

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z ZAKRZEPOWO-ZAROSTOWYM ZAPALENIEM NACZYŃ – STUDIUM PRZYPADKU

Nursing care of Buerger's disease – a case study



Violetta Cebulska¹, Violetta Koźlak¹, Katarzyna Juszcak¹, Patryk Jędraszak²

¹Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu

²Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2017; 11 (4): 128–133

Praca wpłynęła: 1.09.2017; przyjęto do druku: 3.11.2017

Adres do korespondencji:

Katarzyna Juszcak, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu, ul. Kaszubska 13, 62-800 Kalisz, e-mail: kjuszcak@poczta.onet.eu

Streszczenie

Wstęp: Wśród wielu schorzeń układu naczyniowego choroba Buergera (*thromboangiitis obliterans*) pomimo ogromnego postępu i rozwoju medycyny, nadal stanowi poważny problem kliniczny, społeczny oraz zdrowotny. Zakrzepowo-zarostowe zapalenie naczyń to schorzenie o niewyjaśnionej etiologii, przebiegające z okresami zaostrzeń i remisji. W patogenezie jego powstawania bardzo istotną rolę przypisuje się paleniu tytoniu, brane są również pod uwagę mechanizmy autoimmunologiczne. W przebiegu klinicznym choroby stwierdza się występowanie zapalenia małych i średnich tętnic oraz żył, zarówno w obrębie kończyn dolnych, jak i górnych. Złożoność sytuacji zdrowotnej, w której znalazł się chory, zmusza lekarzy, pielęgniarki, rehabilitantów do poszukiwania jak najbardziej optymalnych metod postępowania, pozwalających zapewnić mu lepszy komfort fizyczny, psychiczny oraz jakość życia. Celem pracy było zaprezentowanie planu indywidualnej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z zakrzepowo-zarostowym zapaleniem naczyń, hospitalizowanym w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Ludwika Perzyny w Kaliszu.

Materiał i metody: W pracy zastosowano metodę indywidualnego przypadku. Jako narzędzie badawcze wykorzystano: wywiad, obserwację, analizę dokumentacji oraz pomiar bezpośredni.

Wnioski: 1. Choroba Buergera zaburza znacząco funkcjonowanie człowieka we wszystkich obszarach jego życia i powoduje szereg problemów zdrowotnych wymagających interdyscyplinarnego podejścia. 2. Profesjonalna opieka pielęgniarska ukierunkowana na podmiotowość chorego stanowi podstawowy warunek zapewnienia lepszej jakości i komfortu życia pacjentów z przewlekłą chorobą naczyniową. 3. Wykorzystanie metody procesu pielęgnowania pozwala przygotować i wdrożyć pacjenta i jego rodzinę do samoopieki i samopielęgnacji.

Słowa kluczowe: zakrzepowo-zarostowe zapalenie naczyń, diagnoza pielęgniarska, metoda procesu pielęgnowania.

Summary

Introduction: Among the many diseases of the vascular system, Buerger's disease (*thromboangiitis obliterans*) still poses serious clinical, social, and health problems, despite the great progress and development of medicine. Buerger's disease is a condition of unexplained aetiology, with periods of exacerbation and remission. Smoking and autoimmune mechanisms play significant roles in the pathogenesis process. In the clinical course of disease inflammations of small and medium arteries and veins occur within the lower and upper limbs. The complexity of the patient's health condition makes doctors, nurses, and physiotherapists seek the most effective methods of treatment, providing the patient with better physical and mental comfort and quality of life. Aim of this paper is to present an individual programme of nursing care of patients with Buerger's disease, who were hospitalised in Ludwik Perzyna's Provincial Polyclinical Hospital in Kalisz.

Material and methods: An individual case method was applied in the work. Medical history, observation, data analysis, and direct survey were used as a research tools.

Conclusions: 1. Buerger's disease significantly disturbs human functioning in every aspect of life and causes numerous health problems, which requires interdisciplinary treatment. 2. Professional nursing care focused on the patient's subjectivity is a basic condition to provide better quality and comfort of life in Buerger's disease patients. 3. The implementation of the nursing care method facilitates preparation and familiarisation of the patient and his/her family to self-care.

Key words: Buerger's disease, nursing diagnosis, nursing process method.

Wstęp

Wśród wielu schorzeń układu naczyniowego choroba Buergera (*thromboangiitis obliterans*) pomimo ogromnego postępu i rozwoju medycyny wciąż stanowi poważny problem medyczny, społeczny oraz zdrowotny. Zakrzepowo-zarostowe zapalenie naczyń to schorzenie o niewyjaśnionej etiologii, przebiegające z okresami zaostrzeń i remisji. W patogenezie jego powstawania bardzo istotną rolę przypisuje się paleniu tytoniu, brane są również pod uwagę mechanizmy autoimmunologiczne, predyspozycje genetyczne, uwarunkowania rodzinne. W przebiegu klinicznym choroby stwierdza się występowanie zapalenia małych, średnich tętnic oraz żył, zarówno w obrębie kończyn dolnych (stopy), jak i górnych (dłonie). Dane epidemiologiczne opisujące częstość występowania choroby wskazują, że jest ona zróżnicowana geograficznie i wynosi 0,5–5% w Europie Zachodniej i Ameryce Północnej oraz 2–20% w Europie Wschodniej. W Polsce szacuje się, że pacjenci z TAO stanowią ok. 3% ogółu hospitalizowanych osób z powodu niedokrwienia kończyn [1, 2]. Choroba występuje częściej u mężczyzn i rozpoczyna się zwykle w 20.–35. roku życia. Najistotniejsze symptomy w początkowym okresie niedokrwienia kończyny dotyczyć mogą występowania: parestezji, bólu, objawu chromania przestankowe zwykle ograniczonego do stopy oraz zaburzenia naczynioruchowego w obrębie stóp i rąk. W badaniu przedmiotowym pacjenta rozpoznaje się martwicę suchą lub zakażoną, owrzodzenia niedokrwienne, zwykle asymetryczne na dystalnych i środkowych palcach palców. Stwierdza się również brak tętna na tętnicach piszczelowej tylnej, grzbietowej stopy, promieniowej lub łokciowej, podkolanowej oraz objawy wędrującego zapalenia żył powierzchownych (na stopie i goleni w postaci tkliwych, czerwonych lub różowych powrózków). Pełna diagnostyka schorzenia powinna obejmować badania laboratoryjne, wskaźnik kostka–ramię (ABI), wskaźnik paluch–ramię (TBI) oraz badania obrazowe, takie jak: arteriografia, ultrasonografia dopplerowska i badanie histologiczne. Leczenie polega przede wszystkim na bezwzględnym zaprzestaniu palenia papierosów, zwalczaniu bólu, terapii miejscowej owrzodzeń oraz podawaniu leków poprawiających ukrwienie. W czasie 5 lat od rozpoznania choroby Buergera 15–30% pacjentów wymaga amputacji kończyny. Opieka nad tą grupą pacjentów stanowi szczególne wyzwanie dla wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Złożoność sytuacji zdrowotnej, w której znalazł się chory, zmusza lekarzy, pielęgniarki, rehabilitantów do poszukiwania jak najbardziej optymalnych metod postępowania pozwalających na zapewnienie pacjentowi lepszego komfortu fizycznego, psychicznego oraz jakości życia [3, 4].

Cel pracy

Zaprezentowanie planu indywidualnej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z zakrzepowo-zarostowym zapaleniem naczyń, hospitalizowanym w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Ludwika Perzyny w Kaliszu.

Materiał i metody

W pracy zastosowano metodę indywidualnego przypadku. Jako narzędzia badawcze wykorzystano: wywiad, obserwację, analizę dokumentacji oraz pomiary bezpośrednie.

Opis przypadku

U pacjenta J. K., 47 lat, rozpoznano chorobę Buergera. Stan po amputacji lewego podudzia oraz chirurgicznym usunięciu zmian martwiczych w ranie owrzodzeniowej zlokalizowanej w prawym śródstopiu. Choroby współistniejące pacjenta to: czynna choroba wrzodowa żołądka, przepuklina w linii białej brzucha, padaczka.

Pacjent został przyjęty na Oddział Chirurgii Ogólnej i Przewodu Pokarmowego w trybie nagłym, z powodu zaostrzenia się objawów niedokrwienia w obrębie lewego podudzia oraz owrzodzenia niedokrwiennego w okolicy prawego śródstopia. Obecnie chory znajduje się w 3. dobie po zabiegu operacyjnym amputacji lewego podudzia wykonanym w znieczuleniu podpajęczynówkowym.

Sprawność ruchowa pacjenta jest ograniczona z powodu amputacji i dolegliwości bólowych. Niechętnie uczestniczy w wykonywaniu ćwiczeń rehabilitacyjnych. Wydolność samoobstugowa chorego obejmuje zmianę pozycji ułożeniowej w łóżku, samodzielne spożywanie posiłków, częściowy udział w toalecie ciała. Przy pomocy innych osób chory potrafi przesiąść się na wózek inwalidzki oraz skorzystać z toalety. U pacjenta można zaobserwować zmniejszoną tolerancję wysiłku – niewielka aktywność ruchowa powoduje uczucie zmęczenia i osłabienia.

W dniu obserwacji pacjent zgłasza uporczywy ból, drętwienie w obrębie palców prawej dłoni (palce: I, II, III, V) oraz lewej dłoni (palce: II, III). Skóra w tej okolicy jest zasiniona, widoczne są również przebarwienia nikotynowe. Pacjent zgłasza dolegliwości bólowe w miejscu oczyszczonego owrzodzenia zlokalizowanego w prawym śródstopiu w skali VAS – 6 pkt. Największe natężenie bólu występuje w godzinach przedpołudniowych oraz wieczornych. Rana pooperacyjna w obrębie kikuta goi się prawidłowo i pokryta jest jałowym suchym opatrunkiem. W okolicy śródstopia prawego widoczna jest rana owrzodzeniowa: powierzchnia 3 cm, głębokość 6 mm, z niewielką ilością wysięku surowiczego-krwistego, brzegi rany płaskie, łożysko rany wypełnione czerwoną ziarniną. Owrzodzenie jest zaopatrzone opatrunkiem hydro-

koloidowym typu Comfeel. Zabarwienie powłok skórnych jest blado-szare, skóra sucha, łąszcząca się, mało elastyczna, tkanka podskórna miernie rozwinięta. Jama ustna: błona śluzowa sucha, brak uzębienia własnego (chory posiada protezę zębową szczęki górnej), które utrudnia mu rozdrabnianie pokarmów. W okolicy lewej pachwiny widoczne są ogniska rumieniowo-obrzękowe, z krostami na obwodzie o charakterze grzybiczym wielkości ok. 5 cm. Stan higieniczny pacjenta jest niezadowalający: skóra, włosy, paznokcie zaniedbane. Ucieplenie dystalnych części kończyn górnych i dolnej kończyny prawej obniżone. W okolicy prawego przedramienia założona jest kaniula obwodowa typu wenflon.

Jeśli chodzi o stan odżywienia chorego, to BMI wskazuje na niedowagę. Pacjent zjada posiłki niechętnie z powodu braku apetytu oraz objawów dyspeptycznych (zgaga i odbijanie po przyjęciu posiłku). Przyjmuje posiłki z diety lekkostrawnej z ograniczeniem produktów zwiększających wydzielanie kwasu żołądkowego. Czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej – prawidłowa. W dniu obserwacji chory nie oddał stolca, przez cewnik Foley'a założony do pęcherza moczowego wydalil 1100 ml klarownego moczu o zabarwieniu słomkowo-żółtym. Chory jest świadomy, zorientowany co do własnej osoby, miejsca, czasu, otoczenia. Mowa pacjenta jest prawidłowa: wyraźna, logiczna, spójna oraz zrozumiała. Pacjent skarży się na bezsenność, odczuwa smutek oraz lęk o swoją dalszą przyszłość. Czuje się osamotniony, ponieważ rodzina odwiedza go bardzo rzadko. Jest negatywnie nastawiony do hospitalizacji, chwilami staje się nerwowy oraz rozdrażniony. Niechętnie uczestniczy w zabiegach higieniczno-pielęgnacyjnych. Akceptuje swoją chorobę, pomimo że przyniosła mu pewnego rodzaju stratę (utrata kończyny) oraz deficyt w samoopiece i trudności z poruszaniem się. Z zawodu jest specjalistą do spraw BHP, z powodu choroby nie jest czynny zawodowo. Mieszka z żoną oraz dwójką dzieci w trzypokojowym mieszkaniu, w bloku na pierwszym piętrze. Rodzina odwiedza go bardzo rzadko, ponieważ mieszka w dużej odległości od szpitala. Pacjent jest nałogowym palaczem papierosów – pali od 27 lat, średnio 40 papierosów dziennie.

Parametry życiowe pacjenta:

- tętno: 82 uderzeń/min, dobrze napięte, miarowe,
- ciśnienie tętnicze krwi – 100/71 mm Hg,
- oddech: 20/min, miarowy, wykonany bez wysiłku, bezwonny, niestyszalny oraz średnio głęboki,
- temperatura ciała: 36,1°C,
- BMI 19 – niedowaga (wzrost – 176 cm, masa ciała – 60 kg).

Leki przyjmowane przez pacjenta:

- metamizol sodu, amp. 1 g/2 ml (i.v.) – przeciwbólowo, przeciwgorączkowo, doraźnie w razie bólu,
- tramadol, amp. 100 mg/2 ml (s.c.) – syntetyczny opioid, przeciwbólowo, doraźnie w razie bólu,

- morfina, amp. 10 mg/1 ml (s.c.) – agonista receptorów opioidowych, przeciwbólowo, uspokajająco, doraźnie w razie bólu,
- omeprazol, amp. 2 × 0,04 g (i.v.) – hamuje wydzielanie soku żołądkowego przez blokowanie pompy protonowej w komórkach okładzinowych żołądka,
- Nutridrink, 2 × 125 ml (p.o.) – preparat odżywczy (białko, węglowodany, tłuszcze, witaminy, sole mineralne),
- topiramatum, tabl. 2 × 100 mg (p.o.) – przeciwpadaczkowo,
- carbamazepine, tabl. 2 × 400 mg (p.o.) – przeciwdrgawkowo,
- nadroparyna, amputkostrykawka 1 × 7600 j.m. (s.c.) – drobnocząsteczkowa pochodna heparyny, przeciwzakrzepowo,
- kwas acetylosalicylowy, tabl. 1 × 75 mg (p.o.) – hamuje agregację płytek krwi.

Plan opieki pielęgniarskiej

Problem zdrowotny 1

Uporczywy ból, drętwienie, kurcze, ochłodzenie w obrębie obu dłoni oraz w okolicy rany owrzodzeniowej (prawe śródstopie). Bezsenność jest spowodowana przewlekłym zmęczeniem fizycznym i psychicznym.

Celem opieki jest likwidacja dolegliwości bólowych oraz związanej z nimi bezsenności.

Działania pielęgniarskie:

- ocena charakteru, czasu trwania, lokalizacji oraz stopnia natężenia bólu według skali VAS,
- podejmowanie działań mających na celu podwyższenie progu bólowego (skuteczne łagodzenie objawów chorobowych, stwarzanie warunków pozwalających zapewnić pacjentowi wypoczynek, umożliwienie kontaktu z rodziną),
- dbanie o prawidłowe ułożenie chorego w łóżku pozwalające na zmniejszenie dolegliwości bólowych w obrębie kończyn oraz kikuta kończyny prawej dolnej,
- częste przebywanie z chorym, okazywanie mu zainteresowania, zrozumienia jego trudnej sytuacji zdrowotnej,
- udzielanie pacjentowi wsparcia emocjonalnego,
- udział w skutecznej farmakoterapii, podanie leków przeciwbólowych na pisemne zlecenie lekarza (opioidy).

Problem zdrowotny 2

Rana owrzodzeniowa zlokalizowana w okolicy prawego śródstopia. Możliwość wystąpienia powikłań w gojeniu się rany oraz powstawania kolejnych owrzodzeń z powodu postępującego niedokrwienia i zmian troficznych skóry.

Celem opieki jest zapewnienie warunków do prawidłowego gojenia się owrzodzenia oraz zapobieganie powstawaniu kolejnych.

Działania pielęgniarские:

- wnikliwa ocena rany owrzodzeniowej: powierzchnia, głębokość, ocena stopnia gojenia się rany według strategii TIME (badanie przedmiotowe i charakterystyka rany – ocena dna i tkanek wypełniających, kontrola zapalenia, ocena wysięku i poziomu wilgotności powierzchni rany, ocena brzegów owrzodzenia i zaburzeń naskórkowania),
- zaopatrzenie rany zgodnie z obowiązującymi procedurami postępowania z raną przewlekłą (lawaseptyka, debridement, wykorzystanie opatrunków interaktywnych),
- ocena stopnia odżywienia pacjenta (BMI, stężenie białka w surowicy, stężenie witamin) i uzupełnianie ewentualnych niedoborów utrudniających prawidłowe gojenie się rany,
- udział w farmakoterapii, podawanie leków zgodnie z kartą zleceń lekarskich.

Problem zdrowotny 3

Możliwość wystąpienia powikłań w obrębie kikuta: obrzęk, przykurcz zgięciowy kikuta, zakażenie, rozejście się brzegów rany.

Celem opieki jest zapobieganie powikłaniom.

Działania pielęgniarские:

- dokładna obserwacja rany pooperacyjnej w kierunku ewentualnych powikłań (zwracanie uwagi na cechy zapalenia i zakażenia rany, takie jak ból, obrzęk, zaczerwienienie, zwiększone ucieplenie, ograniczona ruchomość w obrębie kikuta),
- przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki przy zmianie opatrunku na ranie pooperacyjnej,
- dbanie o czystość i higienę całego ciała pacjenta,
- instruowanie pacjenta przy współudziale rehabilitanta w zakresie prawidłowego układania kikuta goleni oraz przestrzegania zasad obowiązujących przy zmianie pozycji ułożeniowej, przemieszczaniu się na wózek inwalidzki czy toaletę:
 - przypominanie o konieczności utrzymywania pozycji wyprostnej w stawie kolanowym i biodrowym podczas leżenia na plecach w łóżku oraz jak najczęstsze wykonywanie ćwiczeń prostowania kikuta w wyżej wymienionych stawach,
 - pomoc w układaniu pacjenta na brzuchu celem zapobiegania tworzeniu się wtórnego przykurczu w stawie biodrowym,
 - zachęcanie pacjenta do częstej zmiany pozycji ułożeniowej w łóżku w celu utrzymania pełnej samoobsługi, sprawnego poruszania się oraz zachowania ruchomości kikuta,
 - asystowanie i pomoc przy przemieszczaniu się pacjenta z łóżka na wózek lub toaletę, unikanie zbyt długiego siedzenia na wózku,
 - zwracanie uwagi na konieczność unikania takich pozycji, jak zbyt długie siedzenie z opuszczonym

w dół kikutem, z nogą założoną na nogę, leżenie z kikutem opuszczonym poza krawędź łóżka, ze zgiętym kikutem opartym o podłoże; podkładanie poduszki pod dół podkolanowy oraz udo,

- po wygojeniu rany operacyjnej, stożkowe bandażowanie kikuta pozwalające na ustabilizowanie jego objętości, uzyskanie odpowiedniego kształtu oraz zapobieganie obrzękowi;
- wdrożenie ćwiczeń izometrycznych mięśnia czworogłowego, głównego prostownika stawu kolanowego oraz nauka wykonywania innych ćwiczeń usprawniających (przy pomocy rehabilitanta), np. ćwiczeń wzmacniających siłę mięśniową obręczy barkowej, tułowia (pośladkowe, brzucha, grzbietu), ćwiczeń czynnych kończyny dolnej nieoperowanej w pełnym zakresie,
- dostarczenie pacjentowi niezbędnego zakresu wiedzy oraz kształtowanie umiejętności pozwalających na prawidłowe pielęgnowanie kikuta:
 - obserwacja rany pooperacyjnej w kierunku objawów świadczących o jej zakażeniu: ból, obrzęk, zaczerwienienie, wzmożone ucieplenie skóry,
 - ochrona kikuta przed urazem,
 - rana pooperacyjna ze szwami (umycie rąk przed zmianą opatrunku, przygotowanie wszystkich niezbędnych przyborów: sterylna gaza, środek antyseptyczny – na zlecenie lekarza, plaster mocujący),
 - rana pooperacyjna po zdjęciu szwów (wykonywanie kąpieli pod natryskiem przy użyciu mydła o pH 5,5 – bezzapachowego; czas trwania kąpieli do 1 min; nie stosuje się myjek, gąbek; podczas wycierania należy delikatnie osuszyć ranę jednorazowym ręcznikiem, bez pocierania rany; po kąpieli na ranę trzeba założyć jałowy opatrunek; należy stosować czystą, przewiewną, bawełnianą bieliznę osobistą; jałowy opatrunek można utrzymywać do 2 dni) [5–9].

Problem zdrowotny 4

Zaniedbanie higieniczne wynikające z częściowego deficytu w zakresie samoopieki oraz braku motywacji pacjenta do dbania o czystość ciała i otoczenia.

Celem opieki jest poprawa stanu higienicznego oraz zmotywowanie chorego do brania aktywniejszego udziału w samoopiece i samopielęgnacji.

Działania pielęgniarские:

- pomoc w toalecie całego ciała, obcięciu paznokci, umyciu głowy, ogoleniu,
- pomoc w utrzymaniu prawidłowego stanu nawilżenia skóry z wykorzystaniem środka leczniczego,
- zapewnienie pomocy przy zmianie bielizny osobistej,
- zmiana bielizny pościelowej,
- pomoc w przygotowaniu przyborów niezbędnych do wykonania toalety jamy ustnej oraz do oczyszczenia protezy,

- zaproponowanie płynów do płukania jamy ustnej,
- wskazanie na pozytywne aspekty zdrowotne oraz możliwość uzyskania lepszego samopoczucia w wyniku podejmowanych zabiegów pielęgnacyjnych,
- okazywanie choremu aprobaty i wsparcia, jeśli podejmie zachowania przyczyniające się do poprawy stanu higienicznego.

Problem zdrowotny 5

Ograniczona sprawność ruchowa spowodowana amputacją lewego podudzia i zmniejszoną tolerancją wysiłku.

Celem opieki jest zaspokojenie potrzeby odżywienia i nawodnienia organizmu, aktywności ruchowej, wydalania, wypoczynku, bezpieczeństwa.

Działania pielęgniarские:

- pomoc w spożywaniu posiłków, przyjmowaniu płynów,
- pomoc w zaspakajaniu potrzeby wydalania stolca,
- pomoc w zmianie pozycji w łóżku, przechodzeniu z łóżka na wózek, na toaletę,
- pomoc w zmianie bielizny osobistej,
- zadbanie o wygodę chorego w łóżku, w trakcie przemieszczania się na wózek inwalidzki,
- zorganizowanie czasu wolnego pacjenta – dostarczenie książek, materiałów edukacyjnych,
- ochrona przed urazem, upadkiem.

Problem zdrowotny 6

Zmiany skórne o charakterze grzybiczym – ogniska rumieniowo-obrzękowe z krostami na obwodzie, wielkości ok. 5 cm.

Celem opieki jest uzyskanie poprawy w obrębie występujących zmian grzybiczych na skórze.

Działania pielęgniarские:

- kontrola i obserwacja min. 2 × dziennie miejsc zmienionych grzybiczo w okolicy lewej pachwiny,
- dokładne mycie i osuszanie tych miejsc,
- częsta zmiana bielizny osobistej, zadbanie o jej czystość, suchość,
- stosowanie miejscowo preparatów przeciwgrzybiczych zleconych przez dermatologa,
- przygotowywanie pacjenta do udziału w działaniach terapeutycznych i profilaktycznych pozwalających na uzyskanie poprawy oraz zapobiegających nawrotowi zmian grzybiczych.

Problem zdrowotny 7

Uczucie osamotnienia, obniżenie nastroju spowodowane zbyt rzadkim kontaktem z bliskimi, wyczerpującym procesem hospitalizacji oraz lękiem o dalszą przyszłość.

Celem opieki jest poprawa nastroju i samopoczucia pacjenta. Uzyskanie częściowej akceptacji i zrozumienia obecnej sytuacji zdrowotnej oraz czekającej chorego przyszłości.

Działania pielęgniarские:

- dostarczenie choremu najistotniejszych informacji dotyczących istoty podejmowanych dotychczas działań terapeutycznych (lekarz prowadzący), pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych (rehabilitant),
- wskazanie na możliwości ponowienia próby nawiązania kontaktu z rodziną i częstszych ich wizyt u pacjenta,
- podanie choremu przykładów pozytywnych efektów zdrowotnych będących wynikiem jego większej aktywności i zaangażowania w proces hospitalizacji,
- przeprowadzenie z chorym rozmowy w celu wyjaśnienia mu przyczyn występujących trudności i problemów zdrowotnych (wsparcie, zrozumienie, wysłuchanie, dotrzymanie towarzystwa, okazywanie empatii),
- umożliwienie pacjentowi kontaktu z psychologiem.

Problem zdrowotny 8

Brak apetytu i niedowaga spowodowane bólem, dyskomfortem psychicznym oraz objawami dyspeptycznymi (zgaga, odbijanie po posiłkach).

Celem opieki jest poprawa łaknienia, zapewnienie prawidłowego stanu odżywienia organizmu pacjenta. Zmniejszenie dolegliwości dyspeptycznych.

Działanie pielęgniarские:

- ocena stopnia odżywienia pacjenta (uzupełnianie niedoborów żywieniowych: białko, witaminy, mikroelementy, określenie prawidłowej kaloryczności diety),
- wyjaśnienie pacjentowi konieczności stosowania diety lekkostrawnej z ograniczeniem produktów zwiększających wydzielanie soku żołądkowego, ze szczególnym wskazaniem na wyeliminowanie z diety m.in.: mocnej herbaty, kawy, alkoholu, ostrych przypraw, słonych produktów, potraw smażonych i pieczonych z dużą zawartością tłuszczów zwierzęcych, bardzo słodkich wyrobów cukierniczych, tłustych mięs i wędlin, tłustych serów żółtych, topionych, pleśniowych, grubych kasz, świeżego pieczywa, warzyw kapustnych, grochu, fasoli, surowych owoców,
- zalecanie spożywania 5–6 posiłków dziennie, w mniejszych ilościach oraz powolnego ich przyjmowania,
- wskazanie na znaczenie utrzymania właściwego stanu higienicznego jamy ustnej,
- estetyczne podawanie posiłków,
- pomoc w przyjęciu pacjentowi wygodnej pozycji w trakcie spożywania posiłków: siedząca, półwysoka w łóżku.

Problem zdrowotny 9

Przewlekły nikotynizm.

Celem opieki jest zmotywowanie chorego do rzucenia palenia papierosów.

Działanie pielęgniarские:

- wyjaśnienie choremu korzyści zdrowotnych i znaczenia zaprzestania palenia papierosów (zmniejszenia

liczby wypalanych papierosów) w poprawie stanu klinicznego, spowolnieniu rozwoju choroby oraz uzyskaniu poprawy istniejącego stanu,

- zaproponowanie preparatów farmakologicznych mogących ułatwić choremu zerwanie z nałogiem.

Podsumowanie

Pomimo że udało się uzyskać właściwy poziom opieki pielęgniarskiej nad chorym hospitalizowanym na oddziale chirurgii naczyniowej, Pan J. K. nadal wymaga stałej całodobowej pomocy wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Dokładna i wnikliwa ocena sytuacji zdrowotno-społecznej pacjenta pozwoliła wyłonić i sformułować jego najistotniejsze problemy zdrowotne i kolejno zaplanować i zrealizować indywidualną, holistyczną opiekę pielęgniarską. Niestety zakrzepowo-zarostowe zapalenie tętnic i postępujący przebieg choroby spowodował w codziennym funkcjonowaniu pacjenta wiele deficytów w zakresie samoopieki oraz bardzo duży dyskomfort zarówno fizyczny, jak i psychiczny. Ponadto okaleczenie związane z amputacją kończyny dolnej, chroniczny ból oraz wyniszczenie organizmu przyczyniły się znacząco do obniżenia jakości życia chorego i zwiększyły jego zapotrzebowanie na interdyscyplinarne działania opiekuńcze. Złożoność sytuacji i wynikające z niej potrzeby zdrowotne podopiecznego wskazują, jak bardzo ważną rolę odgrywa profesjonalna opieka pielęgniarska realizowana na podstawie metody procesu pielęgnowania.

Wnioski

Choroba Buergera zaburza znacząco funkcjonowanie człowieka we wszystkich obszarach jego życia i powoduje szereg problemów zdrowotnych wymagających interdyscyplinarnego podejścia.

Profesjonalna opieka pielęgniarska ukierunkowana na podmiotowość chorego stanowi podstawowy warunek zapewnienia lepszej jakości i komfortu życia pacjentów z przewlekłą chorobą naczyniową.

Wykorzystanie metody procesu pielęgnowania pozwala przygotować i wdrożyć pacjenta oraz jego rodzinę do samoopieki i samopielęgnacji.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Sierżantowicz R, Łągoda K. Przygotowanie oraz pielęgnacja pacjentów po zabiegach chirurgicznych. W: Repetytorium z pielęgniarstwa. Kędziora-Kornatowska K, Muszałik M, Kułak-Krajewska E, Wrońska I (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010; 181-188.
2. Kózka M. Opieka nad pacjentem z wybranymi chorobami naczyń tętnicznych i żylnych. W: Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego. Walewska E (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012; 301-313.
3. Kapata W, Bączyk G. Pooperacyjna opieka pielęgniarska i problemy pielęgnacyjne u chorego po amputacji kończyny dolnej. W: Bączyk G, Kapata W (red.). Podstawy kliniczne oraz pielęgnowanie chorych w okresie przed-i pooperacyjnym w chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2012; 79-88.
4. Malinowska-Lipień J, Gabryś T, Kruczek K i wsp. Problemy zdrowotne pacjenta z chorobą Buergera. *Probl Pielęg* 2008; 16: 379-383.
5. Spannauer A, Berwecki A, Niżnik E i wsp. Specyfika postępowania rehabilitacyjnego u chorych po amputacjach naczyniowych. *Pielęg Chir Angiol* 2009; 1: 5-13.
6. Radzimińska A, Janowczyk K, Strojek K i wsp. Odrębności postępowania kinezyterapeutycznego u pacjentów po amputacjach naczyniowych w obrębie kończyn dolnych. *J Educ Health Sport* 2016; 6: 11-23.
7. Ruzzkowska E, Szewczyk MT. Rola pielęgniarki w opiece przedoperacyjnej i pooperacyjnej nad chorym poddawanym amputacji kończyn dolnych. *Pielęg Chir Angiol* 2008; 2: 56-60.
8. Strugała M, Warzecha D. Pielęgnowanie i usprawnianie chorego po amputacji kończyn. W: Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych. Strugała M, Talarska D (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013; 152-164.
9. Kózka M. Opatrywanie ran. W: Procedury pielęgniarskie. Kózka M, Płaszewska-Żywko L (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009; 647-656.