

Zofia Szabla, Agata Reczek, Tomasz Brzostek, Ewa Kawalec,
Iwona Malinowska-Lipień, Teresa Gabryś

Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński

P

roblemy pielęgnacyjne i stopień ich rozwiązania w ocenie chorych leczonych przezskórną angioplastyką wieńcową z powodu ostrego zespołu wieńcowego

Nursing diagnoses and care assessed by the patients treated with percutaneous coronary intervention due to acute coronary syndrome

Adres do korespondencji:

dr n. med. Agata Reczek
Instytut Pielęgniarstwa
i Położnictwa Zakład
Pielęgniarstwa Internistycznego
i Środowiskowego
ul. Kopernika 25
31-501 Kraków
tel.: (0 12) 430 32 19
faks: (0 12) 429 48 72
e-mail: agarecz@poczta.onet.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Obecnie najskuteczniejszym sposobem leczenia ostrego zespołu wieńcowego (OZW) jest jak najszybsze udrożnienie naczynia docelowego metodą przezskórnej angioplastyki tętnic wieńcowych (PCI), co zmienia także sposób postępowania pielęgnarskiego. Dotychczas nie funkcjonuje model opieki nad chorym po PCI, a podejmowane próby wdrożenia go w życie nie uwzględniały weryfikacji opinii pacjentów.

Cel pracy. Celem pracy było wskazanie, jakie problemy w sferze biopsychospołecznej wystąpiły u chorych po PCI i w jakim stopniu były one rozwiązane przez pielęgniarki.

Materiał i metody. Badaniu poddano 100 pacjentów z OZW leczonych metodą PCI. W badaniu wykorzystano dane zebrane na podstawie kwestionariusza ankiety, dokumentacji i obserwacji bezpośredniej.

Wyniki. Z uzyskanych danych wynika, że głównymi problemami występującymi u pacjentów po PCI były: dolegliwości bólowe, duszność, trudności w oddawaniu moczu, osłabienie, wzmożone pragnienie, zaburzony rytm snu, uczucie lęku i niepokoju, niedostateczna wiedza na temat czynników ryzyka choroby. Pacjenci byli zadowoleni z opieki pielęgnarskiej w zakresie zaspokajania potrzeb biologicznych, rzadziej ze wsparcia emocjonalnego i wartościującego. Brak informacji oraz edukacji zdrowotnej zgłosiło 88% badanych.

Wnioski. Wśród pacjentów leczonych PCI z powodu OZW stwierdzono wysoki poziom satysfakcji z działań pielęgnarskich zmierzających do rozwiązania problemów biologicznych. Poprawy wymagają obszary wsparcia, informacji i edukacji zdrowotnej.

Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16 (4): 343-351

Słowa kluczowe: ostry zespół wieńcowy, problemy pielęgnacyjne, opieka pielęgnarska

ABSTRACT

Introduction. At present, the most effective method of treatment for acute coronary syndromes (ACS) is the promptest possible canalisation of the infarct-related vessel by means of the percutaneous coronary intervention method (PCI), which also affects the mode of nursing procedure. There is currently no functional model of care with regard to post-PCI patients, while previous attempts at implementing it have failed to include verification of patients' opinions.

Aim. The purpose of the work was to indicate what problems of biopsychosocial nature occurred among post-PCI patients and to what extent they were resolved by the nurses.

Material and methods. 100 ACS-affected patients treated with the PCI method were subjected to the study. The study utilised data collected on the basis of a survey questionnaire, medical records, and direct observation.

Results. It follows from the obtained data that the major problems occurring among post-PCI patients included: pain complaints, dyspnea, difficult urination, weakness, increased thirst, disturbed sleep rhythm, fear and anxiety, insufficient knowledge relating to disease risk factors. The patients were satisfied with nursing care involving the fulfillment of their biological needs, while significantly less with emotional and value-oriented support. 88% of the subjects reported an absence of health-related information and education.

Conclusions. Among the patients treated with the PCI method due to the ACS causes, a high level of satisfaction was found with regard to nursing activities aimed at resolving biological problems. Improvements in the areas of emotional support, information, and health education are required.

Nursing Topics 2008; 16 (4): 343–351

Key words: acute coronary syndrome, nursing-care problems, nursing care

Wstęp

Choroby układu sercowo-naczyniowego w większości krajów rozwiniętych na świecie stanowią główną przyczynę zgonów. *National Center for Heart Statistics* szacuje, że na chorobę wieńcową chorują 143 miliony osób na świecie, w tym około 12 milionów Amerykanów [1, 2]. Również w Polsce choroba niedokrwienna serca jest poważnym problemem społecznym. Stanowi najczęstszą przyczynę zachorowalności i zgonów. Rocznie zawał serca występuje u 80–100 tysięcy Polaków. Z powodu choroby wieńcowej cierpi około miliona osób [3]. W 2002 roku choroby układu krążenia stały się przyczyną 42% wszystkich zgonów wśród mężczyzn oraz 53% u kobiet [4].

Choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa), (CAD, *coronary artery disease*) jest zespołem objawów klinicznych o zróżnicowanej etiopatogenezie. Najczęstszą przyczyną nieadekwatnego przepływu krwi przez naczynia wieńcowe jest organiczne zwężenie miażdżycowe w nasierdziowych tętnicach wieńcowych. Przyjmuje się, że zwężenie przekraczające 50% średnicy wewnętrznej światła tętnicy wieńcowej w koronarografii jest zwężeniem istotnym hemodynamicznie, powodującym upośledzenie przepływu w czasie zwiększonego zapotrzebowania mięśnia serca na tlen. Prowadzi to do niedokrwienia i wystąpienia bólu wieńcowego [5].

Termin „ostre zespoły wieńcowe” (ACS, *acute coronary syndromes*) powstał w celu lepszego rozumienia procesów patofizjologicznych, prowadzących do zaostrzenia stabilnej choroby wieńcowej i zawałów serca. Patogeneza ostrych zespołów wieńcowych obejmuje pęknięcie niestabilnej blaszki miażdżycowej z następczym formowaniem się zakrzepu w miejscu pęknięcia, co powoduje regionalne zmniejszenie przepływu i spadek perfuzji w naczyniach wieńcowych [6, 7].

Pomimo jednego patomechanizmu, poszczególne postaci ostrych zespołów wieńcowych różnią się między sobą

przebiegiem klinicznym, postępowaniem diagnostyczno-terapeutycznym, a w konsekwencji rokowaniem.

Aktualnie wyróżnia się 3 typy kliniczne ostrych zespołów wieńcowych: niestabilną chorobę wieńcową, zawał serca, nagły zgon sercowy.

Obecnie podstawowym sposobem leczenia ostrych zespołów wieńcowych są przezskórne interwencje wieńcowe (PCI, *percutaneous coronary interventions*). Zalicza się do nich przezskórną śródnaczyniową angioplastykę tętnic wieńcowych (PTCA, *percutaneous transluminal coronary angioplasty*) i implantowanie stentów, rzadziej zabiegi ateryktomii i rotablacji. Zabiegi te poprzedzone są wykonaniem koronarografii, która jest inwazyjną metodą diagnostyczną uwidaczniającą anatomię światła tętnic nasierdziowych. Uzyskane w trakcie zabiegu informacje pozwalają ustalić optymalną metodę leczenia chorego z ostrym zespołem wieńcowym. Aktualnie leczenie inwazyjne ostrych zespołów wieńcowych obejmuje zabiegi:

- pierwotne, *primary PCI*, polegające na mechanicznym udrożnieniu tętnicy za pomocą cewnika balonowego/stentu bez wcześniejszego podania leku trombolitycznego,
- ułatwione, *facilitated*, polegające na wykonywaniu angioplastyki wieńcowej u chorego, który przed lub w trakcie transportu do ośrodka kardiologii inwazyjnej otrzymał leki przeciwplatekcyjne, doustnie klopidogrel i/lub wlew dożylny zredukowanej dawki abciximabu i alteplazy,
- wtórne po zastosowaniu trombolizy [8].

Pierwotna angioplastyka naczyń wieńcowych (*primary PCI*) uważana jest za najskuteczniejszą metodę leczenia zawału serca zwłaszcza w pierwszych 4. godzinach od wystąpienia bólu zawałowego. Jest to możliwe w ośrodkach dysponujących 24-godzinny dyżurem hemodynamicznym.

Nie bez znaczenia pozostaje udział pielęgniarki w bezpośredniej opiece i monitorowaniu chorych z ostrym zespołem wieńcowym. Zadaniem personelu pielęgniarskiego

go jest także współpraca w ramach zespołu terapeutycznego w procesie diagnostycznym i leczniczym. Do zadań pielęgniarki należy także edukacja zdrowotna chorego.

Dobrze realizowana opieka pielęgniarska musi być poprzedzona rozpoznaniem problemów pielęgnacyjnych chorego na podstawie indywidualnej oceny stanu w oparciu o dane z wywiadu, wyników obserwacji bezpośredniej oraz objawów klinicznych.

Ważne miejsce zajmuje również udział pielęgniarek w pierwszym etapie rehabilitacji chorego z ostrym zespołem wieńcowym. Ze względu na znaczne skrócenie czasu hospitalizacji chorego w ostrym okresie zawału — po leczeniu interwencyjnym do 1–3 dni, a po leczeniu fibrynolitycznym do 5–7 dni, postępowanie rehabilitacyjne (wewnątrzszpitalne) uległo radykalnej zmianie [9].

Najwcześniejszą formą rehabilitacji kardiologicznej na oddziale intensywnego nadzoru jest rehabilitacja oddechowa i profilaktyka zakrzepowa.

W przypadku chorych z ostrym zespołem wieńcowym po zabiegu angioplastyki (PTCA) rehabilitację ruchową rozpoczyna się już na oddziale intensywnego nadzoru kardiologicznego, a warunkiem jej rozpoczęcia jest obniżenie stężeń biochemicznych markerów uszkodzenia mięśnia sercowego.

Udział pielęgniarek w osiągnięciu celów rehabilitacji kardiologicznej jest nieodzowny. Szczególnie ważna jest znajomość przebiegu rehabilitacji ruchowej oraz odpowiednia reakcja na ewentualnie zgłaszane dolegliwości przez pacjentów. Współdziałanie pielęgniarek w procesie rehabilitacji pacjentów po angioplastyce wieńcowej daje również możliwość kształtowania samoopieki w zakresie edukacji zdrowotnej. Tylko konsekwentnie wdrażana i zintegrowana z planem leczenia oraz planem pielęgnowania rehabilitacja kardiologiczna pacjentów z OZW po PTCA, umożliwia skuteczne ograniczenie następstw choroby i pozwala ograniczyć ryzyko jej nawrotów.

Cel pracy

Celem przeprowadzonych badań było rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych u chorych po zabiegu angioplastyki wieńcowej oraz ocena zależności pomiędzy występującymi problemami pielęgnacyjnymi a stopniem ich rozwiązania przez pielęgniarki według opinii chorych.

Material i metody

Badania przeprowadzono w grupie 100 chorych hospitalizowanych z powodu ostrego zespołu wieńcowego (OZW), zakwalifikowanych do pilnej przezskórnej angioplastyki (angioplastyka balonowa, angioplastyka łączona z implantacją stentu). Warunkiem przeprowadzonych badań ankietowych było uzyskanie u chorych pełnego

rezultatu klinicznego i angiograficznego (skuteczny zabieg, który zakończył się bez dużych powikłań).

Badania zostały przeprowadzone od 1 lutego do 30 maja 2007 roku. Udział w badaniach był anonimowy i dobrowolny, a ankietowani zostali poinformowani o celu badań. Chorzy wypełniali arkusze w ostatnim dniu pobytu w oddziale.

W celu zebrania materiału badawczego wykorzystano:

- analizę dokumentacji medycznej (historia choroby, karta zleceń lekarskich, karta intensywnego nadzoru kardiologicznego, książka raportów pielęgniarskich),
- wyniki obserwacji bezpośredniej chorych, wywiad pielęgniarski,
- ankietę autorską, w skład której wchodziły pytania dotyczące:
 - płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania, stanu zatrudnienia,
 - ogólnego stanu zdrowia, chorób współistniejących, dotychczasowego leczenia choroby niedokrwiennej serca, wcześniejszych zabiegów inwazyjnych na naczyniach wieńcowych, rodzaju prowadzonej rehabilitacji oraz edukacji zdrowotnej,
 - problemów pielęgnacyjnych chorych z OZW oraz ich rozwiązania przez personel pielęgniarski i oczekiwań chorych dotyczących opieki i prowadzenia edukacji zdrowotnej.

Wyniki

Badaniem ankietowym objętych zostało 56 mężczyzn i 44 kobiety. Średni wiek badanych kształtował się na poziomie 63,9 roku. Średnia wieku mężczyzn wyniosła 61,8 roku, a kobiet 66,6 roku; różnica w wieku pomiędzy kobietami i mężczyznami była istotna statystycznie ($p = 0,01$).

Spśród 100 badanych, 53% zamieszkiwało wieś, natomiast 47% miasto. W populacji ankietowanych dominowały osoby z wykształceniem zawodowym (43%) oraz średnim (35%). Wykształcenie wyższe posiadało 13% ankietowanych, natomiast podstawowe 9%.

W trakcie badania 74% respondentów przebywało na emeryturze lub rencie, pozostałe 26% w nadal pracowało zawodowo. Czas pobytu chorych w oddziale wahał się od 2 do 5 dni, średnio 3 dni.

U 23% ankietowanych chorobę niedokrwinną serca rozpoznano po raz pierwszy. Pozostałe osoby miały wcześniej rozpoznaną chorobą niedokrwinną serca. Wśród nich aż 58% pacjentów było hospitalizowanych wcześniej z powodu tego schorzenia, natomiast pozostałe 19% leczyło się ambulatoryjnie.

Spśród 58% hospitalizowanych 42% miało wykonaną koronarografię, w tym u 36% wykonano angioplastykę wieńcową, u 5% ankietowanych przeprowa-

Tabela 1. Dolegliwości ze strony układu krążenia w opinii chorych
Table 1. Cardiovascular-system complaints in the opinion of the patients

Problem	n	Rozwiązanie problemu	
		Całkowicie n (%)	Częściowo n (%)
Uczucie kołatania serca	33	28 (28%)	5 (5%)
Oslabienie	56	13 (13%)	43 (43%)
Obrzęki kostek	6	0	6 (6%)
Uczucie mrowienia kończyn	28	22 (22%)	6 (6%)
Ból zamostkowy serca	10	6 (6%)	4 (4%)
Dyskomfort w klatce piersiowej	14	5 (5%)	9 (9%)

dzono w przeszłości chirurgiczny zabieg wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych (*bypass*).

Najczęstszym schorzeniem współistniejącym z chorobą niedokrwienną serca u badanych było nadciśnienie tętnicze krwi, które zgłosiło aż 71% badanych; 65% wskazało na hipercholesterolemię; 33% chorowało na chorobę wrzodową; 23% na choroby nerek, a 22% miało zdiagnozowaną cukrzycę. Ponadto 1/4 ankietowanych zgłaszała również żylaki kończyn dolnych, zaś na przerost prostaty cierpiało aż 24 z 56 mężczyzn.

Ponad połowa ankietowanych (66,3%), u których rozpoznano chorobę niedokrwienną serca, twierdziła, że zażywała regularnie leki. Pozostałe 21% ankietowanych zażywało leki nieregularnie, a 5% w razie dolegliwości bólowych w klatce piersiowej.

Spośród 58 wcześniej hospitalizowanych pacjentów 46 regularnie kontrolowało ciśnienie tętnicze krwi, 19 stężenie glukozy we krwi, a 12 stężenie cholesterolu. Na uwagę zasługuje fakt, że wszyscy pacjenci (23), u których po raz pierwszy wystąpił ostry zespół wieńcowy nie kontrolowali regularnie wyżej wymienionych parametrów.

Po zabiegu angioplastyki wieńcowej do najczęściej zgłaszanych przez ankietowanych dolegliwości ze strony układu krążenia należało: osłabienie, które wystąpiło u ponad połowy (56%) ankietowanych. Po zastosowaniu wygodnej pozycji pacjenta w łóżku, ograniczeniu wysiłku fizycznego poprzez pomoc lub wyręczenie w podstawowych czynnościach na przykład higienicznych, oraz zapewnieniu odpoczynku psychicznego, częściowe ustąpienie tych dolegliwości zadeklarowało 43%, a całkowite tylko 13% badanych.

Uczucie kołatania serca zgłosiła ponad 1/3 ankietowanych pacjentów. Lecząc po zastosowaniu przepisanych leków u 28% dolegliwości ustąpiły całkowicie, a tylko u 5 osób dolegliwości nadal się utrzymywały.

Po założeniu opatrunku uciskowego mrowienie kończyn dolnych (zwłaszcza po stronie nakłucia naczyń tętniczego) zgłaszało aż 28 chorych, dlatego regularnie kontrolowano obecność tętna na tętnicy grzbietowej stopy, sprawdzano zabarwienie skóry kończyny oraz

jej ciepłotę. W razie konieczności zmniejszano ucisk opatrunku na tętnicę udową. W wyniku tych interwencji całkowite ustąpienie dolegliwości zgłosiło 3/4 ankietowanych, u których wystąpił ten problem (tab. 1).

Do najczęściej zgłaszanych dolegliwości ze strony układu oddechowego należały: duszność spoczynkowa, którą zgłosiła 1/3 ankietowanych pacjentów oraz duszność wysiłkowa obecna u 43% badanych. W związku z tym w toku hospitalizacji zastosowano następujące postępowanie pielęgniarskie: podanie przez cewnik donosowy tlenu o przepływie 4 l/min, stałe kontrolowanie saturację obwodową, częstość oddechów poprzez saturator elektroniczny, pomiar ciśnienia tętniczego krwi (CTK), tętna i prowadzono bilans płynów. Prowadzono także naukę prawidłowego oddychania (torem brzuszny) oraz prawidłowego korzystania z aparatu Triflo do ćwiczeń oddechowych. W trakcie hospitalizacji całkowite ustąpienie duszności wysiłkowej zadeklarowało 32% ankietowanych, a częściowo 11%. Duszność spoczynkowa ustąpiła całkowicie u 26% badanych, u 5% utrzymywała się nadal (tab. 2).

Do najczęstszych dolegliwości ze strony układu pokarmowego należały: wzmożone pragnienie obecne u 61 chorych, zgaga u 30 ankietowanych, nudności/wymioty u 28 chorych oraz zaparcia zgłaszane przez 11% respondentów.

Suchość w jamie ustnej, wzmożone pragnienie było skutkiem ubocznym stosowania środka cieniującego do toku zabiegu angioplastyki. Chorzyka zachęcano do picia płynów po zabiegu (1,5 litra niegazowanej wody mineralnej w niewielkich porcjach).

W przypadku wymiotów działania pielęgniarskie polegały na pouczeniu pacjenta o sposobie zachowania się podczas nudności i wymiotów (odchylanie głowy na bok podczas wymiotów, głębokie, spokojne oddychanie) oraz podaniu na zlecenie lekarskie leku przeciwwymiotowego, zabezpieczeniu pacjenta przed zabrudzeniem przez podanie miski jednorazowego użytku, wody do płukania ust, ligniny, obserwacji wydalanej treści w kierunku ewentualnego krwawienia.

Tabela 2. Dolegliwości ze strony układu oddechowego w opinii chorych**Table 2. Respiratory-system complaints in the opinion of the patients**

Problem	n	Rozwiązanie problemu	
		Całkowicie n (%)	Częściowo n (%)
Duszność spoczynkowa	31	26 (26%)	5 (5%)
Duszność wysiłkowa	43	32 (32%)	11 (11%)
Kaszel suchy	23	14 (14%)	9 (9%)
Odkasztuszanie wydzieliny	11	5 (5%)	6 (6%)

Tabela 3. Dolegliwości ze strony układu pokarmowego w opinii chorych**Table 3. Alimentary-system complaints in the opinion of the patients**

Problem	n	Rozwiązanie problemu	
		Całkowicie n (%)	Częściowo n (%)
Wzmoczone pragnienie	61	55 (55%)	6 (6%)
Brak apetytu	22	15 (15%)	7 (7%)
Zgaga	30	22 (22%)	8 (8%)
Nudności/wymioty	28	27 (27%)	1 (1%)
Biegunka	2	2 (2%)	0
Zaparcia	11	11 (11%)	0

W wyniku zwolnienia perystaltyki jelit z powodu unieruchomienia w łóżku u 11% chorych wystąpiły zaparcia. Aby złagodzić te dolegliwości, regularnie podawano chorym posiłki bogate w błonnik oraz zachęcano do wypijania większej ilości płynów, a także stosowano łagodne środki przeczyszczające (czopek glicerynowy).

Wszystkie z powyżej zgłaszanych dolegliwości były w opinii zdecydowanej większości ankietowanych całkowicie wyeliminowane (tab. 3).

Trudności w oddawaniu moczu zgłaszało aż 53 pacjentów, w tym 29 kobiet i 20 mężczyzn. Było to spowodowane obecnością kaniuli w tętnicy udowej lub opatrunku uciskowego i koniecznością pozostania w łóżku w pozycji leżącej.

Działania pielęgniarские polegały na poinformowaniu chorych o konieczności oddania moczu w celu wydalania z organizmu środka kontrastowego, zapewnieniu warunków intymności, zabezpieczeniu materaca łóżka nieprzemakalnym podkładem, pomocy w odwróceniu na bok (zwłaszcza kobiet). W przypadku nadal utrzymujących się trudności podawano na zlecenie lekarza lek rozkurczowy. Jeżeli trudności z oddaniem moczu nie ustępowały zakładano cewnik do pęcherza moczowego.

U większości ankietowanych problemy te były rozwiązane całkowicie, tylko 4 kobiety uważały, że problem rozwiązany został jedynie częściowo (tab. 4).

Do najczęściej zgłaszanych dolegliwości ze strony układu nerwowego w opinii badanych należał zaburzony rytm snu. Pacjenci wskazywali na trudności z zaśnięciem z powodu konieczności ciągłego leżenia na plecach (30%). Ponadto chorzy skarżyli się na apatię (22%) oraz ból głowy (27%).

Działania pielęgniarские polegały na poinformowaniu pacjenta o przyczynach dolegliwości, zapewnieniu ciszy i spokoju, wietrzeniu sali, stosowaniu lokalnego bocznego oświetlenia oraz podaniu na zlecenie lekarskie leków ułatwiających zasypianie.

W przypadku bólu głowy podstawowym działaniem był pomiar ciśnienia tętniczego krwi, a po upewnieniu się co do prawidłowych wartości ciśnienia, podanie środka przeciwbólowego.

Spośród ankietowanych, którzy zgłosili dolegliwości, 2/3 deklarowało całkowite ich ustąpienie (tab. 5).

W związku z koniecznością pozostania w łóżku w pozycji na plecach z powodu obecności opatrunku uciskowego lub kaniuli donaczyniowej w tętnicy udowej, bóle kręgosłupa zgłaszało aż 31 badanych. Zastosowano lekką rotację ciała pacjenta na bok, udogodnienia: podłożenie poduszki w okolicę lędźwiową kręgosłupa, a przy uporczywych dolegliwościach, na zlecenie lekarskie, podawano środek przeciwbólowy.

Tabela 4. Dolegliwości ze strony układu moczowego w opinii chorych

Table 4. Urinary-system complaints in the opinion of the patients

Problem	n	Rozwiązanie problemu	
		Całkowicie n (%)	Częściowo n (%)
Trudności w oddawaniu moczu	53	49 (49%) 25 K 20 M	4 (4%) 4 K 0
Częstomocz	14	14 (14%) 0 K 14 M	0

Tabela 5. Dolegliwości ze strony układu nerwowego w opinii chorych

Table 5. Nervous-system complaints in the opinion of the patients

Problem	n	Rozwiązanie problemu	
		Całkowicie n (%)	Częściowo n (%)
Apatia	22	14 (14%)	8 (8%)
Zaburzony rytm snu	35	27 (27%)	8 (8%)
Niedowład	0	0	0
Zaburzenia mowy	0	0	0
Ból głowy	27	23 (23%)	4 (4%)

W opinii ankietowanych problem ten został rozwiązany całkowicie u 18% hospitalizowanych, a 13% nadal odczuwało bóle kręgosłupa.

Przy współpracy z rehabilitantem prowadzono także u chorych leżących rehabilitację usprawniającą (wykonywanie prostych ćwiczeń kończyn górnych, ruchy stóp w stawach skokowych poprawiających ruchomość oraz krążenie w kończynach dolnych). W zakresie sprawności ruchowej kończyn częściowe ustąpienie dolegliwości bólowych zgłosiło 6% ankietowanych (tab. 6).

U 8% ankietowanych wystąpił krwawk w pachwinie, wokół kaniuli dotętnicznej oraz ból w miejscu dożylnego wkłucia wenflonu, 4 badanych zgłosiło świąd skóry, 3 odparzenia, a 2 wysypkę.

W przypadku krwawienia lub narastania krwiaka w pachwinie konsultowano sposób postępowania z lekarzem. Dalsze działania zależały od decyzji lekarza.

Ból, obrzęk i zaczerwienienie wokół wkłucia dożylnego miało 8% badanych. Postępowanie pielęgniarskie polegało na: usunięciu wenflonu, osłonięciu miejsca wkłucia, zastosowaniu na miejsce zmienione chorobowo maści butapirazolowej i wykonaniu okładu z Altagetu. Zapobieganie takim powikłaniom polegało na zakładaniu cewnika dożylnego zgodnie z procedurą i zachowaniem zasad aseptyki, co dotyczyło także jałowego sposobu podawania leków, zmiany opatrunków,

zmiany miejsc wkłucia w miarę możliwości na kończy nie dominującej, każdorazowego przepłukiwania cewników po podaniu leku oraz dokumentowania czasu kaniulacji żyły.

U każdego pacjenta po zabiegu koronoplastyki wieńcowej pielęgniarki prowadziły obserwację w kierunku wystąpienia alergii na środek kontrastowy.

W przypadku odparzenia powłok skórnych działania pielęgniarskie polegały na pielęgnacji skóry (ochrona przed dalszymi uszkodzeniami, pękaniem), myciu, osuszaniu i natłuszczaniu skóry, pielęgnacji przeciwoleżynowej u osób wymagających dłuższego unieruchomienia (zmiana pozycji w łóżku według ustalonego schematu, zastosowanie zmiennociśnieniowego materaca przeciwoleżynowego, zastosowanie udogodnień — wałków, lekkiej pościeli) oraz ochronie przed długotrwałym uciskiem na miejsca najbardziej narażone na uraz (tab. 7).

Po zabiegu angioplastyki wieńcowej niepokój odczuwało 25% ankietowanych, lęk 15%, a przygnębienie 6% chorych.

W wyniku przeprowadzonej rozmowy, udzielonego wsparcia przez pielęgniarki, życzliwości i informowaniu o wykonywanych czynnościach podczas hospitalizacji prawie wszyscy pacjenci zadeklarowali całkowite rozwiązanie wymienionych powyżej problemów. Opieka pielęgniarska obejmowała obserwację chorego w kierunku występowania zaburzeń psychosomatycznych.

Tabela 6. Dolegliwości ze strony układu ruchu w opinii chorych**Table 6. Osteoarticular-system complaints in the opinion of the patients**

Problem	n	Rozwiązanie problemu	
		Całkowicie n (%)	Częściowo n (%)
W zakresie sprawności ruchowej kończyn	6	0	6 (6%)
Bóle kręgosłupa	31	18 (18%)	13 (13%)

Tabela 7. Dolegliwości ze strony skóry w opinii chorych**Table 7. Skin complaints in the opinion of the patients**

Problem	n	Rozwiązanie problemu	
		Całkowicie n (%)	Częściowo n (%)
Wysypka	2	2 (2%)	0%
Świąd	4	4 (4%)	0%
Odparzenia skóry	3	0%	3 (3%)
Ból wokół miejsca wkłucia wenflonu	8	0%	8 (8%)
Krwiak w miejscu wkłucia kaniuli	8	0%	8 (8%)

Tabela 8. Dolegliwości sfery psychicznej w opinii chorych**Table 8. Mental-sphere complaints in the opinion of the patients**

Problem	n	Rozwiązanie problemu	
		Całkowicie n (%)	Częściowo n (%)
Lęk	15	12 (12%)	3 (3%)
Niepokój	25	22 (22%)	3 (3%)
Przygnębienie	6	6 (6%)	0

Na poprawę stanu psychicznego chorych wpływ miało także umożliwienie kontaktu telefonicznego i osobiście z członkami rodzin i bliskimi (tab. 8).

Wszyscy badani uważali, że najważniejszymi czynnościami w opiece nad chorym po PTCA było informowanie o wykonywanych czynnościach pielęgniarstkich oraz zapewnienie warunków intymności podczas wykonywania tych czynności.

W opinii prawie 90% pacjentów „asystowanie” choremu w czynnościach pielęgnacyjnych było bardzo ważne, natomiast 74% respondentów uznało „wyręczanie” chorych w opiece za zbędne. W sprawowaniu opieki pielęgniarskiej podczas hospitalizacji aż 64% ankietowanych za najważniejsze uważało udzielanie wsparcia emocjonalnego.

Zdecydowana większość badanych (87%) za priorytetowe uważała uczenie chorych umiejętności redukcji lub eliminacji czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Dla połowy respondentów (53%) ważne było,

aby pielęgniarki instruowały także członków ich rodzin w zakresie kontynuacji opieki w domu (tab. 9).

W zakresie udzielanego wsparcia zdecydowana większość badanych (87%) oczekiwała rzetelnie udzielanych informacji. Wsparcia emocjonalnego potrzebowała ponad połowa ankietowanych (57%), a wsparcia wartościującego 60% respondentów.

Wszyscy pacjenci chcieli mieć zapewniony kontakt telefoniczny z rodziną, a 2/3 oczekiwało również, że pielęgniarki umożliwią im odwiedziny osób bliskich (tab. 10).

W opinii 88% ankietowanych podczas hospitalizacji nie prowadzono edukacji zdrowotnej, tylko 12% ankietowanych uważa, że taka edukacja miała miejsce (ryc. 1). Edukacja zdrowotna odbywała się w formie indywidualnej rozmowy. Połowa z badanych uważała, że najczęściej edukację zdrowotną przeprowadzał lekarz i pielęgniarka, znikomy procent ankietowanych wskazał na rehabilitanta i dietetyczkę.

Tabela 9. Najważniejsze czynności pielęgniarские w opinii chorych po PTCA

Table 9. The most essential nursing practices in the opinion of the post-PTCA patients

Rodzaj czynności	Tak n (%)	Nie n (%)
Informowanie chorego o wykonywanych czynnościach pielęgniarских względem jego osoby	96 (96%)	4 (4%)
Zapewnienie warunków intymności	99 (99%)	1 (1%)
Asystowanie choremu w czynnościach samopielęgnacyjnych	89 (89%)	11 (11%)
Wyręczanie chorego w czynnościach pielęgnacyjnych	26 (26%)	74 (74%)
Udzielanie wsparcia emocjonalnego	64 (64%)	36 (36%)
Edukacja zdrowotna pacjenta	87 (87%)	13 (13%)
Edukacja zdrowotna rodziny chorego	53 (53%)	47 (47%)
Planowanie czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych	78 (78%)	22 (22%)

Tabela 10. Oczekiwania chorych po PTC

Table 10. The expectations voiced by the post-PTCA patients

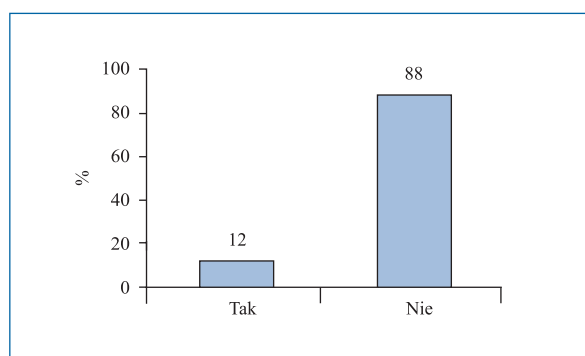
Rodzaj oczekiwań	Tak n (%)	Nie n (%)
Sprawne wykonanie zabiegów pielęgniarских	43 (43%)	57 (57%)
Wsparcie informacyjne	87 (87%)	12 (12%)
Wsparcie wartościujące	60 (60%)	40 (40%)
Wsparcie emocjonalne	57 (57%)	43 (43%)
Umożliwienie kontaktu osobistego z rodziną	69 (69%)	31 (31%)
Umożliwienie kontaktu telefonicznego z rodziną	98 (98%)	2 (2%)

W opinii badanych najczęstszym tematem edukacji były: szkodliwość palenia tytoniu (10%), obniżenie masy ciała (9%) oraz umiejętność interpretacji pomiarów ciśnienia tętniczego krwi i tętna (7%). W opinii ankietowanych bardzo rzadko poruszano tematy: radzenie sobie ze stresem (1%), formy aktywności fizycznej (3%) oraz interpretacja wyników dotyczących cholesterolu (4%).

Dyskusja

U chorych z potwierdzonym zawałem serca czas podjęcia interwencji ma duże znaczenie dla zminimalizowania obszaru martwicy oraz dalszego rokowania. Istotne znaczenie ma również opieka pielęgniarська w pierwszych dobach po zabiegu angioplastyki wieńcowej, ponieważ od bezpośredniej obserwacji pielęgniarської chorego i podjęcia odpowiednich działań w sytuacji zagrożenia życia zależy dalsze postępowanie terapeutyczno-opiekuńcze.

Założeniem przeprowadzonych badań było uzyskanie odpowiedzi na pytanie, jakie problemy pielęgnacyjne (w sferze biologicznej, wsparcia, edukacji) występowały u ba-



Rycina 1. Edukacja zdrowotna w opinii chorych po PTCA

Figure 1. Health education in the opinion of the post-PTCA patients

danych chorych i w jakim stopniu w opinii ankietowanych problemy te były rozwiązane przez personel pielęgniarський.

Nowoczesna, profesjonalna opieka pielęgniarська musi być od początku zorientowana na człowieka jako jedność bio-psycho-społeczną [10]. Zgodnie ze współczesnymi tendencjami w pielęgniarstwie opieka ta powinna uwzględniać etapy działań wynikające z założeń

procesu pielęgnowania tj.: rozpoznanie stanu chorego w celu ustalenia diagnozy pielęgniarstwa, planowanie, realizowanie i ocenę wykonanych czynności [11, 12].

Działania pielęgniarstwa na rzecz pacjentów z rozpoznaniem ostrym zespołem wieńcowym (OZW) w pierwszych dobach po zabiegu angioplastyki (PTCA) powinny skupiać się na zapewnieniu opieki całkowicie kompensacyjnej w sferze fizycznej, począwszy od czynności mających na celu ratowanie życia, poprzez działania zmierzające do zaspokajania potrzeb fizjologicznych. Wraz z poprawą stanu zdrowia pacjenta zadania pielęgniarstwa powinny być ukierunkowane na wspieranie, kierowanie i stwarzanie dogodnych warunków do samodzielnego podejmowania działań [12, 13]. Wyniki badań własnych wykazały, że to właśnie „asystowanie” pielęgniarstwa w czynnościach pielęgnacyjnych w opinii pacjentów było często ważniejsze, niż „wyręczanie” chorego w opiece.

W przeprowadzonych badaniach wykazano, że problemy pielęgnacyjne dotyczące potrzeb biologicznych w subiektywnej ocenie chorych były rozwiązane dobrze i bardzo dobrze.

Opieka pielęgniarstwa obejmowała obserwację chorego w kierunku występowania zaburzeń psychosomatycznych; reakcja chorego objawiająca się lękiem i niepokojem w przypadku poczucia zagrożenia życia jest odruchem naturalnym, a według wielu autorów ostre zespoły wieńcowe są zjawiskami noszącymi wszelkie znamiona stresu biologicznego i psychologicznego [14, 9]. W przeprowadzonych badaniach ujawniono, że 1/4 badanych odczuwała lęk i niepokój podczas hospitalizacji. Jak wynika z analizy wyników, ankietowani wskazywali, że udzielanie wsparcia wartościującego i informacyjnego przez pielęgniarstwa nie wpłynęło istotnie na zmniejszenie napięcia emocjonalnego. Duży wpływ na poczucie bezpieczeństwa, a zarazem obniżenie lęku miała obecność rodziny i osób bliskich. Jak wykazano w badaniach 2/3 chorych oczekiwało, że pielęgniarstwa pomogą im w kontakcie osobistym z rodziną oraz okażą wsparcie informacyjne i wartościujące.

Jak wykazano poprzez wyniki badań, prawie wcale nie prowadzono edukacji zdrowotnej chorych. Tylko mały odsetek pacjentów (12%) stwierdził, że edukacja miała miejsce. W zakresie modyfikacji czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca nie poruszano problemu radzenia sobie ze stresem, rodzaju aktywności fizycznej oraz interpretacji wyników dotyczących cholesterolu. W edukacji zdrowotnej zdecydowana większość badanych (87%) za priorytetowe uważała wskazanie chorym umiejętności redukcji lub eliminacji czynników ryzyka choroby. Dla połowy respondentów (53%) ważne było, aby pielęgniarstwa instruowały także członków ich rodzin w zakresie kontynuacji opieki w domu. Nawiązując do literatury przedmiotu, znaczna część czynników ryzyka choroby wieńcowej może podlegać modyfikacji, głównie czynniki behawioralne i somatyczne. Znajomość przez chorych tychże czynników oraz umiejętność ich

eliminacji ze swojego stylu życia może w znacznym stopniu opóźnić postęp choroby i poprawić komfort życia.

Wnioski

1. Problemy pielęgnacyjne ankietowanych pacjentów w większości dotyczyły sfery biologicznej. Według badanych prawie wszystkie czynności pielęgniarstwa (manualne) wykonane były dobrze oraz bardzo dobrze.
2. W zakresie udzielanego wsparcia, zdecydowana większość badanych oczekiwała od pielęgniarstwa rzetelnie udzielanych informacji oraz wsparcia emocjonalnego i wartościującego.
3. W opinii zdecydowanej większości ankietowanych podczas hospitalizacji nie było prowadzonej edukacji zdrowotnej. Tylko 12% ankietowanych uważało, że taka edukacja miała miejsce.

Piśmiennictwo

1. Mały rocznik statystyczny 2004. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa 2004.
2. Witczak W., Monies F. Śmiertelność w zawale serca chorych w młodym wieku. *Polski Merkuriusz Lekarski* 1996; 1: 102–103.
3. Krzezińska-Pakuła M. Choroba niedokrwienne serca. W: Łopaciuk S. (red.). *Zakrzepy i zatory*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002; 209–234.
4. Kawecka-Jaszcz K., Jankowski P. Ocena globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego W: Januszewicz A., Naruszewicz M., Rużyło W. (red.). *Postępowanie z chorym o dużym ryzyku sercowo-naczyniowym*. Wydawnictwo Medycyny Praktycznej, Kraków 2005; 33–45.
5. Cieśliński A. Choroba niedokrwienne serca. W: Mandrecki T. (red.). *Kardiologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000; 221–279.
6. Korzeniowska J., Adamus J. Ostre zespoły wieńcowe. *Nowa Klinika. Kardiologia* 2002; 9 (11/12): 1121–1128.
7. Wasilewski J., Poloński L., Zembala M. Co należy wiedzieć analizując wyniki rejestrów ostrych zespołów wieńcowych? *Kard. Pol.* 2005; Tom 62; V; supl.1: 1–8.
8. Dudek D., Żmudka K. (red.). *Nowa strategia leczenia zawału serca. (Zasady organizacji małopolskiego programu interwencyjnego leczenia zawału serca)*. Krakowskie Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2001.
9. Opolski G., Filipiak K., Poloński L. Ostre zespoły wieńcowe. *Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław* 2002; 2–20, 51–61, 140–163, 235–247, 466–480.
10. Poznańska S. Dorothea Orem, Model samoopieki/deficytu samoopieki. W: Poznańska S., Płaszewska-Żywko L. *Wybrane modele pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001; 103–135.
11. Adamczyk K. Samoopieka w wybranych modelach opieki w eksperymencie pielęgniarstwa. *Rozprawa habilitacyjna. Akademia Medyczna — NeuroCentrum, Lublin* 2000; 7–32.
12. Górajek-Jóźwik J. *Proces pielęgnowania. Podstawy i założenia zindywidualizowanego pielęgnowania*. W: Zahradniczek K. (red.). *Wprowadzenie do pielęgniarstwa*. PZWL, Warszawa 1999; 120–153.
13. Płaszewska-Żywko L. Model teoretyczny pielęgniarstwa Dorothei Orem. W: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.). *Podstawy pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004; 135–144.
14. Bishop G.D. *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000; 188–210.