

Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie¹
The Institute of Health Protection,
The State Higher School of Vocational Education in Tarnów
Specjalistyczny Szpital im Edwarda Szczeklika w Tarnowie²
Edward Szczeklik Specialistic Hospital in Tarnów
Wojewódzki Szpital im Św. Łukasza w Tarnowie³
St. Lukas Provincial Hospital in Tarnów

PIOTR KOGUT^{1,2}, MARIA SIWEK², MARZENA CZYŻ³

Acute coronary syndromes as as nursing issue- part one

Ostre zespoły wieńcowe w aspekcie pielęgniarstwie - cz. I

Ostre zespoły wieńcowe (acute coronary syndromes – ACS) to termin, który ukształtował się w latach 80 ubiegłego wieku jako wynik coraz lepszego zrozumienia procesów patofizjologicznych, leżących u podstawy przypadków zaostrzenia stabilnej choroby wieńcowej i zawałów serca. Za symboliczny początek ery obserwacji koronarograficznych, wykonywanych w ostrych zespołach wieńcowych, należy uznać rok 1980, kiedy to DeWood i wsp. ogłosili na łamach *New England Journal of Medicine* pracę wykazującą, że ogromną większość przypadków pełnościennego zawału serca ma związek z wytworzeniem zakrzepu w obrębie naczynia wieńcowego[2]. Pojęcie to zostało wprowadzone do terminologii medycznej dla określenia stanów, których wspólną cechą jest obecność niestabilnej blaszki miażdżycowej w tętnicy wieńcowej. Jej pęknięcie uruchamia szereg procesów związanych z aktywacją płytek, tworzeniem zakrzepu co prowadzi do redukcji światła naczynia, aż do jego zupełnego zamknięcia[3]. Termin „ostre zespoły wieńcowe”, obejmuje trzy typy klinicznych zaburzeń: zawał serca, niestabilną chorobę wieńcową oraz niektóre przypadki nagłego zgonu sercowego. Ostre zespoły wieńcowe są główną przyczyną hospitalizacji chorych w Europie i Stanach Zjednoczonych. Stanowią najczęstszą przyczynę zgonów z powodu chorób układu krążenia[1].

Uznanie chorób układu krążenia za problem społeczny i jedno z najważniejszych zagadnień zdrowotnych naszego kraju zapoczątkowało okres intensywne działań ukierunkowanych na ograniczenie ekspansji tych chorób. Wynikiem wspomnianych działań był dynamiczny rozwój kardiologii i kardiologii chirurgii oraz wyodrębnienie się pionu opieki zdrowotnej, noszącego umowną nazwę „opieki kardiologicznej”. Do zadań którego należy:

- wczesne wykrywanie chorób układu krążenia i zagrożenia nimi oraz prowadzenie wstępnej diagnostyki,
- podejmowanie leczenia, oraz kontynuowanie go przez jednostki specjalistyczne, np.: szpital, poradnie kardiologiczną,
- sprawowanie opieki nad grupami szczególnej troski, np. z nadciśnieniem tętniczym, wysokim poziomem czynników zagrożenia chorobami układu krążenia,
- udział w rehabilitacji ambulatoryjnej i domowej,
- udzielanie pierwszej pomocy medycznej w przypadkach nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia [4].

Współczesny model opieki pielęgniarstwie jest oparty na świadomie zorganizowanym cyklu postępowania zwanym procesem pielęgnowania. Składa się on z czterech podstawowych etapów: rozpoznania, planowania, realizowania, oceniania. Szczególnie ważnym elementem procesu pielęgnowania jest rozpoznawanie, wyznaczające rodzaj i zakres opieki. Polega ono na zbieraniu danych o pacjencie,

niezbędnych do opracowania ukierunkowanego problemowo planu działań. Jako „problem” należy rozumieć niezgodność między stanem rzeczywistym a pożądanym. Planowanie opieki jest drugim etapem procesu pielęgnowania. Plan musi zawierać jasno sformułowane cele i metody działania oraz kryteria oceny uzyskanych wyników – skuteczność pielęgnowania. Realizacja opieki za pomocą poprzednio wybranych metod, oparta na wiedzy i umiejętnościach zawodowych pielęgniarki stanowi urzeczywistnienie opracowanego planu. Ocena procesu pielęgnacji, zarówno bieżąca, jak i etapowa oraz całościowa służy doskonaleniu opieki przez odpowiednią modyfikację celów i metod działania. Istotną wartością procesu pielęgnowania opieki jest ujęcie czynności pielęgniarki w system celowych, zintegrowanych działań, skoncentrowanych na człowieku, który jest pełnoprawnym, współdziałającym i współodpowiedzialnym podmiotem tych działań. Wśród zadań pielęgniarki, wynikających z realizowanych przez nią funkcji systemu ochrony zdrowia, można wyodrębnić:

- zadania diagnostyczne, obejmujące czynności związane z ustalaniem diagnozy pielęgniarskiej, wykonywaniem pomiarów zleconych lub zaplanowanych samodzielnie, uzupełnianie informacji o pacjencie i jego rodzinie,
- zadania lecznicze, wynikające z udziału pielęgniarki w procesie leczenia, wykonywanie zleceń lekarskich oraz samodzielną działalność leczniczą, podejmowaną w razie nagłego pogorszenia stanu zdrowia i (lub) zagrożenia życia pacjenta,
- zadania edukacyjne, których celem jest pomoc w świadomym kształtowaniu pożądanego zachowania zdrowotnych podopiecznych. Działania edukacyjne powinny przygotować pacjentów do prowadzenia samoopieki, współdziałania w leczeniu i rehabilitacji, a osoby zdrowe do przejęcia świadomej odpowiedzialności za utrzymanie zdrowia,
- zadania opiekuńcze, ukierunkowane na poprawę samopoczucia, dostarczające wsparcia w trudnych sytuacjach, wspomagające upośledzone przez chorobę funkcje organizmu,
- zadania organizacyjne, realizowane przez planowanie i koordynowanie działań, organizowanie zasobów potrzebnych do realizacji procesu pielęgnowania, zapewnienie obiegu informacji, dokumentowanie.

Pielęgniarka pracująca w O.I.O.K. winna znać typowe problemy pojawiające się u pacjentów z zawałem serca w trakcie hospitalizacji co znacznie ułatwia opiekę pielęgniarską. Punktem wyjścia do wszystkich działań jest uzyskanie informacji o chorym, które pozwolą postawić diagnozę pielęgniarską. Dokładne poznanie stanu fizycznego i psychicznego pacjenta oraz jego sytuacji społecznej umożliwi wyłonienie problemów konkretnego pacjenta. Diagnoza pozwoli podjąć dalsze działanie, zaplanować optymalne rozwiązania problemów rozpoznanych oraz ich realizowanie. Obserwacja pielęgniarska w chorobach układu krążenia ma szczególne znaczenie, pielęgniarka jest bowiem tą osobą, która bezpośrednio opiekuje się chorym w stanie zagrożenia życia i od jej spostrzegawczości zależy nieraz los chorego. W swoich działaniach uwzględnia partnerstwo i współpracę z pacjentem jest towarzyszką i przewodnikiem pacjenta w całym procesie pielęgnowania. Czyni to okazując zrozumienie, zachęcając i dodając otuchy, wyjaśniając wątpliwości i dylematy, wierząc w potencjalne możliwości pacjenta. Pielęgniarka przyjmując chorego na oddział ustala hierarchię potrzeb chorego, prowadzi staranną i wnikliwą ocenę stanu zdrowia pacjenta, ocenia wpływ stanu na styl życia, rozpoznaje mechanizmy radzenia sobie w zmienionej sytuacji zdrowotnej. Pielęgnując chorego w ostrej fazie zawału mięśnia sercowego rozpoznaje problemy pielęgnacyjne na podstawie danych uzyskanych z obserwacji chorego, rozmowy z rodziną, dokonanych pomiarów (RR, tętno, oddech itp.) oraz informacji uzyskanych od członków zespołu terapeutycznego. W miarę poprawy stanu zdrowia zakres zbieranych danych poszerza się o informacje pozyskane już od samego pacjenta. Rozpoznając indywidualne potrzeby pacjenta w ostrej fazie zawału uwzględniając stan somatyczny, emocjonalny podejmujemy działania dotyczące:

1. sfery biologicznej poprzez:

- realizację zleconego programu leczniczego poprzez sprawne i spokojne wykonywanie wszystkich czynności bez pośpiechu i zdenerwowania,
- realizację podstawowych potrzeb chorego (wg. V. Henderson) w zakresie: zapewnienia wygodnej pozycji w łóżku oraz polecenie ograniczenia ruchomości, utrzymanie higieny, pomocy w żywieniu, wydalaniu,
- określenie rodzaju i intensywności bólu — opanowanie bólu poprzez: poinformowanie lekarza o zgłaszanych przez pacjenta dolegliwościach bólowych, podanie na zlecenie lekarza środka przeciwbólowego, obserwację reakcji pacjenta na podawane leki, stałą obecność przy pacjencie w

- czasie nasilenia bólu, podawanie tlenu przez cewnik nosowy (tlen zwiększa natlenowanie tkanek oraz działa przeciwbólowo),
- obserwację w kierunku możliwości wystąpienia zaburzeń rytmu takich jak np. migotanie komór, zatrzymanie pracy serca i oddechu, nagły spadek RR lub tętna oraz samodzielną interwencję w sytuacji groźnych dla życia powikłań ,
2. sfery psychicznej poprzez:
- zminimalizowanie poczucia zagrożenia i zapewnienie poczucia bezpieczeństwa poprzez informowanie pacjenta o celu wszelkich działań podejmowanych wobec jego osoby,
 - zapewnienie wsparcia psychicznego w sytuacjach trudnych (lęk, ból, żal, osamotnienie, wyrwanie ze środowiska) oraz zapewnienie chorego, iż znajduje się pod dobrą opieką i stałą obserwacją, a ewentualne zagrożenia zostaną szybko rozpoznane i zlikwidowane,
 - zapewnienie intymności przy czynnościach higienicznych i zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych, zapewnienie pomocy w realizacji potrzeb duchowych, stworzenie odpowiednich warunków do snu i odpoczynku,
3. sfery społecznej poprzez:
- pomoc w utrzymaniu kontaktu z rodziną, bliskimi (na życzenie pacjenta telefoniczne poinformowanie rodziny o jego pobycie, w szpitalu, a w przypadku osób samotnych umożliwić kontakt np. z sąsiadem oraz w sytuacji gdy odwiedziny są niemożliwe, zapewnienie kontaktu telefonicznego).

Na rodzaj problemów pojawiających się u pacjentów z zawałem mięśnia sercowego będzie wpływać specyfika metod leczenia. Konieczność stałego podawania leków drogą dożylną (np. Nitrogliceryna, Heparyna) nierozdzielnie wiąże się z ciągłym pobieraniem krwi do badań, co może wywołać u chorego bunt i brak podporządkowania. W tej sytuacji zadaniem pielęgniarki jest pomóc pacjentowi w akceptacji określonych działań diagnostycznych i leczniczych. Poinformować chorego o celowości podejmowanych działań. Całościowe programy interwencji farmakologicznych i nefarmakologicznych pomogą poprawić jakość życia chorych oraz zmniejszyć częstość hospitalizacji i koszty leczenia. Jakość życia w terapii, opiera się na stanie, w którym człowiek musi żyć z dopasowaną indywidualnie, dobrze tolerowaną przez organizm, a także możliwie delikatną terapią, której elementem jest podawanie leków. Powinna ona umożliwiać pacjentowi prowadzenie w miarę możliwości produktywnego i dającego zadowolenie z życia, mimo że przyjmuje leki. Leczenie osoby chorej oceniano dotychczas z punktu widzenia skuteczności i tolerancji przez organizm pacjenta. Takie podejście nie wystarczy, jeśli uwzględnimy indywidualną jakość życia . Definiując „jakość życia” należałoby rozpatrzyć to w szerszym pojęciu. Jakość bowiem można ująć w następujących punktach: dobre samopoczucie, stan fizyczny, stan emocjonalny, funkcje intelektualne, zachowania społeczne[5]. Dlatego też nowy wymiar w odpowiednio dopasowanej terapii to staranie, by traktować człowieka jako całość, uwzględniając czterowymiarową przestrzeń ludzkiego bytowania: wymiar biologiczny, psychiczny, społeczny i moralno- duchowy. To zwracanie uwagi na samopoczucie, a nie tylko obniżanie groźnych wartości wyników badań, niezależnie od tego jak czuje się pacjent. Rozwój nowoczesnej terapii kardiologicznej stwarza możliwość dopasowania leczenia i rehabilitacji – aby odpowiednio wcześniej stawić czoła chorobie, przy daleko idącym zachowaniu wszystkich warunków osobistej jakości życia.

PIŚMIENNICTWO

1. Dobrzycki S., Poniatowski B., Nowak K.: Angioplastyka kontra zawał. Służba zdrowia 2003, s. 28-30
2. Opolski g., Filipiak K.J., Poloński L. (red.): Ostre zespoły wieńcowe. Urban&Partner, Wrocław 2002
3. Świerad M., Stręb W., Pasyk S.: Postępowanie przyczynowe w ostrych zespołach wieńcowych. Służba zdrowia 2001, 9, s. 24-26
4. Widomska-Czekajka T.(red.)Ambulatoryjna opieka kardiologiczna. PZWL, Warszawa 1994
5. Wrońska I., Stepień R., Witaszka G.: Jakość życia w naukach medycznych. Pielęgniarstwo XXI wieku 2004, 6, s.5-9

STRESZCZENIE

Termin „ostre zespoły wieńcowe”, obejmuje trzy typy klinicznych zaburzeń: zawał serca, niestabilną chorobę wieńcową oraz niektóre przypadki nagłego zgonu sercowego, które stanowią duży problem natury medycznej i społecznej w Polsce i na świecie. Są główną przyczyną hospitalizacji i najczęstszą przyczynę zgonów. Intensywna opieka pielęgniarska oparta o współczesny model pielęgnowania zwany „procesem pielęgnowania” zapewnia wysoki standard opieki, zwiększając szansę uratowania życia pacjenta oraz poprawy jego jakości. Praca metodą procesu pielęgnowania pozwala objąć całą przestrzeń ludzkiego bytowania, którą dotyka w sposób bardziej lub mniej bolesny choroba. Jest to sfera biologiczna, psychiczna, społeczna i moralno – duchowa. Ponieważ są one ze sobą ściśle powiązane, więc to co dzieje się w jednej płaszczyźnie znajduje odbicie w innych. Proces pielęgnowania pozwala zapewnić ciągłość, kompleksowość i holistyczny model opieki

SUMMARY

The term “acute coronary syndromes” comprises three types of clinical disorders :myocardial infarction, unstable coronary heart disease and some cases of sudden cardiac death, which constitute a big problem of medical and social nature in Poland and in the world. They are the major cause of hospitalization and the most common cause of death. An intensive nursing care based on the contemporary model of nursing called “the nursing process” ensures a high standard of care, increasing the patient’s chance of survival and improving the quality of his life. The use of the method of the nursing process makes it possible to comprise the whole domain of human living which is affected more or less severely by the disease. These are the spheres :biological, psychical, social, moral and spiritual. As they are closely interrelated, whatever is happening on one plane has its reflection on others. The nursing process ensures continuity, complexity and provides a holistic model of care.