

Proces pielęgnowania pacjenta z SM według modelu Calisty Roy

Patient care process model of MS by Roy Calista

Emilia Kłos

Katedra Profilaktyki Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Emilia Kłos

Ul. Smoluchowskiego 11

60-179 Poznań

E-mail: emiliaklos@op.pl

STRESZCZENIE

Proces pielęgnowania pacjenta z SM według modelu Calisty Roy

Wprowadzenie. Stwardnienie rozsiane, to przewlekła choroba autoimmunologiczna układu nerwowego w trakcie której dochodzi do demielinizacji i rozpadu aksonów tkanki nerwowej. Powoduje szereg objawów ruchowych, czuciowych, mózdkowych, zaburzenia czucia, widzenia i często prowadzi do niepełnosprawności szczególnie u młodych ludzi. W opiece nad pacjentem chorym na SM można zastosować wiele modeli pielęgnowania. Szczególnym rodzajem jest model Calisty Roy ujmujący człowieka jako system. Celem opieki pielęgnarskiej w tym modelu jest osiągnięcie przez pacjenta adaptacji.

Cel pracy. Celem pracy jest próba zastosowania modelu Calisty Roy w opiece nad pacjentem z SM.

Materiał i metody. Badaniem przeprowadzono w oddziale neurologicznym SPZOZ nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu, jako metodę badawczą zastosowano analizę przypadku, analizę dokumentacji medycznej oraz wywiad z pacjentem i rodziną.

Wyniki badań. Model Calisty Roy ukazuje rodzaje czynników wpływających na pacjenta oraz problemy pielęgnacyjne w poszczególnych etapach choroby. Opieka pielęgnarska przygotowała pacjenta do adaptacji i rozpoznawania oraz eliminowania lub minimalizowania szkodliwych czynników, które mogłyby zaburzać ten proces.

Słowa kluczowe: stwardnienie rozsiane, opieka, model.

ABSTRACT

Patient care process model of MS by Roy Calista

Introduction. Multiple sclerosis, a chronic autoimmune disease of the nervous system which occurs during the demyelination and axonal disintegration of nervous tissue. Causes a number of motor signs, sensory, cerebellar, sensory disturbances, vision and many other. This often leads to disability, particularly among young people. A special type of model is Calista's Roy model endearing man as a system in which many factors-cue-induced changes in the system. The purpose of nursing in this model is achievement of the patient's adaptation.

Aim. The aim of this study was to apply the model of Calista Roy in the care of patients with MS.

Materials and methods. The study was conducted in the neurology department SPZOZ Mother and Child in Poznań. Case study was done medical records and an interview with the patient and family were analysed.

Results. Model Calisty Roy reveals the types of factors affecting patient care and problems in various stages of the disease. Nursing care of the patient prepared to adapt and identify and eliminate or minimize harmful agents that could interfere with this process.

WPROWADZENIE

Częstość występowania SM to około 30-100 przypadków na 100 000 mieszkańców przy czym wiek pacjentów to najczęściej przedział 20-40 lat. [1, 3, 4, 5] Postaćą dziecięcą nazywana jest SM występująca przez 18 rokiem życia. U dzieci najczęściej przebiega z rzutami i remisjami jak u osób dorosłych [5]. Do typowych objawów należy triada Charcota (oczopląs, drżenie zamiarowe oraz mowa skandowana) oraz niedowłady spastyczne najczęściej kończyn dolnych, ataksja, parestezje, zaburzenia funkcjonowania zwieraczy. Przyczyna nie jest jednoznacznie wyjaśniona.

Literatura podaje wiele prawdopodobnych teorii powstania SM. Jedną z nich podaje, że jest to schorzenie o podłożu autoimmunologicznym [3, 4]. SM ma charakter postępujący i prowadzi do niepełnosprawności pacjenta.

Pielęgniarka sprawując opiekę nad pacjentem z SM wybiera najbardziej efektywny model opieki, który przygotowuje pacjenta do funkcjonowania z chorobą przewlekłą i postępującą oraz nauczy eliminowania szkodliwych czynników mogących wywołać rzuty choroby np. wysokiego poziomu stresu, braku aktywności fizycznej, niezdrowego stylu życia, zaburzeń snu itp.

Key words: multiple sclerosis, medical, model.

Na świecie istnieje wiele teorii pielęgnowania a każda z nich ujmuje pacjenta w szczególny dla siebie sposób. Jedną z nich, teoria Calisty Roy tzw. Model adaptacyjny, prezentuje człowieka jako system, na funkcjonowanie którego wpływa szereg bodźców środowiskowych. Pod wpływem zadziałania bodźca, człowiek uruchamia mechanizmy obronne wywołujące określone zachowania adaptacyjne lub też zachowania nieefektywne. Rolą pielęgniarki w tej teorii jest pomoc człowiekowi jako systemowi w osiągnięciu adaptacji poprzez eliminowanie lub minimalizowanie działania szkodliwych dla człowieka bodźców zewnętrznych i wewnętrznych [6, 7, 8, 9, 10].

CEL PRACY

Celem pracy jest próba zastosowania teorii Calisty Roy w opiece nad nastoletnią pacjentką z rozpoznanym SM.

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono w oddziale neurologicznym SPZOZ nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu. Zastosowano analizę przypadku, analizę dokumentacji medycznej oraz wywiad z pacjentką i jej rodziną. Wypełniając zadania opiekuńcze wynikające w funkcji zawodowych, pielęgniarka wybiera dostosowany do stanu pacjenta model opieki, który prawidłowo spełni swoje zadanie i przygotowuje go do funkcjonowania w warunkach choroby przewlekłej. Takim przykładem modelu opieki jest teoria Calisty Roy zwana modelem adaptacyjnym. Roy w swoim modelu widzi osobę jako całość bio-psycho-socjalną, czyli istotę w stałej interakcji ze zmieniającym się środowiskiem. Poziom adaptacji jako podstawowy element modelu, jest zakresem przystosowania, w którym jednostka może skutecznie radzić sobie z nowymi doświadczeniami takim jak np. choroba przewlekła, która może prowadzić do niepełnosprawności. Rolą pielęgniarki jest ocena rodzajów bodźców działających na pacjentkę i skuteczność uruchamianych jej mechanizmów regulacyjnych i obronnych oraz stanowi podstawę do projektowania interwencji pielęgniarskich dla rozwijania adaptacji pacjentki [2, 6, 7, 8, 9, 10].

Aby osiągnąć główny cel pielęgnowania czyli pomoc pacjentce w adaptacji, należy ustalić i zrealizować sześciopiętadowy proces pielęgnowania. Pierwszy etap to prawidłowo ustalony poziom adaptacji pacjentki w czterech wymiarach: fizjologicznym, koncepcji własnej osoby, pełnionych ról oraz współzależności. Wymiar fizjologiczny to określenie funkcjonowania poprzez zaspokajanie określonych potrzeb. Koncepcja własnej osoby wyjaśnia psychologiczną oraz duchową sferę pacjentki. Współzależność natomiast wykazuje relacje z innymi ludźmi lub grupami społecznymi. Na kolejnym drugim etapie procesu pielęgnowania należy określić rodzaj działającego na pacjentkę bodźca czyli stymulację: residualną (resztkową), znaczeniową (środowiskową) i ogniskową, które wywołały określone zachowania. Trzeci etap procesu pielęgnowania to diagnoza pielęgniarska czyli wynik analizy zabranych danych. Czwarty etap to ustalenie celów procesu pielęgnowania, a więc określenie pożądanych zachowań, które po-

zwolą na możliwie pełną adaptację. Na piątym etapie procesu pielęgnowania ustalamy odpowiednie oddziaływanie na bodźce poprzez ich minimalizowanie, eliminowanie bądź potęgowanie w zależności od tego jak wpływają na system czyli człowieka. Szósty etap procesu pielęgnowania, to ocena końcowa ukazująca porównanie osiągniętych przez pacjentkę zachowań z ustalonym poziomem adaptacji [2, 6, 7, 8, 9].

Opis przypadku: Pacjentka 17-letnia przyjęta na oddział z objawami: oczopląsu, drżenia zamiarowego, nietrzymania moczu oraz labilności emocjonalnej, parestezji i trudności z poruszaniem się na skutek niewielkiego niedowładu kończyn dolnych. Podobne objawy występowały już w przeszłości, lecz pacjentka nie była hospitalizowana ani dokładnie diagnozowana. Trudności w poruszaniu się powodują, że nie może uczęszczać do szkoły i pojawiły się zaległości w nauce, co dodatkowo wpłynęło negatywnie na sferę psychiczną pacjentki. U pacjentki wykonano szereg badań diagnostycznych, które potwierdziły toczący się proces demienilizacyjny.

Proces pielęgnowania

1. Etap – gromadzenie danych o poziomach adaptacji

• wymiar fizjologiczny

potrzeby	Fizjologia/patologia
Układ oddechowy	16 oddechów/minutę, symetryczna klatka piersiowa, nie występują zaburzenia oddychania
Układ krążenia	Tętno: 68/min, RR 120/75 mmHg, bez zaburzeń rytmu serca, nie obserwuje się bledności czy też sinicy powłok skórnych
Odżywianie	Dieta normalna, masa ciała 75kg, lubi słodkie szczególnie batoniki Snikersy
Wydalenie	Stolec 2 x tygodniu, twarde - zaparcia, ilość moczu ok. 2000ml/dobę, nietrzymanie moczu
Aktywność i wypoczynek	Sen – zaburzenia snu, często budzi się w nocy, z przerwami przesypia ok. 6 godzin/dobę, brak aktywności fizycznej
Skóra	Trądzik na twarzy oraz odparzenia w okolicy sromu, nadmierna potliwość, zabarwienie skóry prawidłowe
Narządy zmysłów	Słuch-prawidłowy bez zaburzeń Wzrok-nosi okulary do czytania Smak-bez zaburzeń Dotyk(zucie) -parestezie Węch-prawidłowy
Gospodarka wodno-elektrolitowa	Płyny doustne ok. 2000ml. dobę, nie obserwuje się cech odwodnienia, w badaniach biochemicznych bez zaburzeń elektrolitowych
Funkcje neurologiczne	Labilność emocjonalna, rozkojarzenie, trudności w koncentracji, przytomna, zorientowana co do czasu, miejsca i własnej osoby, oznaki dużego poziomu stresu, zaburzenia czucia w kończynach dolnych
Funkcje endokrynne, radzenie sobie ze stresem	Brak objawów zaburzeń hormonalnych, brak umiejętności radzenia sobie z stresem

- Koncepcja własnej osoby
 - „ja fizyczne” – pacjentka nie akceptuje faktu występowania trudności z poruszaniem się, konieczności korzystania z wózka oraz zaburzeń czucia;
 - „ja idealne” – pacjentka chciałaby być zdrowa i sprawna i funkcjonować bez konieczności pomocy ze strony bliskich czy pracowników ochrony zdrowia;

- „ja racjonalne” – pacjentka chce utrzymać sprawność jak najdłużej i realizować własne marzenia i plany życiowe;
 - „ja moralne” – pacjentka nie akceptuje własnej choroby i siebie samej jako osoby zależnej od personelu.
 - Pełniona rola
 - rola pierwszorzędowa (determinowane przez wiek, płeć, stan rozwojowy) – pacjentka pełni rolę córki, siostry i wnuczki,
 - rola drugorzędowa (podejmowanie zadań związanych z pełnieniem ról podstawowych) pacjenta pełni rolę uczennicy liceum, koleżanki w grupie rówieśniczej,
 - role trzeciorzędowe (dobrowolnie wybrane role) – uczestnictwo w kołach naukowych w szkole.
- Wszystkie w/w role nie mogą być wypełniane ze względu na fakt hospitalizacji.
- Współzależność
 - a) zachowania niezależne: pacjentka szuka pomocy gdy czuje się niepokojąco, zwraca na siebie uwagę na wizycie lekarskiej oraz wymusza obecność matki w szpitalu;
 - b) zachowania zależne: pacjentka nie potrafi poradzić sobie z ograniczeniami jakie się pojawiły w czasie rzutu choroby, nie podejmuje samodzielnie inicjatyw rozwiązywania problemów.
2. Etap – rodzaje działającej stymulacji
- stymulacja ogniskowa: parestezje, oczopląs, trudności z poruszaniem, nietrzymanie moczu;
 - stymulacja znaczeniowa – bodziec współdziałający: czynnik genetyczny, wiek, wysoki poziom stresu, przebyta infekcja, proces demielinizacyjny włókien nerwowych, zaburzenia snu;
 - stymulacja residualna – czynniki środowiskowe, nieprawidłowy styl życia.
3. Etap – diagnoza pielęgnarska
- a) Trudności w poruszaniu, niedowład kończyn dolnych na skutek demielinizacji włókien nerwowych.
 - b) Ryzyko upadku i urazu na skutek ograniczeń w poruszaniu.
 - c) Trudności z wykonywaniem czynności samoobsługowych na skutek zaburzeń czucia, niedowładu oraz zaburzeń widzenia.
 - d) Ból w okolicy sromu w wyniku odparzeń (na skutek nietrzymania moczu).
 - e) Zaparcia jako powikłanie unieruchomienia.
 - f) Trądzik jako objaw uboczny stosowania glikokortykosteroidów.
 - g) Lęk przed niepełnosprawnością i odrzuceniem przez grupę rówieśników.
 - h) Niemożność uczęszczania do liceum na skutek hospitalizacji i pogłębiania się zaległości w nauce.
 - i) Dolegliwości bólowe ze strony układu pokarmowego jako działanie uboczne podawania glikokortykosteroidów.
 - j) Brak akceptacji siebie w nowej sytuacji życiowej.
 - k) Lęk przed kolejnym rzutem choroby.
 - l) Labilność emocjonalna w wyniku pojawienia się objawów choroby utrudniających normalne funkcjonowanie.
 - m) Brak akceptacji konieczności stosowania interferonu.
 - n) Możliwość pogorszenia się stanu zdrowia w wyniku działania szkodliwych stresorów w środowisku domowym.
4. Etap – cele opieki
- a) samodzielne poruszanie się w granicach możliwości pacjentki;
 - b) zapobieganie upadkom i urazom;
 - c) samodzielne wykonywanie tych czynności, które pacjentka może wykonać sama lub z pomocą;
 - d) poprawa stanu skóry okolicy sromu;
 - e) eliminacja zaparć;
 - f) poprawa stanu skóry twarzy, łagodzenie objawów trądziku;
 - g) dowartościowanie pacjentki;
 - h) umożliwienie kontaktu z koleżankami ze szkoły i ewentualnie nauczycielki, stworzenie warunków nadrobienia zaległości szkolnych;
 - i) eliminacja działania niepożądanego glikokortykosteroidów;
 - j) zwiększenie samoakceptacji pacjentki;
 - k) dostarczenie wiedzy o istocie SM i wykształcenie umiejętności obserwacji ewentualnych objawów kolejnego rzutu choroby;
 - l) poprawa nastroju;
 - m) zwiększenie motywacji do leczenia interferonem;
 - n) kształtowanie zdrowego stylu życia oraz umiejętności eliminowania działania szkodliwych stresorów.
5. Etap-Interwencje pielęgnarskie
- a) ocena deficytu w poruszaniu się, udzielanie pomocy dostosowanej do ograniczeń pacjenta, usprawnianie pacjenta w myśl zasady: podczas rzutu choroby minimum ruchu, natomiast podczas remisji maksimum ćwiczeń;
 - b) asekuracja podczas poruszania się pacjentki, stosowanie wózka siedzącego do przewożenia pacjentki, balkonik, używanie barierki w łóżku zapobiegających wypadnięciu z łóżka;
 - c) pomoc podczas wykonywania czynności przez pacjentkę, ale nie wyręczanie, pacjentka powinna wykonać samodzielnie tyle ile zdoła;
 - d) przestrzeganie higieny osobistej, obserwacja nietrzymania moczu, pielęgnacja sromu, obserwacja skuteczności pielęgnacji, częsta zmiana bielizny osobistej;
 - e) podanie czopka przeczyszczającego, w przypadku nieskuteczności wykonanie Enemu, zmiana diety na bogato resztkową, obserwacja wypróżnień, podawanie Laktulozy lub błonnika, zapobieganie kolejnemu zaparciu, stosowanie masażu brzucha, w przypadku gdy powyższe czynności nie przyniosą efektu można, zalecić podawanie jogurtu na czczo, suszonych śliwek lub moreli;
 - f) utrzymanie w czystości skóry twarzy, pielęgnacja i stosowanie środków zaleconych przez dermatologa, obserwacja skóry twarzy;
 - g) dostarczenie wiedzy na temat choroby, udzielanie informacji grupach samopomocy i stowarzyszeniach, które uczą rozwiązywania problemów;
 - h) ułatwienie kontaktu z przedstawicielami grupy rówieśniczej, ewentualnie nauczycielkami z liceum, pomoc w nauce;
 - i) podawanie leków (na zlecenie lekarza) leków hamujących wydzielanie kwasu solnego np. Ranitydyna doustnie lub dożylnie, uzupełnianie elektrolitów(szcze-

- gólnie potasu), ze względu na dużą potliwość, należy dbać szczególnie o higienę osobistą;
 - j) wyjaśnienie istoty choroby, ukazanie znanych osób z SM funkcjonujących w społeczeństwie, jako dobry przykład walki z chorobą i niepełnosprawnością;
 - k) wspieranie pacjentki, wzmacnianie motywacji do walki a chorobą i ukazywanie konieczności wkładu własnego pacjentki w proces leczenia i rehabilitacji;
 - l) psychoterapia wspierająca, która pomoże zmienić plany życiowe i dostosować do aktualnego stanu zdrowia;
 - m) edukacja pacjentki ukazująca konieczność podawania interferonu jako leku ograniczającego ilość rzutów choroby, oraz możliwości pojawienia się objawów ubocznych po interferonie jak: bóle mięśniowe, dreszcze, gorączka, bóle głowy, nadmierna potliwość oraz objawy w miejscu wstrzyknięcia: obrzęk, świąt, ból. Nauka prowadzenia samoobserwacji i prowadzenie dzienniczka, udzielanie wsparcia pacjentce przez cały czas leczenia, nauka samodzielnego podawania interferonu, zasad przechowywania leków, obserwacji miejsc wstrzyknięć;
 - n) dostarczenie informacji jakie czynniki środowiskowe mogą nasilać chorobę: stres, infekcje, nadmierny wysiłek fizyczny. Wykazanie konieczności prawidłowego odżywiania się, aktywności fizycznej dostosowanej do stanu pacjenta, nauka radzenia sobie ze stresem, akceptacja własnych ograniczeń, kontrola snu, unikanie używek, prowadzenie aktywnego życia w granicach tolerancji organizmu pacjentki, nie unikanie kontaktów towarzyskich, przestrzeganie zaleceń lekarskich i pozostawanie pod stałą kontrolą specjalistów oraz kształtowanie pozytywnej postawy wobec pojawiających się problemów na kolejnych etapach choroby.
6. Etap – ocena końcowa
- pacjentka nauczyła się poruszać samodzielnie a w przypadku konieczności potrafi korzystać z wózka inwalidzkiego;
 - nauka samodzielnego poruszania w granicach możliwości pacjentki oraz pomoc pielęgniarki lub rodziny nie dopuszczają do powstania niekontrolowanych upadków i urazów;
 - samodzielne przestrzeganie higieny osobistej, dbanie o regularne opróżnianie pęcherza, pielęgnacja oparzeń zwiększa odpowiedzialność za własne zdrowie;
 - zastosowanie i przestrzeganie diety bogatej w błonnik, dbałość o regularne wypróżnienia, nie dopuszcza do zalegania mas kałowych i powstania zaparć;
 - przestrzeganie zaleceń dermatologa i pielęgnacja skóry daje korzystny efekt kosmetyczny i zmniejszenie ilości zmian trądzikowych na skórze twarzy;
 - podawanie Ranitydyny łagodzi uboczne działanie sterydów na przewód pokarmowy;
 - pacjentka korzysta z porad grup wsparcia (kontakt nawiązała poprzez internet);
 - aktywnie uczestniczy w procesie edukacji przygotowującej ją do samodzielnego podawania sobie interferonu oraz obserwacji miejsc wkłucia i warunków przechowywania leku;
 - pacjentka zna i stara się przestrzegać zasad zdrowego stylu życia oraz zasad unikania niekorzystnych czynników, które mogłyby spowodować kolejny rzut choroby;

- pacjentka stara się wykazywać postawę samoakceptacji, co związane jest szczególnie z ogromnym wsparciem ze strony rodziny. Natomiast trudna będzie adaptacja społeczna pacjentki, gdyż niepełnosprawność osoby młodej nie zawsze pozwala na osiąganie marzeń czy też na wymarzoną karierę zawodową.

Przed pacjentką jeszcze trudna i daleka droga do pełni akceptacji i dobrej jakości życia w granicach własnych ograniczeń. Ale każdy okres remisji to czas na rozwijanie własnych marzeń, kontaktów towarzyskich czy też zaspokajania własnych potrzeb. Motywacja oraz wsparcie najbliższego otoczenia spowodują, że pacjentka osiągnie pożądaną przez nią poziom funkcjonowania i adaptacji. W procesie terapeutycznym i adaptacyjnym powinna zawsze towarzyszyć rodzina pacjentki a jej członkowie winni współpracować na rzecz pacjentki poprzez kształtowanie jej pozytywnych zachowań zdrowotnych, wzmacnianie motywacji i wiarę w własne możliwości. Wydolność opiekunów rodziny, to zdolność do stawiania realnych wymagań wobec chorego członka rodziny. Akceptowanie go bez względu na istniejące ograniczenia i stan zdrowia. Fakt rozpoznania choroby przewlekłej i postępującej to egzamin z życia dla całej rodziny.

WNIOSKI

1. Wypełniając zadania opiekuńcze wobec pacjenta z chorobą przewlekłą, pielęgniarka powinna wybrać najbardziej pożądaną i efektywną model pielęgnowania powodującą adaptację pacjenta do zmiany jego stanu zdrowia.
2. Teoria Calisty Roy jako model opieki pokazuje nowatorskie podejście do sytuacji zdrowotnej pacjentki, w której poprzez wykształcenie umiejętności rozpoznawania i wpływania na działające bodźce, potrafi ona rozwijać własną adaptację i kształtować jakość życia.
3. Model adaptacyjny Calisty Roy, powinien być wykorzystywany w pracy dla pacjentów z chorobami przewlekłymi w warunkach hospitalizacji oraz w warunkach domowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Adamczyk K. Stwardnienie rozsiane. [w:] Adamczyk K. Pielęgniarstwo neurologiczne. Lublin: Wyd. Czelej; 2000: 60-65.
2. Jaracz K., Kozubski W. Choroby demielinizacyjne. Stwardnienie rozsiane. Losy J. [w:] Pielęgniarstwo neurologiczne. Warszawa: PZWL; 2008: 249-265.
3. Górajek-Jóźwik J. Życie i działalność siostry Calisty Roy. [w:] Górajek – Jóźwik J. Filozofia i teorie pielęgnowania. Lublin: Wyd. Czelej; 2007: 335-345.
4. Kaciński M. Choroby demielinizacyjne. Zespoły kliniczne z demielinizacją u dzieci. Kaciński M, red. [w:] Neuropediatrics. Warszawa: PZWL; 2007: 305-310.
5. Lindsay K.W., Bone I. Stwardnienie rozsiane. Kozubski W, red. [w:] Neurologia i neurochirurgia. Warszawa: Wyd. Urban & Partner; 2004: 516-524.
6. Poznańska S., Płaszewska-Żywko L. Wybrane modele pielęgnowania. Kraków: Wyd.U; 1999.
7. Roy C., Andrews H.A. The Roy adaptation model. The definitive steement. Norwalk: Apleton & Large; 1991.
8. Roy C., Andrews H.A. The theory adaptation model. Stamford: Appleton&Large; 1999.
9. Roy C., Roberts S. Theory construction in nursing. An adaptation model. Englewood Elifs, Prentice-Hall; 1981.
10. Szewczyk M.T., Cierzniańska K., Ślusarz R. i wsp. Modele opieki pielęgniarskiej. Przewodnik Lekarza; 2005, (2): 82-86.

Praca przyjęta do druku: 21.03.2012

Praca zaakceptowana do druku: 13.04.2012