to tylko z wrodzonej orientacji, ale było psychologiczną konsekwencją choroby [8]. Nie znalazło to potwierdzenia w badaniach własnych, w których ankietowane zdecydowanie odrzucały (76,4%) stosunki homoseksualne tylko i wyłącznie ze względu na występowanie zespołu MRKH. Wręcz przeciwnie, ponad 40% ankietowanych deklarowała, że nie rezygnuje ze heteroseksualnych stosunków seksualnych waginalnych.

Według pozyskanej wiedzy nie istnieją badania, które wykazały, że pacjentki dotknięte zespołem MRKH decydują się na zmianę płci lub cierpią na dysfориę płciową.

Ogólna ocena jakości życia uczestniczek badania wykonana testem WHOQOL-BREF wyniosła średnio 3,87, jest to wartość zbliżona do Ogólnej oceny jakości życia dla grupy losowo wybranych Polaków (618 mieszkańców Rzeszowa) wynoszącej 3,90 [9]. W badaniach Herlin MK i in. podkreślili, że diagnoza lekarska jest bardzo obciążająca psychicznie dla kobiet z syndromem MRKH i zazwyczaj towarzyszą temu intensywne reakcje emocjonalne; lęk, smutek, złość a nawet myśli samobójcze. Kobiety te wykazują również słabą kontrolę emocjonalną, niepełną akceptację roli kobiecej, niskie poczucie własnej wartości, bezpieczeństwa, zdrowia i nadziei. Badania wskazały ponadto na związek MRKH z objawami lękowymi i depresyjnymi [10].

W badaniu Leithner K. i in. oraz Kimberley N. i in. z wykorzystaniem WHOQOL-BREF, oceny jakości życia w domenie Psychologicznej, po udanym zabiegu chirurgicznym odtwarzania pochwy były lepsze niż przed zabiegiem i co ważniejsze, lepsze niż grupy kontrolnej (kobiety zdrowe) [11, 12]. Zespół MRKH może powodować szereg negatywnych odczuć m.in.: lęk, depresję, przygnębienie, poczucie niepełnej kobiecości i poczucie niższości. Jednak poziom jakości życia kobiet dotkniętych tym zespołem biorących udział w badaniu można określić jako dobry. Analiza wyników wykazała ujemną korelację pomiędzy poczuciem niższej wartości i poczuciem niepełnej kobiecości w odniesieniu do niemal wszystkich wymiarów WHOQOL-BREF. Syndrom MRKH stanowi co prawda ograniczenie w zakresie pełnego korzystania z życia intymnego, ale uczestniczki badania bardzo często określają zadowolenie ze współżycia jako pozytywne doświadczenie.

WNIOSKI

1. Poziom jakości życia kobiet dotkniętych syndromem MRKH, uczestniczących w badaniu można określić jako dobry. Wyniki badania testem WHOQOL-BREF wykazały, że ocena Ogólnej jakości życia uczestniczek badania, jest niewiele niższa niż Ogólna ocena jakości życia losowej próby populacyjnej w Polsce.
2. Syndrom MRKH był przyczyną szeregu negatywnych odczuć: lęk, depresja, przygnębienie, rozpacz. Analiza wyników wykazała ujemną korelację pomiędzy poczuciem niższej wartości i poczuciem niepełnej kobiecości w odniesieniu do niemal wszystkich wymiarów WHOQOL-BREF.
4. Syndrom MRKH stanowi co prawda ograniczenie w zakresie pełnego korzystania z życia intymnego, ale uczestniczki badania pytane o satysfakcję ze współżycia seksualnego.
5. Istnieje potrzeba wsparcia psychologicznego i poradnictwa w zakresie dobrostanu oraz życia seksualnego u pacjentek z zespołem MRKH. Należy zachęcać ginekologów, pediatrów i innych specjalistów leczących zespół MRKH do uwzględnienia wyzwań związanych z życiem z zespołem MRKH i do dokładniejszego zbadania licznych potrzeb klinicznych tej populacji. Badania przesiewowe w kierunku objawów depresji i zaburzeń nastroju w tej wrażliwej grupie mają ogromne znaczenie.

PIŚMIENNICTWO

1. Liszewska-Kapłon M., Strózik M., Kotarski Ł., i wsp.: Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser syndrome as an interdisciplinary problem. *Advances in Clinical and Experimental Medicine* 2020; 29 (4): 505–511.
2. Williams L.S., Demir Eksi D., Shen Y., et al. Genetic analysis of Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome in a large cohort of families. *Fertility and Sterility* 2017; (1): 145-151.
3. Jacquinet A., Boujemla B., Fasquelle C., et al.: GREB1L variants in familial and sporadic hereditary urogenital adysplasia and Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome. *Clinical Genetics* 2020; 98(2): 126–137.
4. Williams L.S., Demir Eksi D., Shen Y., et al.: Genetic analysis of Mayer- Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome in a large cohort of families. *Fertility and Sterility* 2017; (1): 145-151.

5. Heller-Boersma J.G., Edmonds D.K., Schmidt U.H.: A cognitive behavioural model and therapy for utero-vaginal agenesis (Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser syndrome: MRKH). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2009; 37 (4): 449–467.
6. Freundt I., Toolenaar T.A., Huikeshoven F.J., et al.: Long-term psychosexual and psychosocial performance of patients with a sigmoid neovagina. *American Journal of Obstetrical and Gynecology* 1993; 169 (5): 1210–1214.
7. Holt R., Slade P.: Living with an incomplete vagina and womb: An interpretative phenomenological analysis of the experience of vaginal agenesis. *Psychology, Health & Medicine* 2003; 8 (1): 19–33.
8. Beisert M.J., Szymańska-Pytlińska M.E., Kapczuk K., I wsp.: Sexual activity of women with Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser syndrome (MRKHS) – preliminary study. *Ginekologia Polska* 2015; 86 (9): 648–652.
9. Kotarski H.: Determinanty jakości życia i zadowolenia z życia mieszkańców polskiego miasta. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego, Wrocław* 2018.
10. Herlin M.K., Petersen M.B., Brännström M.: Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH)syndrome: a comprehensive update. *Orphanet Journal of Rare Diseases* 2020; 15 (214), 1-16.
11. Leithner K., Naderer A., Hartung D., et al.: Sexual and psychosocial functioning in women with MRKHS after neovaginoplasty according to Wharton-Sheares-George: A case control study. *PLoS One* 2015; 10 (4): 1-11.
12. Kimberley N., Hutson J.M., Southwell B.R., et al.: Well-being and sexual function outcomes in women with vaginal Genesis, *Fertility and Sterility* 2011; 95 (1): 238-241.

MODEL OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM PO PIERWSZYM ZAWALE MIĘŚNIA SERCOWEGO

Katarzyna Wiśniewska¹, Agnieszka Ślawska – Okruta¹, Agata Wiktoria Łukomska²

1- *Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*

2- *Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu*

WSTĘP

Mimo postępów w leczeniu chorób sercowo-naczyniowych w krajach europejskich, nadal pozostają one główną przyczyną zachorowalności i śmiertelności. W 2017 roku choroby układu krążenia były odpowiedzialne za 36,7% wszystkich zgonów w Unii Europejskiej, przewyższając choroby nowotworowe (25%). Mężczyźni w Unii Europejskiej umierali z powodu chorób serca 1,8 razy częściej niż kobiety. W Polsce choroby układu krążenia stanowią 36% wszystkich zgonów, a najczęściej dotyczą mężczyzn w wieku od 45 do 59 lat oraz osoby po 60 roku życia. W 2020 roku choroby serca były przyczyną 41% zgonów u kobiet i 33% u mężczyzn [1].

Problemy pielęgnacyjne pacjentów po zawale mięśnia sercowego są bardzo indywidualne oraz mogą obejmować aspekty psychiczne i fizyczne. Problemy te wymagają kompleksowego podejścia w zakresie rehabilitacji oraz opieki. Wśród problemów pielęgnacyjnych znajduje się konieczność zapobiegania powikłaniom z powodu unieruchomienia, które mogą prowadzić do pogorszenia ogólnej kondycji fizycznej pacjenta. U pacjenta, już w pierwszych dniach hospitalizacji, mogą pojawić się odleżyny, a z każdym dniem unieruchomienia problem odleżyn może narastać. Im dłużej pacjent leży, tym bardziej postępuje też osłabienie jego siły mięśniowej. Jednym z głównych problemów pielęgnacyjnych jest ból w klatce piersiowej. Może on występować w fazie ostrej oraz w okresie rekonwalescencji. Ból w klatce piersiowej wymaga stałego monitorowania, ponieważ jego nasilenie może świadczyć o powikłaniach. Obecność bólu wpływa negatywnie na komfort pacjenta i może utrudniać proces rehabilitacji [2].

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem po pierwszym zawale mięśnia sercowego jest nieoceniona i wieloetapowa. Pielęgniarka pełni funkcje diagnostyczne, edukacyjne, terapeutyczne oraz wspierające, dostosowując swoją rolę do stanu zdrowia pacjenta oraz etapu rekonwalescencji. W zależności od potrzeb, pielęgniarka może zajmować się

monitorowaniem parametrów życiowych, zarządzaniem farmakoterapią, prowadzeniem edukacji zdrowotnej oraz udzielaniem wsparcia emocjonalnego. Celem opieki jest poprawa wyników leczenia, zapobieganie powikłaniom, a także promowanie zdrowia i poprawy jakości życia pacjenta. Pielęgniarka towarzyszy pacjentowi na każdym etapie choroby, budując zaufanie i oferując wsparcie emocjonalne, co sprzyja kształtowaniu zdrowych nawyków na przyszłość. Edukacja powinna być dostosowana do etapu choroby pacjenta, a jej celem jest nie tylko przekazanie wiedzy o schorzeniu, ale także nauczenie pacjenta radzenia sobie z przewlekłą chorobą, przestrzegania zaleceń dietetycznych oraz motywowanie do samokontroli. Edukacja powinna trwać nie tylko podczas pobytu w szpitalu, ale również po jego zakończeniu, ponieważ poziom wiedzy społeczeństwa na temat zawału serca w Polsce jest wciąż niski. Wzbogacenie pacjenta o wiedzę na temat choroby i jej konsekwencji wpływa na poprawę samopieki [3].

Ważne jest, aby pacjent był świadomy wpływu chorób współistniejących na ryzyko kolejnego zawału. Samokontrola pozwala pacjentowi monitorować stan swojego zdrowia i podejmować odpowiednie działania lecznicze. Pielęgniarka ma również istotny wpływ na rehabilitację kardiologiczną pacjenta, zarówno podczas leczenia szpitalnego, jak i w dalszej opiece po wypisie. Celem rehabilitacji jest poprawa sprawności fizycznej i psychicznej pacjenta, pomoc w powrocie do życia zawodowego i rodzinnego, przeciwdziałanie skutkom unieruchomienia oraz zwiększenie wydolności organizmu [4].

Pielęgniarka odgrywa kluczową rolę w budowaniu świadomości pacjenta na temat choroby, jej mechanizmów i zagrożeń, a także promowaniu zdrowych nawyków, które zmniejszają ryzyko nawrotu choroby. Po pierwszym zawałe, pielęgniarka ma szczególne zadanie w udzielaniu wsparcia emocjonalnego pacjentowi, który może być w stanie stresu i niepokoju. Na tym etapie rehabilitacji ważne jest nie tylko monitorowanie stanu zdrowia, ale również budowanie poczucia bezpieczeństwa i zaufania [4].

Pielęgniarka musi rozpoznać reakcje pacjenta, takie jak niepokój czy depresję, i odpowiednio zareagować, by wspierać proces zdrowienia. Na wczesnym etapie rehabilitacji pielęgniarka wspiera pacjenta w odzyskiwaniu samodzielności, pomagając w stopniowym wprowadzaniu aktywności fizycznej – od lekkich ćwiczeń po większą aktywność, jak chodzenie czy wstawanie z łóżka. Kolejnym zadaniem pielęgniarki jest przeprowadzenie edukacji dotyczącej stylu życia, monitorowania czynników ryzyka oraz wdrażania terapii farmakologicznej, szczególnie w przypadku nadciśnienia. W dalszym etapie rehabilitacji pielęgniarka kontynuuje swoją rolę, pomagając pacjentowi utrzymać efekty leczenia,

zwiększać tolerancję wysiłkową i wspierać powrót do aktywności zawodowej. Edukacja pacjenta, monitorowanie postępów rehabilitacji oraz zapobieganie nawrotom choroby są kluczowe dla długoterminowego zdrowia pacjenta. Ważnym elementem opieki jest również wsparcie rodziny w procesie rehabilitacji pacjenta. Rodzina powinna współpracować z zespołem terapeutycznym, aby wspólnie przygotować pacjenta do powrotu do życia po zawale [4].

Zakończenie hospitalizacji to trudny moment, dlatego tak ważne jest odpowiednie przygotowanie rodziny do roli wsparcia. Pielęgniarka edukuje rodzinę, jak reagować na objawy choroby i jak wspierać pacjenta w procesie zmiany stylu życia. Pacjenci po zawale często mają obniżoną sprawność fizyczną, dlatego rodzina powinna pomagać w rehabilitacji i motywować do stopniowej aktywności fizycznej. Pielęgniarka, wykonując swoje obowiązki z pełnym zaangażowaniem, przyczynia się do osiągnięcia zamierzonych celów rehabilitacyjnych. Satysfakcja pacjenta jest miarą jakości opieki, a pielęgniarska opieka powinna być skierowana na indywidualne potrzeby pacjenta, traktując go w sposób całościowy. Pielęgniarka odpowiada za opiekę nad pacjentem i jego rodziną na każdym etapie leczenia, współdziałając z innymi członkami zespołu medycznego w celu zapewnienia kompleksowej i ciągłej opieki o jak najwyższej jakości [5].

CEL PRACY

Celem głównym niniejszych badań było zbadanie modelu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po pierwszym zawale mięśnia sercowego.

MATERIAŁ I METODY

Główną metodą badawczą zastosowaną w niniejszej pracy była metoda indywidualnego przypadku. Techniki badawcze wykorzystane w niniejszym opracowaniu: wywiad pielęgniarski, obserwacja pielęgniarska, analiza dokumentacji medycznej, pomiary bezpośrednie i pośrednie. Narzędzia badawcze, wykorzystane w badaniu to BMI (ang. Body mass index), wskaźnik WHR(ang. Waist Hip Ratio), Skala oceny ryzyka powstawania odleżyn Norton, Skala Torrance'a, Skala oceny bólu NRS- (ang. Numerical Rating Scale), Skala IADL- w ocenie skalą IADL, Skala Tinetti, Skala satysfakcji z życia SWLS, Skala akceptacji choroby AIS, Skala odczuwanego stresu PSS-10.

Badania skupiły się na analizie modelu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po pierwszym zawale mięśnia sercowego. Dane pacjenta pozyskane zostały od jednej z

pracujących na oddziale Kardiologii Inwazyjnej pielęgniarek. Pielęgniarka ta w wyżej wymienionym oddziale pracowała przez siedem lat.

Terenem badań objęto Odcinek Hemodynamiczny, Oddziału Kardiologii. Oddział ten specjalizuje się w diagnostyce i leczeniu chorób serca oraz układu krążenia, w szczególności ostrych zespołów wieńcowych (OZW), choroby wieńcowej oraz nadciśnienia tętniczego. Do najczęściej wykonywanych zabiegów w Pracowni Hemodynamiki należą inwazyjne procedury leczenia zawału serca, planowe angioplastyki wieńcowe, koronarografie, a także pilne interwencje jak kontrapulsacja wewnątrzaoortalna.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Pacjent przyjęty na odcinek hemodynamiki z powodu ostrego zespołu wieńcowego typu NSTEMI. Pacjent trafił na oddział hemodynamiki bezpośrednio z SOR-u, gdzie zgłosił bóle występujące w klatce piersiowej, które trwały od 2 miesięcy. Bóle w ostatnich dniach nasiliły się. Na podstawie objawów klinicznych oraz wyników laboratoryjnych rozpoznano OZW-NSTEMI.

U pacjenta przeprowadzono zabieg PCI-Cx (przezskórną angioplastykę wieńcową) z dostępu promieniowego, w celu przywrócenia drożności zwężonej tętnicy wieńcowej. Po zakończeniu zabiegu pacjent został przekazany do Oddziału kardiologicznego gdzie rozpoczęto dalszą obserwację i monitorowanie jego stanu klinicznego.

Na Odcinku Hemodynamiki, stan pacjenta był nieustannie monitorowany, wykonano pomiary jego parametrów życiowych. Po zabiegu pacjent zgłosił ból w klatce piersiowej o nasileniu 3/10 w skali NRS, w związku z czym wykonano EKG oraz podano dożylnie lek przeciwbólowy Perfalgan 1g, po którym nastąpiła poprawa. W związku z wystąpieniem zgagi i nudności podano dożylnie 1000 ml 0,9% NaCl iv oraz Controloc 40 mg iv. Po incydencie poluzowania opaski uciskowej szczególną uwagę zwrócono na obserwację miejsca wkłucia. W związku z powstaniem krwiaka na przedramieniu zastosowano okład chłodzący raz zmieniono opatrunek uciskowy. Krwiak wchłonął się w ciągu doby.

Pacjentowi udzielono wsparcia edukacyjnego w zakresie lepszego stylu życia, higieny oraz potrzeby dalszego leczenia kardiologicznego. Pacjenta wypisano do domu w stanie stabilnym.

Proces pielęgnowania

- **Diagnoza pielęgniarska 1:** Duszność z towarzyszącą przyspieszoną częstością oddechów.

Cel opieki: Zmniejszenie duszności.

Plan opieki:

- Zapewnienie odpowiedniej pozycji ciała, aby ułatwić oddychanie (pozycja półsiedząca)
- Monitorowanie częstości oddechów, saturacji oraz jakości oddechu
- Edukacja pacjenta na temat technik oddechowych

Ocena efektów podjętych działań: Poprawa komfortu oddechowego, brak nasilenia duszności. Oddechów miarowy bez objawów duszności.

- **Diagnoza pielęgniarska 2:** Ból w klatce piersiowej 3/10 NRS związany z ostrym zespołem wieńcowym.

Cel opieki: Zmniejszenie intensywności bólu, poprawa komfortu pacjenta.

Plan opieki:

- Monitorowanie bólu w skali NRS co 4 godziny
- Podanie leków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarza (Perfalgan 1g iv.)
- **Obserwacja skuteczności podanego leku**

Ocena efektów podjętych działań: Ból ustąpił po podaniu Perfalganu, pacjent zgłasza poprawę.

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Obniżona motywacja do leczenia związana z chęcią szybkiego powrotu do domu.

Cel opieki: Zwiększenie motywacji pacjenta do uczestnictwa w leczeniu.

Plan opieki:

- Informowanie pacjenta o korzyściach z pełnego leczenia
- Zachęcanie pacjenta do stopniowego angażowania się w proces zdrowienia
- Udzielanie wsparcia emocjonalnego w trakcie leczenia

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent wykazuje większą gotowość do współpracy z zespołem medycznym.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Zaburzenia oddawania moczu związane z podejrzeniem przerostu gruczołu krokowego, objawiające się słabym strumieniem moczu i uczuciem niepełnego opróżnienia pęcherza.

Cel opieki: Poprawa funkcji moczowych.

Plan opieki:

- Pomoc w korzystaniu z kaczki, utrzymanie higieny osobistej
- Monitorowanie jakości oraz ilości wydalanego moczu
- Obserwacja występujących objawów związanych z infekcją dróg moczowych (pieczenie, bolesne oddawanie moczu)
- Zachęcanie pacjenta do regularnego opróżniania pęcherza moczowego oraz unikania zalegania moczu w pęcherzu

Ocena efektów podjętych działań: Objawy infekcji nie występują, poprawa jakości wydalanego moczu, brak uczucia niepełnego opróżnienia pęcherza moczowego).

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Nadciśnienie tętnicze potwierdzone wywiadem wskazującym na wcześniejsze rozpoznanie choroby, bez dotychczasowego leczenia i kontroli lekarskiej. Ciśnienie w chwili przyjęcia wynosi 139/87 mmHg.

Cel opieki: Utrzymanie wartości ciśnienia tętniczego w zalecanych granicach oraz zapobieganie powikłaniom związanych z nieleczonym nadciśnieniem tętniczym.

Plan opieki:

- Regularne pomiary ciśnienia tętniczego dwa razy dziennie rano i wieczorem
- Zalecenie wizyty u lekarza celem oceny potrzeby włączenia leczenia farmakologicznego
- Zachęcanie pacjenta do prowadzenia dzienniczka pomiarów ciśnienia tętniczego
- Edukacja pacjenta na temat konieczności regularnej kontroli ciśnienia i konsekwencji nieleczzonego nadciśnienia tętniczego
- Obserwacja pacjenta pod kątem objawów towarzyszących nadciśnieniu (zawroty głowy, bóle głowy, osłabienie, kołatanie serca)

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent był regularnie monitorowany, wartości ciśnienia tętniczego utrzymywały się powyżej normy, co potwierdza rozpoznane wcześniej nadciśnienie tętnicze. Pacjent został poinformowany o konieczności dalszego leczenia oraz wprowadzenia zmian w styl życia. Pacjent rozumiał potrzebę systematycznych kontroli lekarskich i rozpoczęcia leczenia farmakologicznego.

- **Diagnoza pielęgniarska 6:** Zaniedbania higieniczne przejawiające się suchą, łuszczącą się skórą w okolicy pachwin z obecnością cech odparzeń oraz wyraźnym nieprzyjemnym zapachem ciała.

Cel opieki: Poprawa stanu higienicznego pacjenta poprzez systematyczną pielęgnację skóry, szczególnie w okolicy pachwin, w celu zmniejszenia podrażnień, odparzeń.

Plan opieki:

- Edukacja pacjenta w zakresie higieny i pielęgnacji skóry
- Wykorzystanie maści ochronnych lub nawilżających
- Obserwacja stanu skóry, monitorowanie ewentualnych oznak infekcji
- Codzienna toaleta całego ciała pacjenta z uwzględnieniem dokładnego mycia i osuszania pachwin
- Nakłonienie pacjenta do częstej zmiany bielizny i odzieży pacjenta

Ocena efektów podjętych działań: Zaobserwowano poprawę stanu higienicznego pacjenta. Skóra w okolicy pachwin jest mniej sucha, zmniejszyło się łuszczenie oraz zaczerwienienie związane z odparzeniami. Nieprzyjemny zapach ciała uległ redukcji. Pacjent wykazuje większe zaangażowanie w utrzymywanie higieny osobistej przy wsparciu personelu medycznego.

- **Diagnoza pielęgniarska 7:** Deficyt wiedzy pacjenta na temat zagrożeń związanych z paleniem papierosów (nikotynizmem).

Cel opieki: Zwiększenie wiedzy pacjenta na temat szkodliwości nałogu palenia papierosów dla funkcjonowania układów sercowo-naczyniowych.

Plan opieki:

- Omówienie korzyści związanych z porzuceniem nałogu palenia tytoniu przez pacjenta po przebytym zawale mięśnia sercowego
- Edukacja na temat szkodliwości nałogu nikotynowego występującego u pacjenta po przebytym zawale mięśnia sercowego
- Zachęcanie do regularnych wizyt kontrolnych u lekarza

Ocena efektów podjętych działań: Zwiększenie świadomości pacjenta na temat korzyści jakie niesie ze sobą rezygnacja z palenia papierosów.

- **Diagnoza pielęgniarska 8:** Ryzyko powtórnego incydentu wieńcowego związane z czynnikami ryzyka .

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka nawrotu incydentu wieńcowego poprzez edukację zdrowotną oraz wdrożenie działań profilaktycznych ukierunkowanych m.in. na redukcję masy ciała i poprawę stylu życia.

Plan opieki:

- Przeprowadzenie edukacji pacjenta na temat wpływu nadwagi i otyłości brzusznej na układ sercowo-naczyniowy
- Regularne monitorowanie masy ciała i obwodu talii oraz omawianie postępów z pacjentem
- Zachęcanie pacjenta do zmiany nawyków: zwiększenie ilości ruchu.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent wykazuje zainteresowanie tematyką zdrowego stylu życia, aktywnie uczestniczy w rozmowach edukacyjnych.

- **Diagnoza pielęgniarska 9:** Ryzyko upadków związanych z zaburzeniami otrostatycznymi, wpływającymi z czasowego unieruchomienia.

Cel opieki: Zapobieganie upadkom, poprawa mobilności

Plan opieki:

- Monitorowanie mobilności pacjenta, pomoc w poruszaniu się
- Usunięcie ewentualnych przeszkód z sali pacjenta
- Zachęcanie do stopniowego wstawania i wykonywania ćwiczeń poprawiających **mobilność**

Ocena efektów podjętych działań: Brak upadków, poprawa samodzielności w poruszaniu się.

- **Diagnoza pielęgniarska 10:** Zaburzenia snu związane z troską o pozostawionego w domu psa.

Cel opieki: Poprawa jakości snu oraz wydłużenie czasu nieprzerwanego snu pacjenta.

Plan opieki:

- Zachęcanie pacjenta do wprowadzenia wieczornej rutyny relaksacyjnej (np. ćwiczenia oddechowe, ciepły napój, czytanie książki)
- Wspieranie pacjenta w adaptacji do warunków szpitalnych, np. przedstawienie harmonogramu dnia, omówienie planu leczenia, by zmniejszyć niepewność
- Monitorowanie rytmu snu pacjenta i zgłaszanie lekarzowi trudności ze snem w celu ewentualnego włączenia farmakoterapii

- Edukacja w zakresie higieny osobistej oraz jej wpływu na zdrowie i samopoczucie

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent zgłasza poprawę jakości snu, łatwiej zasypia, rzadziej budzi się w nocy.

- **Diagnoza pielęgniarska 11:** Obniżony poziom satysfakcji z życia, umiarkowany poziom akceptacji choroby oraz obciążenie stresem związane z nagłą chorobą serca i sytuacją życiową.

Cel opieki: Zminimalizowanie stresu, udzielenie wsparcia psychicznego oraz motywacja pacjenta.

Plan opieki:

- Udostępnienie pacjentowi możliwości kontaktu ze szpitalnym psychologiem
- Monitorowanie stanu psychicznego pacjenta przy użyciu skali (AIS, SWLS, PSS- 10).
- Zachęcanie pacjenta do nawiązywania bliższych relacji społecznych w jego środowisku
- Edukacja pacjenta w zakresie stosowania prostych technik opanowywania stresu (np. ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia rozluźniania mięśni karku oraz szyi)
- Zachęcanie pacjenta, by po opuszczeniu oddziału szpitalnego poszukiwał wsparcia psychicznego, dostępnego zarówno podczas wizyt u lekarza rodzinnego w PZOZ pacjenta jak też u lekarzy specjalistów
- Zwiększenie wiedzy pacjenta na temat jego choroby

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent chętnie korzystał z możliwości rozmów z psychologiem szpitalnym, z wypowiedzi pacjenta wynikało, że lepiej rozumie swoją chorobę i związane z nią potrzeby terapeutyczne. Pacjent zaczął dostrzegać potrzebę kontaktów społecznych i wyraził chęć utrzymywania relacji z otoczeniem po powrocie do domu. Pacjent wykazuje niewielką poprawę stanu emocjonalnego.

- **Diagnoza pielęgniarska 12:** Wystąpienie nudności związanych z wcześniej przebytą przez pacjenta chorobą refluksową przełyku.

Cel opieki: Zmniejszenie dolegliwości żołądkowo-jelitowych.

Plan opieki:

- Monitorowanie tolerancji posiłków.
- Podanie leku zmniejszającego ilość kwasu solnego w żołądku Controloc 40 mg iv.
- Monitorowanie częstości i nasilenia zgłaszanych objawów.

Ocena efektów podjętych działań: Nudności oraz zgaga ustąpiły.

- **Diagnoza pielęgniarska 13:** Ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych wynikających z ograniczonej mobilności po zabiegu.

Cel opieki: Zapobieganie wystąpieniu powikłań zakrzepowo-zatorowych poprzez utrzymanie drożności naczyń krwionośnych i wsparcie krążenia żylnego.

Plan opieki:

- Zapewnienie właściwego ułożenia kończyn (uniesienie nóg w celu poprawy powrotu żylnego)
- Zachęcenie pacjenta do wykonywania czynnych ruchów kończyn dolnych w łóżku, jeśli stan ogólny pacjenta na to pozwala
- Monitorowanie kończyn dolnych pod kątem możliwości pojawiania się obrzęków, zaczerwienienia, bolesności oraz ocena temperatury skóry

Ocena efektów podjętych działań: U pacjenta nie wystąpiły objawy zakrzepicy oraz zatorowości. Skóra kończyn dolnych o prawidłowej barwie i temperaturze, bez obrzęków i bolesności.

- **Diagnoza pielęgniarska 14:** Zagrożenie zakażeniem w obrębie wkłucia wynikające z założonego dostępu dożylnego.

Cel opieki: Zapobieganie rozwojowi infekcji w miejscu wkłucia oraz utrzymywanie drożności dostępu dożylnego.

Plan opieki:

- Regularna zmiana opatrunku
- Codzienna ocena miejsca wkłucia pod kątem objawów infekcji (obrzęk, zaczerwienie, bolesność, podwyższona temperatura ciała)
- Zapewnienie stabilizacji wenflonu, aby uniknąć przemieszczania i podrażnienia miejsca wkłucia
- Edukacja pacjenta w zakresie higieny i zasad bezpieczeństwa związanych z wkłuciem

Ocena efektów podjętych działań: Nie stwierdzono cech zakażenia miejscowego ani ogólnego. Miejsce wkłucia jest czyste, suche oraz niebolesne. Pacjent przestrzegał zaleceń dotyczących higieny.

- **Diagnoza pielęgniarska 15:** Wystąpienie krwiaka na przedramieniu w wyniku niewłaściwego nacisku na kończynę po zabiegu PCI-Cx (przezskórną angioplastykę wieńcową) z dostępu promieniowego,

Cel opieki: Zapobieganie powiększeniu się krwiaka oraz przyspieszenie jego wchłonięcia. Ochrona miejsca urazu przed dalszym uszkodzeniem.

Plan opieki:

- Regularna zmiana opatrunku uciskowego zgodnie z zaleceniami
- Stosowanie okładów chłodzących na miejsce urazu w celu zmniejszenia obrzęku i bólu
- Edukacja pacjenta dotycząca unikania nacisku i przeciążenia kończyny z wkluciem
- Monitorowanie miejsca nakłucia pod kątem obrzęku, bólu i powiększania się krwiaka

Ocena efektów podjętych działań: Miejsce nakłucia było prawidłowo zabezpieczone, bez objawów stanu zapalnego. Pacjent stosował się do zaleceń dotyczących unikania nacisku na kończynę. Krwaki uległ zmniejszeniu i całkowitemu wchłonięciu w ciągu doby.

WNIOSKI

1. Do zadań pielęgniarki w zakresie funkcji terapeutycznej wobec pacjenta po pierwszym zawale mięśnia sercowego należy zaliczyć m.in.: zachęcanie pacjenta do stopniowego angażowania się w proces zdrowienia, udzielanie wsparcia emocjonalnego w trakcie leczenia, nawiązanie terapeutycznej relacji z pacjentem.
2. Do zadań pielęgniarki w zakresie funkcji edukacyjnej wobec pacjenta po pierwszym zawale mięśnia sercowego należy zaliczyć m.in.: edukację pacjenta na temat objawów alarmowych i konieczności ich zgłaszania, technik oddechowych, znaczenia zdrowego odżywiania się, konieczności zachowania zasad higieny i pielęgnacji skóry, możliwości wykorzystania do tego celu maści ochronnych lub nawilżających, szkodliwości nikotynizmu, stosowania prostych technik opanowywania stresu.
3. Do zadań pielęgniarki w zakresie funkcji rehabilitacyjnej wobec pacjenta po pierwszym zawale mięśnia sercowego należy zaliczyć m.in.: zachęcanie do stopniowego wstawania i wykonywania ćwiczeń poprawiających mobilność, zapewnienie właściwego ułożenia kończyn pacjenta, czy zachęcanie pacjenta do wykonywania czynnych ruchów kończyn dolnych w łóżku (ustalenie stopnia trudności ruchów w zależności od stanu ogólnego pacjenta).

4. Do zadań pielęgniarki pielęgniarki w zakresie funkcji pielęgnacyjnej wobec pacjenta po pierwszym zawale mięśnia sercowego należy zaliczyć m.in.: pomoc w utrzymaniu higieny okolic intymnych, zapewnienie pacjentowi codziennej toalety całego ciała i/lub udzielanie pomocy przy jej wykonywaniu, zachęcanie pacjenta do codziennego dbania o higienę, monitorowanie tolerancji posiłków, podawanie leków przeciwbólowych i innych - zgodnie z zaleceniami lekarza.
5. Do zadań pielęgniarki pielęgniarki w zakresie funkcji opiekuńczej wobec pacjenta po pierwszym zawale mięśnia sercowego należy zaliczyć m.in.: obserwację skuteczności podawanych leków, monitorowanie rytmu serca i ciśnienia tętniczego, zachęcanie pacjenta do konsultacji swojego stanu zdrowia z psychologiem i innymi specjalistami (kardiologiem, dietetykiem, specjalistą od zaburzeń metabolicznych), monitorowanie mobilności pacjenta, monitorowanie masy ciała i obwodu talii oraz omawianie postępów z pacjentem, zachęcanie pacjenta do udziału w dostępnych podczas hospitalizacji aktywnościach, np. w zajęciach terapeutycznych, udzielanie wsparcia emocjonalnego w trakcie leczenia, zachęcanie pacjenta do nawiązywania bliższych relacji społecznych w jego środowisku.

PIŚMIENNICTWO:

1. Deluga A., Ślusarska B., Koziej D. i wsp.: Scope of diagnosis of the state of patients with cardiovascular diseases for the need of nursing care. *Nursing Problems* 2013; 21: 452-461.
2. Wróblewska N., Markiewicz-Łoskot G.: Selected aspects of early postoperative care after coronary artery bypassgrafting in an advanced nursing practice perspective. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne/Surgical and Vascular Nursing* 2024; 18: 1-5.
3. Welnicki M., Barylski M.: Pacjent po zawale mięśnia sercowego. *Lekarz POZ*, 2018; 3: 149-153.
4. Purgal E.: Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z nadciśnieniem tętniczym po zawale mięśnia sercowego. *Pielęgniarstwo Specjalistyczne* 2023; 40: 70-100.
5. Bigus K., Nowogrodzka M.: Rola pielęgniarki w edukacji pacjenta po zawale serca ze współistniejącą cukrzycą typu 2, *Wybrane Problemy Kliniczne. Forum medycyny Rodzinnej* 2020; 14 (2): 88-95.

MODEL OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM Z CUKRZYCĄ

Katarzyna Wiśniewska¹, Agnieszka Sławska – Okruta¹, Beata Pyszczyk²

1- *Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*

2- *Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu*

WSTĘP

Cukrzyca jest chorobą metaboliczną, charakteryzującą się zwiększonym stężeniem glukozy we krwi. Dotyka ludzi na całym świecie, niezależnie od wieku, płci czy statusu ekonomicznego. Cukrzyca jest silnie powiązana z postępowaniem cywilizacyjnym, stylem życia oraz nawykami żywieniowymi. Wśród głównych czynników ryzyka cukrzycy, zwłaszcza typu 2, wymienia się nadwagę, otyłość oraz brak regularnej aktywności fizycznej [1].

Dane Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej (IDF) opracowane we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia pokazują, że cukrzyca dotyka 820 milionów osób powyżej 18. roku życia na całym świecie. To podkreśla ogromną skalę globalnego wyzwania, jakie stanowi cukrzyca oraz potrzebę działań profilaktycznych i leczniczych [2]. W Polsce, zgodnie z raportem Narodowego Funduszu Zdrowia z 2023 roku, cukrzyca dotyczy około 3 milionów osób, z czego ok. 9% dotyczy cukrzycy typu 2. Podkreśla się, że wiele chorych jest niezdiagnozowanych. Ponadto, wiele osób zmaga się z zaburzeniami metabolicznymi, które poprzedzają rozwój tej choroby jak insulinooporność, hiperinsulinemia, otyłość czy zespół metaboliczny. Niezdiagnozowana lub nieleczona cukrzyca prowadzi do poważnych powikłań, w tym uszkodzenia wzroku, nerek, naczyń krwionośnych czy rozwoju zespołu stopy cukrzycowej [3].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy była analiza modelu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z cukrzycą. Badania swym zasięgiem objęły indywidualny przypadek pacjenta na cukrzycę, leczonego na oddziale chorób wewnętrznych z pododdziałem diabetologii i leczenia otyłości w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym.

MATERIAŁ I METODY

Główną metodą badawczą zastosowaną w niniejszej pracy była metoda indywidualnego przypadku. Techniki badawcze wykorzystane w niniejszym opracowaniu: wywiad pielęgniarski, obserwacja pielęgniarska, analiza dokumentacji medycznej, pomiary bezpośrednie i pośrednie. Narzędzia badawcze, wykorzystane w badaniu to BMI (ang. Body mass index), wskaźnik WHR(ang. Waist Hip Ratio), Skala oceny ryzyka powstawania odleżyn Norton, Skala Torrance'a, Skala oceny bólu NRS- (ang. Numerical Rating Scale), Skala IADL- w ocenie skalą IADL, Skala Tinetti, Skala satysfakcji z życia SWLS, Skala akceptacji choroby AIS, Skala odczuwanego stresu PSS-10.

Opisano przypadek pacjenta hospitalizowanego w Oddziale Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Diabetologii i Leczenia Otyłości Radomskiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Tytusa Chałubińskiego, zlokalizowanego przy ul. Adolfa Tochtermana 1, 26-610 Radom, w dniach od 12.02.2025r do 17.02.2025r, po uprzednim uzyskaniu od pacjenta zgody na udział w badaniu i wgląd w dokumentację pacjenta.

W ramach Oddziału Chorób Wewnętrznych utworzono Pododdział Diabetologii i Leczenia Otyłości, odpowiadając na rosnące zapotrzebowanie na kompleksową opiekę nad pacjentami z cukrzycą oraz chorobą otyłościową. Wydzielenie tej specjalistycznej jednostki umożliwia wdrażanie nowoczesnych metod profilaktyki, diagnostyki i terapii schorzeń, które stanowią jedno z największych wyzwań zdrowotnych XXI wieku. Priorytetem jest zapewnienie pacjentom dostępu do najnowocześniejszych leków oraz systemów ciągłego monitorowania glikemii, a także prowadzenie stałej edukacji zdrowotnej.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

1 dzień:

Pacjent został przyjęty na oddział diabetologii z powodu zaostrzenia zespołu stopy cukrzycowej, który objawiał się nasilonym bólem, obrzękiem oraz powiększającym się owrzodzeniem z wysiękiem. Wstępna ocena wykazała cechy infekcji oraz pogorszenie stanu miejscowego.

Pacjenta przyjęto na oddział, gdzie wykonano następujące procedury:

- Badanie dopplerowskie tętnic obwodowych wykazujące upośledzony przepływ w kończynie dolnej lewej.
- Angiografia naczyń obwodowych potwierdzająca niedokrwienie.

- Konsultacja chirurgiczna oraz diabetologiczna.
- Leczenie zachowawcze obejmujące antybiotykoterapię, leki przeciwplatekcyjne, leki poprawiające perfuzję tkanek.

U pacjenta wykonano oczyszczanie rany i założono opatrunek specjalistyczny. Podano leki przeciwzakrzepowe i zalecono odpowiednie pozycje ułożeniowe.

Mężczyźnie założono profil glikemii. Pomiary wskazywały na hiperglikemię. Wdrożono leczenie insuliną wg zlecenia. Przeprowadzono edukację pacjenta w zakresie diety cukrzycowej i zdrowego trybu życia.

2 dzień:

Stan pacjenta stabilny, ale utrzymuje się hiperglikemia. Kontynuowano leczenie insuliną, zmodyfikowano dawki zgodnie z pomiarami glikemii. Pacjent nadal odczuwa ból w lewej stopie, podano paracetamol. Obrzęk stopy bez istotnych zmian. Przeprowadzono kolejne oczyszczanie rany i ponowną zmianę opatrunku.

3 dzień:

Zauważalna poprawa stanu miejscowego - zmniejszenie wysięku i obrzęku. Wyniki laboratoryjne wskazują na lekką poprawę glikemii, ale nadal utrzymują się wartości powyżej normy. Pacjent otrzymał dalsze zalecenia dietetyczne i przeprowadzono kolejną rozmowę edukacyjną dotyczącą samokontroli cukrzycy. Nadal przyjmuje antybiotyki dożylnie.

4 dzień:

Pacjent zgłasza mniejsze dolegliwości bólowe. Stopniowa poprawa stanu rany, zmniejszenie wysięku, lepsza ziarnina. Hiperglikemia nadal występuje, ale obserwuje się trend spadkowy. Pacjent zaczyna aktywnie uczestniczyć w samokontroli poziomu glukozy, choć wciąż wymaga wsparcia.

5 dzień:

Stan pacjenta stabilny, rana w fazie gojenia. Glikemia ulega stopniowej poprawie. Pacjent wykazuje większą świadomość w zakresie leczenia i diety. Przeprowadzono edukację dotyczącą pielęgnacji stopy cukrzycowej oraz konieczności regularnych kontroli diabetologicznych.

6 dzień:

Po konsultacji diabetologicznej i chirurgicznej pacjent w stanie stabilnym został wypisany do domu z zaleceniami dalszego leczenia, stosowania odpowiedniej diety, kontrolowania glikemii oraz systematycznego monitorowania stanu stopy cukrzycowej. Zalecono także

dalsze leczenie ambulatoryjne, regularne wizyty u diabetologa oraz w poradni chirurgicznej celem kontroli procesu gojenia rany.

Proces pielęgnowania pacjenta

- **Diagnoza pielęgniarska 1:** Hiperglikemia spowodowana niewłaściwym stylem życia, objawiająca się wzmożonym pragnieniem i osłabieniem.

Cel opieki: Normalizacja poziomu glukozy we krwi poprzez edukację i leczenie.

Plan opieki:

- Monitorowanie poziomu glukozy.
- Edukacja pacjenta w zakresie diety cukrzycowej.
- Regularne podawanie leków hipoglikemizujących.
- Monitorowanie parametrów życiowych.
- Kontrola stanu nawodnienia organizmu.
- Obserwacja reakcji pacjenta na leczenie.

Ocena efektów podjętych działań: Poprawa glikemii, zmniejszenie pragnienia.

- **Diagnoza pielęgniarska 2:** Ból kończyny dolnej spowodowany obecnością owrzodzenia i niedokrwieniem, objawiający się nasileniem dolegliwości podczas obciążenia (NRS 5).

Cel opieki:

Zmniejszenie odczuwania bólu i poprawa komfortu pacjenta.

Plan opieki:

- Stosowanie leków przeciwbólowych.
- Unikanie nadmiernego obciążenia chorej nogi.
- Stosowanie odpowiednich opatrunków dostosowanych do rodzaju owrzodzenia.
- Zastosowanie odpowiedniej pozycji ułożeniowej.
- Fizjoterapia.

Ocena efektów podjętych działań: Zmniejszenie natężenia bólu, poprawa komfortu pacjenta.

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Wysokie wartości ciśnienia tętniczego (150/95 mmHg), występujące na tle nadciśnienia tętniczego.

Cel opieki: Utrzymanie prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego.

Plan opieki:

- Monitorowanie ciśnienia tętniczego.
- Podawanie leków hipotensyjnych zgodnie z zaleceniami lekarza.
- Obserwacja reakcji pacjenta na leki, w tym możliwych działań niepożądanych.
- Edukacja pacjenta w zakresie zdrowego stylu życia.
- Stała obserwacja objawów nadciśnienia oraz możliwych powikłań.

Ocena efektów podjętych działań: Stabilizacja ciśnienia tętniczego.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Otyłość brzuszna spowodowana nieprawidłową dietą i brakiem aktywności fizycznej - BMI 30,0, WHR 1,1.

Cel opieki: Redukcja masy ciała i poprawa zdrowia metabolicznego.

Plan opieki:

- Opracowanie indywidualnego planu żywieniowego.
- Wprowadzenie umiarkowanej aktywności fizycznej.
- Edukowanie o znaczeniu redukcji stresu, który może prowadzić do nadmiernego jedzenia.
- Nauczanie skutecznej kontroli wielkości porcji oraz unikania podjadania między posiłkami.
- Monitorowanie postępów w redukcji masy ciała.

Ocena efektów podjętych działań: Spadek masy ciała, poprawa samopoczucia pacjenta.

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Pogorszenie stanu skóry spowodowane zaburzeniami krążenia i cukrzycą, objawiające się suchością i zmianami troficznymi.

Cel opieki: Poprawa nawilżenia i kondycji skóry.

Plan opieki:

- Stosowanie emolientów i odpowiednich preparatów pielęgnacyjnych.
- Monitorowanie stanu skóry.
- Edukacja pacjenta w zakresie pielęgnacji skóry.
- Przekazanie zaleceń dotyczących noszenia przewiewnej odzieży z naturalnych materiałów.
- Udzielanie wskazówek dotyczących zdrowej diety bogatej w witaminy A, C i E.

Ocena efektów podjętych działań: Zmniejszenie suchości skóry, poprawa jej kondycji.

- **Diagnoza pielęgniarska 6:** Zespół stopy cukrzycowej spowodowany niedokrwieniem kończyny dolnej i infekcją, objawiający się owrzodzeniem, bólem oraz wysiękiem.

Cel opieki: Zmniejszenie nasilenia objawów oraz poprawa gojenia rany poprzez odpowiednią pielęgnację.

Plan opieki:

- Codzienne oczyszczanie i zabezpieczanie rany.
- Monitorowanie stanu miejscowego rany.
- Dotykowa ocena temperatury skóry, obecności obszarów zimnych lub gorących.
- Badanie obecności pulsacji w tętnicach obwodowych.
- Edukacja pacjenta w zakresie pielęgnacji stopy cukrzycowej.

Ocena efektów podjętych działań: Zmniejszenie wysięku, poprawa ziarninowania, zmniejszenie bólu i rozmiaru rany.

- **Diagnoza pielęgniarska 7:** Ryzyko upadku związane z ograniczoną sprawnością ruchową i bólem stopy, objawiające się ograniczeniem aktywności, wynik testu Tinetti - 22 pkt.

Cel opieki: Zapobieganie upadkom oraz zapewnienie bezpieczeństwa podczas poruszania się.

Plan opieki:

- Ocena środowiska pacjenta pod kątem ryzyka upadku.
- Dostosowanie sali pacjenta do potrzeb poprzez ustawienie mebli w sposób umożliwiający wygodne poruszanie się, usunięcie przeszkód oraz zapewnienie odpowiedniego oświetlenia, zwłaszcza w nocy.
- Pomoc w przemieszczaniu się.
- Mobilizowanie do korzystania z poręczy i uchwytów, zwłaszcza w łazience i na schodach.
- Zachęcanie do bezpiecznej aktywności fizycznej.

Ocena efektów podjętych działań: Brak incydentów upadku, poprawa pewności ruchowej.

- **Diagnoza pielęgniarska 8:** Dusznosc wysiłkowa spowodowana przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), objawiająca się ograniczoną tolerancją wysiłku (NYHA II).

Cel opieki: Zmniejszenie nasilenia duszności i poprawa wydolności oddechowej.

Plan opieki:

- Monitorowanie czynności oddechowej.
- Podawanie leków zgodnie ze zleceniem lekarza.
- Nauka technik efektywnego oddychania.
- Zapewnienie dostępu do tlenu w razie potrzeby.
- Edukowanie pacjenta na temat roli regularnej aktywności fizycznej w poprawie wydolności oddechowej.

Ocena efektów podjętych działań: Zmniejszenie duszności, poprawa komfortu oddychania.

- **Diagnoza pielęgniarska 9:** Zaburzona termoregulacja spowodowana infekcją owrzodzenia, objawiająca się stanem podgorączkowym i miejscowym zaczerwienieniem.

Cel opieki: Kontrola objawów infekcji i poprawa komfortu termicznego pacjenta.

Plan opieki:

- Monitorowanie temperatury ciała.
- Obserwacja pacjenta pod kątem objawów hipertermii i hipotermii.
- Stosowanie środków przeciwgorączkowych wg zaleceń.
- Obserwacja rany pod kątem nasilenia infekcji.
- Kontrola poziomu nawodnienia i elektrolitów.

Ocena efektów podjętych działań: Ustąpienie gorączki, zmniejszenie objawów zapalnych.

- **Diagnoza pielęgniarska 10:** Zmniejszona motywacja do samokontroli cukrzycy spowodowana przewlekłością choroby i zmęczeniem leczeniem, objawiająca się nieregularnym monitorowaniem poziomu glukozy.

Cel opieki: Poprawa zaangażowania pacjenta w samokontrolę cukrzycy.

Plan opieki:

- Edukacja pacjenta na temat znaczenia samokontroli.
- Wyjaśnienie konsekwencji niekontrolowanej cukrzycy.
- Wprowadzenie motywacyjnych rozmów wspierających.
- Ustalenie indywidualnego planu monitorowania glukozy.
- Zachęcenie do udziału w grupach wsparcia dla osób z cukrzycą.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent regularnie monitoruje poziom cukru we krwi i wykazuje większe zaangażowanie w leczenie.

- **Diagnoza pielęgniarska 11:** Zaburzony sen spowodowany bólem stopy i dyskomfortem, objawiający się zmniejszoną jakością snu i zmęczeniem w ciągu dnia.

Cel opieki: Poprawa jakości snu pacjenta i zmniejszenie uczucia zmęczenia.

Plan opieki:

- Ustalenie wieczornego rytuału wyciszenia.
- Podawanie leków przeciwbólowych przed snem.
- Nauczanie technik relaksacyjnych, takich jak ćwiczenia oddechowe.
- Rozmowy wspierające.
- Monitorowanie długości i jakości snu.

Ocena efektów podjętych działań: Lepszy sen, poprawa samopoczucia w ciągu dnia.

- **Diagnoza pielęgniarska 12:** Zaburzona gospodarka wodno-elektrolitowa spowodowana hiperglikemią i zwiększonym pragnieniem, objawiająca się suchością skóry i błon śluzowych.

Cel opieki: Przywrócenie prawidłowego nawodnienia i poprawa stanu skóry.

Plan opieki:

- Monitorowanie bilansu płynów.
- Zachęcanie do regularnego przyjmowania płynów.
- Obserwacja oznak odwodnienia.
- Edukowania pacjenta na temat znaczenia regularnego nawodnienia, w szczególności w przypadku hiperglikemii.
- Rozmowa z pacjentem na temat konieczności stosowania diety z ograniczeniem spożycia soli i cukrów prostych.

Ocena efektów podjętych działań: Poprawa nawilżenia skóry, normalizacja pragnienia.

- **Diagnoza pielęgniarska 13:** Osłabiony apetyt spowodowany przewlekłą chorobą i bólem, objawiający się zmniejszonym spożyciem posiłków i niechęcią do jedzenia.

Cel opieki: Poprawa apetytu i zapewnienie odpowiedniego przyjmowania składników odżywczych wspomagających proces leczenia.

Plan opieki:

- Monitorowanie ilości i jakości spożywanych posiłków.
- Zapewnienie lekkostrawnych posiłków.

- Zachęcanie do jedzenia małych, częstych porcji.
- Edukacja pacjenta w zakresie znaczenia prawidłowego odżywienia w procesie leczenia.
- W razie potrzeby konsultacja z dietetykiem.

Ocena efektów podjętych działań: Poprawa apetytu, zwiększenie ilości spożywanych posiłków, poprawa samopoczucia i poziomu energii pacjenta.

- **Diagnoza pielęgniarska 14:** Ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych spowodowane obecnością chorób przewlekłych (cukrzycy, nadciśnienia, dyslipidemii, otyłości) oraz przebytym zawałem serca.

Cel opieki:

Zmniejszenie ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych poprzez edukację, kontrolę parametrów życiowych i modyfikację stylu życia.

Plan opieki:

- Regularne monitorowanie ciśnienia tętniczego, tętna i poziomu glikemii.
- Edukacja pacjenta w zakresie zdrowego stylu życia (dieta, aktywność fizyczna, unikanie stresu).
- Zachęcanie do przestrzegania zaleceń lekarskich i farmakoterapii.
- Wspieranie pacjenta w utrzymaniu prawidłowej masy ciała.
- Motywowanie do systematycznych wizyt kontrolnych u lekarza.

Ocena efektów podjętych działań: Utrzymanie prawidłowych wartości ciśnienia i glikemii, zwiększenie wiedzy pacjenta, poprawa stylu życia i przestrzeganie zaleceń lekarskich.

- **Diagnoza pielęgniarska 15:** Deficyt wiedzy pacjenta w zakresie cukrzycy, objawiająca się brakiem znajomości zasad diety i samokontroli.

Cel opieki: Poprawa poziomu wiedzy pacjenta o cukrzycy.

Plan opieki:

- Wyjaśnienie czym jest cukrzyca, jakie są jej typy oraz mechanizmy działania.
- Omówienie roli insuliny w regulacji poziomu glukozy we krwi.
- Przekazanie informacji o zasadach zdrowej diety, w tym o produktach o niskim indeksie glikemicznym oraz unikaniu cukrów prostych.
- Nauka obsługi glukometrem.

- Wyjaśnienie znaczenia regularnego pomiaru poziomu glukozy oraz prowadzenia dziennika pomiarów.
- Przekazanie broszur informacyjnych.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent wykazuje znajomość zasad diety cukrzycowej, regularnie kontroluje poziom glukozy.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonej analizy literatury, części badawczej oraz opisu indywidualnego przypadku pacjenta z cukrzycą typu 2 leczonego na oddziale kardiologicznym, sformułowano następujące wnioski:

1. Funkcja opiekuńcza pielęgniarki w opiece nad pacjentem z cukrzycą polega na zapewnieniu codziennego wsparcia w zakresie pielęgnacji ciała, kontroli objawów choroby, zapobieganiu powikłaniom oraz utrzymaniu komfortu psychofizycznego pacjenta. Szczególnie ważne jest codzienne monitorowanie stanu skóry, w tym stóp, oraz wspieranie pacjenta w czynnościach życia codziennego.
2. Funkcja terapeutyczna pielęgniarki koncentruje się na współudziale w leczeniu m.in. podawaniu leków, monitorowaniu glikemii, ciśnienia tętniczego oraz reagowaniu na nagłe zmiany stanu zdrowia pacjenta. Współpraca z lekarzem i odpowiednio szybka interwencja wpływają na skuteczność terapii i zmniejszają ryzyko powikłań.
3. Funkcja wychowawcza pielęgniarki obejmuje kształtowanie u pacjenta prawidłowych nawyków zdrowotnych, budowanie świadomości choroby oraz motywowanie do aktywnego udziału w leczeniu. Pielęgniarka powinna pomagać pacjentowi zrozumieć wpływ stylu życia na przebieg cukrzycy, a także rozwijać jego poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie.
4. Funkcja rehabilitacyjna pielęgniarki odgrywa ważną rolę w przywracaniu sprawności pacjenta, zwłaszcza w kontekście ograniczeń ruchowych wynikających z zespołu stopy cukrzycowej. Dostosowanie aktywności fizycznej do możliwości pacjenta, ćwiczenia poprawiające krążenie oraz wsparcie psychiczne wpływają korzystnie na proces leczenia i zapobiegają pogorszeniu stanu zdrowia.
5. Funkcja edukacyjna pielęgniarki jest kluczowa dla długofalowej samodzielności pacjenta. Przekazywanie informacji o zasadach diety, obsłudze glukometru, podawaniu insuliny i pielęgnacji stóp pozwala pacjentowi kontrolować chorobę i

minimalizować ryzyko hospitalizacji. Edukacja powinna być prowadzona nie tylko wobec pacjenta, ale także członków jego rodziny.

6. Pacjent z cukrzycą wymaga stałego wsparcia ze strony personelu medycznego i bliskich, zwłaszcza w zakresie motywacji, opieki nad stopami, kontroli glikemii i przestrzegania zaleceń dietetycznych. Włączenie rodziny w proces terapeutyczny zwiększa efektywność leczenia.
7. W przypadku pacjentów z powikłaniami cukrzycowymi, jak zespół stopy cukrzycowej, wczesna interwencja pielęgniarska oraz intensywna edukacja znacząco poprawiają rokowania i zwiększają szansę na uniknięcie poważnych konsekwencji, w tym amputacji.

Powyższe wnioski z pracy podkreślają tak ważną rolę pielęgniarki nie tylko w zakresie realizacji świadczeń medycznych, ale także w budowaniu relacji terapeutycznej z pacjentem oraz w długofalowym wspieraniu go w codziennym funkcjonowaniu z chorobą przewlekłą, jaką jest cukrzyca. Skuteczna opieka pielęgniarska wymaga zaangażowania, empatii oraz indywidualnego podejścia do każdego pacjenta. W zakresie opieki nad pacjentem z cukrzycą zaleca się:

- indywidualizowanie podejścia do pacjenta, z uwzględnieniem jego możliwości, potrzeb oraz ograniczeń,
- prowadzenie edukacji zdrowotnej w sposób systematyczny, zrozumiały i dostosowany do poziomu wiedzy oraz gotowości pacjenta do zmiany,
- wdrażanie technik motywacyjnych, które wspierają aktywność pacjenta w leczeniu i pomagają mu utrzymać pozytywne nastawienie,
- angażowanie rodziny i bliskich w proces opieki, co zwiększa skuteczność terapii i zapewnia choremu niezbędne wsparcie emocjonalne i organizacyjne.

Pielęgniarka powinna być nie tylko wykonawcą procedur medycznych, ale również doradcą, edukatorem i źródłem wsparcia psychicznego. Taka postawa sprzyja budowaniu zaufania, wzmacnia poczucie bezpieczeństwa pacjenta i ułatwia osiągnięcie trwałej poprawy stanu zdrowia.

PIŚMIENNICTWO

1. Fabian W., Zozulińska-Ziółkiewicz D. i wsp.: Zasady postępowania w cukrzycy. Zalecenia dla lekarzy POZ-2019 rok. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w

Polsce i Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego zalecane przez konsultantów krajowych w dziedzinie medycyny rodzinnej i w dziedzinie diabetologii. Forum Medycyny Rodzinnej. Choroby Serca i Naczyń 2019; 2(16): 73–111.

2. Mastalerz-Migas A. i in.: Wytyczne rozpoznawania i leczenia cukrzycy dla lekarzy rodzinnych Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Lekarz POZ 2022; 8.4: 229-252.
3. Krzemińska S., Czapor E.: Ocena poziomu samoopieki u pacjentów z cukrzycą typu 2 z zastosowaniem kwestionariusza Self-Care of Diabetes Inventory (SCODI). Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia 2019; 4: 109-114.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM GERIATRYCZNYM ZE SCHIZOFRENIĄ PARANOIDALNĄ

Katarzyna Wiśniewska¹, Beata Strzelecka¹, Kinga Basaj²

1- *Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*

2- *Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu*

WSTĘP

Schizofrenia paranoidalna to jedna z najcięższych i najczęstszych chorób psychicznych. Szacuje się, że występuje ona u 1% populacji, czyli na 100 osób jedna cierpi na schizofrenię. Można przyjąć, że obecnie w naszym kraju choruje około 350- 400 tysięcy osób. Nie wszystkie jednak osoby znajdują się pod opieką psychiatrów, niektórzy nie leczą się i korzystają z pomocy lekarzy innych specjalności [1].

Objawy schizofrenii uniemożliwiają choremu normalne funkcjonowanie, są trudne do zniesienia dla chorego i jego otoczenia. Przebieg tej choroby jest przewlekły, z okresami poprawy i zaostrzeń. Powoduje to, że ani pacjent, ani jego otoczenie nie mogą być pewni, że mają kontrolę nad przebiegiem tej choroby [2].

Obecnie nie jest znana jedna przyczyna schizofrenii. Możemy wyróżnić grupy czynników, które mogą mieć wpływ na ujawnienie się objawów choroby. Należą do nich czynniki organiczne, infekcyjne, genetyczne i biochemiczne. Najbardziej charakterystyczną cechą schizofrenii paranoidalnej są urojenia luźno powiązane, najczęściej o charakterze urojeń prześladowczych, ksobnych albo odsłonięcia czy oddziaływania. Takie niepowiązane w logiczny system urojenia nazywa się „paranoidalnymi”. Różnią się one od „paranoicznych” czyli powiązanych w zwarty system urojeń [3]. Kolejnym charakterystycznym elementem są omamy, głównie słuchowe. Chory słyszy głosy, pojedyncze lub kilku osób. Często mają one przykry charakter (wyzywające, komentujące zachowania) lub nakazujące wykonywanie jakiejś czynności . U chorego mogą też występować omamy proste (pojedyncze dźwięki, stuki). Występują także omamy somatyczne (omamy doznań cielesnych, cenestetyczne), węchowe. Rzadziej mamy do czynienia z omamami wzrokowymi. Dla chorego omamy są przykre i uciążliwe. Możemy też często zaobserwować zaburzenia napędu (pobudzenie) [4].

W opiece nad chorym na schizofrenie nie można skupiać się wyłącznie na objawach psychicznych. Dokładne badanie fizykalne oraz diagnostyka schorzeń somatycznych

odgrywają ogromną rolę podczas sprawowania opieki nad chorymi na schizofrenię. Leczenie tej choroby polega na stosowaniu wielu technik terapeutycznych, wśród których najważniejszymi są : farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukacja oraz terapia rodzin [5].

Osoby z schizofrenią przeżywają stan, w którym ich procesy poznawcze, emocje i zachowanie są na tyle zaburzone, że ocena rzeczywistości staje się niezwykle trudna, a czasem wręcz niemożliwa. Zaburzenia te stanowią fundament, na którym rozwijają się różnorodne objawy choroby. Schizofrenia oddziałuje na wiele aspektów funkcjonowania życia, prowadząc do pojawienia się symptomów, które zarówno pacjenci, jak i ich bliscy mogą postrzegać jako „dziwaczne” i przerażające. W rezultacie, choroba ta może znacząco upośledzać zdolność jednostki do prawidłowego funkcjonowania w codziennym życiu, w środowisku rodzinnym oraz zawodowym. Diagnoza schizofrenii opiera się na szczegółowym wywiadzie przeprowadzonym z pacjentem, a także na obserwacjach dotyczących nieprawidłowości w zachowaniu, które dostrzegają bliscy oraz członkowie zespołu terapeutycznego, jak lekarze czy pracodawcy. Leczenie schizofrenii koncentruje się na łagodzeniu zaostrzeń objawów, które często wymagają hospitalizacji, oraz na zapobieganiu nawrotom choroby. Terapia obejmuje trzy główne obszary: farmakoterapię, psychoedukację oraz psychoterapię [5,6].

CEL PRACY

Celem prezentowanej pracy jest ukazanie roli personelu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentem geriatrycznym ze schizofrenią paranoidalną.

MATERIAŁ I METODY

Metoda zastosowana w niniejszej pracy opiera się na analizie indywidualnego przypadku z uwzględnieniem procesu pielęgnacyjnego. W celu ukazania roli personelu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentem z omawianą jednostką chorobową, zastosowano odpowiednie techniki i narzędzia badawcze, które były niezbędne w analizie badanej problematyki. Zastosowano: obserwację pielęgniarską, wywiad pielęgniarski z pacjentem oraz jego żoną, analizę dokumentacji pacjenta oraz pomiary parametrów życiowych, takich jak : tętno, ciśnienie tętnicze, saturację, liczbę oddechów oraz masę ciała. Spośród wielu dostępnych narzędzi badawczych w pracy wykorzystano : Arkusz do gromadzenia danych o pacjencie , Skalę Akceptacji Choroby AIS, Skalę depresji Becka BDI, Skalę bólu VAS , Skalę ryzyka wystąpienia odleżyn Norton, Skalę samoobsługi i samopielęgnacji Bartel, Skalę

oceny świadomości Glasgow, Bristolską Skalę Uformuowania Stolca, Skalę do oceny stanu błony śluzowej jamy ustnej NCI – CTCAE (ang. *Common Toxicity Criteria Scale*), Ocenę nudności i wymiotów według kryteriów WHO oraz klasyfikację nadwagi i otyłości w zależności od BMI. Przeprowadzono wnikliwą obserwację badanego pacjenta pod nadzorem personelu pielęgniarskiego.

Badanie przeprowadzono w styczniu 2025 roku na Oddziale Radomskiego Szpitala Psychiatrycznego. Opieką pielęgnacyjną został objęty 75-letni mężczyzna, który trafił do szpitala w trybie nagłym, z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej. Informacje na jego temat pochodzą z analizy dokumentacji medycznej, obserwacji chorego i wywiadu przeprowadzonego z nim i jego żoną. Problemy pielęgnacyjne, jakie zostały zaobserwowane u badanego mężczyzny, to przede wszystkim: omamy i urojenia, zachowania agresywne, wycofanie z kontaktów społecznych, spowolnienie ruchowe utrudniające codzienne funkcjonowanie oraz występowanie objawów ubocznych leków przeciw psychotycznych (sztywność mięśniowa). Ze względu na stan zdrowia pacjenta i to, że stanowił on zagrożenie dla siebie i otoczenia badanie przeprowadzono pod kontrolą personelu pielęgniarskiego oddziału psychiatrycznego.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Metodą studium przypadku objęto 75 letniego mężczyznę T.B. u którego zdiagnozowano schizofrenię paranoidalną. Pacjent jest emerytem, od lat leczy się na schizofrenię. Ostatnia jego hospitalizacja odbyła się w trybie nagłym z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej. Pacjent został przewieziony do szpitala w trybie nagłym. Pogotowie wezwała żona pacjenta, przerażona jego zachowaniem. Mężczyzna był bardzo agresywny, niszczył rzeczy w domu oraz przeklinał.

W dniu przyjęcia do szpitala mężczyzna był świadomy, ale nie zdawał sobie sprawy z powagi swojego stanu zdrowia. Wystąpiły u niego omamy słuchowe o charakterze nakazującym i komentującym oraz urojenia prześladowcze. Pacjent widział różne dziwne postacie. Przeprowadzono wywiad z żoną i okazało się, że w rodzinie pacjenta były już zdiagnozowane przypadki schizofrenii. Matka pacjenta w młodości leczyła się na schizofrenię, w efekcie czego popełniła samobójstwo. U badanego wystąpiły zaburzenia myślenia o charakterze paralogicznym. Wypowiadał się absurdalnie. W początkowych dniach pobytu na Oddziale Psychiatrycznym był mocno pobudzony i zranił pielęgniarkę. Zespół

pielęgniarski unieruchomił pacjenta, mimo to był dalej silnie pobudzony. Na zlecenie lekarza otrzymał domięśniowo haloperidol i diazepam. Po tych lekach pacjent znacznie wyciszył się. U badanego pacjenta zaobserwowano także napięcie mięśniowe, trudności z mówieniem i dysfagię (trudności w połykaniu). Do leczenia włączono biperyden, olanzapinę oraz risperidon w zastrzykach.

Po podaniu powyższych leków zaobserwowano znaczne polepszenie kontaktu z pacjentem. Stał się wyciszony, występowały urojenia i myślenia paranormalne, ale w mniejszym stopniu. Pacjent został wypisany ze szpitala bez większych zaburzeń psychicznych w nastroju depresyjnym. Obecnie jest pod opieką Poradni Zdrowia Psychicznego w Radomiu. Przyjmuje risperidon. Jego stan psychiczny jest w miarę stabilny.

W oparciu o zgromadzone dane uzyskane z wywiadu z pacjentem i jego żoną, obserwacji, pomiarów, analizy dokumentów oraz zastosowanych narzędzi badawczych przedstawiono diagnozy pielęgniarskie ze wskazaniem celu i interwencji pielęgnacyjnych personelu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentem ze schizofrenią paranoidalną.

Proces pielęgnowania pacjenta

- **Diagnoza pielęgniarska 1:** Niepokój spowodowany obecnością omamów i urojeń.

Cel opieki: Zminimalizowanie lub wyeliminowanie omamów i urojeń.

Plan opieki:

- tworzenie przyjaznej atmosfery;
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa;
- obserwacja pacjenta dotycząca zrozumienia zachowań psychotycznych;
- zdobycie zaufania pacjenta poprzez rozmowę, zrozumienie, empatię, zainteresowanie, cierpliwość i akceptację;
- wysłuchiwanie pacjenta, niedyskutowanie na temat omamów i urojeń, niezaprzeczanie im, unikanie krytyki;

Ocena efektów podjętych działań: Uczucie niepokoju, lęku zmniejszyło się.

- **Diagnoza pielęgniarska 2:** Zagrożenie wobec siebie i otoczenia wynikające z zachowań agresywnych.

Cel opieki: Pomoc w uzyskaniu przez pacjenta kontroli nad swoimi emocjami oraz zapewnienie bezpieczeństwa choremu i otoczeniu.

Plan opieki:

- rozpoznanie czynników ryzyka oraz zdolności pacjenta do samokontroli;
- zapewnienie pacjentowi spokojnego i bezpiecznego otoczenia;
- rozpoczęcie rozmowy od neutralnych tematów, używanie prostych sformułowań i unikanie żargonu medycznego;
- motywowanie chorego do opisu swoich odczuć oraz przeżyć;
- zachęcanie do aktywności fizycznej w celu zmniejszenia pobudzenia;
- ograniczenie kontaktu pacjenta z otoczeniem (rezygnacja z zajęć grupowych);
- podaż leków wskazanych przez lekarza, monitorowanie efektów terapeutycznych oraz skutków ubocznych;
- ocena konieczności zastosowania przymusu bezpośredniego oraz zastosowanie go, gdy jest taka konieczność;

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent zaczął kontrolować swoje emocje, uspokoił się, zwiększyło się poczucie bezpieczeństwa pacjenta i otoczenia

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Sztywność mięśniowa będąca wynikiem skutków ubocznych stosowania leczenia przeciw psychotycznego.

Cel opieki: Zniwelowanie lub zmniejszenie skutków ubocznych.

Plan opieki:

- monitorowanie pacjenta dotyczące występowania i nasilenia objawów ubocznych;
- poinformowanie lekarza o obecności objawów;
- obecność przy pacjencie podczas nasilenia objawów;
- podaż leków na zlecenie lekarza;
- stosowanie gimnastyki rozluźniającej, metod relaksacyjnych oraz ciepłej kąpieli.

Ocena efektów podjętych działań: Skutki uboczne zostały zmniejszone

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Wycofanie z kontaktów społecznych wynikające z zaburzeń myślenia.

Cel opieki: Przywrócenie chorego do życia społecznego

Plan opieki:

- inicjowanie rozmowy z pacjentem oraz okazywanie autentyczności w kontakcie z nim;
- zapewnienie bezpieczeństwa;
- okazywanie zainteresowania, szacunku, akceptacji i empatii;
- poznanie zainteresowań chorego;
- tworzenie więzi między pacjentem a osobami o podobnych zainteresowaniach;
- zachęcanie do uczestnictwa w zajęciach grupowych;
- wzmacnianie akceptowanych zachowań prospołecznych;
- rozmowa z żoną i uwrażliwienie jej na konieczność rozwijania w chorym samodzielności w podejmowaniu aktywności społecznych.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent został przywrócony do życia społecznego

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Utrudnione komunikowanie się spowodowane zaburzeniami procesów poznawczych.

Cel opieki: Poprawa komunikacji pacjenta

Plan opieki:

- nawiązanie indywidualnego kontaktu z pacjentem;
- akceptacja komunikowania się oraz okazywanie empatii;
- stosowanie technik terapeutycznych;
- wdrożenie zachowań porządkujących oraz pogłębiających komunikację;
- ukazanie pacjentowi, jak jest postrzegany przez innych oraz zachęcanie do wyrażania uczuć;
- zaspokajanie potrzeb pacjenta do czasu powrotu prawidłowej percepcji;
- umacnianie zdolności komunikowania się.

Ocena efektów podjętych działań: Komunikacja pacjenta z otoczeniem poprawiła się

- **Diagnoza pielęgniarska 6:** Utrudnione funkcjonowanie spowodowane pogorszeniem się zachowań adaptacyjnych.

Cel opieki: Pomoc pacjentowi w przejęciu odpowiedzialności za swoje zachowania.

Plan opieki:

- obserwacja pacjenta;

- ustalenie z pacjentem sytuacji, które wpływają na niego powodując zachowania nieadaptacyjne;
- omawianie problemów z pacjentem;
- zachęcanie pacjenta do budowania postawy akceptowanej społecznie;
- w razie wystąpienia zachowań nieadaptacyjnych pielęgniarka powinna: przyjąć postawę niezagrażającą i stanowczą, ustalić granice postępowania oraz przedstawić konsekwencje w razie ich nieprzestrzegania;
- wzmacnianie silnych stron pacjenta.

Ocena efektów podjętych działań: Funkcjonowanie pacjenta uległo poprawie

- **Diagnoza pielęgniarska 7:** Zmniejszenie poczucia bezpieczeństwa wynikające z przeżywania lęku.

Cel opieki: Zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa.

Plan opieki :

- obserwacja pacjenta dotycząca objawów wskazujących na obecność lęku;
- minimalizowanie bodźców mogących nasilić odczuwany lęk;
- zachęcanie pacjenta do wyrażania uczuć i przeżyć.
- edukacja pacjenta na temat sposobów radzenia sobie z lękiem;
- podaż leków na zlecenie lekarza;
- wzmacnianie mechanizmów obronnych pacjenta;
- rozwijanie umiejętności wglądu w przeżycia chorego.

Ocena efektów podjętych działań: Poczucie bezpieczeństwa zwiększyło się.

- **Diagnoza pielęgniarska 8:** Zaburzenia zachowania pacjenta, występowanie pobudzenia, rozdrażnienia w godzinach wieczornych nasilające się.

Cel opieki: Zapobieganie rozdrażnieniu pacjenta oraz wystąpieniu agresywnych zachowań, umiejętne postępowanie podczas zachowania agresywnego.

Plan opieki:

- zapewnienie regularnego rytmu dnia
- unikanie gwałtownych oraz nagłych zachowań w stosunku do pacjenta,
- unikanie ponagłania pacjenta przy jego czynnościach, pozwolenie na wykonywanie ich w odpowiadającym choremu tempie,

- nie zmuszanie do zadań, z którymi chory nie potrafi sobie poradzić,
- w momencie zachowania agresywnego należy odwrócić uwagę chorego, przez zmianę tematu, mówienie do niego zniżonym i spokojnym głosem,
- należy utrzymywać kontakt wzrokowy z chorym,
- w razie konieczności zastosowanie środków farmakologicznych na zlecenie lekarza.

Ocena efektów podjętych działań: Zaobserwowano u pacjenta poprawę w zachowaniu, zmniejszenie występowania zachowań agresywnych. Pacjent chętniej współpracuje z personelem.

- **Diagnoza pielęgniarska 9:** Zaburzone postrzeganie oraz interpretowanie rzeczywistości objawiające się omamami wzrokowymi i słuchowymi.

Cel opieki: Przywrócenie prawidłowej percepcji rzeczywistości.

Plan opieki:

- zdobycie zaufania chorego przez kontakt terapeutyczny;
- tworzenie atmosfery dającej poczucie bezpieczeństwa;
- obecność przy chorym przeżywającym lęk, zachowanie spokoju i okazywanie zrozumienia;
- wysłuchanie chorego, nieocenianie i niekrytykowanie;
- stosowanie techniki urealnienia i słowne wyrażanie wątpliwości;
- pomaganie pacjentowi w skierowaniu uwagi na rzeczywistość;
- kontrola przyjmowanych leków;

Ocena efektów podjętych działań: Postrzeganie oraz interpretowanie rzeczywistości uległo poprawie.

- **Diagnoza pielęgniarska 10:** Wypowiadanie treści urojeniowych wynikających z zaburzeń myślenia i procesów poznawczych.

Cel opieki: Zniwelowanie odczuwanych dolegliwości.

Plan opieki:

- obserwowanie pacjenta dotyczące objawów psychiatrycznych;
- akceptowanie wypowiedzi pacjenta bez oceny;

- wysłuchanie chorego, niezaprzeczanie urojeniom, niepotwierdzanie ich, niekrytykowanie, niedyskutowanie na temat urojeń;
- odwracanie uwagi chorego od doznań psychotycznych przez np. uczestnictwo w zajęciach grupowych (rysowanie, czytanie, ćwiczenia ruchowe) lub rozmowę;
- zachęcanie pacjenta do psychoedukacji oraz aktywnego udziału w farmakoterapii.

Ocena efektów podjętych działań: Dolegliwości zostały zniwelowane.

- **Diagnoza pielęgniarstwa 11:** Ograniczenie zdolności do samoopieki, która prowadzi do zaniedbania higienicznego, spowodowane brakiem sił oraz obniżoną aktywnością ruchową.

Cel opieki: Przywrócenie zdolności do samoopieki.

Plan opieki:

- zapewnienie i pomoc w zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych;
- monitorowanie liczby przyjmowanych posiłków i płynów;
- proponowanie pomocy w przypadku trudności przy wykonywaniu toalety;
- umożliwienie choremu wyboru posiłków;
- zwracanie uwagi na wygląd zewnętrzny chorego;
- wspieranie pacjenta w podejmowanych przez niego działaniach;
- kontrolowanie masy ciała i wypróżnień;
- wzmacnianie pozytywnych działań pacjenta;
- edukacja pacjenta na temat znaczenia higieny osobistej;

Ocena efektów podjętych działań: Zdolność do samoopieki uległa poprawie

- **Diagnoza pielęgniarstwa 12:** Ryzyko popełnienia samobójstwa.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka popełnienia samobójstwa; zwiększenie zdolności samokontroli i wzmocnienie u chorego poczucia bezpieczeństwa.

Plan opieki:

- okazywanie choremu zrozumienia i empatii;
- rozpoznanie przyczyn pogorszenia zdolności pacjenta do samokontroli;
- nieocenianie chorego i zapewnianie wsparcia;

- prowadzenie wnikliwej obserwacji pacjenta, również w godzinach nocnych między 3 a 5 rano, podczas przekazywania dyżurów, przebywania w miejscach uzasadnionego odizolowania, a także w trakcie wyjść poza oddział;
- zwracanie uwagi na werbalne oraz niewerbalne sygnały świadczące o tendencjach samobójczych (np. częste mówienie o śmierci, ciągłe przebywanie w sali);
- obserwowanie i analiza aktywności ruchowej chorego;
- przebywanie z chorym oraz rozmowa o towarzyszących jej negatywnych uczuciach;
- wzbudzanie nadziei przez okazywanie ciepła i optymizmu.

Ocena efektów podjętych działań: Ryzyko popełnienia samobójstwa zmniejszyło się

➤ **Problem pielęgnacyjny 13:**

Zaburzenia snu wynikające z odwróconego rytmu czuwania i snu.

Cel opieki :

Uregulowanie rytmu snu i czuwania, właściwe zachowanie w sytuacji wybudzenia się pacjenta ze snu.

Plan opieki:

- zwiększenie aktywności pacjenta w ciągu dnia przez spacer, wykonywanie ćwiczeń czynnych, biernych;
- zabranianie wykonywania długich drzemek w ciągu dnia;
- upewnienie się czy chory nie odczuwa pragnienia lub głodu;
- zaspokojenie pragnienia lub głodu w razie potrzeby;
- przygotowanie sali pacjenta poprzez wygaszenie intensywnego oświetlenia, przewietrzenia jej;
- zapewnienie ciszy oraz spokoju na sali;
- w przypadku wybudzenia się ze snu oraz wstania z łóżka, asystowanie podczas wchodzenia do łóżka i przyjmowania wygodnej pozycji;
- w razie konieczności podanie na zlecenie lekarza leków nasennych;

Ocena efektów podjętych działań: Zaburzenia snu zmniejszyły się. Chory jest bardziej wypoczęty, dzięki czemu chętniej wykonuje czynności dnia codziennego.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonego badania, które zostało dokonane na podstawie Indywidualnego przypadku pacjenta geriatrycznego ze schizofrenią paranoidalną można

wyodrębnić następujące wnioski:

1. U badanego mężczyzny zostały zaobserwowane przede wszystkim objawy o podłożu społeczno-psychologicznym: omamy i urojenia, zachowania agresywne, wycofanie z kontaktów społecznych, spowolnienie ruchowe utrudniające codzienne funkcjonowanie oraz występowanie objawów ubocznych leków przeciwpsychotycznych (sztywność mięśniowa). Z uwagi na stan zdrowia pacjenta badanie przeprowadzono pod kontrolą personelu pielęgniarskiego oddziału psychiatrycznego.
2. W wyniku przeprowadzonego badania u pacjenta zaobserwowano brak apetytu, trudności w połykaniu oraz zmniejszone pragnienie. Pacjent cierpiał na zaparcia, nie zaobserwowano u niego znacznych dolegliwości dyspeptycznych w postaci nudności i wymiotów. Był świadomy swojego otoczenia oraz swojej tożsamości, ale nie zdawał sobie sprawy ze swojego stanu zdrowia.
3. Według arkusza kategoryzacji opieki badany został zakwalifikowany do II kategorii opieki co oznacza, że wymagał opieki oraz stymulacji. U badanego pacjenta wyłoniono 15 diagnoz pielęgniarskich ze wskazaniem celu i interwencji pielęgnacyjnych personelu pielęgniarskiego. Wdrożony plan opieki nad pacjentem geriatrycznym ze schizofrenią paranoidalną przyczynił się do poprawy jego stanu zdrowia.
4. Oceniono, że badany mężczyzna przejawiał cechy ciężkiej depresji i nie akceptował swojej choroby. Zaobserwowano u niego zaburzone oddawanie moczu, świąd skóry oraz ryzyko rozwoju odleżyn.
5. W opiece nad pacjentem ze schizofrenią paranoidalną pielęgniarka odgrywa kluczową rolę terapeutyczną, opartą na skutecznej komunikacji i budowaniu relacji. Jej zadaniem jest pomoc w eliminacji szkodliwych wzorców myślenia oraz wprowadzenie zdrowych modeli myślenia. Proces ten rozpoczyna się od pierwszego kontaktu z pacjentem, a kluczowym elementem skutecznej opieki jest podejście indywidualne i holistyczne. Pielęgniarka kieruje się empatią i akceptacją, co pozwala jej zyskać zaufanie pacjenta. Ponadto, uczy go, jak nawiązywać zdrowe relacje z innymi ludźmi. W swojej pracy pielęgniarka nie skupia się jedynie na stanie psychicznym pacjenta, lecz bierze pod uwagę również jego otoczenie oraz środowisko życia. Problemy pielęgnacyjne pacjenta koncentrują się głównie wokół jego sfery psychicznej.
6. Samoopiekę i samopielęgnację pacjenta ze schizofrenią paranoidalną zdefiniowano jako proces utrzymywania zdrowia poprzez praktyki promujące zdrowie i radzenie

sobie z chorobą. Samoopieka obejmuje różnorodne zachowania, w które angażują się osoby cierpiące na badaną jednostkę chorobową, aby zachować stabilność fizyczną i emocjonalną. Zachowania te (np. zapewnienie wystarczającej ilości snu, przyjmowanie przepisanych leków, radzenie sobie ze stresem, bycie aktywnym fizycznie) określa się mianem dbania o siebie.

PIŚMIENNICTWO:

1. Wójciak O., Rybakowski J.: Obraz kliniczny, patogeneza i ocena psychometryczna objawów negatywnych schizofrenii. *Psychiatria Polska* 2018; 52(2): 185–197.
2. Wójciak P., Remlinger-Molenda A., Rybakowski J.: Etapy przebiegu schizofrenii – koncepcja stagingu. *Psychiatria Polska* 2016; 50(4): 717–730.
3. Helińska H., Bajurna B.: Pacjent ze schizofrenią paranoidalną z perspektywy opieki pielęgniarskiej. *Pielęgniarstwo Polskie* 2020; 1/35: 28.
4. Kudyk P., Panasiuk L.: Wpływ czynników socjoekonomicznych na leczenie schizofrenii paranoidalnej. *Aspekty Zdrowia i Choroby* 2017; 2(3): 53-63.
5. Wiśniewska P., Blajerska D.: Opieka pielęgniarska nad pacjentem hospitalizowanym z powodu schizofrenii paranoidalnej. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia* 2019; 8(4): 115-117.
6. Wójciak P., Domowicz K., Rybakowski J.: Objawy negatywne schizofrenii pierwotne i wtórne, zespół deficytowe, uporczywe objawy negatywne. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia* 2019; 12(3): 108–117.

KOMPETENCJE PIELĘGNIARKI W PROMOWANIU KARMIENTA NATURALNEGO W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM

Magdalena Brodowicz-Król¹, Agnieszka Szalach², Elżbieta Kraśnianin³, Klaudia Peret⁴

- 1- *Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii Collegium Medicum Uniwersytetu Rzeszowskiego*
- 2- *Absolwentka, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Akademia Zamojska*
- 3- *Katedra Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii Collegium Medicum Uniwersytetu Rzeszowskiego*
- 4- *Absolwentka, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii Collegium Medicum Uniwersytetu Rzeszowskiego*

WSTĘP

Karmienie naturalne stanowi fundament zdrowia noworodka i ma kluczowe znaczenie dla jego prawidłowego rozwoju psychicznego i emocjonalnego. Mleko pochodzące od matki dostarcza nie tylko niezbędnych składników odżywczych, ale także podnosi odporność dziecka, chroniąc je przed infekcjami i chorobami. Karmienie piersią ma korzystny wpływ na zdrowie matki, sprzyjając szybszemu powrotowi do kondycji po porodzie i zmniejszając ryzyko wystąpienia wielu chorób, takich jak rak piersi lub jajnika. Mimo licznych korzyści wynikających z karmienia naturalnego, wciąż istnieją liczne wyzwania, które mogą utrudniać matkom podjęcie decyzji o karmieniu, np. brak odpowiedniej wiedzy, trudności laktacyjne czy presja otoczenia. Kompetencje pielęgniarki są niezbędne do promocji karmienia naturalnego, zwłaszcza w okresie okołoporodowym. Medycy zajmujący się opieką nad matką i dzieckiem oraz pielęgniarki pełnią istotną funkcję edukacyjną, wspierając kobiety w procesie karmienia piersią oraz udzielając im niezbędnych informacji i pomocy w rozwiązywaniu problemów laktacyjnych. Poprzez odpowiednią edukację, pielęgniarki mogą nie tylko poprawić skuteczność karmienia naturalnego, ale także zmniejszyć liczbę przypadków rezygnacji z karmienia piersią na rzecz mleka modyfikowanego. Karmienie naturalne jest podstawą do prawidłowego rozwoju dziecka. Pokarm jaki wytwarza organizm matki jest idealnie przystosowany do aktualnych potrzeb noworodka, zawiera niezbędne składniki odżywcze, wzmacniając również odporność dziecka. Powszechnie uznaje się, że

karmienie piersią jest biologicznie i fizjologicznie normalne, ponieważ jest to mleko specyficzne dla gatunku ludzkiego [1].

Karmienie piersią to naturalny proces, w którym matka dostarcza swojemu dziecku pożywienie za pomocą piersi, zapewniając mu niezbędne składniki odżywcze i substancje wspierające rozwój fizyczny oraz odporność organizmu. Pełni nie tylko rolę odżywczą, ale także emocjonalną, sprzyjając budowaniu więzi między matką a noworodkiem [2].

Za produkcję mleka odpowiedzialne są laktocyty (komórki budujące pęcherzyki mleczone). To właśnie one pobierają składniki odżywcze z krwi matki, następnie produkują i wydzielają komponenty mleka kobiety. W następnym etapie pokarm trafia do przewodów mlecznych skąd jest odprowadzany przez przewody wyprowadzające na ujściu brodawki piersiowej [3].

Prawidłowy rozwój pęcherzyków gruczołowych oraz przewodów wprowadzających zależy od działania estrogenów, natomiast progesteron odgrywa kluczową rolę w dojrzewaniu tych struktur. Komórki gruczołowe różnicują się w kierunku komórek wydzielniczych oraz mięśniowo-nabłonkowych pod wpływem takich hormonów, jak prolaktyna, hormon wzrostu, insulina, kortyzol. Prolaktyna jest niezbędna do produkcji mleka kobiecego, chociaż niewielkie ilości estrogenów również są konieczne w tym procesie. Hormon ten odgrywa kluczową rolę w procesie galaktokinezy, czyli wydzielania mleka z gruczołu piersiowego, a także wspomaga obkurczanie macicy w trakcie karmienia [4].

Laktację można podzielić na trzy główne etapy:

- Mammogeneza, w tym czasie następuje wzrost i rozwój sutka.
- Laktogeneza- start wydzielania mleka.
- Galaktopoeza, jest to czas na utrzymanie sekrecji mleka [4].

Główne hormony wpływające na powstawanie mleka:

- Prolaktyna-już we wczesnych okresach ciąży prolaktyna (PRL) jest obecna w przysadce [5].Wydzielana w przednim płaci przysadki mózgowej, czynnikiem stymulującym jej wydzielanie jest ssanie piersi, czyli bodziec czuciowy pochodzący z brodawki piersiowej. Pobudza ona wytwarzanie składników pokarmu przez pęcherzyki mleczone [4].
- Oksytocyna- jest wydzielana przez tylny płat przysadki mózgowej, czynnikiem stymulującym jej wydzielanie, podobnie jak w przypadku prolaktyny, jest ssanie piersi przez dziecko, ale również pozytywne emocje oraz przebywanie blisko noworodka.

Powoduje ona skurcze komórek mięśni gładkich, które otaczają pęcherzyki i przewody mleczne co stymuluje wypływ pokarmu z piersi kobiety [4].

Ponieważ promowanie karmienia naturalnego ze strony personelu medycznego zwiększają inicjację karmienia piersią wśród kobiet ze wszystkich środowisk społecznych i etnicznych, poradnictwo powinno obejmować mleko matki i karmienie piersią, a także omawiać procedury medyczne, możliwe decyzje i ich skutki. Pobytu w szpitalu przed porodem dają okazje do rozwiania mitów na temat laktacji. Są one również przydatne do udzielania wstępnych porad na temat znaczenia mleka matki i ryzyka związanego z mlekiem modyfikowanym [4].

Pielęgniarki, położne oraz inni medycy są zobowiązani do przekazywania pacjentkom niezbędnych informacji związanych z karmieniem piersią. Pomimo licznych dowodów wskazujących, że karmienie piersią i podawanie mleka kobiecego mają kluczowe znaczenie dla zdrowia dziecka, część personelu medycznego wciąż traktuje tę formę żywienia jako indywidualny wybór związany ze stylem życia [4].

Obawy związane z wywieraniem presji na matce, wynikające z możliwości wywołania poczucia winy u tych, które rezygnują z karmienia naturalnego, mogą prowadzić do bagatelizowania znaczenia tej metody żywienia. W rzeczywistości jednak matki mogą doświadczać poczucia winy w przyszłości, gdy dowiedzą się, że niektórym problemom zdrowotnym ich dziecka można było zapobiec poprzez karmienie piersią [4].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie studium przypadku, w którym analiza kompetencji pielęgniarki w promocji karmienia naturalnego będzie bazowała na rzeczywistych doświadczeniach matki i noworodka w kontekście interwencji pielęgniarskich.

MATERIAŁ I METODY

W pracy użyto metody studium indywidualnego przypadku. Badaniem objęta została pacjentka po porodzie cięciem cesarskim. Do oceny skuteczności laktacji oraz ogólnej oceny stanu zdrowia pacjentki zostały użyte standaryzowane skale. Badaniu poddano 31. letnią pacjentkę po cięciu cesarskim, która przez brak kontaktu od razu po porodzie miała znaczne problemy w procesie laktacji. Nie została wyedukowana na temat prawidłowych technik karmienia oraz wskaźników skutecznej laktacji. W czasie przeprowadzania badań u pacjentki wyodrębniono odpowiednie problemy związane z niskim poziomem wiedzy na temat

karmienia naturalnego oraz braku efektywności tego procesu. U pacjentki został stworzony indywidualny plan opieki pielęgniarskiej.

WYNIKI

Na podstawie zebranych informacji, zostały postawione diagnozy oraz zaplanowane interwencje w postaci planu opieki pielęgniarskiej. Zawierają one aspekty bio-psycho-społeczne.

Tab. 1. Plan opieki pielęgniarskiej nad pacjentką z trudnościami w zakresie laktacji

1. Nieefektywne karmienie piersią	
Cel: Osiągnięcie efektywnej laktacji.	
Planowane interwencje	1. Ocena przebiegu laktacji. 2. Pomoc w uzyskaniu oznak sukcesywnej laktacji. 3. Wsparcie podczas prób karmienia naturalnego. 4. Rozwianie wątpliwości matki w zakresie karmienia piersią. 5. Znalezienie przyczyn nieefektywnego karmienia.
Ocena wyników	
Poprawa efektywności karmienia naturalnego.	

2. Brak umiejętności w zakresie przystawiania dziecka do piersi.	
Cel: Matka potrafi prawidłowo przystawić dziecko do piersi.	
Planowane interwencje	1. Pomoc w przystawieniu dziecka do piersi. 2. Ocena przystawiania dziecka do piersi przez matkę. 3. Wyjaśnienie zasad prawidłowego przystawiania dziecka do piersi. 4. Kontrola wykonywanych czynności przez matkę. 5. Poprawa błędów i ich analiza. 6. Kontrola wyglądu oraz zachowania dziecka.
Ocena wyników	
Matka umie prawidłowo przystawić dziecko do piersi.	

3. Niewłaściwa technika karmienia.	
Cel: Uzyskanie prawidłowej techniki karmienia.	
Planowane interwencje	1. Ocena techniki karmienia. 2. Wyodrębnienie błędów matki i ich poprawa. 3. Edukacja matki w zakresie prawidłowych technik karmienia piersią. 4. Demonstracja właściwej techniki karmienia naturalnego. 5. Udzielenie informacji o oznakach prawidłowego karmienia piersią. 6. Korekta pozycji matki i dziecka. 7. Nauka korzystania z udogodnień do karmienia naturalnego.
Ocena wyników	
Kobieta prawidłowo karmi naturalnie.	

4. Nieefektywne ssanie piersi przez noworodka.	
Cel: Poprawa efektywności ssania piersi przez noworodka.	
Planowane interwencje	1. Obserwacja techniki ssania piersi przez noworodka. 2. Korekta pozycji dziecka w razie potrzeby. 3. Zwrócenie uwagi matki na objawy nieprawidłowego ssania. 4. Ocena ssania piersi przez dziecko według protokołu oceny umiejętności ssania piersi.
Ocena wyników	
Dziecko ssie piersz prawidłowo, policzki wypełnione, brak dźwięków mlaskania i cmokania, rytm ssania miarowy i regularny.	

5. Palpacyjnie wyczuwalny guzek w prawej piersi w okolicy brodawki sutkowej.	
Cel: Brak guzka.	
Planowane interwencje	1. Zachęcenie matki do częstszej ewakuacji pokarmu z piersi. 2. Regularne badanie palpacyjne. 3. Nauczenie matki samobadania piersi. 4. Delikatny masaż piersi. 5. Przedstawienie matce metod stymulacji laktacji.
Ocena wyników	
Guzek niewyczuwalny.	

6. Bolesność brodawek sutkowych 3.pkt w skali VAS.	
Cel: Zmniejszenie bolesności brodawek sutkowych na 1. pkt w skali VAS.	
Planowane interwencje	1. Profilaktyka bolesności brodawek sutkowych. 2. Wyjaśnienie genezy bólu. 3. Zwrócenie uwagi matki na konieczność prawidłowego przystawiania dziecka do piersi. 4. Stosowanie zimnych okładów między karmieniami. 5. Kontrola przystawiania dziecka do piersi.
Ocena wyników	
Bolesność piersi zmniejszyła się całkowicie.	

7. Niewystarczająca ilość pokarmu.	
Cel: Zwiększenie ilości pokarmu.	
Planowane interwencje	1. Zachęcenie do zwiększenia częstotliwości karmienia piersią. 2. Edukacja na temat prawidłowej diety i istoty nawodnienia kobiety karmiącej piersią. 3. Monitorowanie przyrostu masy ciała dziecka. 4. Przedstawienie metod stymulacji laktacji.
Ocena wyników	
Ilość pokarmu jest odpowiednia do wykarmienia dziecka.	

8. Niewystarczająca wiedza matki w zakresie karmienia piersią.	
Cel: Zwiększenie poziomu wiedzy matki.	
Planowane interwencje	1. Ocena poziomu wiedzy. 2. Przedstawienie istoty karmienia naturalnego. 3. Wyjaśnienie wszelkich wątpliwości matki. 4. Odpowiadanie na zadawane pytania podczas edukacji. 5. Ukazanie plusów zdrowotnych karmienia piersią. 6. Udostępnienie materiałów edukacyjnych. 7. Wsparcie emocjonalne w trudnych chwilach.
Ocena wyników	
Poziom wiedzy matki w zakresie karmienia naturalnego się zwiększył.	

Źródło: Opracowanie własne.

DYSKUSJA

Pierwszą postawioną diagnozą było nieefektywne karmienie piersią, które uniemożliwiało odpowiednie żywienie dla dziecka, przez co matka musiała korzystać ze sztucznych mieszanek. W pierwszych dniach po narodzinach gruczoły piersiowe produkują siarę – pierwszy pokarm bogaty w białko, przeciwciała oraz substancje biologiczne aktywne. Dzięki nim noworodek zyskuje ochronę przed drobnoustrojami z otoczenia. Z tego powodu niezwykle istotne jest, aby kobieta karmiła dziecko swoim mlekiem zamiast sięgać po modyfikowane [5]. Wdrożone interwencje pielęgniarskie wynikały głównie z funkcji edukacyjnej ich celem było uskutecznienie karmienia piersią oraz edukacja matki w tym zakresie. Pacjentka dopiero co zaczęła karmić, dlatego tak ważne było wsparcie jej w tym procesie.

Drugą diagnozą był brak umiejętności w zakresie przystawiania dziecka do piersi, przez co dziecko stawało się rozdrażnione a matka zrezygnowana. Jak wiadomo, poprawna technika przystawiania dziecka do piersi jest podstawą do skutecznego nakarmienia dziecka. Jest spora różnorodność pozycji oraz udogodnień do laktacji, dzięki czemu jest ona wygodna i przyjemna. Każda z pozycji jest dedykowana kobietom w konkretnych sytuacjach np. po cesarskim cięciu, w nocy, gdy nie ma trzeciej osoby do pomocy, co sprawia, że każda mama może znaleźć coś dla siebie [6]. Interwencję miały na celu ocenę oraz korektę działań podejmowanych przez matkę przy tym instruując ją.

Trzecią postawioną diagnozą była niewłaściwa technika karmienia, która powodowała niechęć u dziecka do ssania piersi. Prawidłowe uchwycenie piersi oraz nałożenie niemowlęcia na nią jest bardzo istotne w kontekście odżywiania dziecka. Pomaga również w radzeniu sobie z bólem, który może występować właśnie ze względu na złą technikę karmienia [6]. Podjęte działania miały na celu zidentyfikowanie przyczyn oraz skali tego problemu włączając przy tym edukację matki w tym zakresie.

Czwarta diagnoza wyodrębniła nieefektywność ssania piersi przez noworodka, która uniemożliwiała skuteczne karmienie piersią. Zasady ssania piersi przez dziecko są jasne i łatwe do skontrolowania. Są to np. wypełnione policzki czy rozchylenie górnej i dolnej wargi na kąt 120-130 stopni. Dyskomfort przy karmieniu wynika często z nieprawidłowego ssania i może być przyczyną niechęci ze strony matki i dziecka, co znacznie wpływa na proces laktacji. Bardzo ważne jest, aby w tym czasie okazywać wsparcie kobiecie oraz poprawiać błędy niemowlęcia [6].

Piątą postawioną diagnozą był wyczuwalny guzek w prawej piersi w okolicy brodawki sutkowej, który znacznie martwił pacjentkę. Zatkany przewód mleczny jest bardzo częstym

zjawiskiem u kobiet w procesie laktacji. Przyczyną może być niewłaściwa technika karmienia bądź zbyt rzadkie karmienie. Wyczuwalny guzek jest rozdętym przewodem, który po nauce karmienia oraz rozkręceniu laktacji nie powinien być problemem [8]. Podjęte interwencje miały na celu zniwelowanie guzka oraz rozkręcenie laktacji. Zwrócono również uwagę na przyczyny wystąpienia takiego zjawiska oraz edukację matki w zakresie radzenia sobie z takimi problemami w trakcie laktacji.

Szóstą diagnozą był ból brodawek sutkowych na 3. pkt. w skali VAS. W ciągu pierwszych dni po porodzie brodawki są wrażliwe na dotyk, a co za tym idzie, kobiety niezbyt przyjemnie wspominają laktację w tym momencie. Dziecko wtedy nie potrafi jeszcze prawidłowo złapać piersi, co może powodować ból i dyskomfort. Oprócz tego przyczyną mogą być różne uszkodzenia w obrębie brodawki, dlatego istotna jest kontrola ich wyglądu oraz samopoczucia matki [7]. Zaplanowane działania miały na celu zmniejszenie bólu oraz dyskomfortu matki poprzez poprawę sposobu przystawiania dziecka do piersi oraz stosowaniu zimnych okładów między karmieniami.

Siódmą postawioną diagnozą była niewystarczająca ilość pokarmu matki do wykarmienia dziecka. Z racji na fakt, że żołądek dziecka od narodzin jest wielkości wiśni i z dnia na dzień rośnie, ilość potrzebnego mleka w pierwszych dniach nie jest zatrważająca. Samo karmienie powinno mieć miejsce około 12. razy w ciągu dnia i minimum jedno karmienie w nocy i trwać od pół godziny do godziny lub dłużej[9]. Podjęte interwencje wywodziły się głównie z funkcji edukacyjnej oraz opiekuńczej i miały na celu wsparcie matki w jeszcze nie rozwiniętej laktacji oraz wsparcie merytoryczne.

Ósmą diagnozą była niewystarczająca wiedza matki w zakresie karmienia, która okazała się kluczowym elementem w procesie planowania interwencji. Okres ciąży jest idealnym momentem do zagłębienia się na temat laktacji. Taka wiedza jest kluczowa do uniknięcia stresu i niepewności, gdy proces laktacji się rozpocznie. Przy okazji równie ważne jest pozytywne nastawienie, które sprawi, że braki w wiedzy będą bezproblemowo wypełniane w trakcie edukacji [10]. Zaplanowane działania miały na celu podwyższenie poziomu wiedzy matki na temat procesu laktacji oraz wsparcie merytoryczne.

WNIOSKI

Wiedza pacjentki jest niewystarczająca do prowadzenia skutecznej laktacji oraz może prowadzić do występowania problemów. Pielęgniarka jest w stanie pomóc pacjentce w procesie laktacji poprzez działania wynikające z funkcji edukacyjnej oraz opiekuńczej.

PIŚMIENNICTWO

1. Grzyb J, Jak powstaje mleko kobiece. W: Kasjonowicz D, Laktacja. Kompendium dla praktyków. Tom 1. Wyd. 1. Warszawa, PZWL 2022; 1-5.
2. Ronin-Walknowska E, Połóg. W: Nowośnicka-Pawlitko S, Położnictwo. Tom 1. Wyd. Warszawa, PZWL, 2020; 571-586
3. Cleveland Clinic 2023 Benefits of Breastfeeding for You & Baby;156-166.
4. WHO, UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding : The baby-friendlyhospital for small, sick and pretermnewborns. 2020. ISBN 978-92-4-000564
5. Kostuch M.: Karmienie piersią w pierwszym tygodniu życia. W: Kasjonowicz D, Laktacja. Kompendium dla praktyków. Tom 1. Wyd. 1. Warszawa, PZWL 2022;46-50.
6. Fundacja NUTRICIA. Poradnik karmienia piersią. Według zaleceń Polskiego Towarzystwa. Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. Wyd. 2. Warszawa, PZWL, 2021;5-10.
7. Kostuch M.: Problemy z piersiami w okresie laktacji. W: Kasjonowicz D, Laktacja. Kompendium dla praktyków. Tom 1. Wyd. 1. Warszawa, PZWL 2022; 94-108.
8. Kostuch M.: Bolesność brodawek w czasie karmienia piersią. W: Kasjonowicz D, Laktacja. Kompendium dla praktyków. Tom 1. Wyd. 1. Warszawa, PZWL 2022; 91-93.
9. Kołodziej J. Plaskota A. Sołek A. Witalis J. Piekło B.: Karmienie piersią. Poradnik. Wyd. 1. Rzeszów, Fundacja Pro-Familia, 2017 ;90-97.
10. Wilińska M.: Oligosacharydy mleka kobiecego. W: Gardyniak A, Gudowski A, Wierus Z, Laktacja. Wiedza kliniczna i farmakoterapia. Tom 2. Wyd.1. Warszawa 2024; 57-66.

MODEL OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM Z NADCIŚNIENIEM TĘTNICZYM

Katarzyna Wiśniewska¹, Agnieszka Sławska – Okruta¹, Adrianna Stefaniak- Fijoł²

1- *Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*

2- *Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu*

WSTĘP

Nadciśnienie tętnicze (NT) stanowi obecnie jedną z najpowszechniejszych chorób cywilizacyjnych, których częstość wrasta wraz z postępem urbanizacji i globalizacji [1]. Dotyka ono ponad miliard ludzi na całym świecie. Uznawane jest za najważniejszy modyfikowalny czynnik ryzyka schorzeń sercowo-naczyniowych. Według Światowej Organizacji Zdrowia – WHO (*z ang. World Health Organization*) jest to pierwsza przyczyna przedwczesnych zgonów na świecie [2]. W społeczeństwie polskim nadciśnienie tętnicze zaliczane jest do najczęściej występujących chorób układu krążenia – CVD (*z ang. Cardiovascular Disease*). W populacji ogólnej liczba zachorowań sięga 25%. Przypadłość ta dotyczy przedstawicieli wszystkich grup wiekowych i etnicznych, z wyraźną predylekcją do płci męskiej [3]. Zachorowalność na NT wiąże się nieodłącznie z czynnikami populacyjnymi i behawioralnymi [4]. Mimo poważnej skali problemu, choroba ta często bywa nierozpoznawana lub nieprawidłowo leczona, w konsekwencji czego wzrasta ryzyko powstania niebezpiecznych dla życia powikłań w postaci uszkodzenia serca, mózgu, dużych naczyń, nerek i oczu [5]. Nadciśnienie tętnicze uznaje się za poważny problem zdrowia publicznego o złożonej etiologii, rodzący szereg wyzwań dla współczesnego personelu medycznego oraz holistycznego systemu opieki zdrowotnej [6, 7].

Na tle członków interdyscyplinarnego zespołu medycznego niezwykle istotną rolę w profilaktyce i terapii nadciśnienia tętniczego przypisuje się przedstawicielom personelu pielęgniarskiego, którzy pełnią obecnie funkcję edukatorów i promotorów zdrowia [8]. Pacjenci z podejrzeniem nadciśnienia tętniczego na ogół w pierwszej kolejności trafiają do lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej – POZ, który w ramach prowadzonej działalności współpracuje z pielęgniarką rodzinną. Jej praca obejmuje sprawowanie opieki nad pacjentami, wymagającymi stałej opieki medycznej świadczonej w warunkach domowych. Opieka ta dotyczy pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, obarczonych ograniczeniem

sprawności z powodu zdiagnozowanej choroby lub też osób w podeszłym wieku [8]. W specjalistycznych gabinetach kardiologicznych oraz na hemodynamicznych oraz kardiologicznych oddziałach szpitalnych kompleksową i interdyscyplinarną opiekę nad pacjentami nadciśnieniem sprawuje wraz z lekarzem prowadzącym wykwalifikowany personel pielęgniarski [9].

Opracowanie modelu właściwej i spersonalizowanej opieki nad pacjentem z przewlekłym schorzeniem układu krążenia wymaga efektywnej współpracy całego zespołu terapeutycznego. Personel pielęgniarki odgrywa w nim niepodważalnie kluczową rolę, ponieważ sprawuje bezpośrednią opiekę nad chorym. Do jego kompetencji należy diagnozowanie, planowanie, realizowanie oraz ocena podjętych działań zgodnie z posiadaną wiedzą, kodeksem etyki zawodowej i powszechnie obowiązującymi standardami w praktyce klinicznej. Zadania, jakie wykonuje względem pacjenta i jego rodziny, wynikają bezpośrednio z określonych funkcji pielęgniarskich – opiekuńczej, wychowawczej, terapeutycznej, rehabilitacyjnej i profilaktycznej – stanowiących fundament działalności zawodowej personelu pielęgniarskiego [8]. Do zadań pielęgniarzy i pielęgniarek zalicza się obsługę sprzętu służącego do oceny zdrowia pacjenta kardiologicznego, a także przeprowadzanie badań podmiotowych i przedmiotowych u osób chorych. Ponadto, spośród ich kompetencji należy wyróżnić udzielanie pomocy i opieki pacjentom z NT, monitorowanie stanu ich zdrowia, a także przygotowywanie chorych do badań i procedur kardiologicznych [10]. Personel pielęgniarski, bazując na obserwacji potrzeb pacjenta i zgłaszanych przez niego oczekiwaniach oraz analizując wyniki badań diagnostycznych i wdrażając adekwatne procedury lecznicze, formułuje diagnozy pielęgniarskie, a następnie proponuje zindywidualizowany, wielokierunkowy plan opieki nad pacjentem z hipertensją oraz wdraża rekomendowane interwencje, ukierunkowane na poprawę zdrowia chorego w wymiarze fizycznym i psychicznym [10]. Celem pielęgniarzy i pielęgniarek sprawujących opiekę nad pacjentami z nadciśnieniem jest niwelowanie symptomów klinicznych pojawiających się w przebiegu choroby i związanych z nią powikłań sercowo-naczyniowych [9]. Ich założeniem jest unormowanie ciśnienia tętniczego krwi pacjenta, zapobieganie stanom zagrożenia życia, prewencja potencjalnych urazów, a także zredukowanie ryzyka rozwoju wielochorobowości, towarzyszącej niejednokrotnie NT. Personel pielęgniarski obiera działania ukierunkowane na zmniejszenie uczucia niepokoju i lęku, zapewniając choremu poczucie bezpieczeństwa. Wskazuje również na metody radzenia sobie w sytuacjach stresowych oraz z nadmiernym napięciem emocjonalnym, zachęca chorego do aktywnego spędzania czasu wolnego

i podejmowania ćwiczeń relaksujących, wyjaśniając jednocześnie pacjentowi ideę podejmowania próby obiektywnej oceny wydarzeń i wysuwania wniosków. Zapewnienia też wsparcie i pomoc w sytuacjach trudnych dla pacjenta. W okolicznościach dostrzeżenia zaburzeń natury emocjonalnej, w trosce o zdrowie pacjenta, sugeruje konsultację ze specjalistą psychiatrą lub psychologiem. Pielęgniarki i pielęgniarze mają istotny wpływ na proces uświadamiania pacjentowi konieczności przyjmowania leków hipotensyjnych przepisanych przez lekarza i konsultowania z nim wszelkich wątpliwości i ewentualnych zaobserwowanych skutków ubocznych farmakoterapii [10].

Zasadniczym aspektem opieki nad chorym z nadciśnieniem jest również przygotowanie pacjenta do współudziału w procesie terapeutycznym. Pielęgniarze i pielęgniarki koncentrują się na budowaniu prozdrowotnej postawy chorego i motywują pacjentów do jej utrzymania w perspektywie długoterminowej. Zachęcają ich do wdrożenia modyfikacji w obrębie rozpoznanych niekorzystnych zachowań o charakterze antyzdrowotnym i zajmują się szeroko pojętą edukacją chorego. Pełnią rolę promotorów zdrowia. Zachęcają pacjentów do wykonywania samodzielnych pomiarów CT za pomocą sprawdzonych urządzeń, pouczają o konieczności prowadzenia „książeczki chorego z nadciśnieniem tętniczym”, a także motywują pacjentów do prowadzenia zdrowego stylu życia i pomagają we wdrożeniu pożądanych nawyków i wzorców. Uświadamiają również potrzebę pozostawania pod stałą opieką lekarza rodzinnego, specjalisty kardiologa lub hipertensjologa, a także konieczności wykonywania okresowych badań kontrolnych. Wskazują też na niezbędny natychmiastowy kontakt z lekarzem w okolicznościach zaobserwowania u siebie niepokojących dolegliwości. Podkreślają znaczenie profilaktyki i unikania czynników mogących wywierać niekorzystny wpływ na kondycję ich organizmu oraz samopoczucie. Świadczone przez personel pielęgniarstwa poradnictwo w zakresie postępowania zachowawczego w przebiegu NT odgrywa istotną rolę w przygotowaniu pacjenta do samopielęgnacji i samoopieki [41, 49, 50]. Rolą dobrze zorganizowanego zespołu pielęgniarstwa jest włączanie rodziny chorego do holistycznego procesu terapeutycznego i przygotowywanie bliskich do podjęcia opieki nieprofesjonalnej w warunkach domowych [8, 9,10].

Pielęgniarstwo to nie tylko profesja, lecz przede wszystkim powołanie i misja. Opieka nad osobą chorą, w dużym stopniu zależną od zespołu pielęgniarstwa, jest czymś więcej aniżeli źródłem dochodu – stanowi zamiłowanie i służbę społeczną drugiemu człowiekowi. Kardiologiczny zespół pielęgniarstwa cieszy się niepodważalnym uznaniem i autorytetem

społecznym w związku z ciążącą na nim odpowiedzialnością za ludzkie zdrowie i życie. Ich udział w złożonym procesie leczenia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym jest nieoceniony i wielokierunkowy. W dużej mierze przesądza on o odniesieniu sukcesu terapeutycznego i profilaktyce niepożądanych powikłań zdrowotnych [10].

CEL PRACY

Celem głównym niniejszych badań była analiza modelu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem hospitalizowanym z powodu nadciśnienia tętniczego.

MATERIAŁ I METODY

Główną metodą badawczą zastosowaną w niniejszym badaniu była metoda studium indywidualnego przypadku, techniką zaś wywiad i obserwacja pielęgniarska, analiza dokumentacji medycznej oraz pomiar kardynalnych parametrów życiowych pacjenta. Narzędzia badawcze, wykorzystane w badaniu to BMI (ang. Body mass index), wskaźnik WHR (ang. Waist Hip Ratio), Skala oceny ryzyka powstawania odleżyn Norton, Skala Torrance'a, Skala oceny bólu NRS- (ang. Numerical Rating Scale), Skala IADL- w ocenie skalą IADL, Skala Tinetti, Skala satysfakcji z życia SWLS, Skala akceptacji choroby AIS, Skala odczuwanego stresu PSS-10.

Badania do niniejszej pracy miały charakter retrospektywny i polegały na analizie sytuacji zdrowotnej pacjenta z rozpoznaniem ostrym zespołem wieńcowym bez uniesienia odcinka ST – OZW-NSTEMI, którego poddano zabiegowi przezskórnej angioplastyki wieńcowej w zakresie gałęzi okalającej – PCI (z ang. *Percutaneous Coronary Intervention*) Cx (z ang. *Circumflex Artery*).

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Pacjent przyjęty w trybie nagłym na SOR w dniu lutego 2025 roku o godzinie 5.30 z powodu uporczywych i utrzymujących się, uciskowych dolegliwości bólowych o umiarkowanym poziomie nasilenia (5/10 w skali NARS), odczuwanych od trzydziestu minut w okolicy klatki piersiowej, nasilających się w okolicznościach podejmowanego przez chorego wysiłku fizycznego oraz w stanach zdenerwowania pacjenta. Do szpitala został przetransportowany karetką, ze wstępnym rozpoznaniem OZW NSTEMI.

Po konsultacji pacjenta ze specjalistą kardiologiem przekazano chorego na Oddział Hemodynamiki, gdzie wykonano zabieg PCI Cx w znieczuleniu miejscowym, z dostępu promieniowego. Po przeprowadzonym zabiegu pacjent trafił na Oddział Hemodynamiki, gdzie aktualnie przebywa (doba zabiegu).

Na oddziale hemodynamiki dokonano pomiaru podstawowych parametrów życiowych, pozwalających ocenić ogólny stan zdrowia pacjenta w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym oraz funkcjonowanie poszczególnych układów organizmu chorego.

Stan odżywienia pacjenta był nieprawidłowy. Ustalono, że mężczyzna zmaga się z chorobą otyłościową II stopnia. Z rozmowy z żoną wynikało, że mężczyzna od ostatnich 8-9 lat sukcesywnie tyje, nie dba o prawidłową i odpowiednio zbilansowaną dietę, a jego jadłospis jest ubogi w składniki odżywcze. Pacjent okazał się preferować potrawy i produkty słone. Kobieta zaznaczyła również, że mężczyzna nie dbał nigdy o aktywność ruchową w czasie wolnym, dodając, że od wielu lat notorycznie nadużywa alkoholu i pali papierosy. Nie zwraca też uwagi na konieczność odpoczynku i dbania o jakość i higienę snu. Pacjent dodał, że jest narażony na chroniczny stres w miejscu pracy. Nie wykonuje regularnie profilaktycznych badań przesiewowych. W przeszłości pacjent nie był hospitalizowany z powodu doświadczonych problemów sercowo-naczyniowych.

Monitorując stan układu krążenia pacjenta odnotowano nieprawidłowe, niemieszczące się w zakresie normy ciśnienie tętnicze, wynoszące 142/78 mmHg, potwierdzające chorobę nadciśnieniową. Podczas epizodów zdenerwowania chorego CT wzrastało do 188/110 mmHg. Wskutek postawionej diagnozy wdrożono postępowanie farmakologiczne. Zarekomendowano normalizację masy ciała, zaprzestanie palenia papierosów i spożywania alkoholu, a także wprowadzenie do dobowego trybu życia umiarkowanej aktywności fizycznej. Tętno pacjenta było prawidłowe, palpacyjne, dobrze wyczuwalne, przyjmujące wartość 81 uderzeń/min. Rytm pracy serca określono, jako zatokowy. Potwierdzono miarową czynność serca i właściwy powrót kapilarny. Nie zaobserwowano u chorego zasinień skóry. Odnotowano natomiast niewielkie obrzęki limfatyczne w obrębie kończyn dolnych indukowane chorobą otyłościową i zaburzeniami układu sercowo-naczyniowego.

Skupiając się na funkcjonowaniu układu oddechowego pacjenta stwierdzono częstotliwość oddechów przekraczającą normę – 22 oddechy/min. O zaburzeniach oddychania świadczył nie tylko przyspieszony, ale również spłycony oddech. Potwierdzono dominujący oddechowy tor brzuszny. Ustalono saturację krwi w normie – SpO2 na poziomie

95%. U chorego nie występował kaszel. Drożność dróg oddechowych była prawidłowa. Zapach wydychanego powietrza był bezwonny. Pacjent odczuwał niewielkie duszności. Na zlecenie lekarza podłączono tlen w przepływie 2 l/min.

W ocenie układu powłokowego potwierdzono zaniedbanie ogólnej higieny ciała, czystości skóry i przydatków (włosów i paznokci) oraz nieschludny ubiór. Nie zaobserwowano patologicznych zmian skórnych i dermatoz w obrębie kończyn dolnych i tułowia. Odnotowano wątpliwy poziom higieny okolicy krocza przez występujące w tej partii ciała odparzenia. Plamy na białźnie i zapach sugerowały nietrzymanie moczu. W skali NORTON pacjent uzyskał 16/20 punktów, co oznacza, że u chorego nie rozpoznano ryzyka powstania odleżyn.

Od chwili przyjęcia chorego do szpitala cechowało go złe samopoczucie, obniżony nastrój i negatywny stosunek względem otoczenia. W ramach obserwacji pacjenta pod kątem psychiczno-emocjonalnym zauważono jego wysoki poziom pobudzenia psychosomatycznego. Był on agresywny werbalnie i nieuprzejmy wobec personelu pielęgniarskiego oraz odwiedzającej go żony. Przejawiał uporczywy brak chęci do współpracy w procesie terapeutycznym i niechętnie poddawał się leczeniu. Przejawiał on znaczny lęk i niepokój w związku z pilną potrzebą wykonania zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej. Wbrew prośbom zespołu medycznego nagminnie usiłował oddalić się z oddziału, prawdopodobnie celem wypalenia papierosa.

U pacjenta odnotowano bezsenność wywołowaną niepokojem, lękiem stresem i dyskomfortem odczuwanym w związku z doświadczaną sytuacją zdrowotną oraz koniecznością hospitalizacji. Pacjent skarżył się na przewlekłe zmęczenie i senność w ciągu dnia (w okresie ostatnich tygodni).

Nie w pełni ustabilizowana sytuacja socjalno-bytowa i średni status społeczny chorego sprawiały, że podkreślał on nieodpartą potrzebę szybkiego opuszczenia szpitala i powrotu do pracy.

Poziom satysfakcji z życia pacjenta oscylował na bardzo niskim poziomie, o czym świadczył wynik uzyskany w skali SWLS, wynoszący 9/35 punktów. Ponadto, okazało się, że mężczyźnie bardzo ciężko było dotychczas zaakceptować zdiagnozowaną u niego chorobę, na co jednoznacznie wskazywał wynik uzyskany przez pacjenta w skali AIS, oscylujący na poziomie 21/40 punktów. Według skali PSS-10 pacjent na przestrzeni ostatniego miesiąca ulegał ekspozycji na niepożądane zdarzenia, mierząc się z wieloma stresującymi go doświadczeniami. Uzyskany wynik 23/40 punktów oznaczał, że chory boryka się na co dzień

ze średnim poziomem stresu, przewlekłe obniżającym jakość jego życia i godzącym w jego poziom samopoczucia.

Koncentrując się na kondycji układu pokarmowego stwierdzono prawidłowy stan jamy ustnej, obniżone pragnienie i apetyt w normie. Odżywienie odbywało się drogą doustną. Połykanie miało charakter prawidłowy. Dotychczas pacjent stosował niskiej jakości dietę, w dużej mierze składającą się z mięsa, węglowodanów prostych i piwa, ubogą w owoce, warzywa i błonnik pokarmowy. Z wywiadu wynikało bolesne oddawanie stolca (stolec twardy, zbity, o ostrych krawędziach) i nieprawidłowy rytm wypróżnień. U pacjenta odnotowano dolegliwości dyspeptyczne w postaci wzdęć, zaparć, wczesnego uczucia sytości, odbijania po posiłku oraz uczucia pełności i zalegania pokarmu w żołądku. Chory skarżył się dyskomfort w postaci pieczenia w przełyku (zgagi), kwaśny posmak w ustach, dysfagię i uczucie cofania się treści żołądka, sugerujące rozwijającą się chorobę refluksową przełyku. Zanegował natomiast współwystępowanie z wyżej wymienionymi objawami nudności i wymiotów.

W oparciu o rozmowę z pacjentem i monitorowanie jego stanu zdrowia odnotowano zaburzenia w układzie moczowo-płciowym. Pacjent zgłosił problem z oddawaniem moczu, a mianowicie: mikcje słabym, przerywanym strumieniem, mikcje w nocy i uczucie niepełnego opróżnienia pęcherza. Nie skarżył się na towarzyszące tym symptomom dolegliwości bólowe. Dokonując oceny układu ruchu pacjenta można stwierdzić, że jest on samodzielny i sprawnie wykonuje czynności dnia codziennego, mimo zaawansowanego stadium rozwoju otyłości i zaburzeń układu krążenia. W teście IADL otrzymał maksymalną liczbę punktów. Zaobserwowano jednak, że pacjent szybko się męczy, nawet w przypadku niewielkiego wysiłku fizycznego. Bazując na bezpośredniej ogólnej ocenie geriatrycznej chorego stwierdzono u niego niski poziom ryzyka upadków i konieczność konsultacji zastanych deficytów w zakresie motoryki i mobilności z fizjoterapeutą. W teście Tinetti pacjent uzyskał 23/28 punktów.

W ocenie układu nerwowego i narządów zmysłów stwierdzono, że pacjent jest w pełni świadomy i samodzielny. Kontakt słowno-logiczny był zachowany i stosowny. Pacjent był całkowicie zorientowany autopsychicznie i allopsychicznie. Słuch i czucie dotyku oceniono, jako właściwe. Potwierdzono zaburzenia wzroku, jako powikłanie nieleczonego NT. Odnotowano prawidłową wartość czucia temperatury ciała – o wartości 36,5°C. Pacjent zgłaszał częste zawroty i bóle głowy z charakterystyczną lokalizacją w części potylicznej. W chwili obecnej mężczyzna zgłasza ból głowy o nasileniu 2/10 NRS.

Po zabiegu pacjent zgłaszał ból w klatce piersiowej o charakterze ucisku i umiarkowanym nasileniu 5/10 według skali NRS. Dolegliwości bólowe wzmagaly się podczas wysiłku fizycznego (przechodzenia z leżanki na łóżko) i podczas epizodów silnego zdenerwowania pacjenta. Personel medyczny zapewnił pacjentowi przebywanie w wygodnej pozycji i dostęp do świeżego powietrza. Wyeliminował jednocześnie zewnętrzne bodźce potencjalnie stresujące mężczyznę. Wykonano EKG. Lekarz zlecił dożylnie zaaplikowanie preparatu *Relanium 5 mg*.

1 h po zabieg zaobserwowano, że zaczął przesiąkać opatrunek na tętnicy promieniowej z powodu nadmiernej ruchliwości kończyny górnej. W trakcie jego zmiany zaobserwowano tworzący się krwiak. Wdrożono niezbędne leczenie zachowawcze oraz dalszą obserwację kliniczną miejsca nakłucia.

Proces pielęgnowania

- **Diagnoza pielęgniarska 1:** Ból w klatce piersiowej o nasileniu 5/10 NRS spowodowany niedokrwieniem mięśnia sercowego z towarzyszącym silnym pobudzeniem psychosomatycznym.

Cel opieki: Zniwelowanie lub zminimalizowanie dolegliwości bólowych oraz objawów pobudzenia psychosomatycznego w ciągu 15-60 minut.

Plan opieki:

- ułożenie pacjenta w łóżku w pozycji Fowlera bądź semi-Fowlera,
- administrowanie leków zgodnie z kartą zaleceń lekarskich (nitrogliceryny, preparatów przeciwbólowych, przeciwplatekcyjnych, przeciwkrzepliwych i uspokajających),
- wyeliminowanie zewnętrznych stresorów indukujących u pacjenta stan pobudzenia psychosomatycznego,
- stałe monitorowanie czynności elektrycznej serca za pomocą kardiomonitora,
- ocena charakteru i poziomu nasilenia bólu za pomocą skali NRS co ½ godziny,
- pomiar CT krwi, ocena zabarwienia powłok skórnych pacjenta co ½ godziny,
- podanie tlenu według zaleceń lekarza.
- wykonanie badania elektrokardiograficznego oraz pobranie krwi celem oznaczenia biochemicznych markerów martwicy mięśnia sercowego (stężenia troponiny, CK-MB, CK i mioglobiny).

Ocena efektów podjętych działań: Stan hemodynamiczny pacjenta został ustabilizowany. Zminimalizowano jego odczucia bólowe i wyeliminowano symptomy pobudzenia psychosomatycznego.

- **Diagnoza pielęgniarska 2:** Złe samopoczucie pacjenta z powodu podwyższonych wartości CT, skutkujące nadwrażliwością emocjonalną i bólem głowy 2/10 NRS.

Cel opieki: Unormowanie ciśnienia tętniczego oraz poprawa samopoczucia pacjenta.

Plan opieki:

- monitorowanie wartości tętna, ciśnienia tętniczego krwi,
- obserwowanie zabarwienia powłok skórnych,
- podaż leków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- spokojna i empatyczna rozmowa z pacjentem,
- poinformowanie pacjenta o konieczności zgłoszenia się do specjalisty – kardiologa po zakończonym okresie hospitalizacji,
- zapewnienie choremu atmosfery bezpieczeństwa i życzliwości.

Ocena efektów podjętych działań: Unormowanie wartości ciśnienia tętniczego. Zmobilizowanie chorego do kontynuacji działań ukierunkowanych na terapię zdiagnozowanej hipertensji po zakończonej hospitalizacji. Poprawa nastroju chorego.

- **Diagnoza pielęgniarska 3:** Zaburzenia oddychania z powodu zastoju w krążeniu płucnym, manifestujące się przyspieszonym i płytkim oddechem oraz niewielkim uczuciem duszności.

Cel opieki: Ułatwienie choremu oddychania i utrzymanie optymalnej wymiany gazowej.

Plan opieki:

- ocena parametrów życiowych pacjenta: liczby i charakteru oddechów, SpO₂, tętna, ciśnienie tętniczego krwi i temperatury ciała,
- ocena i monitorowanie świadomości auto- i allopsychicznej chorego,
- ocena stopnia nasilenia odczuwanych duszności i poziomu wypełnienia łóżyska naczyniowego,
- ułożenie pacjenta w pozycji półsiedzącej,
- podanie tlenu na zlecenie lekarza przez wąsy tlenowe o przepływie 2 l/min,
- administrowanie leków zmniejszających cechy zastoju w krążeniu płucnym zgodnie z kartą zaleceń lekarskich,

- pobranie krwi do badań laboratoryjnych zgodnie ze zleceniem lekarza celem oceny gospodarki wodno-elektrolitowej,
- ocena bilansu wodno-elektrolitowego, z uwzględnieniem kontroli diurezy,
- asystowanie choremu w czynnościach samoobsługowych.

Ocena efektów podjętych działań: Zaburzenia oddychania w postaci przyspieszonego i płytkiego oddechu zostały zniwelowane. Uczucie duszności całkowicie ustąpiło. Wyeliminowano cechy zastoju w krążeniu płucnym.

- **Diagnoza pielęgniarska 4:** Lęk i niepokój spowodowany koniecznością hospitalizacji i pilnego wykonania zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej, z towarzyszącym deficytem wiedzy na temat wdrażanej procedury kardiologicznej i brakiem chęci do współpracy w procesie terapeutycznym.

Cel opieki: Minimalizacja poczucia lęku i niepokoju związanego z hospitalizacją i inwazyjną procedurą leczenia. Wyeliminowanie deficytów w zakresie wiedzy pacjenta

Plan opieki:

- przekazanie pacjentowi szczegółowych informacji odnośnie, celu, istoty, procedury, badania diagnostycznego i zabiegu kardiologicznego,
- pozyskanie pacjenta do współpracy w oparciu o skuteczną rozmowę motywacyjno-edukacyjną.

Ocena efektów podjętych działań: Pełne przygotowanie pacjenta do badania i uzyskanie akceptacji na wykonanie proponowanej interwencji terapeutycznej, przy zredukowaniu poziomu lęku i niepokoju pacjenta w granicach bezpieczeństwa.

- **Diagnoza pielęgniarska 5:** Powstanie krwaka w okolicy nadgarstka z powodu wdrożonej okołozabiegowo farmakoterapii przeciwplatekowej, fibrynolitycznej i heparyny oraz wzmożonej ruchliwości kończyny górnej, objawiające się przesiąknięciem opatrunku, obrzękiem miejsca kaniulacji oraz ogólnym osłabieniem pacjenta i jego złym samopoczuciem.

Cel opieki: Profilaktyka powikłań krwotocznych, wczesne wykrycie niepokojących objawów oraz dążenie do ich wyeliminowania. Zapewnienie choremu poczucia bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego po przeprowadzonej procedurze zabiegowej.

Plan opieki:

- ocena stanu opatrunku pod kątem krwawienia oraz kontrolowanie zabarwienia skóry

pod opatrunkiem i zwrócenie uwagi na objawy sugerujące powstanie krwiaka w miejscu nakłucia tętnicy promieniowej,

- poinformowanie pacjenta o konieczności stosowania ucisku opatrunku w trakcie kichania bądź kaszlu,
- monitorowanie parametrów życiowych, z uwzględnieniem tętna i CT krwi, liczby oddechów, SpO₂, temperatury i wilgotności ciała oraz stanu świadomości,
- obserwacja w kierunku krwawienia wewnętrznego, w tym śródczaszkowego,
- poinformowanie chorego o konieczności zgłaszania niepokojących objawów, które mogą sugerować krwawienie,
- wskazanie choremu na konieczność stosowania się do zaleceń lekarza w trakcie leczenia preparatami przeciwplatekowymi i przeciwzakrzepowymi oraz o zachowaniu bezpieczeństwa,
- pobranie krwi na zlecenie lekarza w celu oceny poziomu hemoglobiny, hematokrytu, czasu protrombinowego – PT, czasu krzepnięcia po aktywacji – ACT, czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji – APTT,

W przypadku pojawienia się krwawienia bądź krwiaka:

- prowadzenie oceny stopnia jego narastania,
- wezwanie lekarza,
- usunięcie opatrunku i zastosowanie ucisku na okolicę poddaną interwencji z zachowaniem zasad aseptyki,
- na zlecenie lekarza odstawienie leków przeciwzakrzepowych (jeżeli stosowano je do płukania koszulki naczyniowej),
- podłączenie płynów dożylnych celem wypełnienia łóżyska naczyniowego,
- przetaczanie krwi lub jej preparatów w zależności od ciężkości krwawienia i ewentualnie – podanie protaminy.

Ocena efektów podjętych działań: Skutecznie ograniczono zasięg, skutki lokalne oraz następstwa hemodynamiczne powstałych powikłań krwotocznych. W związku z utworzeniem krwiaka w okolicy kaniulacji wdrożono efektywne postępowanie zachowawcze. U pacjenta nie odnotowano objawów hipotensji. Przywrócono mu dobre samopoczucie i zapewniono bezpieczeństwo w wymiarze psychicznym i fizycznym.

- **Diagnoza pielęgniarska 6:** Ryzyko niedokrwienia bądź zakrzepu żył głębokich w obrębie kończyny poddanej interwencji kardiologicznej z powodu mechanicznego

ucisku, obecności koszulki naczyniowej, skurczu tętnicy, embolizacji materiałem zatorowym, zakrzepicy, ograniczonej aktywności fizycznej i obrzęku tkanek.

Cel opieki: Wczesne wykrycie objawów świadczących o zaburzeniu przepływu obwodowego, niedopuszczenie do wystąpienia powikłań spowodowanych spadkiem przepływu obwodowego w obrębie układu naczyniowego kończyn górnych i ograniczenie wystąpienia zakrzepicy żył głębokich kończyny w ciągu 12-24 godzin.

Plan opieki:

- stwierdzenie, czy występuje chromanie przestankowe i czy występowały epizody żył głębokich,
- ocena tętna obwodowego na kończynach górnych, ucieplenia i koloru skóry, bólu, zaburzeń czucia, żyłaków kończyn górnych i cech zespołu pozakrzepowego i systematyczne monitorowanie stanu kończyny
- ocena miejsca nakłucia tętnicy pod kątem wystąpienia krwawienia, obrzęku bądź krwaka,
- poinformowanie pacjenta o konieczności zgłaszania wszelkich dolegliwości, zwłaszcza zaburzeń czucia, mrowienia, bólu i zmiany zabarwienia skóry,
- wdrożenie profilaktyki zakrzepicy przez stosowanie kompresoterapii,
- pomaganie pacjentowi podczas spożywania posiłków, toalety i zmiany pozycji w łóżku,
- poinformowanie lekarza o zauważonych symptomach niedokrwienia,
- monitorowanie układu krzepnięcia – APTT i ACT,
- w razie konieczności – przygotowanie pacjenta do embolektomii.

Ocena efektów podjętych działań: Utrzymano wydolne krążenie obwodowe (odnotowano obecność tętna w kończynach górnych), prawidłowe i symetryczne ucieplenie dystalnych części kończyn, prawidłowe zabarwienie skóry, brak bólu i zaburzeń czucia oraz prawidłową czynność ruchową kończyny.

- **Diagnoza pielęgniarska 7:** Ryzyko wystąpienia zaburzeń pracy nerek po zabiegu koronografii wykonanej celem oceny przepływu w tętnicach wieńcowych, w związku z zastosowaniem środka kontrastującego dla uwidocznienia światła naczyń.

Cel opieki: Niedopuszczenie do wystąpienia dysfunkcji nerek i koncentracja na wczesnym wykryciu niepokojących objawów.

Plan opieki:

- stałe monitorowanie stanu hemodynamicznego i stanu świadomości chorego,
- ocena diurezy: ilości i zabarwienia moczu wydalanego w ciągu doby, założenie cewnika do pęcherza moczowego i prowadzenie bilansu płynów,
- zapewnienie pacjentowi płynów do picia i podanie na zlecenie lekarza płynów drogą pozajelitową celem nawodnienia (wypełnienia łożyska naczyniowego), a tym samym ułatwienia wydalania środka kontrastowego przez nerki,
- pobranie krwi na zlecenie lekarza celem oceny stężenia kreatyniny – GFR,
- uświadomienie pacjentowi konieczności zgłaszania niepokojących objawów, stosowania się do zaleceń lekarza i uczęszczania na badania kontrolne zgodnie z wskazaniami po opuszczeniu szpitala.

Ocena efektów podjętych działań: Zaburzenia czynności nerek po przeprowadzonym zabiegu nie wystąpiły.

- **Diagnoza pielęgniarska 8:** Dyskomfort pacjenta spowodowany czasowym unieruchomieniem w łóżku oraz deficytem w zakresie zdolności do samoopieki i samopielęgnacji, wprawiający go w poczucie wstydu i zakłopotania.

Cel opieki: Poprawa samopoczucia chorego. Zapewnienie mu warunków intymności. Zwiększenie wydolności pacjenta w zakresie samoopieki i samopielęgnacji.

Plan opieki:

- pomoc pacjentowi w zapewnieniu wygodnej pozycji ułożeniowej,
- dążenie do jak najszybszego uruchomienia pacjenta,
- określenie potrzeb i zdolności pacjenta w zakresie samoopieki samopielęgnacji,
- asystowanie choremu w zakresie zaspokajania potrzeb biologicznych,
- do momentu unieruchomienia stosowanie profilaktyki przeciwoleżynowej,
- koncentracja na sukcesywnym usprawnianiu chorego pod kontrolą EKG – kilkakrotny w ciągu dnia współudział w gimnastyce oddechowej i stopniowej kardiologicznej rehabilitacji ruchowej,
- organizacja choremu czasu wolnego i zachęcenie go do podejmowania czynności sprawiających mu przyjemność,
- zachęcanie i motywowanie pacjenta do samodzielności w miarę jego możliwości ustrojowych i wspieranie go w samodzielnym podejmowaniu celowych działań,
- proponowanie żonie chorego opcji włączenia się do procesu opieki nad chorym.

Ocena efektów podjętych działań: Zniwelowano u pacjenta poczucie dyskomfortu i zakłopotania związanego z przejściowym unieruchomieniem oraz deficytem w zakresie możliwości do samoopieki i samopielęgnacji. Uzyskano poprawę jego nastroju.

- **Diagnoza pielęgniarska 9:** Wysokie ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych związane z występowaniem czynników ryzyka w postaci przejawianych przez pacjenta zachowań antyzdrowotnych oraz niedostateczna wiedza chorego na temat niezbędnych zmian w stylu życia po przebyciu OZW.

Cel opieki: Modyfikacja istniejących czynników ryzyka oraz akceptacja przez pacjenta ustalonych celów postępowania w zakresie dotychczasowego stylu życia w ramach prewencji wtórej po przebyciu OZW, przy jednoczesnym zwiększeniu wiedzy chorego na temat pożądanых postaw, zachowań i nawyków prozdrowotnych.

Plan opieki:

- oszacowanie bezpośredniego stopnia globalnego ryzyka rozwoju powikłań sercowo-naczyniowych u pacjenta,
- podjęcie rozmowy edukacyjno-motywacyjnej z pacjentem w zakresie konieczności dokonania zmian w dotychczasowym stylu życia,
- zachęcenie chorego do zastosowania redukccyjnej, przy zwróceniu uwagi na niski indeks i ładunek glikemiczny spożywanych potraw,
- zmotywowanie pacjenta do zmniejszenia spożycia sodu, kofeiny i alkoholu, uwzględnienia w diecie owoców, warzyw, produktów pełnoziarnistych, jedno- i wielonienasyconych kwasów tłuszczowych,
- mobilizowanie chorego do utrzymania właściwego poziomu glikemii, odpowiedniej wartości CT krwi i cholesterolu frakcji LDL,
- poinformowanie chorego o całkowitym zakazie palenia tytoniu i unikania palenia biernego oraz zastosowanie minimalnej interwencji antynikotynowej,
- mobilizowanie pacjenta do systematycznego leczenia NT i stabilnej choroby wieńcowej oraz odbywania regularnych wizyt w poradni kardiologicznej,
- zalecenie pacjentowi wdrożenia niezbędnej rehabilitacji kardiologicznej,
- zaproponowanie choremu form pomocy ze strony przedstawicieli dziedzin paramedycznych oraz specjalistów medycznych,
- przedstawienie efektywnych sposobów walki z obciążeniem psychicznym.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent i jego rodzina uzyskali niezbędne informacje dotyczące prewencji wtórnej po przebyciu OZW. Chory przejawiał zainteresowanie informacjami dotyczącymi pożądaných zmian w stylu życia oraz wyraził przeświadczenie o możliwości powrotu do codziennych aktywności życiowych przy zadeklarowaniu obrania postawy prozdrowotnej.

- **Diagnoza pielęgniarska 10:** Delikatny obrzęk limfatyczny w obrębie kończyn dolnych indukowany otyłością i zaburzeniami funkcjonowania układu sercowo-naczyniowego.

Cel opieki: Uświadomienie pacjentowi istoty rozwijającego się u niego schorzenia i zmotywowanie do podjęcia skutecznego leczenia.

Plan opieki:

- wyjaśnienie pojęcia, etiologii, symptomatologii oraz następstw nieleczzonego obrzęku limfatycznego indukowanego otyłością i chorobami układu krążenia,
- wskazanie na konieczność redukcji masy ciała i podjęcia terapii chorób sercowo-naczyniowych, celem prewencji nieodwracalnego obrzęku limfatycznego i profilaktyki powstania dysfunkcji w obrębie układu ruchu,
- opis postępowania flebologicznego w terapii limfodemii, obejmującego kontrolę masy ciała, współpracę z dietetykiem, kardiologiem i fizjoterapeutą, manualny drenaż limfatyczny, kompresjoterapię, ochronę skóry i terapię ruchem.

Ocena efektów podjętych działań: Pacjent uzyskał rzetelne informacje odnośnie rozwijającego się u niego obrzęku limfatycznego w początkowym stadium zaawansowania oraz został uświadomiony na temat konieczności podjęcia leczenia ukierunkowanego do wyeliminowania problemu limfodemii.

- **Diagnoza pielęgniarska 11:** Zaburzenia snu wynikające z nadużywania napojów alkoholowych i kofeinowych oraz chronicznie odczuwanego stresu, objawiające się trudnościami w zasypianiu.

Cel opieki: Wyeliminowanie bezsenności i jej potencjalnych niekorzystnych następstw zdrowotnych oraz przywrócenie pacjentowi właściwego rytmu, higieny i jakości snu na tle wykształcenia postawy i zachowań prozdrowotnych.

Plan opieki:

- administrowanie przed snem leków przepisanych przez lekarza, kontrola podaży leków i reakcji na nie oraz zachęcanie chorego do farmakoterapii,
- monitorowanie przebiegu snu, rozpoznanie czynników utrudniających choremu zasypianie i poznanie jego sposobów radzenia sobie z bezsennością,
- poinformowanie chorego o zasadach higieny snu,
- stworzenie warunków prawidłowego snu: eliminacja hałasu i światła, zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu, prześcielenie łóżka i przewietrzenie sali, dobranie adekwatnej bielizny osobistej i pościelowej,
- zalecenie choremu wypicie przed snem ciepłego napoju, zachęcenie go do wdrożenia ćwiczeń relaksujących, rozluźniających i poprawiających oddychanie oraz zarekomendowanie metod wyciszających,
- dobór diety ubogiej w produkty wzdymające i ciężkostrawne oraz poinformowanie o konieczności spożywania niewielkich posiłków nie później niż dwie godziny przed snem i rezygnacji z napojów kofeinowych,
- poinformowanie o konieczności nieeksponowania organizmu na czynniki stresogenne i edukacja w kierunku efektywnego radzenia sobie ze stresorami.

Ocena efektów podjętych działań: Objawy insomni rozpoznane u pacjenta uległy istotnemu złagodzeniu.

- **Diagnoza pielęgniarska 12:** Nasilenie objawów refluksu żołądkowo-przełykowego – GERD (z ang. Gastroesophageal Reflux Disease) w związku z niezdrową dietą, niską aktywnością fizyczną, nałogowym paleniem tytoniu i nadużywaniem alkoholu, objawiające się: zgagą, kwaśnym posmakiem w ustach, dysfagią i uczuciem cofania się treści żołądka.

Cel opieki: Zmniejszenie uciążliwości objawów GERD.

Plan opieki:

- wyjaśnienie pacjentowi etiologicznego podłoża rozwoju nasilenia refluksu żołądkowo-przełykowego na tle zachowań antyzdrowotnych,
- okazanie empatii i zrozumienia dla odczuwanych przez chorego dolegliwości,
- udział w farmakoterapii choroby refluksowej zgodnie z kartą zaleceń lekarskich,
- wskazanie konieczności przestrzegania lekkostrawnej diety i unikania jedzenia przed

snem oraz zalecenie spania z lekko uniesioną na poduszce głową celem profilaktyki objawów GRED,

- udzielenie rzetelnych informacji odnośnie terapii zachowawczej w leczeniu refluksu żołądkowo-przełykowego w formie farmakoterapii i dietoterapii, a także na temat interwencji chirurgicznych w zaawansowanym stadium dolegliwości,
- zalecenie konsultacji z dietetykiem klinicznym i gastroenterologiem.

Ocena efektów podjętych działań: U pacjenta zniwelowano dokuczliwe symptomy refluksu żołądkowo-jelitowego dzięki modyfikacji jadłospisu oraz wpojeniu zasad zdrowego stylu życia.

- **Diagnoza pielęgniarska 13:** Niski poziom tolerancji wysiłku fizycznego w przebiegu choroby wieńcowej, przejawiający się szybkim uczuciem zmęczenia, zadyszką i zasłabnięciami podczas czynności dnia codziennego.

Cel opieki: Optymalizacja poziomu tolerancji wysiłku przy standardowych funkcjach życiowych oraz zmotywowanie pacjenta do zwiększenia aktywności fizycznej po zakończonym okresie rekonwalescencji, celem wydłużenia życia i poprawy jego jakości

Plan opieki:

- asystowanie pacjentowi podczas wykonywania czynności dnia codziennego,
- profilaktycznie stosowanie nitrogliceryny przed planowanym wysiłkiem fizycznym (gdy stan pacjenta tego wymaga),
- przypomnienie pacjentowi, by nie wykonywał czynności wymuszających pozostawanie w pozycji z ramionami uniesionymi powyżej poziomu serca,
- poinformowanie o konieczności kontynuowania terapii farmakologicznej w warunkach domowych oraz uświadomienie potencjalnych przejściowych efektów ubocznych leczenia farmakologicznego stabilnej choroby wieńcowej,
- ocena, czy pacjent potrzebuje wsparcia innych w czynnościach dnia codziennego,
- rozmowa edukacyjna z pacjentem odnośnie roli regularnego wysiłku fizycznego w chorobach serca i postępowania w warunkach domowych,
- ustalenie harmonogramu systematycznego zwiększenia aktywności fizycznej,
- nauka pomiaru i oceny tętna na tętnicach obwodowych,
- uświadomienie pacjentowi konieczności odbywania regularnych wizyt kardiologicznych i zachęcenie go do skorzystania z rehabilitacji kardiologicznej oraz usług trenera personalnego i fizjoterapeuty.

Ocena efektów podjętych działań: Odnotowano poprawną reakcję pacjenta na wysiłek fizyczny oraz osiągnięto u chorego poprawę w zakresie tolerancji wysiłku. Uświadomiono go na temat istoty podejmowania umiarkowanej aktywności ruchowej w dążeniu do poprawy wydolności serca i układu krążenia.

- **Diagnoza pielęgniarska 14:** Zaniedbanie higieniczne wynikające z braku motywacji pacjenta do dbania o czystość ciała i otoczenia, zaburzające pewność siebie i obniżające samoocenę chorego.

Cel opieki: Poprawa ogólnego stanu higienicznego, czystości skóry i przydatków oraz schludności ubioru oraz zmotywowanie pacjenta do aktywniejszego udziału w samoopiece i samopielęgnacji.

Plan opieki:

- asystowanie pacjentowi w toalecie całego ciała, obcięciu paznokci, umyciu włosów i ogoleniu,
- pomoc choremu w utrzymaniu właściwego stanu nawilżenia skóry,
- zapewnienie mężczyźnie pomocy przy zmianie bielizny osobistej,
- regularna zmiana bielizny pościelowej,
- udzielenie niezbędnej pomocy w przygotowaniu przyborów przeznaczonych do wykonania toalety jamy ustnej,
- wskazanie na pozytywne aspekty zdrowotne i możliwość uzyskania lepszego samopoczucia w wyniku podejmowanych zabiegów pielęgnacyjnych,
- okazywanie choremu życzliwości, aprobaty i wsparcia, jeśli podejmie zachowania przyczyniające się do poprawy stanu higienicznego.

Ocena efektów podjętych działań: Uzyskano poprawę ogólnego wyglądu pacjenta. Chory zadeklarował chęć zadbania o higienę ciała i ogólną aparycję, dostrzegając wpływ działań z zakresu samoopieki i samopielęgnacji na poprawę samopoczucia i samoakceptację.

- **Diagnoza pielęgniarska 15:** Odparzenia w okolicy miejsc intymnych, wynikające z nietrzymania moczu, objawiające się zaczerwienieniem, wysypką, swędzeniem, pieczeniem i maceracją, z towarzyszącym przykrym zapachem.

Cel opieki: Zniwelowanie podrażnień skóry w okolicy krocza wywołane inkontynencją. Wdrożenie efektywnego postępowania profilaktyczno-terapeutycznego w leczeniu problemu nietrzymania moczu.

Plan opieki:

- asystowanie choremu w pielęgnacji powstałych zmian skórnych i codziennej toalecie w warunkach intymności,
- udzielenie wskazówek odnośnie zachowania higieny osobistej w warunkach nietrzymania moczu,
- edukowanie pacjenta na temat konieczności regularnego oddawania moczu celem niedopuszczenia do przepełnienia pęcherza moczowego,
- przedstawienie mężczyźnie możliwości i sposobów dodatkowego zabezpieczenia przed wyciekami moczu przez stosowanie środków higienicznych, tj. wkładek urologicznych, pieluchomajtek i majtek chłonnych,
- systematyczne prowadzenie dzienniczka samokontroli z odnotowywaniem godziny oddawania moczu oraz przypadków mimowolnego moczenia.
- podczas hospitalizacji zabezpieczenie bielizny pościelowej za pomocą podkładow chłonnych i podkładow higienicznych,
- zachęcenie pacjenta do korzystania z fizjoterapii urologicznej, zmiany dotychczasowego stylu życia i redukcji masy ciała w celach profilaktyczno-terapeutycznych doświadczonych zaburzeń układu moczowego,
- okazywanie wsparcia i zrozumienia ze strony rodziny i personelu dla zaistniałego u chorego problemu.

Ocena efektów podjętych działań: Odparzenia powstałe w okolicy miejsc intymnych pacjenta zostały wyleczone. Pacjent został wyedukowany w kierunku efektywnego radzenia sobie z problemem nietrzymania moczu.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

- 1) Pacjent hospitalizowany z powodu rozpoznanej hipertensji doświadcza szeregu problemów pielęgnacyjnych na płaszczyźnie funkcjonowania somatycznego, psychiczno-emocjonalnego i społecznego.
- 2) Plan kompleksowej opieki pielęgniarzkiej nad pacjentem z nadciśnieniem tętniczym poddanym hospitalizacji na oddziale kardiologicznym powinien uwzględniać świadczenia o charakterze pielęgnacyjnym, diagnostycznym, leczniczym, rehabilitacyjnym i profilaktycznym. Musi on być w pełni zindywidualizowany, bezpośredni oraz przybierać charakter wielokierunkowy. Należy go stworzyć bazując na obserwacji potrzeb pacjenta,

zgłaszanych przez chorego dolegliwościach i oczekiwaniach oraz analizie wyników badań diagnostycznych, przy współpracy z interdyscyplinarnym zespołem terapeutycznym. Właściwie skonstruowany przesądza o odniesieniu sukcesu terapeutycznego i profilaktyce niepożądanych powikłań zdrowotnych.

- 3) Personel pielęgniarski w dużej mierze przyczynia się do przygotowania chorego z nadciśnieniem tętniczym do współudziału w procesie profilaktyczno-terapeutycznym – samoobsługi, samoopieki, samokontroli i samopielęgnacji, co w długoterminowej perspektywie ma pozwolić odnieść sukces leczniczy i zapewnić efektywną prewencję szerokiej gamy poważnych powikłań zdrowotnych.
- 4) Przedstawiciele personelu pielęgniarskiego odgrywają istotną rolę w edukacji zdrowotnej pacjenta z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym, pełniąc funkcję promotorów zdrowia.
- 5) Interwencje pielęgniarskie mogą wielokierunkowo przyczynić się do wypracowania satysfakcjonującego modelu opieki nieprofesjonalnej świadczonej przez opiekunów chorego z nadciśnieniem tętniczym.

PIŚMIENNICTWO

1. Szwiec M., Bryłka B., Wieder-Huszla S.: Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Pielęgniarstwo Polskie* 2019; 4: 354 – 361.
2. Adamczak M., Buraczewska L., Szczepaniak-Chicheł L.: Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym – 2019 rok. *Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce* 2019; 1(5): 1 – 86.
3. Mamcarz A., Wełnicki M.: Wytyczne PTNT 2015 – kluczowe aspekty [w:] *Nadciśnienie tętnicze plus. Praktyczny poradnik postępowania w wybranych sytuacjach klinicznych*, M. Wełnicki, A. Mamcarz A. (red.). Oficyna Wydawnicza Medical Education, Warszawa 2016: 9-16.
4. Baszczuk A., Kopczyński Z., Musialik K.: Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego na świecie i w Polsce. *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2014; 4(5): 141 – 147.
5. Kowalski S., Moskal A., Goniewicz M.: Nadciśnienie tętnicze w praktyce zespołów ratownictwa medycznego. *Lekarz Wojskowy* 2022; 4(10): 258 – 262.
6. Parati G., Lombardi C., Pengo M. i wsp.: Current challenges for hypertension management: From better hypertension diagnosis to improved patients' adherence and blood pressure control. *International Journal of Cardiology* 2021; 331: 262 – 269.

7. Lurka K.: Zmiana stylu życia niezbędna do wspierania leczenia nadciśnienia tętniczego. <https://www.termedia.pl/mz/Zmiana-stylu-zycia-niezbedna-do-wspierania-leczenia-nadcisnienia-tetniczego,54015.html> [dostęp online: 29.12.2024 r.].
8. Szlenk-Czyczerska E., Kędra E.: Zadania pielęgniarki rodzinnej w opiece nad chorym z przewlekłą chorobą układu krążenia. *Puls Uczelni* 2016; 3(10): 27 – 32.
9. Hajduk A., Kaszuba D.: Opieka pielęgniarska nad osobami z chorobami układu krążenia [w:] *Pielęgniarstwo internistyczne*, D. Talarska, E. Krajewska-Kułak (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017: 105 – 132.
10. Zarzecki M.: Pielęgniarstwo jako zawód i powołanie: dystynkcje społeczne oraz atrybuty stratyfikacyjne [w:] *Powołanie jako imperatyw zawodowy. Etos polskich pielęgniarek w badaniach socjologicznych*, J. Łodzińska, S.H. Zaręba, M. Zarzecki (red.). Wydawnictwo Kontrast, Warszawa 2017: 31 – 46.

OKOŁOPORODOWE ZABURZENIA NASTROJU WYZWANIEM WSPÓŁCZESNEJ OPIEKI POŁOŻNICZEJ

Julita Pempuś¹, Kinga Żurawska vel Dziurawiec²

1- *Absolwentka Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Przemysłu, kierunek: Pielęgniarstwo*

2- *Instytut Ochrony Zdrowia, Wydział Nauk Społecznych, Humanistycznych i Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych,*

WSTĘP

Kiedy 1 stycznia 2019 r. wszedł w życie nowy standard organizacyjny opieki okołoporodowej stało się jasne, że należy szczególnie pochylić się nad tzw. sytuacjami szczególnymi w okresie okołoporodowym. Jedną z nich są zaburzenia nastroju w ciąży i po porodzie, do których należy depresja poporodowa PPD (ang. *postpartum depression*). Według standardu organizacyjnego ocenę ryzyka wystąpienia depresji oraz nasilenia jej objawów należy przeprowadzić dwukrotnie w czasie ciąży - między 11. a 14. oraz między 33. a 37. tygodniem jej trwania. Także w porożu położna zobowiązana jest do oceny stanu psychicznego kobiety.

Epizody depresyjne występują dwa razy częściej w czasie ciąży w porównaniu z innymi okresami w życiu kobiety, często pozostają nierozpoznane i nieleczone. Na występowanie depresji poporodowej wpływają różne czynniki takie jak stan cywilny, poziom wykształcenia, brak wsparcia społecznego, przemoc, trudności finansowe, a także wiek matki (szczególnie u młodszych kobiet), stresory położnicze, liczba ciąż i nieplanowana ciąża.

W 2010 roku na depresję poporodową cierpiała 1 młoda matka na 10, w 2021 roku liczba ta wzrosła do 1 na 5, a statystyki pogarszają się z roku na rok. Globalnie rozpowszechnienie PPD szacuje się na 17,22%. Jedno z wielu badań wykazało, że 49,9% kobiet chorujących na depresję w ciąży i 30,8% kobiet chorujących na depresję poporodową jest identyfikowanych w podstawowej opiece zdrowotnej, a tylko 13,6% ciężarnych chorujących na depresję i 15,8% położnic jest leczonych [1, 2]. Ogólnoświatowa częstość występowania PPD w ostatnim dziesięcioleciu wahała się od 9,5% w krajach o wysokich dochodach do 20,8% w regionach o średnich dochodach i około 25,8% w krajach o niskich dochodach. Nie lepiej jest w naszym kraju – w 2024 roku przeprowadzono badanie na 642

kobietach, które rodziły w latach 2019-2024, ukazujące że u ponad 70% matek nie przeprowadzono obowiązkowej oceny ryzyka wystąpienia depresji okołoporodowej, a 76% ankietowanych kobiet po stracie dziecka nigdy nie otrzymało informacji o możliwości skorzystania z opieki psychologicznej [3].

Pomimo wzrostu częstości występowania PPD w ostatnich latach, istnieje wiele barier w zapewnieniu optymalnej opieki klinicznej dla kobiet z tym schorzeniem. Większość kobiet odmawia ubiegania się o profesjonalną pomoc ze względu na piętno społeczne związane z chorobą psychiczną. Wreszcie, lekarze mogą nie zidentyfikować poprawnie objawów depresyjnych lub uznać je za nieistotne, co prowadzi do braku diagnozy, a w konsekwencji niedostatecznego leczenia stanu psychicznego [4, 5].

CEL PRACY

Celem pracy jest ukazanie występowania depresyjnych zaburzeń nastroju, w postaci depresji poporodowej, u kobiet w czasie połogu.

MATERIAŁ I METODA

W badaniach wykorzystano metody sondażu diagnostycznego oraz szacowanie, główną techniką badawczą jaką posłużono się do gromadzenia danych było ankietowanie oraz pomiar. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, który zawierał 25 pytania wraz ze Skalą ESDP. Kwestionariusz składał się zarówno z pytań otwartych jak i zamkniętych, Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej oraz metryczki. Badania przeprowadzono w 2023 roku na grupie 130 kobiet. Do opracowania statystycznego wykorzystano pakiet IBM SPSS STATISTICS 22 i testy: niezależności/zgodności χ^2 , niezależności χ^2 z poprawką Yates'a, Fishera i Fishera-Freemana-Haltona (F), Kruskala-Wallisa (H), Manna-Whitney'a (Z). Przyjęto próg istotności statystycznej $p < 0,05$.

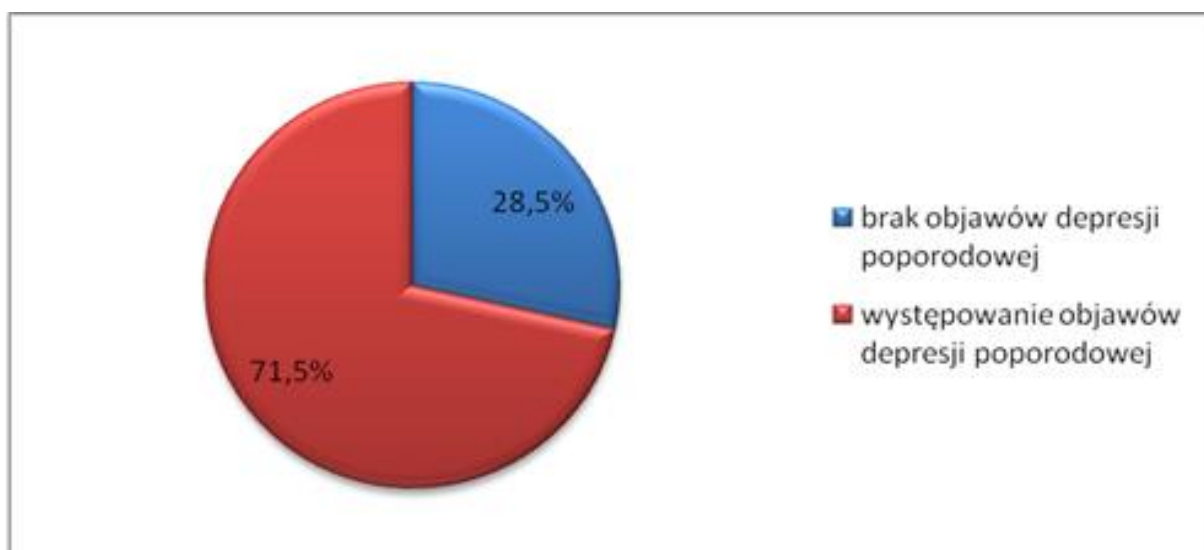
Wyniki

Średni wynik Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (możliwy zakres 0-30 pkt.) w badanej grupie kobiet wyniósł $16,66 \pm 7,25$ pkt, mieścił się w przedziale 0-30 pkt, przy czym połowa kobiet uzyskała nie więcej niż 17 pkt. Rozkład wyników odbiegał istotnie od rozkładu normalnego ($SD=0,096$; $df=130$; $p=0,0054$)³.

Występowanie objawów depresji (uzyskanie co najmniej 13 pkt. lub więcej) potwier-

³ SD - odchylenie standardowe, df - liczba stopni swobody.

dzono u 71,5% (n=61) uczestniczek badania ankietowego ($\chi^2=24,123$; $df=1$; $p<0,0001$) (ryc. 1).



Rycina 1. Występowanie depresji poporodowej wśród badanych.

Źródło: opracowanie własne

Podczas ciąży i porodu kobietom zawsze lub często towarzyszyło pesymistyczne widzenie przyszłości (55,4%), przewlekły stres (54,6%), nieumiejętność cieszenia się (53,8%), senność (53,1%), płaczliwość (52,3%) oraz niska samoocena (50,8%). Inne objawy, które towarzyszyły ankietowanym to: brak apetytu (48,5%), poczucie winy (47,7%), wstyd (45,4%), niechęć do opieki nad własnym dzieckiem (43,1%), ataki paniki (38,5%), myśli samobójcze (28,5%), bezsenność (26,2%) (Tabela 1).

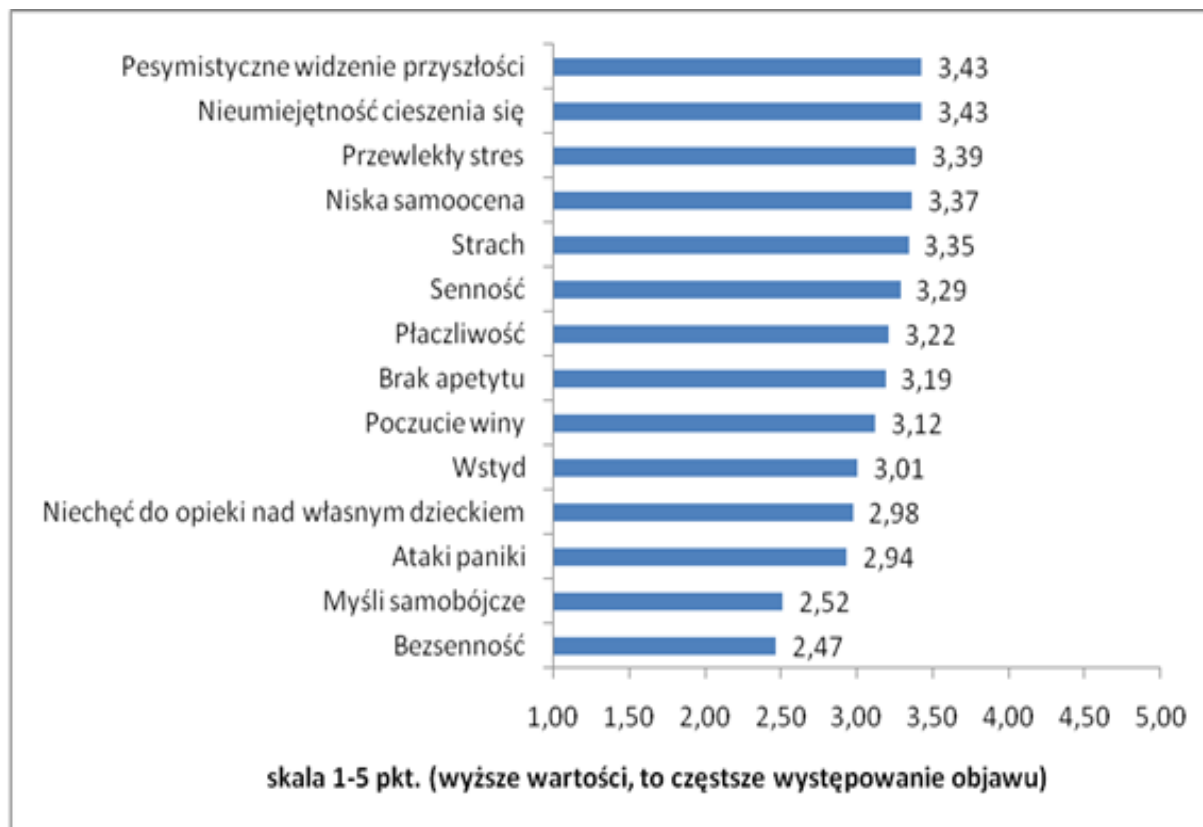
Występujące objawy przeanalizowano pod kątem częstości występowania wśród badanych przyporządkowując częstotliwości punktację według schematu: 1-nigdy, 2-rzadko, 3-trudno powiedzieć, 4-często, 5-zawsze. Umożliwiło to przeprowadzenie analizy zebranego materiału badawczego w odniesieniu do „siły” danego objawu. Najsilniej wśród badanych reprezentowane były pesymistyczne widzenie przyszłości, anhedonia oraz przewlekły stres (ryc. 2).

Objawy depresji statystycznie częściej potwierdzono u młodych kobiet - do 25 roku życia (93,2%), najrzadziej występowały one wśród kobiet najstarszych, powyżej 36 roku życia (48,8%) ($p<0,0001$) (Tabela 2).

Tabela 1. Objawy depresyjne towarzyszące badanym podczas ciąży i porodu.

	Zawsze		Często		Rzadko		Nigdy		Trudno powiedzieć	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Placzliwość	19	14,6%	49	37,7%	45	34,6%	7	5,4%	10	7,7%
Senność	21	16,2%	48	36,9%	32	24,6%	10	7,7%	19	14,6%
Bezsenność	9	6,9%	25	19,2%	30	23,1%	41	31,5%	25	19,2%
Niechęć do opieki nad własnym dzieckiem	13	10,0%	43	33,1%	26	20,0%	23	17,7%	25	19,2%
Brak apetytu	20	15,4%	43	33,1%	30	23,1%	14	10,8%	23	17,7%
Przewlekły stres	24	18,5%	47	36,2%	30	23,1%	7	5,4%	22	16,9%
Strach	28	21,5%	38	29,2%	35	26,9%	7	5,4%	22	16,9%
Niska samoocena	30	23,1%	36	27,7%	32	24,6%	8	6,2%	24	18,5%
Poczucie winy	14	10,8%	48	36,9%	22	16,9%	19	14,6%	27	20,8%
Wstyd	18	13,8%	41	31,5%	22	16,9%	27	20,8%	22	16,9%
Nieumiejętność cieszenia się	31	23,8%	39	30,0%	27	20,8%	9	6,9%	24	18,5%
Ataki paniki	9	6,9%	41	31,5%	31	23,8%	18	13,8%	31	23,8%
Myśli samobójcze	5	3,8%	32	24,6%	21	16,2%	42	32,3%	30	23,1%
Pesymistyczne widzenie przyszłości	22	16,9%	50	38,5%	16	12,3%	11	8,5%	31	23,8%
Zmęczenie	1	0,8%	4	3,1%	0	0,0%	4	3,1%	121	93,1%
Myśli natrętne	1	0,8%	1	0,8%	0	0,0%	4	3,1%	124	95,4%
Emocjonalność	1	0,8%	1	0,8%	0	0,0%	4	3,1%	124	95,4%

Źródło: opracowanie własne



Rycina 2. Objawy towarzyszące podczas ciąży i porodu.*

*skala 1-5 pkt., gdzie wyższe wartości, to częstsze występowanie danego objawu.

Źródło: opracowanie własne

Tabela 2. Wiek a objawy depresji poporodowej.

			Wiek			Ogółem	
			do 25 lat	26-35 lat	powyżej 36 lat		
Objawy depresji poporodowej	brak objawów depresji poporodowej	n	3	14	20	37	
		%	6,8%	31,1%	48,8%	28,5%	
	występowanie objawów depresji poporodowej	n	41	31	21	93	
		%	93,2%	68,9%	51,2%	71,5%	
Ogółem			n	44	45	41	130
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
F=19,939; p(F)<0,0001							

Źródło: opracowanie własne.

Kobiety legitymujące się wykształceniem średnim lub podstawowym częściej przejawiały objawy depresji poporodowej (86,8%) aniżeli badane z wykształceniem wyższym (54,8%), a różnice między tymi grupami były istotne statystycznie ($p=0,0001$) (Tabela 3).

Tabela 3. Wykształcenie a objawy depresji poporodowej.

			Wykształcenie		Ogółem
			średnie lub niższe	wyższe	
Objawy depresji poporodowej	brak objawów depresji poporodowej	n	9	28	37
		%	13,2%	45,2%	28,5%
	występowanie objawów depresji poporodowej	n	59	34	93
		%	86,8%	54,8%	71,5%
Ogółem		n	68	62	130
		%	100,0%	100,0%	100,0%
χ2=16,235; p(χ2)=0,0001					

Źródło: opracowanie własne

Występowanie objawów depresji poporodowej potwierdzono częściej wśród kobiet pracujących fizycznie (95,0%) oraz uczennic/ studentek (94,4%). Najmniejszy odsetek kobiet z objawami depresji poporodowej dotyczył grupy łączącej pracę umysłową z fizyczną (47,9%). Różnice były znaczące ($p<0,0001$) (Tabela 4).

Respondentki, które deklarowały, że nie otrzymują ze strony ojca dziecka wystarczającego wsparcia w trakcie ciąży oraz w okresie połogu statystycznie częściej zgłaszały występowanie objawów depresji poporodowej ($p<0,0001$) (Tabela 5).

Kobiety, które nie przemyślały decyzji o zajściu w ciążę, w trakcie ciąży i połogu bardziej zmagaly się z niechęcią do opieki nad własnym dzieckiem ($p=0,0231$), niską samooceną ($p=0,0028$), poczuciem winy ($p=0,0252$), wstydem ($p=0,0008$) oraz nieumiejętnością cieszenia się ($p=0,0067$) (Tabela 6).

Statystycznie częściej objawy depresji poporodowej zgłaszały kobiety, w których rodzinach zdiagnozowano przypadki depresji poporodowej (87,1%). Różnice były znaczące ($p=0,0486$) (Tabela 7).

Tabela 4. Status zawodowy a objawy depresji poporodowej.

			Status zawodowy					Ogółem
			uczen nica/ studen tka	pracują ca umysł owo	pracuj ąca fizycz nie	pracuj ąca umysł owo i fizycz nie	niepra cująca	
Objawy depresji poporodowej	brak objawów depresji poporodowej	n	1	5	1	25	5	37
		%	5,6%	19,2%	5,0%	52,1%	27,8%	28,5%
	występowanie objawów depresji poporodowej	n	17	21	19	23	13	93
		%	94,4%	80,8%	95,0%	47,9%	72,2%	71,5%
Ogółem		n	18	26	20	48	18	130
		%	100,0 %	100,0%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0%
F=23,946; p(F)<0,0001								

F=23,946; p(F)<0,0001

Źródło: opracowanie własne

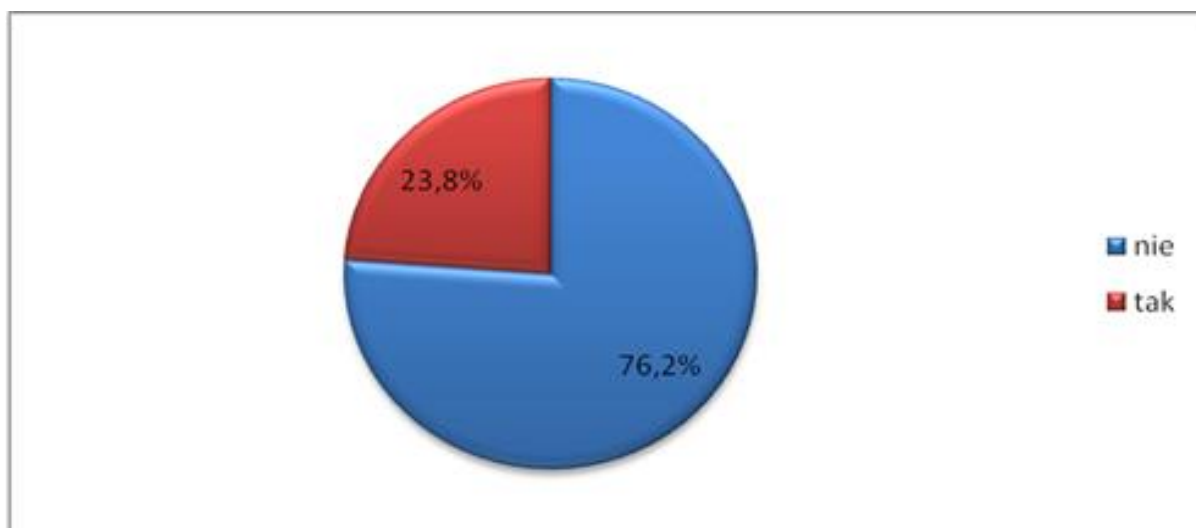
Tabela 5. Źródła wsparcia i pomocy w okresie ciąży i porodu a objawy depresji poporodowej.

Ojca dziecka									
Objawy depresji poporodowej	M	SD	Min	Maks	Me	Q1	Q3	p	
brak objawów depresji poporodowej	4,49	0,90	1,00	5,00	5,00	4,00	5,00	Z=-4,275; p<0,0001	
występowanie objawów depresji poporodowej	3,34	1,47	1,00	5,00	4,00	2,00	5,00		
Rodziców/ opiekunów									
brak objawów depresji poporodowej	3,86	0,92	2,00	5,00	4,00	3,00	5,00	Z=-1,144; p=0,2525	
występowanie objawów depresji poporodowej	3,55	1,20	1,00	5,00	4,00	2,00	4,00		

Koleżanki/ przyjaciółki								
brak objawów depresji poporodowej	2,95	1,13	1,00	5,00	3,00	2,00	4,00	Z=-0,439; p=0,6608
występowanie objawów depresji poporodowej	2,84	1,16	1,00	5,00	3,00	2,00	4,00	

Źródło: opracowanie własne

Blisko 1/4 ankietowanych kobiet (23,8%, n=31) przyznała, że ktoś z członków ich rodziny miał zdiagnozowaną depresję poporodową, najczęściej było to ich matka. (Rycina 3).



Rycina 3. Występowanie w rodzinie depresji poporodowej.

Źródło: opracowanie własne

Tabela 6. Przemyślana i zaplanowana ciąża a objawy towarzyszące podczas ciąży i porodu.*

	Przemyślana i zaplanowana ciąża				P
	Tak		Nie		
	M	SD	M	SD	
Placzliwość	3,11	1,23	3,32	1,21	Z=-1,025; p=0,3053
Senność	3,29	1,25	3,29	1,21	Z=-0,024; p=0,9807
Bezsennaść	2,57	1,26	2,37	1,34	Z=-0,979; p=0,3277

Niechęć do opieki nad własnym dzieckiem	2,72	1,28	3,23	1,25	Z=-2,271; p=0,0231
Brak apetytu	3,08	1,23	3,31	1,29	Z=-1,15; p=0,2503
Przewlekły stres	3,29	1,10	3,49	1,26	Z=-1,162; p=0,2454
Strach	3,20	1,24	3,49	1,23	Z=-1,347; p=0,1781
Niska samoocena	3,05	1,20	3,69	1,22	Z=-2,994; p=0,0028
Poczucie winy	2,89	1,23	3,35	1,23	Z=-2,239; p=0,0252
Wstyd	2,62	1,32	3,40	1,32	Z=-3,37; p=0,0008
Nieumiejętność cieszenia się	3,12	1,32	3,74	1,11	Z=-2,71; p=0,0067
Ataki paniki	2,85	1,15	3,03	1,21	Z=-0,884; p=0,3765
Myśli samobójcze	2,40	1,34	2,63	1,21	Z=-1,151; p=0,2497
Pesymistyczne widzenie przyszłości	3,25	1,19	3,62	1,11	Z=-1,91; p=0,0561

*Skala 1-5 pkt., gdzie wyższe wartości, to częstsze występowanie danego objawu.

Źródło: opracowanie własne

Tabela 7. Występowanie depresji poporodowej w rodzinie a wystąpienie objawów depresji poporodowej u ankietowanych.

			Zdiagnozowanie w rodzinie depresji poporodowej		Ogółem
			Nie	tak	
Objawy depresji poporodowej	brak objawów depresji poporodowej	N	33	4	37
		%	33,3%	12,9%	28,5%
	występowanie objawów depresji poporodowej	N	66	27	93
		%	66,7%	87,1%	71,5%
Ogółem		N	99	31	130
		%	100,0%	100,0%	100,0%
χ2(Y)=3,888; p(Y)=0,0486					

Źródło: opracowanie własne

DYSKUSJA

Depresja poporodowa jest jednym z najczęstszych problemów zdrowia psychicznego. Początek epizodów depresyjnych po porodzie następuje w kluczowym momencie życia kobiety i może trwać przez dłuższy okres czasu, nawet rok po urodzeniu się dziecka. Metaanaliza przeprowadzona przez Gavina i współników, którzy diagnozowali u pacjentek depresję poporodową za pomocą wywiadu strukturalnego, wykazała, że łączna częstość występowania epizodów dużej depresji waha się od 6,5% do 12,9% w pierwszych 6 miesiącach po porodzie, ze szczytem zapadalności między 2. a 6. miesiącem po porodzie [6].

Badania jednoznacznie wskazują na większe i silniejsze nasilenie objawów depresyjnych w trakcie porodu u kobiet w młodym wieku, bez wsparcia społecznego. Aktualnie jako najbardziej istotne czynniki ryzyka depresji wymienia się: wcześniej przebyte epizody depresji, wystąpienie depresji poporodowej u matki, objawy przygnębienia i smutku w czasie ciąży, stresujące wydarzenia, złe relacje małżeńskie, słabe wsparcie społeczne. Wskazuje się jako istotne również czynniki o mniejszym powiązaniu z depresją poporodową jak np.: niski status socjoekonomiczny, bycie osobą samotną, występowanie niechcianej ciąży. Powyższe wyniki sugerują wyraźny związek między obciążeniem rodzinnym a indywidualnym ryzykiem wystąpienia objawów depresji poporodowej [7, 8]. Analiza danych wykazała, że osoby, w których rodzinach rozpoznano przypadki depresji poporodowej, znacznie częściej zgłaszały własne symptomy tego zaburzenia. Wskazuje to na istotną rolę czynników genetycznych oraz środowiskowych w rozwoju depresji poporodowej, podkreślając potrzebę szczególnej uwagi diagnostycznej i profilaktycznej wobec kobiet z grupy podwyższonego ryzyka.

W badaniu Walkera kobiety z rozpoznaną depresją miały mniej niż 26 lat i na ogół były samotne, a objawy które zgłaszały przed porodem to przede wszystkim stany lękowe i zaburzenia nastroju, [9].

W badaniach własnych wiek pacjentek poniżej 25 r.ż. oraz brak wsparcia ze strony najbliższej osoby były istotnymi czynnikami sprzyjającymi wystąpieniu objawów depresji po porodzie. Analiza statystyczna badań własnych potwierdziła istotność obserwowanych zależności, co znajduje odzwierciedlenie w wartości testu chi-kwadrat oraz poziomie istotności. Wyniki te wpisują się w szerszy kontekst badań międzynarodowych, w których podkreśla się wpływ wcześniejszych epizodów depresji, młodego wieku kobiet, obciążenia

rodzinnego oraz sytuacji stresowych doświadczanych przez kobiety w okresie okołoporodowym.

Wyniki badań przeprowadzonych w Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu wykazały występowanie ciężkiego epizodu depresji u 7,1% kobiet w pierwszych trzech miesiącach po porodzie, natomiast przy uwzględnieniu również epizodów łagodnej depresji częstość ta wzrastała do 19,2%. Spektrum objawów depresji poporodowej było niezwykle zróżnicowane i obejmowało zarówno trudności emocjonalne, jak i dolegliwości somatyczne [10].

W badaniach własnych do najczęstszych objawów zgłaszanych przez respondentki należały pesymistyczne myśli, smutek i przygnębienie, brak apetytu i bezsenność.

W odniesieniu do stanu cywilnego, po kontrolowaniu innych zmiennych, kobiety w związkach wykazują znacznie mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia PPD w porównaniu z singielkami. Potwierdzają to m.in. badania Gebregziabhera ukazujące statystycznie istotne różnice w przypadku wystąpienia PPD u matkami a jej stanem cywilnym [11].

Matki z rodzinną historią chorób psychicznych były znacząco związane z PPD. Odkrycie to było zgodne z badaniami przeprowadzonymi w Stambule, Turcji i Bahrajnie [12].

Metaanaliza badań obejmująca 24 000 kobiet wykazała, że depresja i lęk podczas ciąży oraz choroby psychiczne przeszłości (także wcześniejsza depresja) są silnymi czynnikami ryzyka rozwoju PPD. Kobiety, których krewni mieli historię chorób psychicznych, były bardziej przygnębione niż te, których krewni nie mieli historii choroby psychicznej [13].

Badania własne również dowodzą związku między PPD a występowaniem zaburzeń depresyjnych u osób bliskich w rodzinie, przede wszystkim matki.

Jeśli chodzi o wsparcie rodzinne i ewentualną PPD, stwierdzono między nimi statystycznie istotny związek. Wiele badań dowodzi iż że matki, które nie miały wsparcia społecznego (partnera lub ojca dziecka), miały wyższe szanse na doświadczenie PPD. Ponadto Al Nasr i in. ujawnili znaczący związek między PPD a niewspierającym małżonkiem, podczas gdy u 66,5% kobiet, które otrzymały dobre wsparcie rodzinne po porodzie, nie stwierdzono występowania choroby [14].

Znajduje to odzwierciedlenie w badaniach własnych – badane deklarujące brak wystarczającego wsparcia ze strony ojca dziecka w trakcie ciąży oraz w okresie połogu statystycznie częściej manifestowały objawy PPD.

WNIOSKI

Niebagatelny wpływ na rozwój zaburzeń nastroju w okresie okołoporodowym mają czynniki biologiczne, takie jak wahania hormonalne, zmiany w funkcjonowaniu osi HPA czy predyspozycje genetyczne. Równie istotne pozostają aspekty psychologiczne, wśród których wymienia się wcześniejsze epizody depresyjne, obecność zaburzeń lękowych czy brak poczucia bezpieczeństwa. Złożoność uwarunkowań sprawia, że skuteczna profilaktyka i interwencja wymagają ścisłej współpracy interdyscyplinarnej – zaangażowania położnych, lekarzy, psychologów oraz otoczenia społecznego kobiety. Szczególna uwaga powinna być poświęcona wczesnej identyfikacji osób znajdujących się w grupie podwyższonego ryzyka, aby wsparcie oraz opieka mogły zostać wdrożone odpowiednio wcześniej i skutecznie gdyż od tego zależy skuteczność interwencji w zakresie zdrowia psychicznego. Poprawna i wczesna diagnoza to adekwatna reakcja systemu opieki zdrowotnej, co w przypadku depresji poporodowej bywa szczególnie wyzwaniem. Złożoność tego problemu pogłębia fakt, iż wiele kobiet ukrywa swoje trudności, obawiając się stygmatyzacji lub niezrozumienia ze strony otoczenia, a także niejednokrotnie bagatelizuje pierwsze objawy, przypisując je naturalnemu zmęczeniu związanym z okresem okołoporodowym. Wspieranie młodych matek poprzez edukację, podnoszenie świadomości społecznej oraz wzmacnianie działań profilaktycznych pozwala nie tylko poprawić wczesną wykrywalność zaburzeń nastroju, lecz także sprzyja budowaniu sieci wsparcia, która może istotnie zredukować ryzyko powikłań psychicznych w porożu.

PIŚMIENNICTWO

1. Wang Z., Liu J., Shuai H. et al.: Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational Psychiatry* 2021; 11(1): 543.
2. Cox E.Q., Sowa N.A., Meltzer-Brody S.E. et al.: The perinatal depression treatment cascade: Baby steps toward improving outcomes. *Journal of Clinical Psychiatry* 2016; 77: 1189–1200.
3. <https://www.pap.pl/aktualnosci/smutny-raport-zdrowie-psychiczne-kobiet-w-ciazy-pologu-i-po-stracie-jest-zaniedbywane> (data pobrania: 28.08.2025).
4. Dadi A.F. Miller E.R. Mwanri L.: Postnatal depression and its association with adverse infant health outcomes in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2020; 20, 416.

5. Agrawal I. Mehendale A.M. Malhotra R.: Risk Factors of Postpartum Depression. *Cureus* 2022; 14(10):e30898.
6. Gavin N.I. Gaynes B.N. Lohr, K.N. et al.: Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology* 2005; 106: 1071–1083.
7. Abdollahi F., Zarghami M., Azhar MZ. et al.: Predictors and incidence of post-partum depression: a longitudinal cohort study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 2014; 40 (12): 2191–200
8. van der Zee-van den Berg A., Boere-Boonekamp M., Groothuis-Oudshoorn K., et al.: Postpartum depression and anxiety: a community-based study on risk factors before, during and after pregnancy. *Journal of Affective Disorders* 2021; 286: 158-165.
9. Walker A.L., de Rooij S.R., Dimitrova M.V. et al.: Psychosocial and peripartum determinants of postpartum depression: Findings from a prospective population-based cohort. The ABCD study. *Comprehensive Psychiatry* 2021; 108: 152239.
10. Golec M., Rajewska-Rager A., Latos K., i in.: Ocena zaburzeń nastroju u pacjentek po porodzie oraz czynników predysponujących do występowania tych zaburzeń. *Psychiatria* 2016; 13 (1): 1-7.
11. Gebregziabher N.K., Netsereab T.B., Fessaha Y.G., et al. Prevalence and associated factors of postpartum depression among postpartum mothers in central region, Eritrea: a health facility based survey. *BMC Public Health* 2020; 20: 1–10.
12. Saraswat N., Wal P., Pal R.S., et al.: A detailed Biological Approach on Hormonal Imbalance Causing Depression in critical periods (Postpartum, Postmenopausal and Perimenopausal Depression) in adult women. *The Open Biology Journal* 2021; 9.
13. Zhao X.H., Zhang Z.H.: Risk factors for postpartum depression: an evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian Journal of Psychiatry* 2020; 53: 102353.
14. Al Nasr R.S., Altharwi K., Derbah M.S., et al.: Prevalence and predictors of postpartum depression in Riyadh, Saudi Arabia: a cross sectional study. *PLoS ONE* 2020; 15 (2): e0228666.

POWIKŁANIA IMMUNOTERAPII SWOISTEJ U PACJENTÓW DOROSŁYCH Z CHOROBYMI ALERGICZNYMI

Eugeniusz Sławomir Daniszewski^{1,2}, Karolina Cylwik²

1. *Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*
2. *Nasz Lekarz Przychodnie Medyczne Sp. z o. o. w Toruniu*

WSTĘP

Immunoterapia swoista (AIT, ang. *allergen – specific immunotherapy*) stanowi aktualnie jedyną dostępną metodę leczenia przyczynowego chorób alergicznych, której efektem jest wywoływanie tolerancji immunologicznej na określony alergen [1,2]. Pomimo udokumentowanej skuteczności terapii, w praktyce klinicznej często obserwowane są różnego rodzaju powikłania, co budzi potrzebę dokładniejszego zrozumienia tego zagadnienia [3]. Powikłania po immunoterapii mogą mieć charakter miejscowy lub ogólnoustrojowy. Najczęstszą przyczyną powikłań jest niewłaściwy dobór dawki alergenu lub indywidualna nadwrażliwość pacjenta [4].

Powikłania ogólnoustrojowe obejmują reakcje anafilaktyczne, które występują z częstością od 0,1% do 5%, w zależności od stosowanej metody immunoterapii SCIT – podskórnej (ang. *Subcutaneous Immunotherapy*) lub SLIT – podjęzykowej (ang. *Sublingual Immunotherapy*) [5,6]. Z kolei powikłania miejscowe, takie jak rumień, obrzęk czy świąd w miejscu iniekcji lub podania podjęzykowego, dotyczą od 40 do 70% pacjentów i są na ogół łagodne [7]. Znaczenie tych powikłań jest szczególnie istotne u dorosłych pacjentów, u których częściej niż u dzieci występują choroby współistniejące, takie jak astma czy choroby sercowo – naczyniowe, które zwiększają ryzyko wystąpienia poważniejszych powikłań [5,8].

CEL PRACY

Celem głównym niniejszej pracy jest analiza reakcji występujących po zastosowaniu immunoterapii swoistej.

Cele szczegółowe obejmują:

- określenie najczęściej stosowanych metod diagnostyki chorób alergicznych przed rozpoczęciem immunoterapii,
- analizę częstości oraz rodzajów reakcji niepożądanych związanych z leczeniem,
- ocenę poziomu wiedzy pacjentów dotyczącej dostępnych metod leczenia alergii i ich skuteczności,
- ustalenie związku między wykształceniem pacjentów a dostępnością informacji o immunoterapii,
- identyfikację błędów popełnianych przez personel medyczny w trakcie terapii oraz ich wpływu na reakcje niepożądane,
- określenie najczęściej stosowanych metod reagowania na występujące objawy niepożądane. - ocenę związku pomiędzy czasem wystąpienia reakcji alergicznej a jej charakterem.

MATERIAŁ I METODY

Badanie zostało przeprowadzone wśród osób poddanych immunoterapii swoistej w Toruniu od stycznia do lutego 2024 roku. Dobór respondentów miał charakter celowy – byli to pacjenci odczulani w ramach terapii immunologicznej. Każdemu uczestnikowi badania przekazano kwestionariusz ankiety z prośbą o samodzielne wypełnienie. Podkreślono anonimowy charakter badania oraz zapewniono, że zebrane dane zostaną wykorzystane wyłącznie do celów naukowych.

Wypełnione arkusze były odbierane bezpośrednio przez pielęgniarkę alergologiczną, która następnie realizowała z respondentami drugą część badania – wywiad według ustalonego schematu. Bezpośredni kontakt umożliwił pozyskanie bardziej szczegółowych informacji oraz rozwinięcie wybranych kwestii poruszanych w ankietach.

Zgromadzone dane poddano analizie: wyniki ankiet i wywiadów przedstawiono za pomocą tabel i wykresów, a także przeprowadzono szczegółową analizę statystyczną, mającą na celu ocenę częstości reakcji niepożądanych oraz identyfikację zależności między wybranymi zmiennymi. Na tej podstawie sformułowano wnioski dotyczące skuteczności immunoterapii, poziomu świadomości pacjentów na temat dostępnych metod leczenia alergii oraz czynników wpływających na występowanie reakcji niepożądanych. Wyniki te pozwoliły także na praktyczną ocenę efektywności i bezpieczeństwa immunoterapii swoistej w rzeczywistych warunkach klinicznych.

WYNIKI

a. Miejsce zamieszkania badanych

Badaniem objęto 60 respondentów w wieku 18 – 47 lat, zamieszkałych zarówno na terenach miejskich, jak i wiejskich. W równych grupach wyodrębniono kobiety (30 osób, 50%) oraz mężczyzn (30 osób, 50%). Najliczniejszą grupę stanowili mieszkańcy dużych miast (powyżej 100 tys. mieszkańców – 58%), podczas gdy osoby z obszarów wiejskich stanowiły 22%, miast średniej wielkości (20 – 100 tys.) – 17%, a z małych miast (poniżej 20 tys.) jedynie 3% (Tabela 1).

Tabela 1. Stałe miejsce zamieszkania badanych

Miejsce zamieszkania	Ilość osób	% osób
Wieś	13	22
Miasto do 20 tys.	2	3
Miasto 20 – 100 tys.	10	17
Miasto powyżej 100 tys.	35	58

Źródło: opracowanie własne

b. Wykształcenie respondentów

Pod względem wykształcenia najwięcej było osób z wykształceniem wyższym (47%), kolejno ze średnim (38%), zawodowym (10%), a najmniej z podstawowym (5%) (Tabela 2).

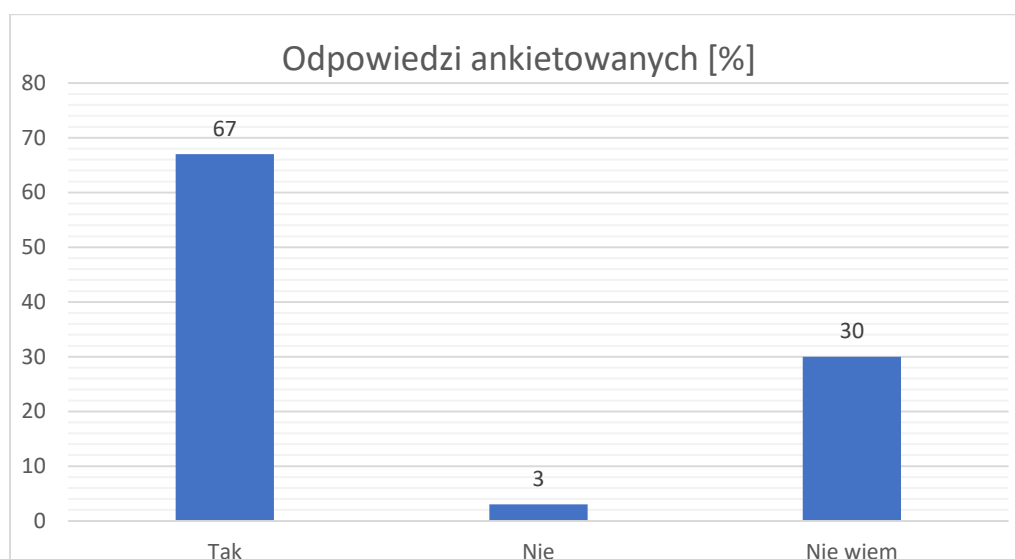
Tabela 2. Wykształcenie respondentów

Poziom wykształcenia	Ilość osób	% osób
Podstawowe	3	5
Zawodowe	6	10
Średnie	23	38
Wyższe	28	47

Źródło: opracowanie własne

c. Opinia badanych na temat immunoterapii jako metody leczenia

Zdecydowana większość respondentów (67%) uznaje immunoterapię swoistą za jedyną dostępną metodę leczenia chorób alergicznych, co pozostaje w zgodzie z aktualnymi rekomendacjami [1,9]. 30% nie miało zdania w tej sprawie, a tylko 3% nie zgodziło się z tym stwierdzeniem (Rycina 1).

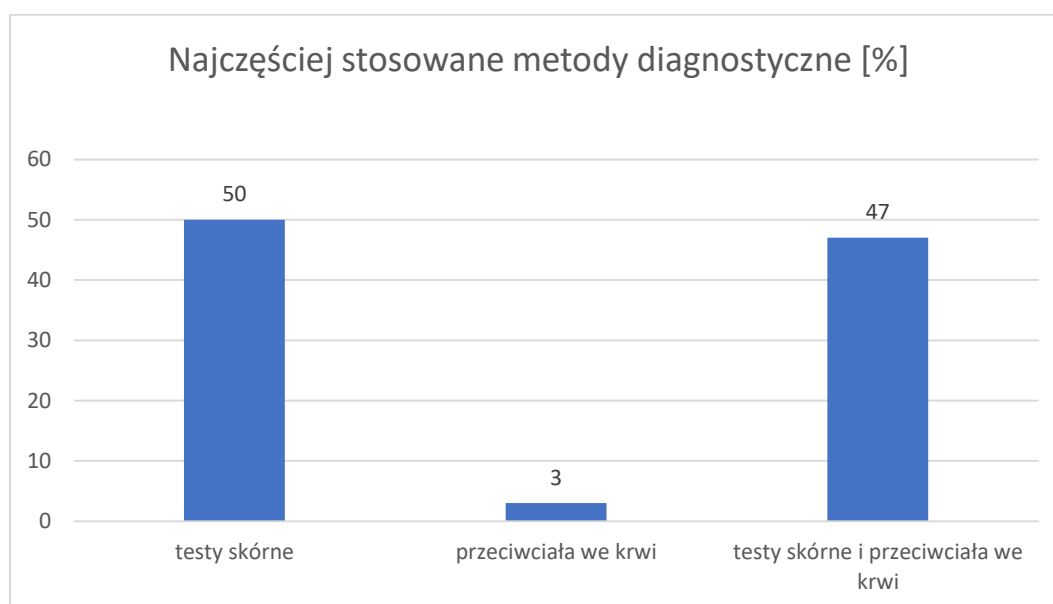


Rycina 1. Opinia respondentów na temat immunoterapii

Źródło: opracowanie własne

d. Metoda diagnostyki przed rozpoczęciem immunoterapii

W diagnostyce przed rozpoczęciem immunoterapii najczęściej wykonywano tylko testy skórne (50%) lub oznaczano miano przeciwciał przeciwko alergenom we krwi wraz z testami skórnymi (47%) [10]. Wyłącznie oznaczanie miana przeciwciał przeciw alergenom stanowiły rzadkość (3%) (Rycina 2).

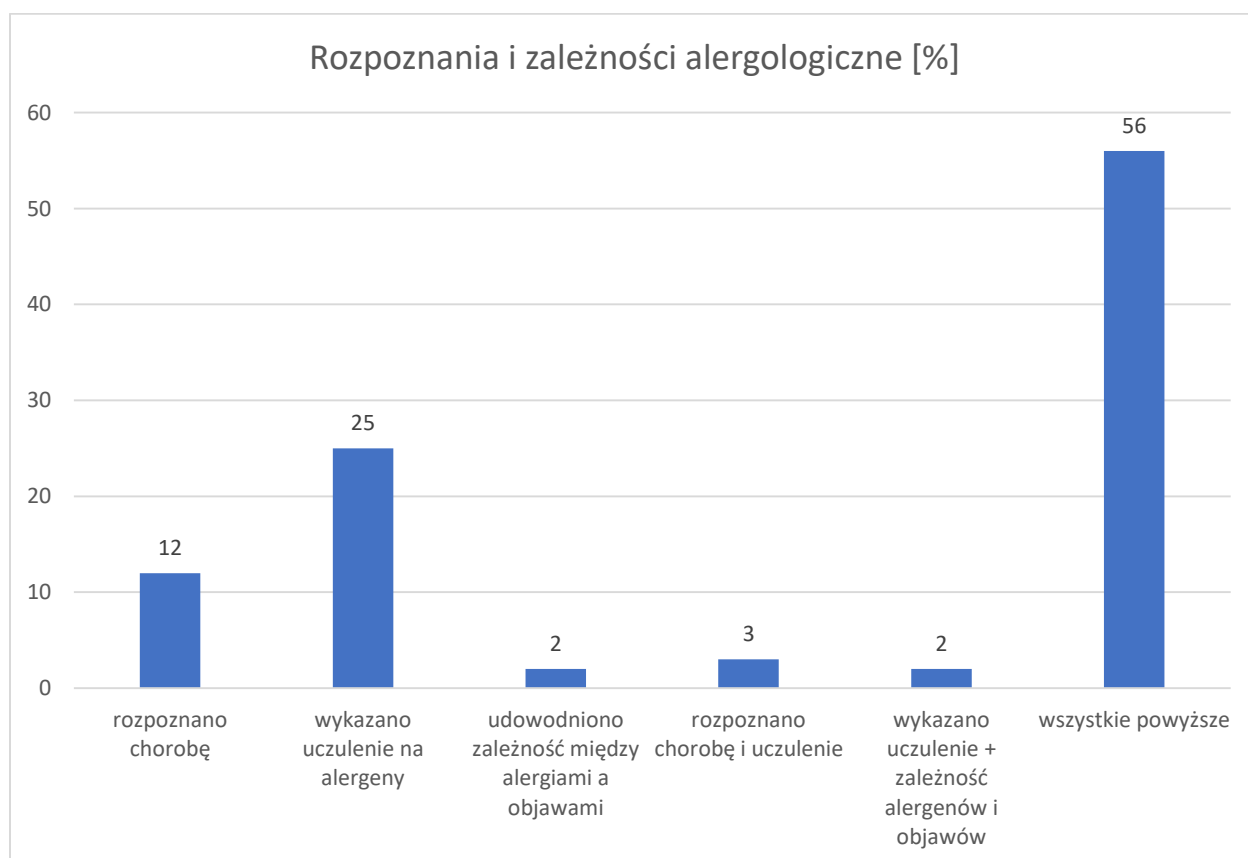


Rycina 2. Badania wykonane przed zastosowaniem immunoterapii swoistej

Źródło: opracowanie własne

e. Działania podjęte przed zastosowaniem immunoterapii swoistej

U 56% badanych przed immunoterapią rozpoznano chorobę alergiczną, potwierdzono uczulenie na alergen i potwierdzono związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy narażeniem na alergen a występującymi objawami. U 25% wykazano tylko uczulenie na alergen, natomiast u 12% jedynie rozpoznano chorobę alergiczną bez potwierdzonej zależności przyczynowej (Rycina 3).



Rycina 3. Działania podjęte przed zastosowaniem immunoterapii swoistej

Źródło: opracowanie własne

f. Wiek badanych w chwili rozpoczęcia terapii

Najczęściej immunoterapię rozpoczynano pomiędzy 21. a 35. rokiem życia (47%), co może wiązać się z nasileniem objawów w tej grupie wiekowej [11]. Pacjenci w wieku 8 – 20 lat stanowili 30%, a osoby powyżej 36 lat – 23% badanych (Tabela 3).

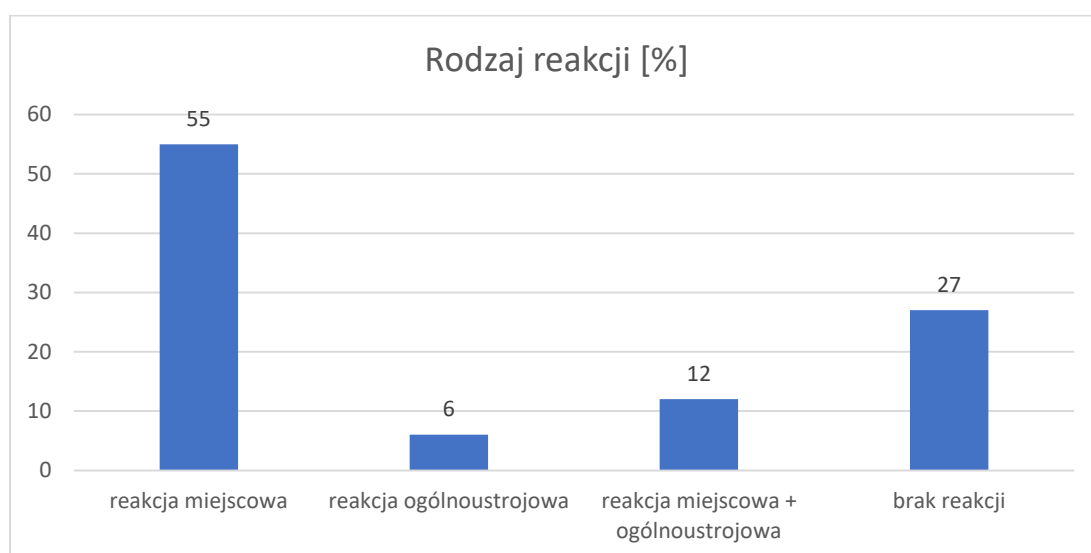
Tabela 3. Wiek rozpoczęcia immunoterapii swoistej

Wiek (w latach)	Ilość osób	%
8 - 20	18	30
21 – 35	28	47
36 – 47	14	23

Źródło: opracowanie własne

g. Reakcje badanych na immunoterapię, czas pojawienia się reakcji, sposoby leczenia objawów niepożądanych

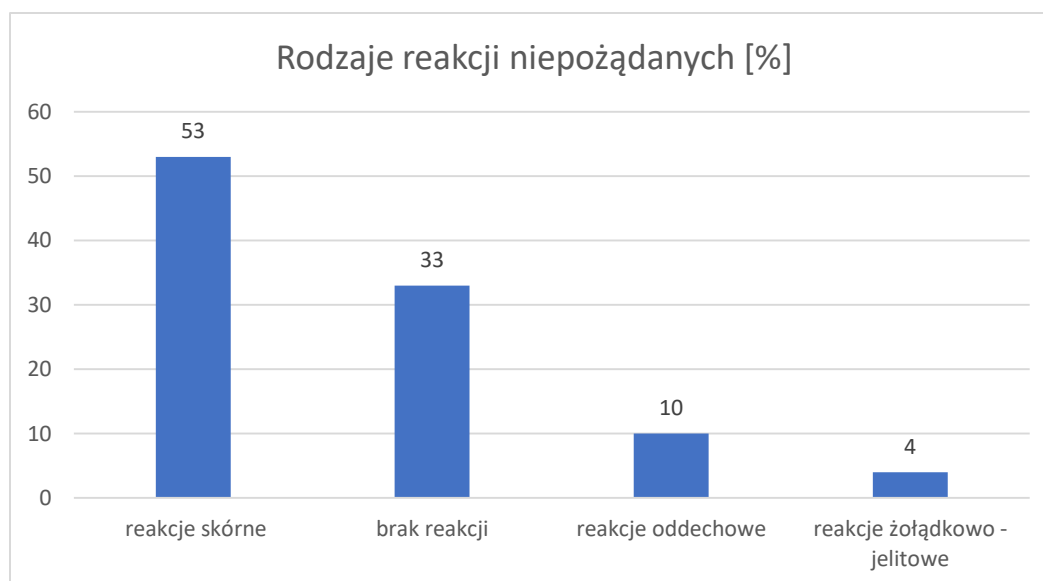
Po zastosowaniu immunoterapii swoistej u większości respondentów (55%) odnotowano reakcje miejscowe, u 6% reakcje ogólnoustrojowe, a oba typy reakcji jednocześnie wystąpiły u 12% badanych. Natomiast u 27% nie zaobserwowano działań niepożądanych (Rycina 4).



Rycina 4. Rodzaj reakcji na podany ekstrakt

Źródło: opracowanie własne

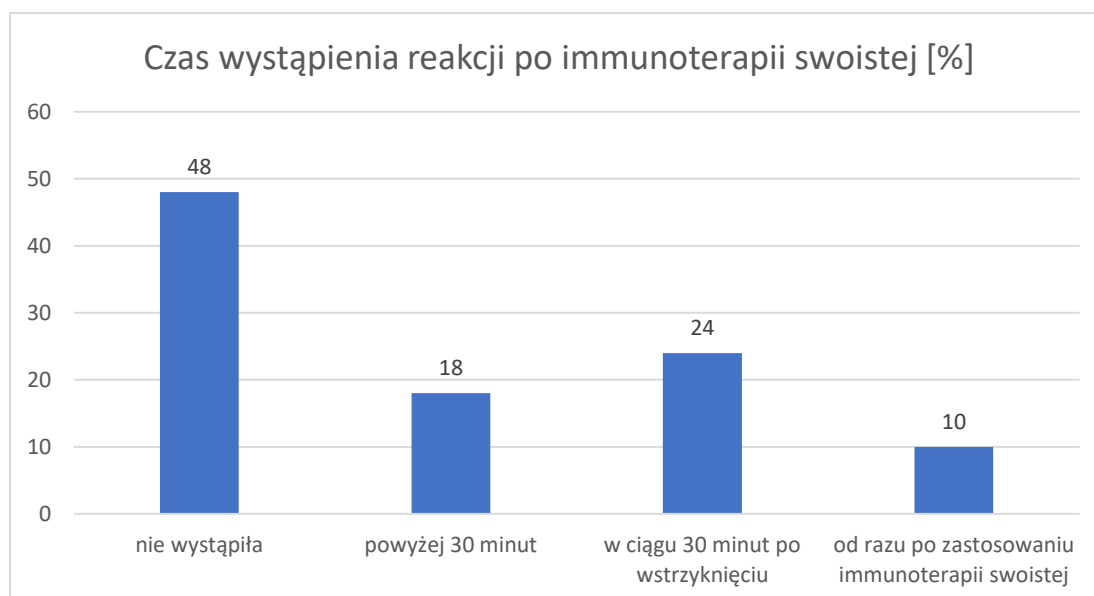
Wśród reakcji ogólnoustrojowych dominowały objawy skórne (53%), rzadziej oddechowe (10%) i żołądkowo – jelitowe (4%); nie obserwowano objawów sercowo – naczyniowych (Rycina 5).



Rycina 5. Rodzaje reakcji ogólnoustrojowej

Źródło: opracowanie własne

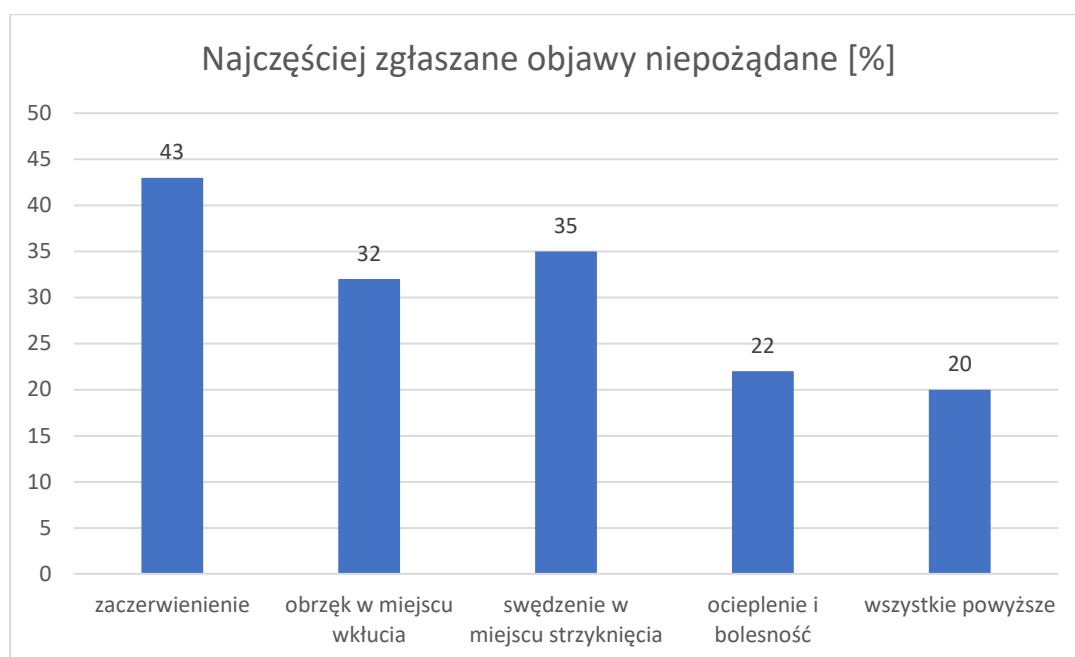
Reakcje ogólnoustrojowe najczęściej występowały w ciągu pierwszych 30 minut po iniekcji (24%), co jest zgodne z danymi z literatury [12] (Rycina 6).



Rycina 6. Czas wystąpienia reakcji niepożądaney ogólnoustrojowej

Źródło: opracowanie własne

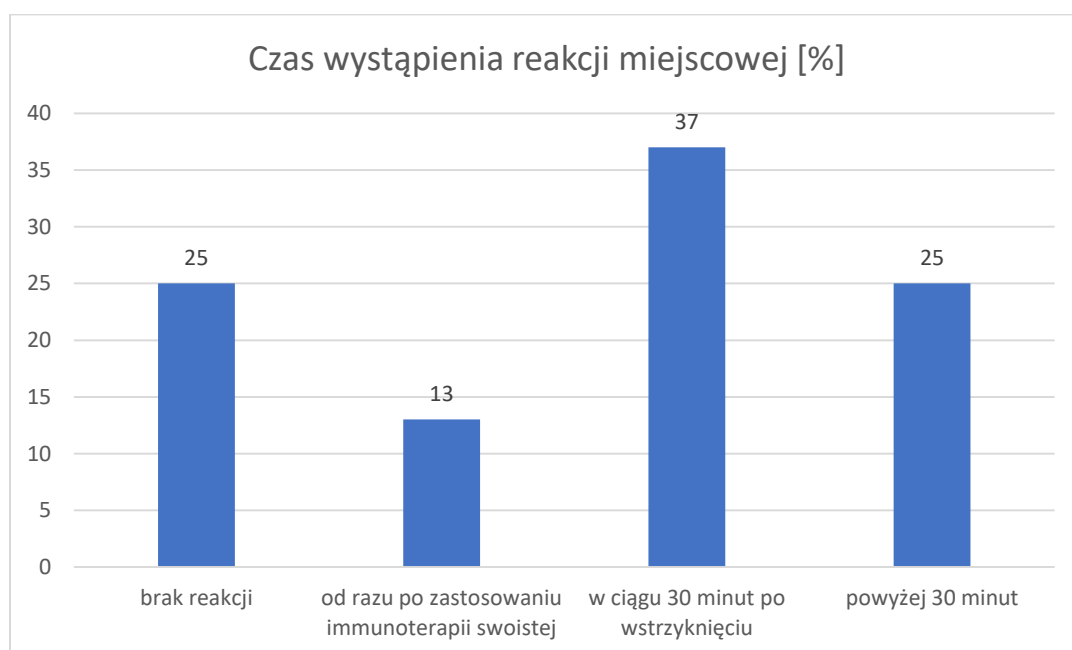
Najbardziej powszechne działania niepożądane miejscowe obejmowały zaczerwienienie (43%), świąd (35%) oraz obrzęk (32%) [13], a pełen zestaw objawów miejscowych wystąpił u 20% respondentów (Rycina 7).



Rycina 7. Rodzaj reakcji miejscowych

Źródło: opracowanie własne

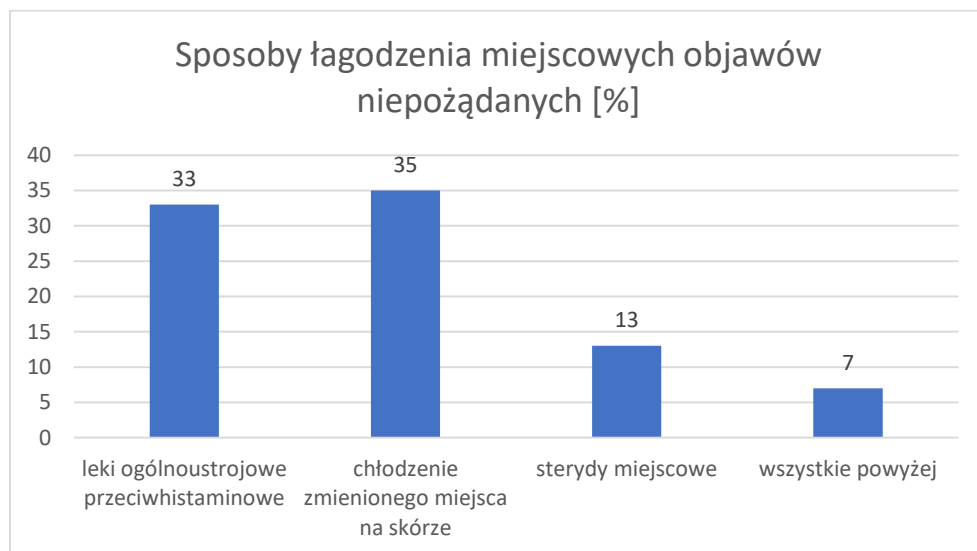
Reakcje te pojawiały się najczęściej w ciągu 30 minut od podania ekstraktu (37%). U 25% osób wystąpiły po ponad 30 minutach, natomiast u 13% zaobserwowano je natychmiast po podaniu ekstraktu. U pozostałych 25% osób nie odnotowano żadnej reakcji (Rycina 8).



Rycina 8. Czas wystąpienia reakcji niepożądananej miejscowej

Źródło: opracowanie własne

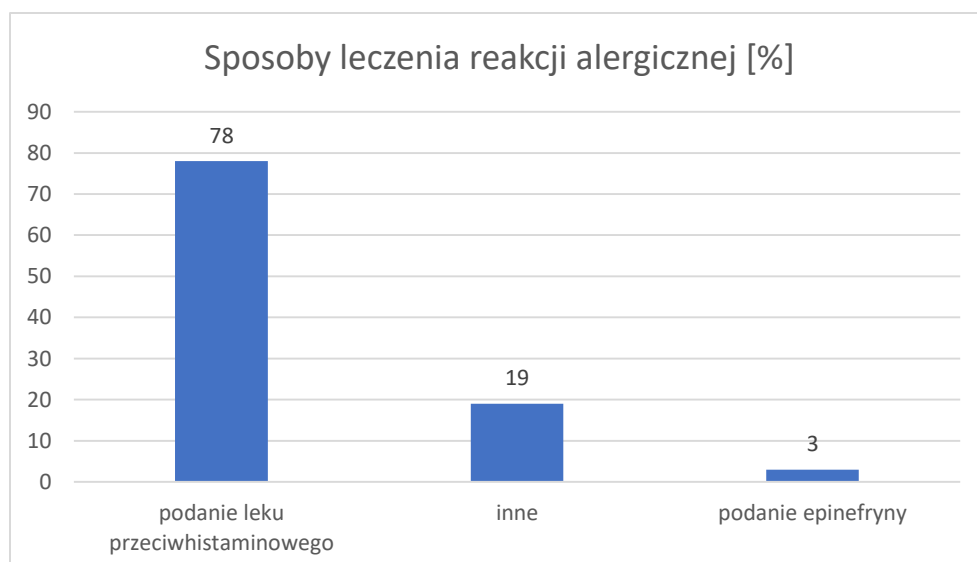
Działania niepożądane w przypadku reakcji miejscowej leczono najczęściej poprzez chłodzenie reaktywnego obszaru skóry (35%), podanie leków przeciwhistaminowych (33%) oraz miejscowych preparatów sterydowych (13%). U 7% zastosowano jednocześnie wszystkie wymienione metody (Rycina 9).



Rycina 9. Sposoby leczenia objawów

Źródło: opracowanie własne

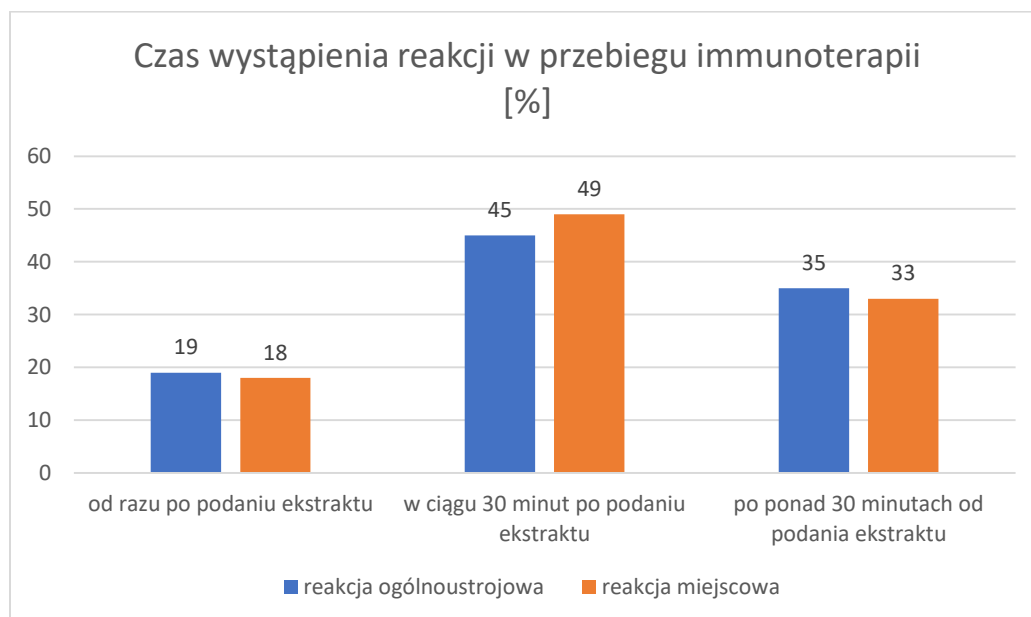
Działania niepożądane po podaniu ekstraktu leczono najczęściej lekami przeciwhistaminowymi (78%). Epinefrynę zastosowano wyjątkowo (3%), a u 19% pacjentów zastosowano inne środki, takie jak inhalacje dróg oddechowych lub maści w przypadku reakcji skórnych (Rycina 10).



Rycina 10. Sposób leczenia po wystąpieniu reakcji alergicznej

Źródło: opracowanie własne

Zarówno reakcje ogólnoustrojowe, jak i miejscowe, najczęściej występowały w ciągu 30 minut od podania ekstraktu w przebiegu immunoterapii. W tym przedziale czasowym odnotowano 45% przypadków reakcji ogólnoustrojowych oraz 49% reakcji miejscowych. Najrzadziej obserwowano reakcje natychmiastowe – 19% przypadków ogólnoustrojowych i 18% miejscowych pojawiło się bezpośrednio po podaniu ekstraktu (Rycina 11).

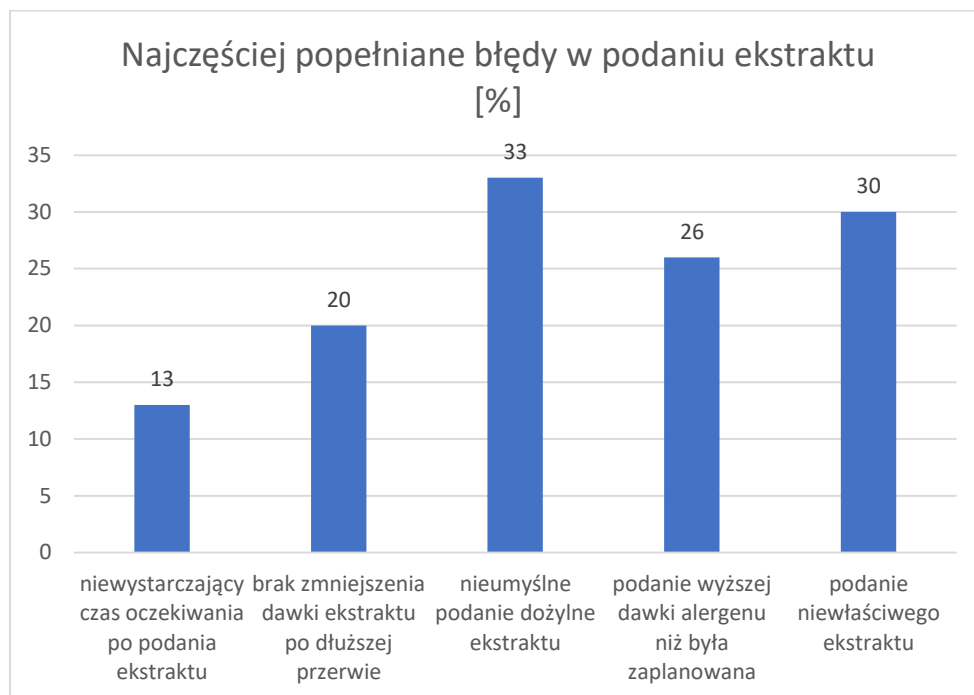


Rycina 11. Czas wystąpienia reakcji w przebiegu immunoterapii

Źródło: opracowanie własne

h. Opinia respondentów na temat błędów podczas immunoterapii a poziom wykształcenia

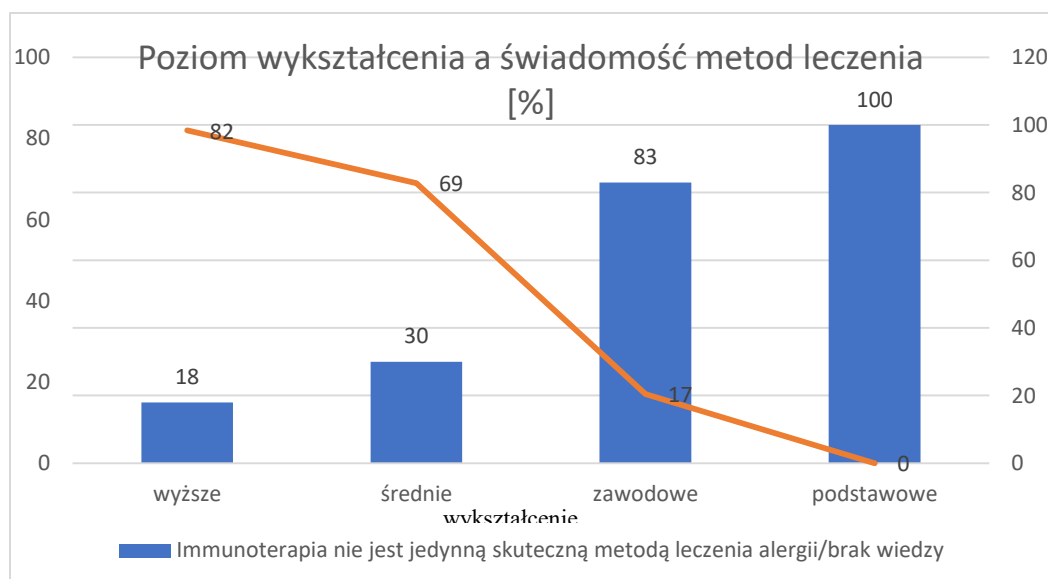
Za najczęstsze błędy podczas immunoterapii respondenci uznali nieumyślne podanie dożylnie (33%), użycie niewłaściwego ekstraktu (30%) oraz zbyt dużej dawki alergenu (26%) (Rycina 12).



Rycina 12. Popełniane błędy powodujące niepożądane reakcje

Źródło: opracowanie własne

Analiza zależności pomiędzy poziomem wykształcenia a opinią na temat skuteczności immunoterapii swoistej wykazała, że najwyższy odsetek potwierdzenia tezy, iż jest to jedyna skuteczna metoda leczenia alergii, odnotowano w grupie osób z wykształceniem wyższym – 82% respondentów. W grupie z wykształceniem średnim odsetek ten wyniósł 69%, a wśród osób z wykształceniem zawodowym jedynie 17%. Natomiast w grupie z wykształceniem podstawowym 100% badanych nie zgodziło się z tym stwierdzeniem lub zadeklarowało brak wiedzy na ten temat (Rycina 13).



Rycina 13. Wykształcenie a poziom świadomości dotyczący immunoterapii

Źródło: opracowanie własne

DYSKUSJA

Wyniki przeprowadzonych badań potwierdzają, że immunoterapia swoista (AIT), obok unikania ekspozycji na alergen, pozostaje jedną z nielicznych skutecznych metod przyczynowego leczenia chorób alergicznych. W naszym badaniu 66,6 % respondentów uznało immunoterapię za jedyną efektywną formę leczenia, co znajduje odzwierciedlenie w literaturze, w której immunoterapia jest uznawana za kluczową interwencję leczniczą w alergicznym nieżycie nosa oraz astmie, a jej skuteczność została udokumentowana przez obserwowane zmiany immunologiczne, takie jak wzrost IgG, supresja IgE i indukcja limfocytów T – regulatorowych [14].

Odsetek reakcji niepożądanych odnotowanych w niniejszym badaniu był zbliżony do wyników przedstawionych w innych publikacjach. Reakcje miejscowe wystąpiły u 55 % badanych, ogólnoustrojowe u 7 %, natomiast u 27 % pacjentów nie zaobserwowano żadnych reakcji. Podobne obserwacje potwierdzają inni autorzy, wskazując, że reakcje miejscowe dominują zwłaszcza w przypadku terapii SLIT, a ciężkie reakcje ogólnoustrojowe, takie jak anafilaksja, zdarzają się rzadko [15].

Istotnym elementem terapii jest odpowiednia diagnostyka przed rozpoczęciem leczenia. W naszym badaniu większość pacjentów przeszła zarówno testy skórne jak i badania serologiczne (46 – 56%), co odpowiada rekomendacjom zawartym w aktualnych wytycznych klinicznych [13].

Analiza czasu wystąpienia reakcji ogólnoustrojowych wykazała, że u 24 % pacjentów reakcje pojawiły się w ciągu pierwszych 30 minut od iniekcji, co jest zgodne z obserwacjami klinicznymi innych badaczy, według których okres ten wiąże się z największym ryzykiem reakcji niepożądanych [12].

Najczęściej występujące reakcje miejscowe, takie jak zaczerwienienie, świąd, obrzęk, zaobserwowane również w niniejszym badaniu, zostały opisane w literaturze jako łagodne, samoograniczające się objawy, które zwykle ustępują po dostosowaniu dawki lub wdrożeniu leczenia objawowego [15].

Najczęściej stosowaną metodą leczenia reakcji alergicznych występujących podczas immunoterapii było podanie leków przeciwhistaminowych (78%). Postępowanie to jest zgodne z rekomendacjami WHO oraz aktualnymi wytycznymi klinicznymi, w których preparaty antyhistaminowe stanowią pierwszą linię leczenia niepożądanych reakcji alergicznych po AIT.

Wskazane przez respondentów błędy proceduralne, takie jak nieumyślne podanie dożylnie (27%), zastosowanie niewłaściwego ekstraktu (24%) oraz zbyt dużej dawki alergenów (22%), identyfikują kluczowe obszary wymagające poprawy i dalszej edukacji personelu medycznego. Analiza statystyczna potwierdziła istnienie istotnego związku między popełnianymi błędami a wystąpieniem reakcji miejscowych oraz ogólnoustrojowych, co jest zgodne z wynikami innych autorów, którzy wskazują błędy w dawkowaniu jako jedną z głównych przyczyn reakcji alergicznych podczas immunoterapii [15].

Ponadto zauważono, że poziom wykształcenia respondentów wpływał na ich świadomość i percepcję immunoterapii jako skutecznej metody leczenia. Osoby z wykształceniem wyższym częściej uznawały skuteczność AIT, co wskazuje na konieczność wprowadzenia programów edukacyjnych skierowanych do pacjentów, aby zwiększyć ich wiedzę i akceptację terapii.

Mechanizmy immunologiczne leżące u podstaw AIT, takie jak wzrost stężenia IgG4, indukcja limfocytów T – regulatorowych oraz zwiększona produkcja cytokin regulatorowych, jak IL – 10, są kluczowe dla osiągnięcia trwałej tolerancji alergenów, co zostało potwierdzone przez aktualne dane naukowe [14]. Dalsze badania nad optymalizacją tych mechanizmów mogą przyczynić się do zwiększenia skuteczności i bezpieczeństwa terapii.

WNIOSKI

1. Wyniki przeprowadzonych badań potwierdzają skuteczność immunoterapii swoistej jako metody przyczynowego leczenia alergii.

2. Reakcje niepożądane mają najczęściej łagodny przebieg i dominują reakcje miejscowe.
3. Konieczne jest wdrożenie bardziej precyzyjnych procedur diagnostycznych i klinicznych, które pozwolą ograniczyć błędy medyczne i zwiększyć bezpieczeństwo terapii.
4. Edukacja pacjentów oraz szkolenia personelu medycznego mogą przyczynić się do poprawy wyników terapeutycznych poprzez zwiększenie świadomości i lepsze przestrzeganie zasad terapii.
5. Zalecane są dalsze badania nad nowymi formami immunoterapii oraz mechanizmami immunologicznymi odpowiedzialnymi za wywołanie tolerancji alergenu.

PIŚMIENNICTWO

1. Jutel M., Agache I., Bonini S., et al. International consensus on allergen immunotherapy II: Mechanisms, standardization, and pharmacoeconomics. *J Allergy Clin Immunol.* 2016;137(2):358–68.
2. Burks A.W., Calderon M.A., Casale T., et al. Update on allergy immunotherapy: AAAAI/EAACI consensus report. *J Allergy Clin Immunol.* 2013;131(5):1288–96.
3. Cox L.S., Hankin C., Lockey R.F., Allergen immunotherapy and healthcare cost benefits for children with allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2014;113(1):79–85.
4. Epstein T.G., Liss G.M., Murphy-Berendts K., et al. Risk factors for fatal and nonfatal reactions to allergen immunotherapy. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2016;116(4):354–9.
5. Bernstein D.I., Epstein T., Murphy-Berendts K., et al. Surveillance of systemic reactions to subcutaneous immunotherapy injections. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2014;2(2):161–7.
6. Durham S.R., Penagos M., Sublingual or subcutaneous immunotherapy for allergic rhinitis? *J Allergy Clin Immunol.* 2016;137(2):339–49.
7. Calderon M.A., Simons F.E.R., Malling H.J., et al. Sublingual allergen immunotherapy: mode of action and its relationship with the safety profile. *Allergy.* 2012;67(3):302–11.
8. Passalacqua G., Canonica G.W., Allergen immunotherapy: History and future developments. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2016;36(1):1–12.

9. Pfaar O., Angier E., Muraro A., et al. EAACI Guidelines on allergen immunotherapy: Allergic rhinoconjunctivitis. *Allergy*. 2020;75(3):637-648.
10. Kowalski ML, Ansotegui I, Aberer W, et al. EAACI guidelines on allergen immunotherapy: allergic rhinoconjunctivitis. *Allergy*. 2020;75(3):696-707.
11. Demoly P., Passalacqua G., Pfaar O., et al. European survey on allergen immunotherapy and clinical practice: current status and unmet needs. *Clin Transl Allergy*. 2020;10(1):1-12.
12. Epstein T.G., Calabria C.W., Cox L.S., et al. Current evidence on safety of allergen immunotherapy. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020;8(9):2929-2939.
13. Cox L., Nelson H., Lockey R., Allergen immunotherapy: A practice parameter third update. *J Allergy Clin Immunol*. 2020;145(3):744-764.
14. Creticos P.S., Gunaydin F.E., Nolte H., et al. Allergen Immunotherapy : The Evidence Supporting the Efficacy and Safety of Subcutaneous Immunotherapy and Sublingual Forms of Immunotherapy for Allergic Rhinitis/Conjunctivitis and Astma. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2024;12(6): 1415 – 1427.
15. Mahlab-Guri K., Mishayev D., Yakovlev M., et al. Modification of allergen subcutaneous immunotherapy safety precautions and systemic allergic reaction rate reduction. *Immunotherapy*. 2023;15(16):1389-1400.

ISBN komplet 978-83-951075-6-6

ISBN XIII tom 978-83-978350-1-6