

ZWĘŻENIE TĘTNIC SZYJNYCH – PROBLEMY PIELĘGNACYJNE WYSTĘPUJĄCE U CHORYCH

Carotid artery stenosis – nursing management issues in patients



Katarzyna Cierzniańska^{1,2}, Maria T. Szewczyk^{1,2}, Beata Westphal², Łukasz Woda²

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej, Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2013; 1: 12-20

Praca wpłynęła: 20.05.2012, przyjęto do druku: 10.10.2012

Adres do korespondencji:

dr n. med. Katarzyna Cierzniańska, Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz

Streszczenie

Celem pracy było wyodrębnienie głównych problemów pielęgnacyjnych na podstawie oceny występowania objawów klinicznych oraz akceptacji choroby w grupie chorych ze zwężeniem tętnic szyjnych.

Materiał i metody: W badaniu uczestniczyło 91 chorych ze zwężeniem tętnic szyjnych, zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz zawierający dane demograficzne i wywiad oraz arkusz Skali akceptacji choroby (*Acceptance of Illness Scale – AIS*).

Wyniki: Wymienione w pracy objawy neurologiczne występujące w grupie badanej mogą zagrażać bezpieczeństwu chorego, wpływać negatywnie na jego sprawność i samodzielność oraz zaburzać komunikację z chorym. Średnia arytmetyczna, jaką osiągnęli badani w skali AIS ($32,89 \pm 7,75$), wskazuje na dość dobre przystosowanie do choroby. Wyższy stopień akceptacji choroby zaobserwowano u mężczyzn, w starszej grupie wiekowej oraz u chorych, u których nie występował udar niedokrwienny.

Wnioski: Różnorodność objawów u chorych ze zwężeniem tętnic szyjnych determinuje indywidualne rozwiązywanie problemów pielęgnacyjnych w okresie okołoperacyjnym. Stopień akceptacji choroby w sposób istotny statystycznie zależy od płci, wieku i przebytego wcześniej udaru niedokrwiennego.

Słowa kluczowe: zwężenie tętnic szyjnych, problemy pielęgnacyjne, akceptacja choroby.

Wstęp

Zwężenia światła tętnicy szyjnej wewnętrznej stanowią bardzo wysoki odsetek zwężeń tętnic dogłowych oraz są przyczyną niemal co trzeciego niedokrwiennego udaru mózgu. Śmiertelność w przebiegu udaru wynosi 10–30%. Najskuteczniejszą metodą postępowania w profi-

Summary

The aim of this study was to recognise major nursing issues, based on the evaluation of clinical symptoms and illness acceptance in a group of patients with carotid artery stenosis.

Material and methods: The study included 91 patients with carotid artery stenosis qualified for the operation. A questionnaire (containing demographic data and patient's medical history) and a standardized Acceptance of Illness Scale (AIS) were used to evaluate the study material.

Results: Neurological symptoms listed in this study group may become life-threatening ones, may affect their performance status and self-reliance and could also disturb communication with the patient. The mean value achieved by the patients in AIS scale (32.89 ± 7.75) indicates a quite high level of illness acceptance. Higher levels of acceptance were observed in a group of men, in older patients and also in patients without past history of ischemic stroke.

Conclusions: Diversity of symptoms in patients with carotid artery stenosis determines an individual approach to nursing problems during the perioperative period. The level of disease acceptance statistically significantly depends on sex, age and history of past ischemic stroke in patients.

Key words: carotid artery stenosis, nursing problems, disease acceptance.

laktyce udaru niedokrwiennego mózgu u pacjentów ze zwężeniem tętnic szyjnych jest zabieg chirurgiczny udrożnienia tych tętnic. Wykonywany jest on zarówno u osób bez objawów niedokrwienia, jak i tych, u których wcześniej objawy te stwierdzono [1]. Często chorzy nie zdają sobie sprawy z groźnych konsekwencji zwężenia tętnic szyjnych, trwałego kalectwa, a nawet utraty życia.

Informacja o hospitalizacji i operacji jest dla chorego dużym stresem. Postawa pielęgniarki i holistyczne podejście do pacjenta powinny zapewnić mu poczucie bezpieczeństwa.

Cel pracy

Celem pracy było wyodrębnienie głównych problemów pielęgnacyjnych na podstawie oceny występowania objawów klinicznych oraz akceptacji choroby w grupie chorych ze zwężeniem tętnic szyjnych.

Materiał i metody

Badania prowadzono w Klinice Chirurgii Ogólnej i Poradni Chorób Naczyń Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy. W badaniu uczestniczyło 91 chorych z rozpoznaniem zwężeniem tętnic szyjnych, zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego.

Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz zawierający dane demograficzne i krótki wywiad oraz standaryzowany arkusz Skali akceptacji choroby (*Acceptance of Illness Scale* – AIS). Skala ta jest przeznaczona do badania osób dorosłych, aktualnie chorych. Zawiera osiem stwierżeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Chory ocenia zgodność każdego stwierdzenia z jego obecnym stanem w skali od 1 do 5. Suma uzyskanych punktów jest ogólną miarą stopnia akceptacji choroby. Wyższy wynik oznacza lepsze przystosowanie do choroby.

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy CM UMK w Toruniu.

Przebieg i analiza wyników badań

Przed zaplanowanym zabiegiem chirurgicznym, po wstępnej rozmowie z chorym i uzyskaniu dobrowolnej zgody na udział w badaniu, wykonywano pomiar parametrów (ciśnienia krwi na obydwu kończynach górnych, tętna, masy ciała i wzrostu pacjenta). Następnie proszono badanego o wypełnienie (samodzielnie lub z pomocą pielęgniarki) arkusza badawczych. W drugim etapie, po miesiącu od operacji, podczas wizyty chorego ponownie oceniano wartość ciśnienia tętniczego i tętna oraz za pomocą ankiety utrzymywanie się, nasilenie lub zmniejszenie objawów występujących przed zabiegiem.

Do oceny wartości punktowych skal przyjęto średnią arytmetyczną i odchylenie standardowe (SD) (średnia \pm SD). W celu porównania średnich wartości skali punktowej w grupach wg zmiennych wykorzystano testy dla prób niezależnych *t*-Studenta. Za istotną statystycznie zależność między zmiennymi uznano odpowiadający otrzymanej statystyce poziom istotności $p < 0,05$.

Pozyskane dane zostały opracowane za pomocą programów: Microsoft Excel i Statistica PL.

Charakterystyka grupy badanej

Grupa badana liczyła 91 osób, w tym 36 kobiet (40%) i 55 mężczyzn (60%) w wieku od 40 do 87 lat (średnio 67,12 \pm 8,55) roku, mediana 66). Większość badanych nie pracowała, z racji wieku byli to emeryci i renciści – 85 osób (93%). Tylko 6 ankietowanych (7%) było aktywnych zawodowo.

Osoby stanu wolnego (wdowiec/wdowa, rozwiedziony/rozwiedziona, kawaler/panna) stanowiły nieco ponad czwartą część całej grupy. Chorzy pozostający z związku małżeńskim stanowili 73%.

Wyniki badań

Wskaźnik masy ciała

Na podstawie podanych przez Światową Organizację Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) norm dla wskaźnika masy ciała (*body mass index* – BMI), u 36% badanych stwierdzono prawidłową masę ciała, 2% osób miało niedowagę, 45% nadwagę, 16% otyłość I stopnia, a 1% otyłość III stopnia.

Wartości parametrów ciśnienia tętniczego i tętna

Średnie wartości ciśnienia skurczowego mierzonego na kończynie górnej lewej wynosiły przed zabiegiem: 134,45 \pm 15,75 mm Hg (min. 90; maks. 190), po zabiegu: 132,25 \pm 11,24 mm Hg (min. 100; maks. 170), a na kończynie górnej prawej, przed zabiegiem: 134,29 \pm 15,23 mm Hg (min. 90; maks. 190), po zabiegu: 131,37 \pm 11,26 mm Hg (min. 100; maks. 170). W odniesieniu do wartości ciśnienia skurczowego mierzonego na kończynie górnej lewej przed operacją i po zabiegu różnice nie były istotne statystycznie. Natomiast istotnie różniły się wartości ciśnienia mierzonego na kończynie prawej, $p = 0,03$. Różnice pomiarów ciśnienia tętniczego pomiędzy lewą a prawą kończyną, zarówno przed zabiegiem, jak i po nim, nie były istotne statystycznie.

Średnie wartości tętna wynosiły: przed zabiegiem 73,96 \pm 8,02 uderzeń na minutę (min. 60; maks. 100), po zabiegu 72,42 \pm 5,35 uderzeń na minutę (min. 60; maks. 84). Różnice w wartościach tętna mierzonego przed zabiegiem i po zabiegu były istotne statystycznie ($p = 0,015$).

Występowanie objawów chorobowych

W pracy analizowano, czy dziesięć objawów charakterystycznych dla zwężenia tętnic szyjnych pojawiło się u uczestników badania przed zabiegiem oraz czy nastąpiła zmiana w ich nasileniu w ciągu jednego miesiąca po operacji (tab. 1.).

Napadowe bóle i zawroty głowy

Przed zabiegiem 32 ankietowanych (35%) skarżyło się na napadowe bóle i zawroty głowy. Po operacji u 15 (16%)

Tabela 1. Występowanie objawów chorobowych przed zabiegiem i po zabiegu udrożnienia tętnic szyjnych

Objawy	Występowanie					
	przed zabiegiem		po zabiegu			
	N	%	N	%	N	%
napadowe bóle i zawroty głowy	nie występowały nigdy N = 59 (65%)					
	przed zabiegiem		po zabiegu			
	występowały	32	35	ustąpiły zupełnie	10	11
				zmniejszyły się	15	16
				takie same	5	6
			nasiliły się	2	2	
szum w głowie	nie występowały nigdy N = 53 (58%)					
	przed zabiegiem		po zabiegu			
	występowały	38	42	ustąpiły zupełnie	8	9
				zmniejszyły się	17	19
				takie same	10	11
			nasiliły się	3	3	
zaburzenia równowagi	nie występowały nigdy N = 54 (59%)					
	przed zabiegiem		po zabiegu			
	występowały	37	41	ustąpiły zupełnie	8	9
				zmniejszyły się	22	24
				takie same	4	4
			nasiliły się	3	3	
zaburzenia słuchu	nie występowały nigdy N = 83 (91%)					
	przed zabiegiem		po zabiegu			
	występowały	8	9	ustąpiły zupełnie	1	1
				zmniejszyły się	5	6
				takie same	2	2
			nasiliły się	0	0	
krótkotrwałe utraty świadomości, omdlenia, utraty przytomności	nie występowały nigdy N = 74 (81%)					
	przed zabiegiem		po zabiegu			
	występowały	17	19	ustąpiły zupełnie	15	17
				zmniejszyły się	1	1
				takie same	1	1
			nasiliły się	0	0	
postępujące zaburzenia pamięci i osłabienie sprawności umysłowej	nie występowały nigdy N = 78 (86%)					
	przed zabiegiem		po zabiegu			
	występowały	13	14	ustąpiły zupełnie	5	6
				zmniejszyły się	5	5
				takie same	2	2
			nasiliły się	1	1	
zaburzenia ruchowe (niedowładny, porażenia)	nie występowały nigdy N = 61 (67%)					
	przed zabiegiem		po zabiegu			
	występowały	30	33	ustąpiły zupełnie	3	3
				zmniejszyły się	16	18
				takie same	8	9
			nasiliły się	3	3	
zaburzenia czuciowe	nie występowały nigdy N = 60 (66%)					
	przed zabiegiem		po zabiegu			
	występowały	31	34	ustąpiły zupełnie	4	4
			zmniejszyły się	16	18	

Tabela 1. cd.

Objawy	Występowanie					
				takie same	7	8
				nasiliły się	4	4
zaburzenia mowy	nie występowały nigdy <i>N</i> = 71 (78%)					
	przed zabiegiem	<i>N</i>	%	po zabiegu	<i>N</i>	%
	występowały	20	22	ustąpiły zupełnie	3	3
				zmniejszyły się	8	9
				takie same	7	8
			nasiliły się	2	2	
zaburzenia wzroku	nie występowały nigdy <i>N</i> = 77 (85%)					
	przed zabiegiem	<i>N</i>	%	po zabiegu	<i>N</i>	%
	występowały	14	15	ustąpiły zupełnie	5	6
				zmniejszyły się	5	5
				takie same	4	4
			nasiliły się	0	0	

z nich objawy zmniejszyły się, u 10 (11%) ustąpiły zupełnie, u 5 (6%) były takie same, a u 2 (2%) się nasiliły. Na powyższe objawy nigdy nie skarżyło się 59 osób (65%).

Szum w głowie

U 53 respondentów (58%) szumy w głowie nie występowały nigdy. Objaw ten pojawił się u 38 chorych (42%). Po operacji szumy w głowie zmniejszyły się u 17 (19%) uczestników badania, u 10 (11%) były takie same, a zupełnie ustąpiły u 8 osób (9%).

Zaburzenia równowagi

Nieco ponad połowa ankietowanych – 54 osoby (59%) – nie miała zaburzeń równowagi. Dotyczyły one 37 badanych (41%). Po zabiegu, aż 22 (24%) z nich stwierdziło zmniejszenie zaburzeń, a 8 (9%) ustąpienie objawu.

Zaburzenia słuchu

Większość badanych (91%) nie zaobserwowała u siebie zaburzeń słuchu. U chorych, u których one występowały, po zabiegu chirurgicznym zmniejszyły się u 5 chorych (6%), ustąpiły całkowicie u jednego chorego, a u 2 osób (2%) pozostały bez zmian.

Krótkotrwałe utraty świadomości, omdlenia, utraty przytomności

Tylko u 17 osób (19%) z grupy badanej odnotowano utraty przytomności lub omdlenia. Po udrożnieniu tętnicy szyjnej u 15 chorych (17%) w ciągu miesiąca od operacji nie wystąpiły one ani razu.

Postępujące zaburzenia pamięci i osłabienie sprawności umysłowej

Objawy związane z zaburzeniami pamięci dostrzegło u siebie 13 respondentów (14%). Symptomy takie nigdy nie występowały u 78 (86%) badanych.

Zaburzenia ruchowe (niedowłady, porażenia)

Przed operacją u 30 osób (33%) występowały zaburzenia ruchowe. Poprawę stanu zdrowia po zabiegu zaobserwowało u siebie 19 (21%) badanych (w 3% przypadków ustąpiły one zupełnie, a w 18% zmniejszyły się). Zaburzenia ruchowe nasiliły się u 3 osób (3%), natomiast u 8 (9%) chorych występowały z takim samym nasileniem jak przed interwencją chirurgiczną.

Zaburzenia czuciowe

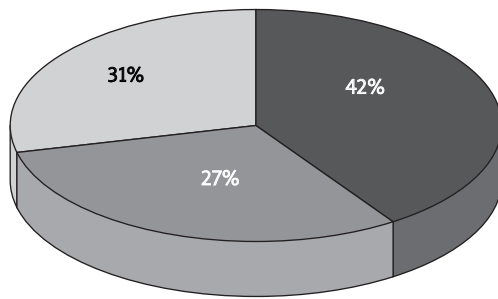
Zaburzeń czucia nie spostrzegło u siebie 60 (66%) ankietowanych. Objaw ten występował u 31 (34%) osób. Miesiąc po operacji objawy zmniejszyły się u 16 (18%), a ustąpiły całkowicie u 4 (4%) z nich.

Zaburzenia mowy

Zaburzenia mowy występowały u niemal co 4. badanego (22%). Nasilenie zaburzeń odnotowano u 2 chorych (2%) po operacji. U 11 chorych z tej grupy (12%) objawy zmniejszyły się, a nawet ustąpiły całkowicie.

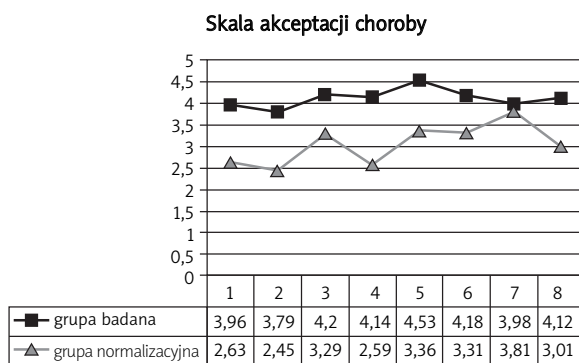
Zaburzenia wzroku

Na zaburzenia wzroku skarżyło się tylko 14 osób (15%) z badanej grupy, po zabiegu dolegliwości się nie nasiliły.



- nie występował
- wystąpił ponad 6 miesięcy wcześniej
- wystąpił w ostatnich 6 miesiącach

Ryc. 1. Występowanie udaru niedokrwiennego przed zabiegiem



Ryc. 2. Wartości dla poszczególnych stwierdzeń według skali AIS

Występowanie udaru niedokrwiennego przed zabiegiem

Udar niedokrwienny wystąpił u 53 chorych (58%) ze zwężeniem tętnic szyjnych. Niemal połowa z tych chorych (28 osób) została zakwalifikowana do operacji w okresie krótszym niż 6 miesięcy od wystąpienia udaru niedokrwiennego. Drugą część grupy stanowiło 25 chorych, u których udar niedokrwienny występował w odległym czasie (ponad 6 miesięcy przed zabiegiem). U pozostałych 38 badanych (42%) udar nie występował (ryc. 1.).

Skala akceptacji choroby

Skala akceptacji choroby (AIS) zawiera osiem stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Badany ocenia swój obecny stan w skali od 1 (zdecydowanie się zgadzam) do 5 (zdecydowanie się nie zgadzam). Na podstawie uzyskanych wyników przedstawionych w tabeli 2. można stwierdzić, że zachorowanie w opinii respondentów nie stanowi znaczącego obciążenia. Najczęściej akcentowanym problemem wynikającym z aktualnego stanu zdrowia, jest brak lub ograniczenie możliwości wykonywania najbardziej ulubionych zajęć. Najwyższą wartość, jaką można uzyskać w skali AIS, to 40 punktów i taki wynik osiągnęło 32 respondentów. Średnia wartość dla skali wynosi 24 punkty. Wartości, jakie osiągnęli badani w skali AIS, podano w tabeli 2. Średnia arytmetyczna, jaką osiągnęli badani ($32,89 \pm 7,75$), pozwala ocenić, że dość dobrze przystosowali się do choroby.

Zgromadzone dane zostały porównane z wartościami podanymi przez Z. Juczyńskiego dla grupy normalizacyjnej ($N = 143$) [2] i przedstawione w postaci wykresu (ryc. 2.). Z analizowanego wykresu wynika, że grupa badana osiągnęła wyższe wyniki dotyczące wszystkich stwierdzeń skali AIS, co jest równoznaczne z lepszym przystosowaniem się do choroby.

Tabela 2. Wartości dla poszczególnych stwierdzeń według skali AIS

AIS	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.
1 Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	3,96	1,31	5	1	5
2 Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	3,79	1,29	4	1	5
3 Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	4,2	1,29	5	1	5
4 Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę	4,14	1,25	5	1	5
5 Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	4,53	0,91	5	1	5
6 Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	4,18	1,23	5	1	5
7 Nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być	3,98	1,25	2	1	5
8 Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	4,12	1,25	5	1	5
AIS akc	32,89	7,75	36	14	40

Tabela 3. Średnie wartości skali AIS dla obu płci

	K = 36		M = 55		t	p
	średnia	SD	średnia	SD		
AIS 1	3,67	1,49	4,15	1,14	-1,72701	0,087635
AIS 2	3,56	1,42	3,95	1,19	-1,41166	0,161535
AIS 3	3,69	1,56	4,53	0,96	-3,15019	0,002222
AIS 4	3,78	1,33	4,38	1,15	-2,30311	0,023604
AIS 5	4,39	1,02	4,62	0,83	-1,17664	0,242477
AIS 6	3,83	1,52	4,40	0,95	-2,18539	0,031486
AIS 7	3,72	1,45	4,15	1,08	-1,59670	0,113878
AIS 8	4,06	1,31	4,16	1,23	-0,39995	0,690151
AIS akc	30,69	8,59	34,33	6,85	-2,23379	0,028003

Porównanie skali AIS względem zmiennych

Porównanie skali AIS względem płci badanych

Porównując średnie wartości skali AIS, można zauważyć, że mężczyźni lepiej akceptują swoją chorobę niż kobiety (K = 30,69 ±8,59; M = 34,33 ±6,85). Zależność ta jest istotna statystycznie ($p = 0,028$). Podczas analizy poszczególnych zagadnień skali stwierdzono, że w odniesieniu do stwierdzeń: 3 – „Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny”, 4 – „Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę”, 6 – „Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem”, występowały istotne statystycznie różnice ($p < 0,05$) w zależności od płci badanych (tab. 3.). Kobiety prezentują poczucie niższej wartości i w większym stopniu od mężczyzn potrzebują pomocy innych.

Porównanie skali AIS względem wieku badanych

Ankietowanych podzielono na dwie podgrupy: młodszą (do 64. roku życia włącznie), którą stanowiło 38 chorych (42%), i starszą – 65 lat i powyżej – 53 osoby (58%). Średnie wartości punktowe akceptacji choroby uczestników badania w wieku 65 lat i starszych są wyższe niż u młodszych ankietowanych ($< 65 = 30,63 \pm 8,84$; $\geq 65 = 34,54 \pm 6,48$). Starsze osoby łatwiej przystosowują się do choroby niż młodsze. Zależność ta jest istotna statystycznie ($p = 0,0177$). Respondenci ze „starszej” grupy wiekowej osiągnęli również wyższe wartości dla poszczególnych stwierdzeń ($p < 0,05$): 2 – „Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię”, 4 – „Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę”, 5 – „Choroba sprawia,

Tabela 4. Średnie wartości skali AIS pod względem wieku

	< 65 lat N = 38		≥ 65 lat N = 53		t	p
	średnia	SD	średnia	SD		
AIS 1	3,68	1,45	4,15	1,17	-1,69697	0,093197
AIS 2	3,45	1,54	4,04	1,04	-2,18864	0,031241
AIS 3	4,16	1,30	4,23	1,30	-0,24802	0,804688
AIS 4	3,71	1,41	4,45	1,03	-2,90121	0,004684
AIS 5	4,29	1,18	4,70	0,61	-2,15258	0,034058
AIS 6	3,87	1,47	4,40	0,99	-2,04648	0,043660
AIS 7	3,74	1,37	4,15	1,13	-1,57501	0,118801
AIS 8	3,74	1,48	4,40	0,99	-2,54670	0,012593
AIS akc	30,63	8,84	34,51	6,48	-2,41563	0,017752

że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół”, 6 – „Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem”, 8 – „Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby” (tab. 4.).

Gdyby za granicę podziału badanej grupy była przyjęta mediana (66 lat), wyniki byłyby bardzo zbliżone do powyższych.

Porównanie skali AIS względem stanu cywilnego badanych

Nie występowały różnice w osiągniętych średnich wartościach skali AIS pomiędzy osobami pozostającymi w związku małżeńskim a pozostałymi (p zawsze osiągało wartość $> 0,05$).

Porównanie skali AIS względem przebytego udaru w grupie badanych

Wskaźniki, jakie osiągnęli chorzy po przebytych udarach niedokrwiennym we wszystkich kolejnych zagadnieniach skali AIS, były niższe od wskaźników chorych bez udaru (tab. 5.). Chorzy po udarze znacznie częściej wymagają pomocy innych ludzi, mają obniżone poczucie własnej wartości oraz wydaje im się, że osoby przebywające w ich towarzystwie są zakłopotane.

Samocena stanu zdrowia podczas wizyty kontrolnej po operacji

Miesiąc po zabiegu udrożnienia tętnicy szyjnej ankietowani dokonywali subiektywnej oceny swojego stanu zdrowia. Okazało się, że u 45 osób sytuacja zdrowotna pozostała bez zmian. Do mniejszego niepokoju związanego z ryzykiem wystąpienia udaru i lepszego samopoczucia przyznało się

40 osób. Tylko 6 respondentów stwierdziło pogorszenie stanu zdrowia wiążące się z powikłaniami pooperacyjnymi.

Główne problemy pielęgnacyjne chorych

Zgodnie z przyjętym celem pracy na podstawie zgromadzonych wyników badań można wyodrębnić kilka ważnych problemów pielęgnacyjnych dotyczących chorych ze zwężeniem tętnic szyjnych w okresie okołoperacyjnym.

1. Występowanie objawów chorobowych zagrażających bezpieczeństwu chorego (zaburzenia równowagi, zaburzenia widzenia, omdlenia, krótkotrwałe utraty przytomności, zaburzenia pamięci, zaburzenia czucia).
2. Występowanie objawów chorobowych utrudniających kontakt z chorym (zaburzenia słuchu, zaburzenia mowy, zaburzenia pamięci).
3. Występowanie objawów chorobowych wpływających na sprawność i samodzielność chorego (deficyty związane z przebytych udarem niedokrwiennym, niedowład, zaburzenia ruchowe, bóle i zawroty głowy).
4. Występowanie czynników, które mogą wpływać negatywnie na aktualny stan zdrowia (wysoki indeks masy ciała, wysokie wartości ciśnienia tętniczego).
5. Możliwość występowania różnorodnych, negatywnych reakcji na aktualny stan zdrowia, w zależności od nasilenia objawów chorobowych – lęk, niepokój, depresja, złość itp. wynikających ze stwierdzenia „Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię”.

Omówienie wyników

Przeanalizowano odpowiedzi na pytanie, które z dziejących objawów charakterystycznych dla zwężenia tętnic szyj-

Tabela 5. Średnie wartości skali AIS pod względem przebytego udaru w grupie badanych

	Udar nie występował N = 38		Udar występował N = 53		t	p
	średnia	SD	średnia	SD		
AIS 1	4,26	1,24	3,74	1,32	1,925850	0,057315
AIS 2	4,29	1,06	3,43	1,34	3,269859	0,001531
AIS 3	4,24	1,32	4,17	1,28	0,242628	0,808852
AIS 4	4,34	1,07	4,00	1,36	1,289901	0,200427
AIS 5	4,71	0,77	4,40	0,99	1,638303	0,104889
AIS 6	4,53	0,95	3,92	1,36	2,349976	0,020986
AIS 7	4,32	1,02	3,74	1,35	2,235935	0,027857
AIS 8	4,47	0,98	3,87	1,37	2,326397	0,022269
AIS akc	35,16	6,14	31,26	8,41	2,426184	0,017276

nych [3, 4] pojawiły się u uczestników badania przed zabiegiem oraz czy ich nasilenie zmieniło się po upływie miesiąca od zabiegu udrożnienia tętnicy szyjnej. Niekiedy choroba może mieć przebieg bezobjawowy [4]. Tylko 12 respondentów, przed zabiegiem i po zabiegu, nie doświadczyło żadnego z poniżej omawianych symptomów. Pozostali badani odczuwali minimalnie jeden lub maksymalnie osiem objawów. Najwięcej osób skarżyło się na zaburzenia równowagi, szumy w głowie i napadowe bóle głowy. Inne dolegliwości pojawiały się w następującej kolejności (pod względem ilościowym): zaburzenia czuciowe, zaburzenia ruchowe, zaburzenia mowy, krótkotrwałe utraty przytomności, zaburzenia wzroku, postępujące zaburzenia sprawności umysłowej i zaburzenia słuchu. Ankietowani ocenili, że po operacji odnotowali zmiany w zakresie wszystkich objawów. Najwięcej chorych odczuło poprawę w odniesieniu do czucia i ruchu oraz stanu równowagi, a także osłabienie bólów i szumów w głowie. U niektórych ankietowanych krótkotrwałe utraty przytomności i napadowe bóle głowy ustąpiły całkowicie. Prawdopodobnie zmniejszenie i ustąpienie objawów ma związek z lepszym ukrwieniem i utlenieniem mózgu w wyniku udrożnienia tętnicy szyjnej. Na takim samym poziomie jak przed zabiegiem chirurgicznym utrzymały się u części respondentów zaburzenia ruchu, mowy i szumy w głowie. Z kolei nasilenie tych symptomów odnotowano u chorych w niewielkim odsetku.

Z badań prowadzonych w Szpitalu Bielańskim w grupie 1000 chorych operowanych z powodu zwężenia tętnic szyjnych wynika, że przed zabiegiem zawroty głowy, zaburzenia równowagi, utrata pamięci i ośpienie występowały u 14% chorych, przebyty udar mózgu, przemijające ataki niedokrwienne i objawy oczne dotyczyły aż 74% badanych, u 12% nie obserwowano objawów klinicznych. Ponadto u 62% występowało nadciśnienie tętnicze, przy czym do najczęstszych zmian farmakoterapii dokonanych na oddziale należała zmiana leczenia źle kontrolowanego nadciśnienia tętniczego i cukrzycy [5]. W grupie badanej również niepokojące są wartości ciśnienia tętniczego skurczowego sięgające 190 mm Hg przed zabiegiem.

Dorobisz i wsp. uważają, że bardzo istotnym elementem w ocenie poszczególnych metod operacyjnych udrożnienia tętnic szyjnych jest subiektywna ocena wyników leczenia przeprowadzona przez samych pacjentów oraz ich zdolność do samodzielnego egzystowania. W ogólnej ocenie wyników przeprowadzonego leczenia operacyjnego pacjenci dobrze odbierali i oceniali ten sposób leczenia i profilaktyki udarów mózgu. Zdecydowana większość badanych odczuwała poprawę swego stanu zdrowia [6]. Z prezentowanych w niniejszej pracy danych wynika, że ok. 44% chorych po zabiegu subiektywnie odczuwało lepsze samopoczucie. Nieco ponad 5% respondentów zgłosiło pogorszenie stanu zdrowia związane z powikłaniami pooperacyjnymi. W takiej sytuacji chorzy wymagają zwiększonej opieki i wsparcia stosownie do rodzaju powikłania.

Postępowanie pielęgniarskie wobec chorych ze zwężeniem tętnic szyjnych w okresie hospitalizacji powinno obejmować typowe czynności związane z opieką okołoperacyjną, w tym: przygotowanie chorego do zabiegu w trybie planowym, pomiary podstawowych parametrów życiowych, bezpośredni nadzór pooperacyjny, zmiana opatrunku, ocena bólu [7] oraz działania indywidualne związane z aktualnie rozpoznanym stanem chorego i uzależnione od zaawansowania choroby [8]. Należą do nich: zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego, pomoc w wykonywaniu czynności higienicznych i innych czynności życia codziennego, rehabilitacja ruchowa. Z uwagi na etiologię miażdżycy, która jest główną przyczyną zwężenia tętnic szyjnych, pielęgniarka powinna wdrożyć edukację dotyczącą prawidłowych zachowań zdrowotnych, modyfikacji stylu życia [9] i stosowania się do zaleceń pohospitalizacyjnych.

W niniejszej pracy oceniano również stopień akceptacji choroby przez respondentów. Ankietowani osiągają wysoki stopień akceptacji choroby, aczkolwiek z powodu swojego obecnego stanu zdrowia często nie mogą wykonywać ulubionych czynności. Uczestnicy badania, pod względem akceptacji choroby, osiągnęli wyższe wyniki od grupy normalizacyjnej [2], pacjentów z cukrzycą, astmą oskrzelową, niewydolnością nerek i chorobą niedokrwinną serca [10] oraz osób po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego [11]. Przystosowanie się do choroby pacjentów ze zwężeniem tętnic szyjnych jest na podobnym poziomie, jaki osiągają osoby chorujące na migrenę [12]. Badani mężczyźni ze zwężeniem tętnic szyjnych osiągnęli istotnie wyższy wskaźnik akceptacji. Podobny rezultat jak w badaniach własnych odnotowano u pacjentów z cukrzycą, astmą oskrzelową, niewydolnością nerek i chorobą niedokrwinną serca [10]. W badaniach wśród pacjentów operowanych z powodu wad wrodzonych serca zaobserwowano odwrotną sytuację, ponieważ tam chorobę lepiej akceptują kobiety [13]. Średnie wartości skali AIS są również wyższe w starszej grupie badanych, co oznacza lepszą akceptację choroby osób w wieku 65 lat i starszych. Z kolei Niedzielski i wsp. dowiedli, że młodszy pacjenci, poniżej 55. roku życia (z cukrzycą, astmą oskrzelową, niewydolnością nerek i chorobą niedokrwinną serca), znacznie lepiej przystosowują się do zmian spowodowanych wystąpieniem choroby przewlekłej niż osoby starsze mające powyżej 55 lat [10]. Do choroby łatwiej przystosowują się respondenci, u których nie wystąpił udar niedokrwenny. Wskaźniki, jakie osiągali chorzy po przebytych udarach w zakresie wszystkich zagadnień skali AIS, były niższe od wskaźników osób, u których udar nie występował. Chorzy po udarze znacznie częściej wymagają pomocy innych ludzi, prawdopodobnie z powodu upośledzonej w wyniku udaru sprawności psycho-fizycznej. Ponadto mają oni obniżone poczucie własnej wartości oraz wydaje się im, że osoby przebywające w ich towarzystwie są zakłopotane. Można przypuszczać, że zaburzenia w procesie komunikowania się u chorych i ich rodzin wynikają z niedostatecznej wie-

dzy na temat przewlekłej choroby (stanu poudarowego) oraz nieumiejętności niesienia pomocy, a tym samym wspólne przebywanie ze sobą staje się kłopotliwe dla obydwu stron [14, 15].

14. Łabuz-Roszak B, Pierzchała K, Porosińska A i wsp. Ocena wiedzy społeczeństwa polskiego na temat udaru mózgu. *Ann Acad Med Siles* 2006; 60: 196-201.
15. Grabowska-Fudala B, Jaracz K. Obciążenie osób sprawujących opiekę nad chorymi po przebytym udarze mózgu. *Udar Mózgu* 2006; 8: 42-47.

Wnioski

1. Występowanie różnorodnych objawów u chorych ze zwężeniem tętnic szyjnych determinuje indywidualne rozwiązywanie problemów pielęgnacyjnych w okresie okołoperacyjnym.
2. Stopień akceptacji choroby w grupie badanej można określić jako dość dobry. Najczęściej akcentowanym przez chorych problemem wynikającym z aktualnego stanu zdrowia jest brak lub ograniczenie możliwości wykonywania ulubionych zajęć.
3. Stopień akceptacji choroby w sposób istotny statystycznie zależy od płci, wieku i przebytego wcześniej udaru niedokrwiennego.

Piśmiennictwo

1. Liapis CD, sir Bell PR, Mikhailidis D, et al. Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej (ESVS). Leczenie inwazyjne zwężenia tętnicy szyjnej: wskazania, metody postępowania [European Society of Vascular Surgery (ESVS) guidelines. Invasive treatment for carotid stenosis: indications, techniques]. *Acta Angiologica* 2010; 16: 190-215.
2. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*, Warszawa 2001.
3. Andziak P. Zwężenie zewnątrzczaszkowego odcinka tętnic szyjnych. W: *Podstawy chirurgii*. Szmidt J, Kuźdżał J (red.). *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2009: 1259-1269.
4. Warot M. Zaburzenia krążenia mózgowego. *Przew Lek* 2006; 5: 41-53.
5. Staszewicz W, Madycki G, Gabrusiewicz A i wsp. 1000 operacji miażdżycowych zwężeń tętnic szyjnych w Szpitalu Bielańskim – ewolucja poglądów oparta na rekomendacjach i doświadczeniu własnym. *Postępy Nauk Medycznych* 2010; 8: 640-644.
6. Dorobisz AT, Milnerowicz A, Barć P. Jakość życia chorych po udrożnieniu tętnicy szyjnej wewnętrznej w zależności od metody operacyjnej. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin-Polonia* 2005; LX, suppl. XVI, 7, sectio D: 29-32.
7. Łabuńska A, Cierzniałowska K, Szewczyk MT. Okołooperacyjna opieka pielęgniarstwa w chirurgii naczyniowej. W: *Pielęgniarstwo angiologiczne*. Szewczyk MT, Jawień A (red.). *Termedia*, Poznań 2010: 35-53.
8. Międalski A, Szewczyk MT, Jawień A, Stodolska A. Opieka pielęgniarstwa nad chorym z niewydolnością krążenia mózgowego leczonym operacyjnie. W: *Pielęgniarstwo angiologiczne*. Szewczyk MT, Jawień A (red.). *Termedia*, Poznań 2010: 103-115.
9. Cierzniałowska K, Westphal B, Szewczyk MT i wsp. Zachowania zdrowotne chorych ze zwężeniem tętnic szyjnych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2011; 4: 211-217.
10. Niedzielski A, Humeniuk E, Błaziak P, Fedoruk D. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. *Wiadomości Lekarskie* 2007; LX: 5-6.
11. Kurowska K, Rumińska B. Akceptacja choroby i sposoby radzenia sobie ze stresem u osób po wszczępieniu endoprotezy stawu biodrowego. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2011; 4: 203-210.
12. Rolka H, Krajewska-Kułak E, Kułak W i wsp. Akceptacja choroby i strategie radzenia sobie z bólem jako istotne komponenty oceny jakości życia zależnej od stanu zdrowia u chorych z migreną. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009; 17: 178-183.
13. Siudańska H, Różański J, Kuśmierczyk M i wsp. Odległa psychologiczna ocena pacjentów operowanych z powodu wad wrodzonych serca. *Kardiolog i Torakochirurg Polska* 2008; 5: 381-385.