© Autor(rzy) 2021. Artykuł opublikowany na zasadach otwartego dostępu, rozpowszechniany na warunkach licencji Creative Commons Attribution (CC BY), wydany przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

PLANOWANIE OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ W UJĘCIU TEORII SAMOOPIEKI D. OREM U PACJENTA Z PRZEBYTYM OSTRYM ZESPOŁEM WIEŃCOWYM W OPARCIU O STUDIUM PRZYPADKU

NURSING CARE PLAN IN TERMS OF THE SELF-CARE THEORY BY D. OREM IN A PATIENT WITH A HISTORY OF ACUTE CORONARY SYNDROME BASED ON A CASE STUDY

Bożena Cygnarowicz[1, a], Nicola Frączek[2, b], Irena Milaniak[3, c]

[1] Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, Oddział Kliniczny Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii
John Paul II Hospital, Cardiovascular Surgery & Transplantology Department, Poland
[2] Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego
The University Hospital in Krakow, Intensive Cardiac Surveillance Ward, Poland
[3] Katedra Pielęgniarstwa, Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Sączu
Nursing Department, The State University of Applied Sciences in Nowy Sacz, Poland

[a] https://orcid.org/0000-0002-4808-6558
[b] https://orcid.org/0000-0003-1937-8698
[c] https://orcid.org/0000-0002-6649-7545

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2022.19

STRESZCZENIE

Wstęp. Zawał mięśnia sercowego jest najczęściej występującym schorzeniem układu krążenia. W pierwszej fazie choroby jest stanem zagrożenia życia i stanowi jedną z najczęstszych przyczyn zgonów. Jak najwcześniejsze rozpoznanie choroby, inwazyjne leczenie, wczesna rehabilitacja oraz opieka pielęgniarska warunkują powrót do zdrowia oraz do życia w środowisku domowym i zawodowym.
Cel. Celem pracy było przedstawienie planu opieki pielęgniarskiej w oparciu o założenia teorii pielęgnowania D. Orem, ze szczególnym uwzględnieniem systemu pielęgnowania wspierająco-uczącego u pacjenta z ostrym zespołem wieńcowym na podstawie studium przypadku.
Materiał i metody. Analizie poddano przypadek 42-letniego mężczyzny hospitalizowanego z powodu zawału serca mięśnia serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI). Pacjent został poddany leczeniu reperfuzyjnemu – PCI z implantacją dwóch stentów – DES (z Heparyną).
Wnioski. W pracy podkreślono znaczenie zastosowania modelu opieki D. Orem w opiece nad pacjentem z zawałem mięśnia serca. Zastosowane metody asystowania w samoopiece i rodzaj systemu pielęgnowania zostały dobrane na podstawie oceny stanu zdrowia pacjenta i jego potrzeb w zależności od fazy zawału mięśnia serca. Szczególnie zwrócono uwagę na diagnozę pielęgniarską dotyczącą z jednej strony nieprzestrzegania przez pacjenta zaleceń w zakresie stylu życia, a z drugiej jego gotowość do poprawy wiedzy. Ważnym czynnikiem odzwierciedlającym możliwość realizacji procesu edukacji zdrowotnej jest obiektywna potrzeba edukacyjna pacjentów kardiologicznych, wyrażająca się gotowością do poprawy swojej wiedzy, zmiany zachowań oraz aktywnym udziałem w procesie uczenia. Chory, przebywając na oddziale kardiologicznym, nabywa niektórych umiejętności pomocnych w radzeniu sobie podczas trwania choroby.

SŁOWA KLUCZOWE: zawał mięśnia serca, STEMI, teoria deficytów w samoopiece, pielęgnowanie.

ABSTRACT

Introduction. Myocardial infarction is the most common cardiovascular disease. In the first phase of the disease, it is a life-threatening condition and is one of the most common causes of death. The earliest possible diagnosis of the illness, invasive treatment, early rehabilitation, and nursing care help the patient recover.
Aim. The study aimed to present a nursing care plan based on the assumptions of D. Orem's nursing theory, with particular emphasis on the supportive and educational nursing system in a patient with acute coronary syndrome based on a case study.
Material and Methods. The case of a 42-year-old man hospitalized due to myocardial infarction with ST-segment elevation (STEMI) was analyzed. The patient underwent reperfusion treatment – PCI with implantation of two stents – DES (with Heparin).
Conclusions. The paper emphasizes the importance of using the D. Orem care model to care for a patient with myocardial infarction. The applied methods of assisting in self-care and the type of nursing system were based on assessing the patient's health condition and his needs, depending on the phase of myocardial infarction. Particular attention was paid to the nursing diagnosis concerning, on the one hand, non-compliance with lifestyle recommendations and, on the other hand, readiness to improve knowledge. An essential factor reflecting the possibility of implementing the health education process is the objective educational need of a cardiac patient, expressed in the readiness to improve his knowledge, change behavior and actively participate in the learning process. While staying in the cardiology department, the patient acquires some skills helpful in coping with the disease.

KEYWORDS: myocardial infarction, STEMI, Self-Care Deficit Theory, caring.

Wprowadzenie

Pomimo ciągłego rozwoju medycyny, kardiologii interwencyjnej, farmakologii oraz działań prewencyjnych, choroby układu krążenia nadal pozostają główną przyczyną zgonów w Polsce i Europie. Według raportu European Heart Network z 2017 roku 45% wszystkich zgonów w Europie stanowią choroby układu sercowo-naczyniowego [1].

Zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST (STEMI) to kliniczny zespół wywołany przerwaniem przepływu krwi przez tętnicę wieńcową na skutek jej zamknięcia. Powoduje to martwicę mięśnia sercowego, co objawia się wzrostem stężenia enzymatycznych markerów we krwi, głównie troponiny oraz przetrwałym uniesieniem odcinka ST w elektrokardiogramie (EKG). W celu podjęcia natychmiastowego leczenia reperfuzyjnego do grupy ze STEMI zalicza się pacjentów, u których utrzymuje się dyskomfort w klatce piersiowej lub inne objawy wskazujące na niedokrwienie oraz uniesienie odcinka ST w ⩾ 2 sąsiednich odprowadzeniach [2, 3]. Zapadalność na STEMI zmniejsza się i wg rejestrów wynosiła w 2015 roku 58/100 tys. osób/rok. Obserwuje się natomiast zarówno w krajach europejskich jak i w USA zgodną tendencję do częstszego występowania STEMI u młodszych niż u starszych osób, a także u mężczyzn w porównaniu z kobietami [4]. W opiece nad pacjentem w ostrej fazie zawału należy rozpocząć monitorowanie EKG z możliwością defibrylacji. Ważnym aspektem opieki nad pacjentem jest zwalczanie bólu. Lekami przeciwbólowymi stosowanymi najczęściej są opioidy (np. morfina) podawane we frakcjonowanych dawkach dożylnych. Zwalczanie duszności powinno się opierać na podawaniu tlenu. Należy jednak pamiętać, iż nie zaleca się rutynowego podawania tlenu u pacjentów z SaO_2 ⩾ 90% [3].

Ważnym elementem długoterminowego leczenia po zawale serca z uniesieniem odcinka ST są interwencje dotyczące stylu życia i kontrola czynników ryzyka. Działania te mogą być prowadzone przez pielęgniarkę.

Czynniki ryzyka związane z ostrymi zespołami wieńcowymi można podzielić na 3 grupy: czynniki socjalne, czynniki behawioralne oraz czynniki somatyczne. Do pierwszych z nich zaliczamy: stres, wykształcenie wraz z zatrudnieniem, rodzaj i aktywność fizyczną, rodzaj wykonywanej pracy, dochody, sytuację rodzinną i stan cywilny, kontakty społeczne oraz wiedzę na temat zdrowia. Do czynników ryzyka behawioralnych można zaliczyć: nikotynizm, spożywanie alkoholu, siedzący tryb życia i małą aktywność fizyczną, osobowość typu A (charakteryzuje osoby żyjące w ciągłym pośpiechu, robiące kilkanaście rzeczy na raz, nieakceptujące spóźnień, dążące za wszelką cenę do perfekcji i wykazujące się nadmierną ambicją, stawiające sobie oraz innym wysokie wymagania, uwielbiające rywalizować; są to osoby agresywne, nieprzyjaźnie nastawione do otoczenia, co skutkuje brakiem zdrowych relacji z innymi ludźmi), nieodpowiednią dietę, zaburzenia snu. Do grupy czynników somatycznych zalicza się: nadwagę i otyłość, występowanie nadciśnienia tętniczego, zaburzenia gospodarki lipidowej i węglowodanowej, zwiększenie stężenia fibrynogenu oraz kwasu moczowego. Prócz wyżej wymienionych determinantów duże znaczenie w ryzyku wystąpienia choroby mają czynniki niemodyfikowalne: płeć, wiek oraz obciążenia genetyczne [4].

Prewencję choroby niedokrwiennej serca możemy podzielić na prewencję pierwotną i wtórną. Prewencja pierwotna kierowana jest do osób, które jeszcze nie zachorowały, ale są w grupie ryzyka. Natomiast prewencja wtórna odnosi się do osób, u których zostały już stwierdzone objawy chorób sercowo-naczyniowych [5, 6]. Działania prewencji pierwotnej w chorobie niedokrwiennej serca dotyczą przede wszystkim zmiany stylu życia. Do podejmowanych działań należy wprowadzenie regularnej aktywności fizycznej, rzucenie palenia oraz unikanie palenia biernego, stosowanie diety, w której spożywane są codziennie warzywa, owoce, niesolone orzechy, produkty zawierające błonnik, najlepiej pełnoziarniste, oraz dwa razy w tygodniu spożywanie ryb. Należy ograniczyć nasycone kwasy tłuszczowe, sól, spożycie napojów alkoholowych oraz słodzonych. Ważne jest utrzymanie prawidłowej masy ciała z BMI od 18,5 do 24,9 [5, 6]. Działania prewencji wtórnej w chorobie niedokrwiennej serca również opierają się na zmianie stylu życia, ale także na przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych, szczepieniu przeciw grypie, COVID-19, kontroli ciśnienia tętniczego krwi i kontroli gospodarki lipidowej [7, 8]. Zaprzestanie palenia tytoniu jest prawdopodobnie najskuteczniejszą metodą prewencji wtórnej. Chorzy, którzy palą, zwiększają dwukrotnie ryzyko wystąpienia zawału mięśnia sercowego STEMI. Interwencje dotyczące zaprzestania palenia tytoniu powinny być rozpoczynane podczas hospitalizacji, kiedy palenie nie jest dozwolone i kontynuowane podczas obserwacji po wypisaniu ze szpitala. Zaleca się, aby identyfikować osoby palące i wielokrotnie zalecać im zaprzestanie palenia tytoniu, oferując pomoc obejmującą dalsze wsparcie, nikotynową terapię zastępczą [6, 7].

Poradnictwo żywieniowe i kontrola masy ciała są kolejnymi interwencjami dotyczącymi stylu życia u osób po zawale serca z uniesieniem odcinka ST. Zaleca się, aby wszyscy pacjenci po ostrym zawale mięśnia sercowego uczestniczyli w programie rehabilitacji kardiologicznej. Aktywność fizyczna zmniejsza wystąpienie powikłań zatorowo-zakrzepowych, poprawia wydzielanie krążenia obocznego, polepsza czynność śródbłonka oraz powoduje, że zmiany w tętnicach wieńcowych

nie narastają tak szybko. Dzięki wysiłkowi fizycznemu poprawia się samopoczucie, wydolność układu sercowo-naczyniowego oraz tolerancja na wysiłek fizyczny [5, 6]. Leczenie farmakologiczne u pacjentów po przebytym STEMI opiera się na długoterminowym leczeniu przeciwpłytkowym i przeciwzakrzepowym oraz stosowaniu leków beta-adrenolitycznych, antagonistów wapnia, azotanów, inhibitorów konwertazy angiotensyny, antagonistów aldosteronu. Nadciśnienie tętnicze jest powszechnym czynnikiem ryzyka u pacjentów hospitalizowanych z powodu STEMI i dlatego powinno być ono dobrze kontrolowane. Należy rozpoczynać farmakoterapię z docelowym ciśnieniem skurczowym (SBP) < 140 mmHg [3]. Ważnym aspektem kontroli choroby jest przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych jest ważną przeszkodą utrudniającą osiągnięcie optymalnych celów terapeutycznych i wiąże się z gorszymi krótko- i długoterminowymi wynikami leczenia [9].

Proces pielęgnowania pacjenta oparty na składowych teorii D. Orem

Teoria Dorothei Orem jest określana jako teoria deficytów. Założenia koncepcyjne tej teorii obejmują trzy wzajemnie ze sobą powiązane składowe: teorię samoopieki, teorię deficytu samoopieki oraz teorię systemów pielęgnowania. W zależności od rodzaju deficytu i jego stopnia różne jest zaangażowanie pacjenta i pielęgniarki. Systemy pielęgnowania dzielą się, w zależności od zakresu pomocy pacjentowi, na: system całkowicie kompensacyjny, system częściowo kompensacyjny, system wspierająco-edukacyjny. Z kolei asystowanie pacjentowi w samoopiece można realizować, stosując różne metody asystowania: działanie za pacjenta, kierowanie, doradzanie, udzielanie wskazówek, udzielanie wsparcia fizycznego i psychologicznego, stwarzanie środowiska sprzyjającego rozwój człowieka i uczenie [10, 11]. Teoria deficytów samoopieki ma swoje odniesienie do koncepcji procesu pielęgnowania. Składa się on z trzech etapów. Pierwszy etap do diagnoza pielęgniarska, czyli zgłębianie i wyjaśnianie obszaru pomocy pielęgniarskiej. Zawiera zebrane dane o uniwersalnych i rozwojowych potrzebach oraz dyspozycji pacjenta, takich jak: motywacja, wiedza, umiejętność oraz motywacja w samoopiece. Drugi etap ma na celu wybranie prawidłowego systemu pielęgnowania, metod asystowania pacjentowi oraz zaplanowanie interwencji, które pielęgniarka ma wykonać, by ułatwić pacjentowi pełną samo opiekę i powrót do pełnosprawności. Natomiast w trzecim etapie realizowanie opieki wg zaplanowanych systemów pielęgnowania. Ważne jest ciągłe weryfikowanie wykonywanych działań na podstawie systematycznej oceny samodzielności pacjenta [11].

Celem pracy jest przedstawienie planu opieki pielęgniarskiej w oparciu o założenia teorii pielęgnowania D. Orem ze szczególnym uwzględnieniem systemu pielęgnowania wspierająco-uczącego u pacjenta z ostrym zespołem wieńcowym na podstawie studium przypadku.

Opis przypadku

W pracy wykorzystano metodę indywidualnego studium przypadku. Zastosowano następujące techniki badawcze: wywiad i analizę dokumentacji pacjenta.

Plany opieki pielęgniarskiej sformułowano w oparciu o rozpoznania pielęgniarskie NANDA-International oraz interwencje wg Klasyfikacji Interwencji Pielęgniarskich [12]. Uwzględniono również założenia teorii Dorothei Orem [10].

Analizie poddano przypadek 42-letniego mężczyzny hospitalizowanego z powodu zawału serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI). Pacjent został poddany leczeniu reperfuzyjnemu – PCI (*Percutaneous coronary intervention*) z implantacją dwóch stentów – DES (*drug eluting stent*) (z heparyną). Na przeprowadzenie badań uzyskano świadomą zgodę pacjenta – jako respondenta biorącego udział w badaniu.

Charakterystyka pacjenta wg modelu D. Orem:

1. Wiek pacjenta – 42 lata.
2. Płeć – mężczyzna.
3. Etap rozwojowy – wiek dorosły.
4. Stan zdrowia – ostra faza. Ostry zespół wieńcowy (OZW) zdiagnozowany na podstawie sygnalizowanych objawów subiektywnych odczuwanych przez pacjenta: ból za mostkiem promieniujący do szyi, żuchwy, lewego ramienia oraz w kierunku brzucha. Dodatkowo zaobserwowano przyśpieszony oddech, zimny pot, nudności i wymioty. Po przewiezieniu pacjenta przez Zespół Ratownictwa Medycznego na Szpitalny Oddział Ratunkowy parametry życiowe wynosiły: ciśnienie tętnicze krwi 80/50 mmHg, SaO_2 80%, akcja serca 90 ud/min. Wyniki badań diagnostycznych: troponina hsT 4,220 H ng/mL [< 0,014], CK 9931 H U/L [0–190], CKMB 541 H U/L [0–24]. Zapis EKG: fala Pardeego w odprowadzeniach II, III, aVF, I, V4–V6, brak progresji załamka R w odprowadzeniach V1–V3 oraz deniwelacje odcinka ST w odprowadzeniu aVL i aVR i V1.
   Choroby współistniejące: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, podwyższone stężenie cholesterolu całkowitego i trójglicerydów.
   Czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego: stosowanie używek, duże ilości spożywanej kofeiny, palenie tytoniu (35 papierosów dziennie), częste spożywanie alkoholu, nadwaga (BMI 35), siedzący tryb życia.

Obciążenia rodzinne: choroba niedokrwienna serca (ChNS), nadciśnienie tętnicze.
Leki: ramipril 2 x 5 mg, empagliflozyna 1 x 10 mg.

5. Orientacja socjalna – kulturowa – wykształcenie wyższe, zawód: architekt.
6. System rodzinny: żonaty, 1 dziecko.
7. Tryb życia (styl życia) – siedzący tryb życia, stosowanie używek, duże ilości spożywanej kofeiny, palenie tytoniu, częste spożywanie alkoholu, otyłość (BMI 35).
8. System opieki nad zdrowiem/dostępność do źródeł pomocy – ubezpieczony, diagnoza i plan leczenia wg programu Kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS – zawał).
9. Czynniki środowiskowe – dobre warunki mieszkaniowe, dom wolnostojący.
10. Środki – ich osiągalność i przydatność – 1 własna działalność gospodarcza.

Etapy opieki i metoda asystowania w opiece wg teorii deficytów D. Orem

Faza ostra zawału mięśnia serca

Pacjent w ostrej fazie zawału mięśnia serca był w stanie zagrożenia życia z ryzykiem zatrzymania krążenia w mechanizmie migotania komór. W badaniu podmiotowym pacjent zgłaszał silny ból w klatce piersiowej, promieniowanie bólu do szyi i żuchwy. Wystąpiły również takie objawy, jak: duszność, nudności/wymioty, męczliwość. Pacjentowi towarzyszył silny lęk. Po wykonaniu badań biochemicznych i EKG rozpoznano zawał serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI). W pracowni hemodynamicznej u pacjenta wykonano pierwotną PCI ze stentowaniem z użyciem DES nowoczesnej generacji – z dostępu przez tętnicę promieniową lewą. Zabieg przebiegł w sposób niepowikłany z efektem udrażniającym zatkaną tętnicę wieńcową. W postępowaniu farmakologicznym podano od 300 mg aspiryny i 300 mg clopidogrelu.

U pacjenta stwierdzono deficyty samoopieki. Pacjent miał ograniczoną zdolność do zaspokojenia potrzeb zarówno uniwersalnych i rozwojowych, jak i w zaburzeniach stanu zdrowia. W opiece nad pacjentem zastosowano system całkowicie kompensacyjny ze względu na stan zagrożenia życia. Metodą asystowania w samoopiece było głównie działanie za pacjenta.

Poniżej zaprezentowano przykładowe plany opieki z uwzględnieniem potrzeb pacjenta i metod asystowania w opiece w ostrej fazie zawału.

Potrzeby uniwersalne

1. Zapewnienie wystarczającej ilości powietrza.
Diagnoza pielęgniarska: duszność, SaO_2 80%.
Metody asystowania w samoopiece: działanie za pacjenta.
Rodzaj systemu pielęgnowania: system całkowicie kompensacyjny.
Zrealizowane interwencje pielęgniarskie:
   - pomiar saturacji tlenem,
   - obserwacja częstości oddechów, głębokości i łatwości oddychania,
   - podawanie tlenu, jeżeli (SaO_2 < 90% lub PaO_2 < 60 mmHg) – 2 l/min,
   - oznaczenie gazometrii krwi żylnej/tętniczej,
   - ułożenie pacjenta w pozycji pionowej, pół/Fowlera.
2. Zapewnienie odpowiedniej ilości pożywienia/płynów.
Diagnozy pielęgniarskie: ryzyko odwodnienia (wymioty), niedostateczna objętość płynów/nadmierne przewodnienie; ryzyko wystąpienia wahań glukozy we krwi.
Metody asystowania w samoopiece: działanie za pacjenta.
Rodzaj systemu pielęgnowania: system całkowicie kompensacyjny, system wspierająco-edukacyjny.
Zrealizowane interwencje pielęgniarskie:
   - monitorowanie stanu nawodnienia pacjenta,
   - stosowanie terapii zastępczej – hipotoniczne roztwory glukozy i elektrolitów,
   - kontrolowanie parametrów hemodynamicznych,
   - monitorowanie objętości wydalanego moczu,
   - pobieranie krwi do badań gazometrycznych i kontrolowanie wyników,
   - wprowadzenie ograniczenia płynów w sytuacji przewodnienia,
   - monitorowanie glukozy oraz ciał ketonowych w osoczu krwi,
   - utrzymanie podawania doustnych leków przeciwcukrzycowych,
   - stałe podawanie insuliny,
   - obserwacja pacjenta.
3. Zapobieganie sytuacjom zagrażającym życiu, zdrowiu i dobremu samopoczuciu.
Diagnoza pielęgniarska: ostry ból.
Metody asystowania w samoopiece: działanie za pacjenta.
Rodzaj systemu pielęgnowania: system całkowicie kompensacyjny.
Zrealizowane interwencje pielęgniarskie:
   - ocena bólu wg dostępnych skal,
   - podawanie leków p/bólowych (opioidy)

Diagnoza pielęgniarska: lęk.
Metody asystowania w samoopiece: udzielanie wsparcia fizycznego i psychologicznego.
Rodzaj systemu pielęgnowania: system wspierająco-edukacyjny.

Zrealizowane interwencje pielęgniarskie:
- uspokajanie pacjenta i jego bliskich,
- podawanie łagodnego leku uspokajającego na zlecenie lekarza.

Diagnoza pielęgniarska: zmniejszona wydolność serca związana z niedokrwieniem.

Metody asystowania w samoopiece: działanie za pacjenta.

Rodzaj systemu pielęgnowania: system całkowicie kompensacyjny.

Zrealizowane interwencje pielęgniarskie:
- podawanie heparyny (bolus 60 j/kg m.c.), kontynuacja 12 j/kg/godz.,
- monitorowanie aPTT i czynnika Anti-Xa,
- zapewnienie dostępu do żyły obwodowej,
- monitorowanie enzymów sercowych,
- wykonanie EKG-12 odprowadzeniowego,
- monitorowanie EKG ciągłe 3 lub 5-odprowadzeniowe,
- monitorowanie CTK i średniego ciśnienia tętniczego (MAP).

4. Wydalanie.

Diagnoza pielęgniarska: zaparcia/ryzyko wystąpienia zaparć.

Metody asystowania w samoopiece: działanie za pacjenta.

Rodzaj systemu pielęgnowania: kierowanie, doradzanie.

Rodzaj systemu pielęgnowania: system częściowo-kompensacyjny; system wspierająco-edukacyjny.

Zrealizowane interwencje pielęgniarskie:
- stosowanie środków zmiękczających stolec,
- stosowanie środków przeczyszczających,
- pouczenie pacjenta o niezwłocznym informowaniu o wystąpieniu parcia na stolec,
- zapewnienie prywatności.

5. Utrzymanie równowagi pomiędzy aktywnością a wypoczynkiem.

Diagnozy pielęgniarskie: ograniczenie aktywności fizycznej, unieruchomienie; ryzyko zakrzepowego zapalenia żył.

Metody asystowania w samoopiece: działanie za pacjenta; kierowanie, doradzanie; udzielanie wsparcia fizycznego i psychologicznego.

Rodzaj systemu pielęgnowania: system częściowo-kompensacyjny; system wspierająco-edukacyjny.

Zrealizowane interwencje pielęgniarskie:
- profilaktyka przeciwzakrzepowa,
- ćwiczenia bierno-czynne,
- uczenie i motywowanie do ćwiczeń rehabilitacyjnych,
- stosowanie technik relaksacyjnych.

6. Utrzymanie równowagi pomiędzy samotnością a interakcjami społecznymi.
   - diagnoza pielęgniarska: izolacja społeczna związana z ograniczeniem aktywności fizycznej, pobytem w szpitalu,
   - metody asystowania w samoopiece: udzielanie wsparcia fizycznego i psychologicznego.

Metody asystowania w samoopiece: działanie za pacjenta; kierowanie, doradzanie; udzielanie wsparcia fizycznego i psychologicznego.

Zrealizowane interwencje pielęgniarskie:
- informowanie,
- wsparcie emocjonalne, wartościujące.

Okres rekonwalescencji po zawale mięśnia serca

Po wykonaniu zabiegu pacjent wymagał ciągłego monitorowania i specjalistycznego leczenia ze względu na ryzyko zaburzeń rytmu serca i niewydolności serca. Przez 24 godziny monitorowano EKG w celu wykrywania zaburzeń rytmu serca i zmian odcinka ST. W pierwszej dobie pacjent był uruchamiany. Wypis ze szpitala zaplanowano w trzeciej dobie po PCI. Zespół terapeutyczny dokonał oceny metabolicznych czynników ryzyka (stężenie cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji lipoprotein o niskiej gęstości (LDL-C), cholesterolu we frakcji lipoprotein o wysokiej gęstości (HDL-C), trójglicerydów na czczo oraz stężenia glukozy. W procesie rekonwalscencji stopniowo zwiększano samodzielność pacjenta. Oceniono, iż pacjent posiada potencjalną zdolność do samoopieki, jednak wykazuje braki wiedzy w zakresie choroby niedokrwiennej serca oraz czynników ryzyka. W okresie rekonwalescencji zastosowano system wspierająco-uczący. Wykorzystano metody uczenia i wspierania pacjenta.

Poniżej przedstawiono plan opieki z uwzględnieniem potrzeb pacjenta i metod asystowania w opiece w okresie rekonwalescencji po zawale mięśnia serca.

Potrzeby uniwersalne

1. Zapewnienie wystarczającej ilości powietrza.

Diagnoza pielęgniarska: nieskuteczne samozarządzanie zdrowiem z/z paleniem tytoniu.

Metody asystowania w samoopiece: uczenie.

Rodzaj systemu pielęgnowania: system wspierająco-edukacyjny.

Zrealizowane interwencje pielęgniarskie:
- oferowanie pomocy obejmującej dalsze wsparcie w zakresie zaprzestania palenia tytoniu,
- zaproponowanie pacjentowi nikotynowej terapii zastępczej,
- skierowanie pacjenta do poradni antynikotynowej.

2. Zapewnienie odpowiedniej ilości pożywienia/płynów.

Diagnozy pielęgniarskie: zaburzenie równowagi odżywiania: więcej niż organizm potrzebuje: otyłość; deficyt wiedzy i umiejętności dot. osiągnięcia prawidłowej masy ciała.

Metody asystowania w samoopiece: uczenie.

Rodzaj systemu pielęgnowania: system wspierająco-edukacyjny.

Zrealizowane interwencje pielęgniarskie:

- kontrola masy ciała i obliczanie wskaźnika BMI,
- pomoc w redukcji masy ciała – przestrzeganie zaleceń żywieniowych,
- polecenie pacjentowi korzystania z interaktywnej piramidy żywienia,
- zalecenie chudnięcia w wolnym tempie,
- stosowanie terapii poznawczo-behawioralnej,
- zalecenie pacjentowi skorzystania z programu rehabilitacji kardiologicznej.

3. Zapobieganie sytuacjom zagrażającym życiu, zdrowiu i dobremu samopoczuciu.

Diagnoza pielęgniarska: deficyt wiedzy na temat choroby niedokrwiennej serca i prawidłowej jej farmakoterapii.

Metody asystowania w samoopiece: uczenie.

Rodzaj systemu pielęgnowania: system wspierająco-edukacyjny.

Zrealizowane interwencje pielęgniarskie:

- ocena osobistego kontekstu i znaczenia choroby dla pacjenta,
- przekazanie wiedzy na temat choroby i groźnych dla życia następstw choroby,
- wyjaśnienie czynników ryzyka, ograniczeń dietetycznych i/lub aktywności, leków i objawów wymagających natychmiastowej pomocy lekarskiej,
- omówienie leków stosowanych w chorobie niedokrwiennej serca.

Okres rehabilitacji poszpitalnej

W okresie rehabilitacji poszpitalnej u pacjenta zaplanowano interwencje dotyczące stylu życia i konieczności kontroli czynników ryzyka. Interwencje dotyczyły:

- zaprzestania palenia tytoniu – skierowanie pacjenta na nikotynową terapię zastępczą,
- optymalnej kontroli ciśnienia tętniczego – regularne przyjmowanie leków i kontrola ciśnienia tętniczego, regularne wizyty u lekarza/pielęgniarki kardiologicznej,
- poradnictwa żywieniowego i kontroli masy ciała – stosowania diety ubogiej w sól,
- zachęcania pacjenta do aktywności fizycznej – wdrożenie aktywności fizycznej i uczestnictwo w rehabilitacji kardiologicznej.

W okresie rehabilitacji zastosowano system wspierająco-uczący. Działania pielęgniarki skupiały się na kierowaniu i asystowaniu w rozwoju samoopieki. Działania pacjenta polegały na rozwoju i kierowaniu samoopieką oraz dążeniu do idealnej samoopieki.

Dyskusja

Ostry zawał mięśnia sercowego jest poważną chorobą wieńcową, charakteryzującą się dużą częstością występowania i śmiertelnością. Wdrożenie standardów postępowania medycznego w ostrym zawale sprawiło, iż śmiertelność spadła. Wzrosła rola pielęgniarstwa kardiologicznego. Kluczowym staje się poszukiwanie rozwiązań, w jaki sposób poprawić zdolność pacjentów do samodzielności życiowej, jakości życia oraz zachowań zdrowotnych. D. Orem w swojej teorii deficytów samoopieki podkreśla konieczność oceny potrzeb pacjenta w zakresie samoopieki, zdolności samoopieki i podstawowych wymagań, a następnie porównanie potrzeb w zakresie samoopieki i zdolności do samoopieki. Dzięki temu jest możliwe określenie deficytów samoopieki, zaprojektowanie odpowiedniego systemu opieki, ułożenie konkretnego planu opieki dostosowanego do możliwości pacjenta [13–15].

W pracy został opisany klasyczny przypadek pacjenta z zawałem mięśnia serca z uniesieniem odcinka ST. W ostrej fazie zwału mięśnia serca dominował system całkowicie kompensacyjny ze względu na stan zagrożenia życia. Działania pielęgniarki polegały na kompensowaniu ograniczeń występujących w samoopiece pacjenta, pomaganiu pacjentowi zgodnie z zapotrzebowaniem i wymaganiami. Z kolei działanie pacjenta polegało głównie na akceptowaniu asystowania i świadczenia opieki przez pielęgniarkę.

W okresie rekonwalescencji i rehabilitacji dominował system wspierająco-uczący. Działania pielęgniarki skupiały się na kierowaniu i asystowaniem w rozwoju samoopieki. Działania pacjenta polegały na rozwoju i kierowaniu samoopieką oraz dążeniu do idealnej samoopieki.

W dotychczasowych badaniach wdrożeniowych modelu opieki D. Orem wykazano, iż praktyczne zastosowanie modelu może poprawić jakość życia pacjentów i zmniejszyć ich powikłania okołooperacyjne, skrócić czas hospitalizacji. Może to być związane z rolą stosowania różnych systemów kompensacyjnych w interwencji samoopieki Orem w różnych okresach rekonwalescencji pacjentów [16–18].

Tok Yildiz i in. [19] wykazali, iż interwencje pielęgniarskie oparte na modelu D. Orem, a konkretnie zastosowanie modelu wspierająco-uczącego u pacjentów z chorobą wieńcową może znacznie poprawić ich zdolności do samoopieki, poziom wiedzy na temat zdrowia i ogólną

jakość życia. Pielęgniarki powinny zwracać uwagę na poziom wiedzy pacjentów związany z ChNS, ucząc ich, jak żyć z chorobą. Ponadto pielęgniarki powinny używać modelu D. Orem do wzmocnienia samoopieki pacjentów w celu poprawy jakości życia i skuteczności edukacji. Podobne rezultaty uzyskali Mohammadpour A. i wsp. Ich wyniki pokazały, iż zastosowanie systemu wspierająco-uczącego w oparciu o teorię samoopieki D. Orem może pomóc świadczeniodawcom w identyfikowaniu i zaspokajaniu potrzeb pacjentów w zakresie samoopieki [20].

Wnioski

1. Teoria D. Orem może być wykorzystana w opiece nad pacjentem z zawałem mięśnia serca w odniesieniu do różnych systemów pielęgnowania zależnych od fazy choroby.
2. Zastosowanie teorii D. Orem może przyczynić się do zmniejszenia powikłań pozabiegowych, poprawić negatywne emocje pacjentów poprzez uczenie i doradzanie. Wzmacnia również skuteczność rehabilitacji, poznanie choroby, zdolności do samoopieki, jakość życia i satysfakcję z opieki pielęgniarskiej.

Piśmiennictwo

1. Poloński L, Hudzik B. Wytyczne ESC 2017 dotyczące postępowania w STEMI. Co się zmieniło od 2012 roku? Choroby Serca i Naczyń. 2018; 15(2): 91–98.
2. European Society of Cardiology (ESC). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. European Heart Journal. 2018; 39: 119–177.
3. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. Wytyczne ESC dotyczące postępowania w ostrym zawale serca z uniesieniem odcinka ST w 2017 roku. Kardiol Pol. 2018; 76(2): 229–313.
4. Mehta LS, Beckie TM, DeVon HA, Grines CL, Krumholz HM, Johnson MN, Wenger NK. Acute myocardial infarction in women: A scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2016; 133(9): 916–947.
5. Piepoli F, Hoes AW, Agewall S, et al. Wytyczne ESC dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej w 2016 roku. Kardiol Pol. 2016; 74: 821–936.
6. Kubicka-Mącznik A. Wtórna prewencja kardiologiczna u pacjentów po przebytym zawale serca. Choroby Serca i Naczyń. 2016; 13(5): 363–366.
7. Visseren F, Mach F, Smulders YM, et al. ESC Scientific Document Group (2021). 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal. 42(34): 3227–3337.
8. Roncalli J, Roubille F, Lamblin N, Girerd N, Mouquet F, Chapet N, Roubille C, Berthelot E, Galois K, Battistella P, Jondeau G, Tartiere JM, Aguilhon S, Gueffet JP, Salvat M, Damy T, Galinier M; Heart Failure Group of the French Society of Cardiology. Coronavirus disease vaccination in heart failure: No time to waste. Arch Cardiovasc Dis. 2021; 114(5): 434–438.
9. Di Martino M, Alagna M, Cappai G, et al. Adherence to evidence-based drug therapies after myocardial infarction: is geographic variation related to hospital of discharge or primary care providers? A cross-classified multilevel design. BMJ Open. 2016; 6: e010926.
10. Berbiglia VA. Orem's Self-Care Deficit Theory in Nursing Practice, w: Nursing Theory: Utilization and Application, ed 5 red Martha Raile Alligood. Elsevier Inc., St. Louis, Missouri. 2014: 222–245.
11. Płaszewska-Żywko L. Model teoretyczny pielęgniarstwa Dorothei Orem – Podstawy pielęgniarstwa Tom 1. Założenia koncepcyjno-empiryczne opieki pielęgniarskiej. Red. Zarzycka D, Ślusarska B. Warszawa: PZWL. 2017: 195–206.
12. Ackley BJ, Ladwig GB. Podręcznik diagnoz pielęgniarskich. Przewodnik planowania opieki opartej na dowodach naukowych. Barczyński B i in. (tłum.). Zarzycka D, Ślusarska B (red. wyd. pol.). Lublin: Wydawnictwo Czelej. 2011.
13. Reczek A, Czech A, Kawalec-Kajstura E, Malinowska-Lipień I. Opieka pielęgniarska nad pacjentką z ostrym zespołem wieńcowym po przezskórnej interwencji wieńcowej. Problemy Pielęgniarstwa. 2016; 24(3–4): 265–272.
14. Stępka A. Ostre zespoły wieńcowe w praktyce ratownika medycznego i pielęgniarki ratunkowej. Gliwice: Ratownictwo Praktyczne. 2015.
15. Mechanic OJ, Gavin M, Grossman SA, et al. Acute Myocardial Infarction (Nursing) [Updated 2021 Aug 11]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568759/.
16. Shen C. Application of Orem self-care model on the aged patients. Nursing Research. 2008; 2(6B): 1618–1619.
17. Zhu T, Liu H, Han A, Gu H, Li X. Orem's self-care to treat acute coronary syndrome after PCI helps improve rehabilitation efficacy and quality of life. Am J Transl Res. 2021; 13(4): 2752–2762.
18. Neil W II. The Impact of Self-Care Education on Heart Failure Patients with a High Risk for Readmission. Nursing Theses and Capstone Projects. 2015: 226, https://digitalcommons.gardner-webb.edu/nursing_etd/226.
19. Yildiz FT, KaSikCi M. Impact of training based on Orem's theory on self-care agency and quality of life in patients with coronary artery disease. J Nurs Res. 2020; 28: e125.
20. Mohammadpour A, Rahmati Sharghi N, Khosravan S, Alami A and Akhond M. The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care abilities of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. J Clin Nurs. 2015; 24: 1686–1692.

Artykuł przyjęty do redakcji: 22.02.2022.
Artykuł przyjęty do publikacji: 28.10.2022.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Irena Milaniak
e-mail: irenem@poczta.onet.pl