

Problemy pielęgnacyjne u pacjentów z niewydolnością krążenia w świetle teorii Dorothy Orem

Nursing problems of patients with circulatory failure in the light of Dorothea Orem's Theory

Dorota Koper, Grzegorz Senatorski

Klinika Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych,
Instytut Transplantologii

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Dorota Koper
ul. Poznańska 16/8
08-110 Siedlce
e-mail: dorota.koper2@neostrada.pl
tel: (0) 795 595 291

STRESZCZENIE

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE U PACJENTÓW Z NIEWYDOLNOŚCIĄ KRĄŻENIA W ŚWIETLE TEORII DOROTHY OREM

Wprowadzenie. Niewydolność krążenia (w tym niewydolność serca) to nie tylko duży problem medyczny, społeczny, ekonomiczny, ale także pielęgnacyjny. Zapewnienie profesjonalnej pomocy pielęgniarzkiej choremu wymaga od pielęgniarki wiedzy i doświadczenia. W zależności od stopnia zaawansowania choroby i jej przebiegu, pielęgnacja chorego wymaga odpowiedniego podejścia pielęgnacyjnego. Wyrażenie złożoności tego problemu ułatwia filozofia pielęgnowania. Optymalną teorią pielęgnowania pacjentów z tym schorzeniem jest teoria deficytu samoopieki Dorothy Orem.

Cel pracy. Omówienie problemów pielęgnacyjnych typowych dla niewydolności krążenia oraz wskazanie na model Dorothea Orem jako optymalną teorię pielęgnowania pacjentów z tym schorzeniem.

Słowa kluczowe:

niewydolność krążenia, problemy pielęgnacyjne, teoria Dorothy Orem.

ABSTRACT

NURSING PROBLEMS OF PATIENTS WITH CIRCULATORY FAILURE IN THE LIGHT OF DOROTHEA OREM'S THEORY

Introduction. Circulatory failure (heart failure) is not only important medical, social, economic problem but it is also the nursing problem. The professional nursing requires from the nurse the knowledge and experience. Depending on degree of progression of disease and its course, it requires proper nursing approach. Expression of complexity of this problem facilitates the philosophy of nursing. Dorothea Orem's Self Care Deficit Theory is optimal theory of nursing patients with this disease.

Aim. Outline of the problems of nursing specific to circulatory failure and an indication at Dorothea Orem's model as a theory of optimal care of patients with this disease.

Key words:

failure, nursing problems, Dorothy Orem's theory.

WPROWADZENIE

Niewydolność krążenia (w tym niewydolność serca) stanowi istotny problem współczesnej cywilizacji. Jego wybitne natężenie dotyczy bogatych społeczeństw. Z jednej strony do wzrostu liczby chorych na niewydolność serca przyczynia się wydłużenie życia ludzkiego, z drugiej zaś częstość występowania tego problemu w paradoksalny sposób zwiększa się wraz z rozwojem medycyny i dynamicznym rozwojem kardiologii inwazyjnej. Chorzy, którzy w minionych latach zmarliby w ostrej fazie zawału serca, obecnie często przeżywają, a w dalszej obserwacji mogą rozwijać niewydolność serca [1, 2]. Najczęstszą przyczyną niewydolności serca jest upośledzenie kurczliwości mięśnia lewej komory. Niewydolność serca może być zależna od uszkodzenia czynności skurczowej lub rozkurczowej, przy czym niezwykle często obie te składowe współistnie-

ją ze sobą. Upośledzenie kurczliwości mięśnia sercowego, zarówno lewej, jak i prawej komory, w znakomitej większości przypadków jest spowodowane chorobą wieńcową, a zwłaszcza jej dramatycznym przejawem, jakim jest zawał serca. Niemniej jednak, czynników przyczynowo-skutkowych niewydolności serca może być wiele, bowiem niewydolność serca jest takim zespołem klinicznym, który może rozwinąć się w przebiegu każdej choroby serca, upośledzającej zdolność komór do pompowania krwi. Także nadciśnienie tętnicze prowadząc do kardiomiopatii nadciśnieniowej jest przyczyną niewydolności serca. Przyczynami tymi mogą być także: wada serca, zwężenie cieśni aorty, niedomykalność zastawek, zapalenie mięśnia sercowego, zaciskające zapalenie osierdzia, nadużywanie alkoholu i wiele innych.

Niewydolność serca może objawiać się w postaci ostrej lub przewlekłej. Jej objawy są wielorakie i mogą mieć róż-

na dynamikę. I tak, stopniowo pogarszająca się sprawność krążenia prowadzi do różnych postaci klinicznych tego zespołu. W sposób niezwykle użyteczny praktycznie przedstawia to czterostopniowa skala opracowana przez Nowojorskie Towarzystwo Kardiologiczne (NYHA, *New York Heart Association*). Owa klasyfikacja niewydolności serca wg NYHA służy do oceny stopnia ograniczenia aktywności życiowej spowodowanej chorobami serca [1, 2, 3].

I klasa wg NYHA – pacjent z chorobą serca nie wywołującą ograniczenia zwykłej aktywności fizycznej, w jej trakcie nie występuje zmęczenie, kołatania serca, duszność, czy ból wieńcowy.

II klasa wg NYHA – pacjent z chorobą serca w niewielkim stopniu ograniczającą aktywność fizyczną. Nie ma dolegliwości spoczynkowych, ale zwykła aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, kołatania serca, duszność lub ból wieńcowy.

III klasa wg NYHA – pacjent z chorobą serca znacznie ograniczającą aktywność fizyczną. Nie ma dolegliwości w spoczynku, ale mniej niż zwykła aktywność powoduje zmęczenie, kołatania serca lub ból wieńcowy.

IV klasa wg NYHA – pacjent z chorobą serca uniemożliwiający wykonanie jakiegokolwiek wysiłku bez dolegliwości. Objawy mogą występować w spoczynku. W przypadku podjęcia jakiegokolwiek aktywności objawy narastają [2].

Powyższy podział dość wyraziście i obrazowo prezentuje ogólną sylwetkę pacjenta, przez co pozwala na postawienie wstępnej diagnozy pielęgnarskiej, jeszcze zanim przeprowadzimy wywiad z chorym. Sprawdzenie w dokumentacji lekarskiej, jaki stopień niewydolności serca reprezentuje pacjent, pozwoli na zorientowanie się w zaawansowaniu choroby. Na podstawie powyższej klasyfikacji łatwo również określić problemy pielęgnacyjne dotyczące chorych zakwalifikowanych do poszczególnych klas NYHA. Zaletą klasyfikacji NYHA, jaką jest jej prostota, to jednocześnie jej słaba strona, dlatego w późniejszej ocenie każdy pacjent musi być traktowany indywidualnie [3].

■ CEL PRACY

Celem pracy jest omówienie problemów pielęgnacyjnych typowych dla niewydolności krążenia oraz wskazanie na model Dorothy Orem jako optymalną teorię pielęgnowania pacjentów z tym schorzeniem.

Problemy pielęgnacyjne występujące u chorych z niewydolnością krążenia

Do typowych objawów i dolegliwości w sferze somatycznej i psychologicznej, które jednocześnie są podstawą do rozpoznania problemów pielęgnacyjnych występujących u pacjentów z niewydolnością krążenia, należą:

- bóle w klatce piersiowej;
- duszność wysiłkowa i/lub spoczynkowa;
- zmęczenie;
- ograniczenie tolerancji wysiłku;
- skłonność do depresji;
- obrzęki;

- omdlenia, zaburzenia świadomości, zasłabnięcia;
- uczucie dyskomfortu w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca, kołatania serca;
- nykturia;
- kaszel;
- krwioplucie;
- sinica [4].

Bóle w klatce piersiowej są najbardziej charakterystycznym objawem choroby niedokrwiennej serca. Bóle mają charakter piekący, gniotący, są zlokalizowane za mostkiem, niekiedy promieniują do żuchwy, lewego barku i lewej łopatki, czasem powodują drętwienie wzdłuż lewej ręki [4]. W chwili, gdy chory zgłasza ból w klatce piersiowej, pielęgniarka zobowiązana jest wykonać elektrokardiogram (EKG), zmierzyć tętno, ciśnienie tętnicze krwi, polecić choremu pozostanie w łóżku i po wstępnej interpretacji wyników badań natychmiast poinformować lekarza, a następnie podać leki według zleceń. Przy powtarzających się bólach wieńcowych zwykle będzie to nitrogliceryna lub sorbonit podany na mięsko podjęzykowe. Ponieważ przyczyn bólów w klatce piersiowej może być wiele - mogą to być nerwobóle, bóle gastryczne, bóle przełyku, np. nowotwór przełyku, lub silne bóle spowodowane przez tętniak rozwarstwiający piersiowego odcinka aorty - w wywiadach dotyczących bólów należy uwzględnić ich umiejscowienie, charakter, natężenie, promieniowanie, czas trwania, czynniki wyzwalające i znoszące bóle oraz objawy im towarzyszące [4]. Wywiady takie ułatwią rozpoznanie przyczyny dolegliwości bólowych. W rozwiązywaniu problemu bólów w klatce piersiowej dominować będą zadania diagnostyczno-terapeutyczne. Zadania te będą miały na celu właściwe rozpoznanie i zniwelowanie dolegliwości. Do podstawowych zadań diagnostycznych w tej sytuacji należy ocena parametrów życiowych: tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu oraz wykonanie EKG, określenie stanu świadomości, charakteru bólów i objawów im towarzyszących. Zadania terapeutyczne to podawanie zleconych przez lekarza leków (donory tlenu azotu, leki przeciwbólowe np. morfina), stosowanie tlenoterapii i leczenia spoczynkowego [3, 4].

Duszność wysiłkowa i/lub spoczynkowa to kolejny, po bólach w klatce piersiowej, znamienny objaw duszniczy bolesnej - niestabilnej choroby wieńcowej, typowy także dla świeżego zawału serca. Przy czym w przebiegu zawału mięśnia sercowego duszności mogą towarzyszyć zaburzenia świadomości, zawroty głowy lub omdlenia. W związku z tym, nasilająca się duszność jest sytuacją wymagającą postawienia odpowiedzi na pytanie, czy istnieje zagrożenie życia pacjenta [3]. Pielęgniarka oceny tej dokonuje poprzez określenie stanu ogólnego pacjenta, tj. pomiar podstawowych parametrów życiowych, do których należą stan świadomości, ciśnienie tętnicze krwi, tętno, oddech, a w sytuacji optymalnej, poprzez ocenę stężenia parcjalnego tlenu we krwi (SpO_2) przy wykorzystaniu pulsoksymetrii oraz monitorowanie EKG. Pielęgniarka powinna rozpoznać u chorego duszność, nawet wtedy, jeśli sam chory nie skarży się na nią. W lewokomorowej niewydolności krążenia dominują objawy zastoiny płucny. Wyrażają się one głównie w postaci duszności typu *orthopnoe* (która nasila się w pozycji leżącej, a maleje w pozycji siedzącej).

cej) oraz kaszlu nocnego [1]. Zadaniem pielęgniarki jest ocena wydolności oddechowej pacjenta: kontrola jakości i ilości oddechów (oddech płytki, pogłębiony, przyspieszony, zwolniony) i w zależności od charakteru istniejącego problemu, podjęcie adekwatnych działań, zapewnienie pozycji półwysokiej, wietrzenie sali chorych, zapewnienie właściwego mikroklimatu na sali, zastosowanie tlenoterapii wg obowiązujących zasad, a w razie potrzeby wezwanie lekarza i podanie farmaceutyków na zlecenie (np. teofiliny, furosemidu). Przewlekłe utrzymująca się duszność pociąga za sobą ograniczenie tolerancji wysiłku, stąd chory będzie wymagał pomocy w wykonywaniu czynności dnia codziennego. W rozwiązywaniu problemu duszności pielęgniarka podejmuje szereg zadań diagnostyczno-terapeutycznych oraz zadań pielęgnacyjno-opiekuńczych. Te pierwsze są związane z realizacją zleceń lekarskich i wynikają z procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Mają na celu znieść lub przynajmniej zminimalizować objawy duszności. Podstawowymi zadaniami diagnostycznymi są: systematyczne monitorowanie parametrów wydolności oddechowej i hemodynamicznej, kontrola stanu świadomości, podawanie zleconych leków, stosowanie tlenoterapii, odpowiedniej pozycji ułożeniowej ułatwiającej wentylację płuc i leczenia spoczynkowego. Zadania pielęgnacyjno-opiekuńcze wynikają z ograniczenia tolerancji wysiłku, ściśle związanego z dusznością, i dotyczą asystowania w poruszaniu się, czynnościach higienicznych (utrzymanie higieny osobistej i higieny otoczenia), odżywianiu, wydalaniu, odpoczynku [3, 4].

Ograniczenie tolerancji wysiłku. Do zadań pielęgniarki należy ocena ograniczenia tolerancji wysiłku i zależna od rozpoznanego deficytu samoopieki pomoc w zaspakajaniu potrzeb. O ile stan zdrowia pacjenta na to pozwala, należy zachęcać go do rehabilitacji ruchowej, gdyż systematyczne wykonywanie ćwiczeń fizycznych zwiększa tolerancję wysiłku. Jednocześnie, pielęgnując chorego z niewydolnością krążenia nie można zapominać, że jedną z form leczenia stosowaną w przewlekłej niewydolności krążenia jest leczenie spoczynkowe [1]. Polega ono na ograniczeniu wysiłku fizycznego, tj. zwiększeniu liczby godzin przebywania w łóżku na przemian z korzystaniem z fotela oraz krótkimi spacerami. Taki tryb życia nie zawsze jest łatwy do przyjęcia, stąd rolą pielęgniarki jest pomoc w zaakceptowaniu przez chorego tego sposobu leczenia, poprzez wyjaśnienie jakie ma to znaczenie dla poprawy stanu zdrowia. Zadaniem pielęgniarki jest zapewnienie wygody oraz właściwych warunków do wypoczynku, zapobieganie powikłaniom, mogącym powstać na skutek długotrwałego unieruchomienia. I wreszcie pomoc w czynnościach dnia codziennego w celu zmniejszenia obciążeń niewydolnego serca [3]. Ważne jest bieżące zaznajamianie pacjenta z zaleceniami dotyczącymi aktywności fizycznej. W stabilnym stanie klinicznym należy zachęcać do podejmowania zwykłej codziennej aktywności fizycznej oraz uczestnictwa w formach czynnego wypoczynku. W niestabilnej dusznicy bolesnej i zaawansowanej niewydolności krążenia należy ograniczyć aktywność codzienną do minimum. Najistotniejsze jest, aby wysiłek fizyczny był dostosowany do aktualnej wydolności serca. Zajęcia muszą być tak zaplanowane, aby nie powodowały zmęczenia

[1, 3]. Realizując proces opieki nad pacjentem z ograniczoną tolerancją wysiłku, pielęgniarka pełni różnorakie zadania. Wśród nich znaczne miejsce zajmują zadania opiekuńczo-pielęgnacyjne. Deficyt samoopieki i problemy pielęgnacyjne wynikają ze stopnia upośledzenia tolerancji wysiłku. Rola pielęgniarki polega na rozpoznaniu niedomagania pacjenta w zakresie zaspakajania potrzeb (uniwersalnych, rozwojowych i tych wynikających z choroby) oraz na odpowiednim kompensowaniu deficytu samoopieki. Dużej wagi nabiera obserwacja w kierunku powikłań mogących pojawić się w trakcie leczenia spoczynkowego. W wyniku unieruchomienia pacjenta w łóżku istnieje niebezpieczeństwo rozwoju odleżyn, powikłań zatorowo-zakrzepowych, przykurczów, zaników mięśniowych, zapalenia płuc, zapań. Główny ciężar zapobiegania tym powikłaniom spoczywa właśnie na pielęgniarce [1, 3, 4].

Stres, niepokój, rozdrażnienie lub stany depresyjne są nieodłącznym problemem pielęgnacyjnym u wszystkich przewlekłe chorych. Choroba wpływa niekorzystnie na stan psychiczny pacjentów. Także u osób z niewydolnością krążenia bardzo charakterystyczna jest skłonność do depresji. Wynika to ze świadomości przewlekłej i nieuleczalnej choroby, konieczności częstych i długotrwałych hospitalizacji, stałego przyjmowania leków i wymogu ciągłej samokontroli. Pacjenci są apatyczni, mało mówni, wykazują brak zainteresowania otoczeniem. Doskwiera im ogólne przygnębienie, duża senność w dzień oraz bezsenność w nocy. Do zadań pielęgniarki należy ocena funkcjonowania pacjenta w sferze psychicznej, tj. rozpoznanie stanu emocjonalnego – czy pacjent jest apatyczny, bierny, niechętny do rozmów, rozdrażniony. W ocenie tej należy też uwzględnić poziom zaakceptowania się do warunków szpitalnych, stopień akceptacji metod diagnozowania, leczenia i pielęgnowania oraz nastawienie do zespołu terapeutycznego [3]. Oprócz kontroli nastawienia pacjenta do hospitalizacji, metod diagnozowania, leczenia oraz pielęgnowania, niezmiernie ważna jest ocena nastawienia pacjenta do choroby. Z punktu widzenia psychologii klinicznej, optymalnym podejściem pacjenta do choroby jest postawa „choroba jako zadanie” [5]. Pielęgniarka ma w tym pomóc, niemniej jednak, mimo wielu starań, niekiedy trudno jest to uzyskać. Likwidowanie stresu związanego z hospitalizacją i chorobą osiągnąć można stosując psychoterapię elementarną. Według Jarosz, psychoterapię elementarną stosuje ten, kto chroni pacjenta przed sytuacjami urazowymi (jatrogennymi), zwiększa odporność psychiczną i potrafi wzbudzić w nim dążność do lekceważenia drobniejszych przypadłości i cieszenia się nawet z małych osiągnięć. U pacjentów z niewydolnością krążenia stany depresyjne są związane z występowaniem bólu, obrzęków, duszności, ograniczonej wydolności fizycznej i w ogólnym ujęciu wynikają z niskiej jakości życia. Rozwiązanie tego typu problemów pielęgniarka osiąga poprzez próbę eliminacji stresu, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego, rozmowę, wysłuchanie skarg chorego, przez dotyk terapeutyczny i wsparcie. Wsparcie psychiczne realizuje się poprzez stworzenie życzliwej atmosfery w oddziale, okazywanie choremu zainteresowania, empatię. Niwelowanie stresu i stanów depresyjnych pielęgniarka osiąga także poprzez realizację szeregu zadań

edukacyjnych. Określenie podstawowych możliwości intelektualnych pacjenta to istotny element planowania edukacji zdrowotnej. Ważne jest zorientowanie się, jaka jest wiedza pacjenta na temat istoty choroby i zasad funkcjonowania z nią, rozpoznanie, czy pacjent wymaga przygotowania w zakresie samokontroli i uzupełnianie deficytów wiedzy w tym obszarze oraz rozbudzanie motywacji do samopielęgnowania. W niewydolności krążenia, podobnie jak we wszystkich chorobach przewlekłych, niezbędna jest bieżąca edukacja i reedukacja, nakierowane na zmniejszenie czynników ryzyka nasilających i przyspieszających postęp choroby [6]. Większa świadomość istoty schorzenia pozwoli pacjentowi zrozumieć chorobę, jej objawy, zwiększyć umiejętności samoopiekuńcze i poczucie kontroli nad chorobą, a przez to poczuć się z nią bezpieczniej [3].

Retencja płynów w organizmie. Obrzęki kończyn dolnych. Obrzęki uogólnione.

Obrzęki są spowodowane nagromadzeniem się płynu pozakomórkowego w przestrzeniach śródmiąższowych tkanek i narządów [4]. Ze względu na miejsce występowania dzielimy je na uogólnione i miejscowe. Obrzęki występujące w niewydolności serca są umiejscowione typowo na kończynach dolnych w okolicach kostek i podudzi [4]. Niemniej jednak, w niewydolności krążenia mogą wystąpić zarówno obrzęki uogólnione, jak i miejscowe. W zaawansowanej niewydolności krążenia obrzęki kończyn dolnych czasem są tak silne, że prowadzą do wysięku płynu surowiczego przez skórę. Stanowi to dodatkowy problem pielęgnacyjny, a dla pacjenta bez wątpienia jest poważnym problemem natury higieniczno-estetycznej. Zastój krwi w krążeniu dużym prowadzi do biernego przekrwienia wątroby, do żylnego przekrwienia nerek, jak również przekrwienia ścian żołądka i jelit ze wszystkimi tego konsekwencjami. Wówczas chory skarży się na bóle wątroby, objawy despeptyczne (nudności, wymioty, zaburzenia łaknienia), dochodzi do zmniejszenia filtracji kłębuszkowej w nerkach. W późniejszym okresie niewydolności krążenia mogą także tworzyć się przesięki do jam ciała. Płyn przesiękowy pojawia się w jamie opłucnej - co jest przyczyną nasilania się duszności - w jamie otrzewnowej oraz w worku osierdziowym [2, 3]. U chorych z zaostreniem niewydolności krążenia istnieją wskazania do systematycznej oceny obręzków. Do zadań pielęgniarki należy ocena i pomiar obręzków. Pomiarów takich dokonuje się przez oglądanie, palpację obrzękniętych okolic, a przede wszystkim przez codzienne ważenie pacjenta i ocenę różnicy masy ciała w kolejnych dniach. Niekiedy będzie to także dokonywanie pomiarów obwodów części ciała objętych obrzękiem np. kończyn (zawsze na tej samej wysokości). Ograniczenie ilości płynów przyjmowanych do 1000 ml/dobę jest bardzo ważnym zaleceniem, wynikającym ze wzmożonej retencji sodu i wody w organizmie w przebiegu niewydolnej funkcji układu sercowo-naczyniowego. Prowadzenie bilansu płynów u pacjenta to kolejny element obserwacji pacjenta z obecnością obręzków. Ważne jest także przestrzeganie diety bezsolnej. Istotą jej jest ograniczenie soli do 2-3 g/dobę. Stąd do kolejnych zadań wyłaniających się przed pielęgniarką należeć będzie edukacja pacjenta w zakresie leczenia dietetycznego (pro-

duktów zakazanych) oraz kontrola spożywanych produktów, głównie tych przynoszonych przez rodzinę, dopilnowanie, aby pacjent otrzymywał z kuchni szpitalnej właściwą dietę, a także sprawdzanie, czy pacjent nie przyjmuje pokarmów zakazanych. Należy poinformować rodzinę o ograniczeniach dietetycznych [1, 2, 3, 4].

Lęk, obawa przed badaniem diagnostycznym. Chory z niewydolnością serca to zwykle stali bywalcy szpitalnych oddziałów kardiologicznych. Często doskonale znający procedury medyczne i szpitalny rytm życia. Niemniej jednak, każdy pacjent, którego czeka kolejne badanie diagnostyczne, może czuć się zagubiony, odczuwać lęk przed tym, że badanie wykaże postęp choroby. Stąd tak ważne jest przygotowanie psychiczne chorego do procedur diagnostycznych. W związku z tym, przed badaniem diagnostycznym u tych chorych ważne jest nie tyle wyjaśnienie na czym badanie polega, ale to, ażeby uspokoić chorego, a w czasie badania zapewnić mu poczucie bezpieczeństwa psychofizycznego. Nawiązujemy zatem z pacjentem kontakt słowny i pozasłowny oraz przyjmujemy spokojną, życzliwą postawę, która łagodzi u chorego stres. To, aby pacjent do każdego badania był dobrze przygotowany psychicznie, jest ważne z kilku powodów. Po pierwsze zmniejsza lęk pacjenta, a po drugie zdecydowanie ułatwia współpracę w trakcie badania. Wreszcie, jeśli chory jest mało wydolny ruchowo, pielęgniarka pomaga mu w fizycznym przygotowaniu się do badania. Trzeba w tym miejscu raz jeszcze podkreślić, że klimat roli ekspresyjnej pielęgniarki jest nieodłącznym elementem jej pracy. Niwelowaniu lęku mają też służyć działania edukacyjne. Mogą one być związane z przekazywaniem informacji dotyczących metod diagnozowania, leczenia i pielęgnowania oraz celowości wykonania poszczególnych zabiegów. Pozwoli to pacjentowi przyjąć postawę odpowiedzialnej współpracy z personelem medycznym, a tym samym zmniejszyć lęk [3].

Omdlenia, zaburzenia świadomości, zasłabnięcia to duży problem pielęgnacyjny u chorych z niewydolnością krążenia. Problem omdleń, zaburzeń świadomości czy zasłabnięć może wynikać zarówno z istoty choroby (niewydolności hemodynamicznej), jak też ze skutków ubocznych stosowanej farmakoterapii. Stąd konieczna jest stała obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia niepożądanych skutków podawanych leków (leki hipotensyjne, β -blokerzy, glikozydy nasercowe). Profilaktyka omdleń u pacjentów z niewydolnością krążenia zobowiązuje pielęgniarkę do wnikliwej obserwacji i tzw. „wyczulonego oka”, to znaczy częstego kontrolowania samopoczucia pacjenta, obserwacji jego stanu psychofizycznego i asystowania w zaspakajaniu potrzeb, asekurowania pacjentów mało mobilnych, celem zapobieżenia omdleniom, upadkom, zasłabnięciom. W rozwiązywaniu tego problemu dominują działania profilaktyczne, a obserwacja chorego winna być pogłębiona o kontrolę podstawowych parametrów życiowych.

Nykturia, czyli zwiększone nocne oddawanie moczu [4], wynika z istoty niewydolności krążenia, w przebiegu której dochodzi do zmniejszenia przepływu krwi przez nerki, a co za tym idzie do zmniejszenia filtracji kłębuszkowej w dzień, gdy chory pozostaje w pozycji siedzącej lub stojącej. W nocy, kiedy chory przebywa w pozycji leżącej,

nerki są lepiej ukrwione, a oddawanie moczu się zwiększa. Niestety, sytuacja taka zmusza chorego do przerywanego odpoczynku nocnego celem oddawania moczu. Wziąwszy pod uwagę ograniczenia w wydolności fizycznej i obniżoną tolerancję wysiłku u chorych z niewydolnością krążenia, nykturia stanowi niemały problem pielęgnacyjny, obligujący pielęgniarkę do niekiedy kilkukrotnego w ciągu nocy asystowania choremu w drodze do toalety lub umożliwienia oddania moczu w łóżku.

Kaszel Suchy, męczący kaszel to „zmora” pacjentów cierpiących na niewydolność serca. W dużej mierze może on być spowodowany ubocznym działaniem leków z grupy ACE-i (*ACE-i, angiotensin-converting enzyme inhibitors*) stosowanych w terapii kardiologicznej. Do działań pielęgniarki należy przekazanie komunikatu do lekarza o istniejącym problemie oraz podanie leków znoszących kaszel, np. thiocodin wg zleceń lekarskich. Wspomniane interwencje to zadania diagnostyczne i terapeutyczne, których realizacji pielęgniarka dokonuje na podstawie zleceń lekarskich. Typowy dla lewokomorowej niewydolności krążenia kaszel nocny jest wyrazem zastoiny płucnej [1, 4]. Stwierdzenie typowych dla tego stanu klinicznego objawów osłuchowych w postaci rżnię nad polami płucnymi [4], obliguje zespół terapeutyczny do podjęcia intensywnych działań leczniczo-pielęgnacyjnych.

Krwioplucie świadczyć może o pogarszającym się stanie pacjenta. Informację o pojawieniu się tego objawu należy natychmiast przekazać lekarzowi, gdyż odskztuszanie pienistej, podbarwionej krwią, różowej wydzieliny jest typowe dla obrzęku płuc – stanu bezpośredniego zagrożenia życia. Charakter oraz nasilenie krwioplucia, obecność innych objawów towarzyszących, tj. niepokój, duszność, sinica, częstoskurcz, zaburzenia świadomości, określać będą interwencje pielęgniarstwo-lekarskie [4]. Niemniej jednak, dominować będą tu zadania terapeutyczne, wynikające z zazwyczaj intensywnie prowadzonego procesu diagnostyczno-terapeutycznego. W celu profilaktyki obrzęku płuc nadrzędną sprawą u pacjentów z niewydolnością krążenia jest odpowiednia pod względem ilości i odpowiednio dozowana podaż płynów. Pamiętać więc należy o ograniczeniu płynów przyjmowanych (ilość określa lekarz) oraz o tym, że infuzje dożylnych płynów winny być prowadzone powoli. Forsowne przetoczenie płynów infuzyjnych choremu z niewydolnością krążenia może być przyczyną obrzęku płuc.

Deficyt wiedzy o chorobie i życiu z nią obliguje pielęgniarkę do realizowania zadań edukacyjnych. Podstawą każdej edukacji jest wstępne określenie potrzeb edukacyjnych chorego i jego rodziny w zakresie wiedzy o istocie choroby oraz jej objawów, wiedzy dotyczącej leczenia, a w szczególności zasad przyjmowania leków, umiejętności samokontroli, znajomości zalecanej diety i motywacji do jej stosowania, wiedzy dotyczącej aktywności fizycznej i leczenia spoczynkowego [3]. Edukacja pacjentów z niewydolnością krążenia dotyczy profilaktyki drugo- i trzeciorzędowej. Przebiegać ona powinna zarówno pod kątem czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, takich jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, otyłość, palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, mała aktywność fizyczna, hipercholesterolemia, stres, przewlekłe choroby nerek [6],

jak również pod kątem rehabilitacji ruchowej, leczenia spoczynkowego, farmakologicznego (zasady przyjmowania leków), zapobiegania powikłaniom farmakoterapii, powikłaniom związanym z unieruchomieniem - w ogólnym ujęciu powinna obejmować problematykę radzenia sobie w chorobie. Może to być indywidualna rozmowa terapeutyczna bądź edukacja w formie grupowej, lub też dostarczenie ulotek na temat jak żyć z chorobą wieńcową i jaką dietę stosować. Szczególnie zalecana w grupie chorych z omawianym schorzeniem jest dieta śródziemnomorska, bogata w kwasy omega-3. Wysiłek fizyczny podejmowany przez chorych kardiologicznych powinien być umiarkowany, ściśle określony przez lekarza kardiologa pod względem wydolności układu sercowo-naczyniowego. Chorym takim zazwyczaj zaleca się ćwiczenia aerobowe.

Obecnie, spośród teoretycznych modeli pielęgniarstwa, czołowe miejsce zajmuje model Dorothy Orem. Ma on bowiem przydatność edukacyjną i naukową [7].

Model ten ma także doskonałe zastosowanie u pacjentów z niewydolnością krążenia. Zatem omówione powyżej problemy warto rozpatrywać i rozwiązywać je opierając się na teorii Dorothy Orem.

Na teorię ogólną D. Orem składają się:

1. teoria samoopieki;
2. teoria deficytu samoopieki;
3. teoria systemów pielęgniarstwa.

W teorii samoopieki Orem wyróżnia:

- potrzeby uniwersalne;
- potrzeby rozwojowe;
- potrzeby w dewiacjach [7].

Teoria deficytu samoopieki jest główną częścią ogólnej teorii pielęgniarstwa Orem [7]. Jej zamysłem jest ciągle dokonywanie bilansu pomiędzy zapotrzebowaniem na samoopiekę (domaganie opieki terapeutycznej) a rzeczywistymi możliwościami samoopieki (agendą samoopieki). Deficyt samoopieki ma miejsce wówczas, gdy zapotrzebowanie na samoopiekę jest większe aniżeli możliwości chorego w tym zakresie.

Uwzględniając zakres działań wykonywanych przez pielęgniarkę na rzecz podopiecznego,

Orem wyróżniła trzy typy systemu pielęgnowania:

- system kompensacyjny;
- system częściowo kompensacyjny;
- system wspierająco-uczący (rozwojowy) [7].

Elementami tych systemów są:

- status pielęgniarka;
- status pielęgniarka-pacjent;
- akcje/interakcje pielęgniarka-pacjent [8].

Łatwo zauważyć, że czynności podejmowane przez pielęgniarkę dla rozwiązywania wyżej omówionych problemów przybierają różny wymiar. W zależności od stanu chorego, raz będzie to system kompensacyjny lub częściowo kompensacyjny opieki nad chorym, innym razem system wspierająco-uczący. Teoria Dorothy Orem ułatwia proces zróżnicowania pacjentów potrzebujących pielęgniarstwa pomocy poprzez podział na tych, którzy ze względu na swój stan wymagają pomocy i tych, którzy częściowo mogą troszczyć się o siebie sami.

Dorothea Orem w swojej teorii samoopieki mówi, że w zapewnieniu opieki nad zdrowiem człowieka najważniejszą rolę odgrywa on sam. Jednak w warunkach hospitalizacji to pielęgniarka zapewnia troskliwą opiekę, podejmując czynności znaczące dla utrzymania zdrowia i życia, dla osiągnięcia dobrostanu przez pacjenta [7, 9, 10, 11, 12].

Model samoopieki/deficytu samoopieki opiera się na określeniu deficytu w samoopiece, a więc sprecyzowaniu obszaru potrzeb, w których pacjent wymaga pomocy pielęgniarki [7, 8]. Wśród chorych z chorobami układu sercowo-naczyniowego znajdują się pacjenci samodzielni z dużą agendą samoopieki, z optymalnym podejściem do choroby, tj. „choroba jako zadanie” [5], ale także pacjenci z wielochorobowością kardiologiczną i zaawansowaną niewydolnością serca, na rzecz których pielęgniarka pełni wiele zadań i czynności, zarówno opiekuńczo-pielęgnacyjnych, diagnostyczno-terapeutycznych, jak i edukacyjnych. Pielęgniarka musi rozpoznać i ocenić istniejące potrzeby uniwersalne, rozwojowe i te, wynikające z istnienia choroby. Kolejnym etapem jest określenie deficytu samoopieki oraz odpowiednie kompensowanie rozpoznanego deficytu samoopieki, poprzez adekwatne działania pielęgnacyjno-opiekuńcze i ich odpowiedni zasięg, tj. zastosowanie odpowiedniego systemu pielęgniarstwa i właściwej kombinacji elementów systemu. W celu zachowania ciągłości opieki niezbędna jest systematyczna ocena deficytu w samoopiece. Ową ciągłość opieki zapewnia prowadzenie procesu pielęgnowania pacjenta według wyróżnionych przez Orem czterech etapów:

- rozpoznawanie problemów;
- planowanie opieki;
- realizacja opieki;
- ocena uzyskanych wyników [8].

Zmieniający się stan zdrowia pacjenta wymaga ciągłego dokonywania bilansu pomiędzy zapotrzebowaniem na samoopiekę a rzeczywistymi możliwościami samoopieki u pacjenta. W zależności od stanu zdrowia chorego pielęgniarka wprowadza i realizuje kompensacyjny, częściowo kompensacyjny lub wspierający - uczący system opieki nad chorym. W systemach tych w różnej kombinacji występują elementy takie jak: status pielęgniarka, status pielęgniarka-pacjent, akcje/interakcje pielęgniarka-pacjent. Pielęgniarka powinna swe działania prowadzić tak, aby w sposób harmonijny zapewnić przejście z jednego systemu pielęgniarstwa do drugiego (np. z systemu kompensacyjnego do systemu częściowo kompensacyjnego), jednocześnie poddając rozważaniu i zarządzając elementami systemów, tj. status pielęgniarka, status pielęgniarka-pacjent, akcje/interakcje pielęgniarka-pacjent. Takie postępowanie oparte na teorii Dorothy Orem umożliwia kompensowanie ograniczeń pacjenta w zakresie samoopieki oraz zapewnianie takiej pomocy, jakiej on potrzebuje w określonej sytuacji klinicznej [7].

OMÓWIENIE

Chorzy na niewydolność krążenia ulegają często stanom depresyjnym, poddają się chorobie, tracą chęć do życia. Trudno się czasem dziwić komuś, dla kogo jedynym ratunkiem jest przeszczepienie serca, a szansa ta okazuje

się być zbyt odległą. Do fatalnej jakości życia, do marginalnej tolerancji wysiłku, dołącza pesymizm, depresja, rezygnacja. W takich przypadkach niebywałego znaczenia nabiera rola ekspresyjna pielęgniarki. Klimat tej roli przenikać powinien wszystkie działania, jakie pielęgniarka podejmować będzie na rzecz chorego. Zapewnienie profesjonalnej pomocy pielęgniarstwu choremu człowiekowi wymaga od pielęgniarki wiedzy i wyobraźni, a także zdolności twórczych i myślenia perspektywicznego. Wszystkie te elementy są bowiem niezbędne do ustalenia tego, co w systemie zapewniania pomocy w określonym czasie powinni podejmować, zarówno pielęgniarka, jak i pacjent [7]. Proces pielęgnowania u chorego z niewydolnością serca jest niezwykle dynamiczny. Mnogość i waga problemów pielęgnacyjnych zależny od zaostrzeń i okresów ustabilizowania się choroby, od stopnia jej zaawansowania, od chorób jej towarzyszących. W zależności od zmieniającego się stanu zdrowia pacjenta, raz będą dominowały potrzeby w dewiacjach, innym razem będą one ustępowały miejsca potrzebom rozwojowym i uniwersalnym. Wraz z postępem choroby i pogarszającym się stanem zdrowia pacjenta, zwiększać się będzie deficyt samoopieki i rosło będzie domaganie się opieki terapeutycznej. Wszystkie te zmiany w sytuacji zdrowotnej chorego pielęgniarka musi rozpoznać, wyciągnąć adekwatne do sytuacji wnioski i podjąć działania [7]. Innymi słowy określić potrzeby pacjenta, następnie oszacować jego zdolność do samoopieki i wreszcie wybrać należyty system pielęgnowania wyznaczając cel działań pielęgniarstwa, zaś realizacja zaplanowanych działań musi podlegać stałej kontroli, ocenie i ewaluacji. Takie postępowanie, oparte na teorii Dorothy Orem, umożliwia kompensowanie ograniczeń pacjenta w zakresie samoopieki oraz zapewnianie takiej pomocy, jakiej on potrzebuje do rozwoju własnej agendy samoopieki [7, 9, 10, 11, 12].

Powyższe rozważania ukazują, iż teoria Dorothy Orem jest optymalną teorią pielęgniarstwa, w odniesieniu do pielęgnowania chorych z niewydolnością krążenia.

WNIOSKI

1. Zastosowanie przez pielęgniarkę poszczególnych systemów teorii D. Orem adekwatnych do stanu klinicznego pacjenta, w sposób wymierny może ułatwić opiekę nad chorym z niewydolnością krążenia.
2. W chorobach przewlekłych niezmiernie ważna jest samoopieka, samoobserwacja i samopielęgnacja. Zastosowanie teorii D. Orem pozwala na rozbudowanie agendy samoopieki, uczy zachowań zdrowotnych w chorobie, a przez to pozwala pacjentowi brać aktywny udział w procesie diagnostyczno-terapeutyczno-pielęgnacyjnym. To wszystko, przynosi wymierne korzyści zarówno w efektach terapii, jak i kondycji psychospołecznej pacjenta, zwiększając jego poczucie kontroli nad chorobą i poczucie skuteczności.
3. Pielęgnowanie chorego z niewydolnością krążenia w myśl założeń teorii D. Orem pozwala utrzymać właściwą relację działań podejmowanych przez pielęgniarkę i pacjenta. Zakres owych działań musi ulegać modyfikacji w zależności od zmieniającego się zapotrze-

bowania na świadczenia pielęgnacyjne, opiekuńcze, diagnostyczne, lecznicze i edukacyjne.

PIŚMIENNICTWO

1. Krupienicz A. Niewydolność serca. [w:] Choroby wewnętrzne. red. Pączek L, Mucha K, Foroniewicz B. Warszawa: PZWL; 2004.s.120-126.
2. Łada W. Niewydolność serca. [w:] Wstęp do interny. red. Łada W. Warszawa: Dział Wydawnictw WUM; 2003.s.15-27.
3. Faleńczyk K. Pielęgnowanie chorego z zastoinową niewydolnością krążenia. [w:] Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. red. Kędziora-Kornatowska K, Muszałik M, Lublin: Czelej; 2000.s.181-190.
4. Grabowski M, Opolski G. Choroby układu krążenia, Objawy kliniczne. [w:] Choroby wewnętrzne. red. Pączek L, Mucha K, Foroniewicz B. Warszawa: PZWL; 2004.s.25-31.
5. Owczarek K. Psychologia dla pielęgniarek. Warszawa: Oficyna Wydawnicza WUM; 2007.s. 42-43.
6. Senatorski G, Stawicki S, Poniatowska E. Wpływ przewlekłej niewydolności nerek na układ sercowo-naczyniowy. [w:] Wybrane choroby układu sercowo-naczyniowego w przewlekłych chorobach nerek. red. Senatorski G., Stawicki S., Wyzgał J. Lublin: Czelej; 2007.s.13-41.
7. Poznańska S. Dorothea Orem – Model samoopieki/deficytu samoopieki. [w:] Wybrane modele pielęgniarstwa. Poznańska S, Płaszewska-Żywko L. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2001.s.103-132.
8. Marć M, Ciechaniewicz W. Istota teorii pielęgniarstwa zorientowanych na potrzeby podmiotu opieki (na przykładzie V. Henderson i D. Orem). [w:] Filozofia i teorie pielęgniarstwa. red. Górecki-Jóźwik J. Lublin: Czelej; 2007.s.299-313.
9. Piotrkowska R, Książek J, Falba A. Model Dorothy Orem w opiece nad pacjentką z rakiem piersi. Problemy Pielęgniarstwa. 2008;16 (4): 352–358.
10. Blak A. Wokół teorii Orem. Piel. 2000. 1996;3: 15-17.
11. Blak A. Wokół teorii Orem. Piel. 2000. 1996;4: 10-11.
12. Blak A. Wokół teorii Orem. Piel. 2000. 1996;5: 11-12.

Praca przyjęta do druku: 15.05.2009

Praca zaakceptowana do druku: 06.07.2010