

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa,
Wydział Ochrony Zdrowia, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków
Department of Clinical Nursing, Institute of Nursing, Faculty of Health Care,
Jagiellonian University, Cracow

LUCYNA ŚCISŁO, ELŻBIETA WALEWSKA, MARIAN SŁOWIACZEK,
AGNIESZKA WILUSZ

Knowledge and the range of nurse's tasks in parenteral alimentation team

Wiedza oraz zakres działań pielęgniarki w zespole żywienia pozajelitowego

Niedożywienie, spowodowane niedostateczną podażą substratów odżywczych lub ich nadmierna utratą, odbija się wielokierunkowo na budowie i czynnościach narządów oraz funkcjonowaniu poszczególnych układów, zwłaszcza oddechowego, krążeniowego, odpornościowego, decydujących o przeżyciu chorego.

Z dotychczas przeprowadzonych badań wynika, że niedożywienie zwiększa ilość powikłań pooperacyjnych, zarówno miejscowych jak i ogólnoustrojowych, ponadto zwiększa koszty, czas pobytu w szpitalu, a przede wszystkim zwiększa ilość powikłań śmiertelnych. Z tego też względu wczesna identyfikacja chorych niedożywionych i podjęcie właściwego leczenia żywieniowego mają ogromne znaczenie praktyczne. [1,5]

W przypadku ciężkich zaburzeń czynności przewodu pokarmowego oraz gdy istnieją wskazania do jego czasowego wyłączenia stosuje się żywienie drogą pozajelitową.

Całkowite żywienie pozajelitowe umożliwia dostarczenie organizmowi niezbędnych składników odżywczych, co w większości przypadków zapewni powodzenie w leczeniu wielu schorzeń, a w niektórych sytuacjach stanowi o życiu pacjenta. [2,3]

Pomimo wielu doświadczeń w stosowaniu żywienia pozajelitowego nie udało się do tej pory zupełnie wyeliminować zagrożeń towarzyszących tej metodzie leczenia. Należą do nich przede wszystkim powikłania septyczne, mechaniczne oraz zaburzenia metaboliczne. Ze względu na wiele powikłań, związanych z zastosowaniem żywienia pozajelitowego, działania zespołu terapeutycznego powinny być ukierunkowane na zapewnienie profesjonalnej opieki nad chorym. W tym celu powoływane są zespoły żywienia pozajelitowego, w skład których wchodzi specjaliści z wielu dziedzin medycyny oraz pielęgniarki, od których wymagana jest aktualna, szeroka wiedza oraz opanowanie wielu umiejętności. [2,4,5]

Celem badań było określenie poziomu wiedzy i zakresu działań leczniczo-pielęgnacyjnych pielęgniarek, współpracujących w zespołach żywienia pozajelitowego i jednocześnie sprawujących opiekę nad pacjentem żywionym pozajelitowo.

MATERIAŁ I METODA BADAWCZA

Badaniem objęto grupę 40 pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach chirurgicznych i intensywnej opieki medycznej rzeszowskich szpitali. W badanej populacji było 100% kobiet.

Do uzyskania materiału badawczego zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, jako technikę badawczą wykorzystano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa zawierający pytania o charakterze zamkniętym i otwartym.

WYNIKI BADAŃ

Z analizy danych wynika, iż najliczniejszą grupę wśród ankietowanych pielęgniarek, (42,5%) stanowią osoby w wieku 26–30 lat. Średnia wieku wynosi 33 lata. Dwie trzecie ankietowanych pielęgniarek ukończyło liceum medyczne, pozostałe policealne studium zawodowe, a jedna czwarta z nich ukończyła studia pielęgniarские. Spośród przebadanych pielęgniarek połowa pracuje na oddziałach chirurgicznych, a druga połowa na oddziałach intensywnej terapii i anestezjologii. Zdecydowana większość respondentów (92,5%) pracuje w oddziale prowadzącym żywienie pozajelitowe dłużej niż 1 rok, w tym największą grupę stanowią pielęgniarki ze stażem pracy od 6 do 10 lat (37,5%). Dla 57,5% pielęgniarek praca w oddziale zajmującym się pacjentami żywionymi pozajelitowo to pierwsza praca.

Dalsza analiza wyników przeprowadzonych badań pozwala stwierdzić, iż w ocenie pielęgniarek pracujących w oddziałach, w których stosuje się leczenie żywieniowe metodą pozajelitową największy udział w opiece nad chorym żywionym pozajelitowo, mają lekarze (100%) i pielęgniarki (100%). Znaczna część badanych przyznaje również, że realizując zadania z zakresu opieki nad pacjentem żywionym pozajelitowo, współpracują z innymi członkami zespołu terapeutycznego: z pracownikami laboratorium (92,5%), dietetykiem (85%), rehabilitantem (57,5%), psychologiem (52,5%), pracownikiem zaopatrzenia (27,5%), pracownikiem apteki (22,5%). Każdy z członków zespołu żywieniowego ma do zrealizowania ściśle określone zadania, także pielęgniarka.

Tabela 1. Zadania realizowane przez pielęgniarkę w pracy z pacjentem żywionym pozajelitowo

Kategorie odpowiedzi	n	%
Współudział w ocenie wskazań do żywienia	1	2,5
Zaopatrzenie oddziału w sprzęt niezbędny do prowadzenia żywienia	15	37,5
Stała obserwacja pacjentów żywionych dojelitowo	38	95
Regularna zmiana opatrunków przy dostępie żylnym	36	90
Pobieranie materiału do badań biochemicznych wchodzących w skład oceny stanu odżywienia	35	87,5
Podłączenie i obserwacja funkcjonowania aparatury używanej w leczeniu pozajelitowym	33	82,5
Ocena wyników badań i korekta planu żywienia	1	2,5
Asystowanie podczas wprowadzania cewnika centralnego	30	75
Kontrola procesu leczenia i koordynacja działań pozostałych członków zespołu	1	2,5
Założenie cewnika obwodowego	40	100
Dbanie o ciągłe zaopatrzenia w płyny i preparaty stosowane w leczeniu	15	37,5
Wymiana układu zewnętrznego linii centralnej i podłączenie żywienia	30	75
Szkolenie pacjentów, którzy mają być żywieni w domu	19	47,5

Z tabeli wynika, iż pielęgniarki znają swój zakres obowiązków i w większości realizują go. Jednak jedna trzecia respondentek w swoich działaniach wchodzi w zakres obowiązków innych osób, należących do zespołu żywieniowego.

W okresie stosowania u pacjenta żywienia pozajelitowego należy w pełni pokryć zapotrzebowanie energetyczne ustroju. Przeciętne, dobowe zapotrzebowanie dorosłego człowieka żywionego pozajelitowo wynosi 25 – 35 kcal/kg masy ciała./dobę, co potwierdziło większość badanych. Niewielka ilość osób (15%) nie знаła prawdziwej odpowiedzi.

Na pytanie, który ze składników mieszaniny odżywczej stanowi podstawowy materiał energetyczny, ankietowani najczęściej odpowiedzieli, że są to węglowodany (80%), w drugiej kolejności podali emulsje tłuszczowe (60%). Natomiast 20% badanych wskazało aminokwasy i pierwiastki śladowe – świadczy to o ich niewiedzy z tego zakresu.

Aby pokryć dobowe zapotrzebowanie energetyczne w żywieniu pozajelitowym, podaje się roztwory o wysokim stężeniu glukozy i emulsje tłuszczowe, ponieważ przy podaży roztworów o niskim stężeniu konieczne byłoby przetoczenie kilku litrów płynów, co w konsekwencji mogłoby doprowadzić do objawów przewodnienia organizmu. Na podstawie analizy danych stwierdzono, że trzy czwarte ankietowanych pielęgniarek uznaje, iż glukozę 20–50% stosuje się w celu zwiększenia kaloryczności podawanej mieszaniny odżywczej, a prawie połowa (47,5%) podała, że w tym samym celu stosuje

się emulsje tłuszczowe 10–20%. Znaczna część badanych (27,5%) uważa, że powinno się używać roztworów o niższym stężeniu, co w konsekwencji mogłoby doprowadzić do powikłań.

Następnie zadano pielęgniarce pytanie, dotyczące uzupełniania bilansu wodno-elektrolitowego. W badanej grupie wskazaniem do podaży zwiększonej ilości płynów jest: gorączka (100% ankietowanych), biegunki (95%), wymioty (92,5%), również przetoki zaznaczone przez 75% osób. Ankietowany personel w większości jest zorientowany co do sytuacji, w których zapotrzebowanie na wodę ulega zwiększeniu. Całkowite żywienie pozajelitowe może być podawane drogą żył centralnych lub obwodowych. Sytuacje, w których można podać żywienie pozajelitowe drogą naczyń obwodowych, według badanej grupy pielęgniarek, to osmolarność podawanych płynów niższa niż 800 mOsm/l (77,5%) oraz czas leczenia nie dłuższy niż 10-14 dni (60%). W większości ankietowane pielęgniarki wybierały prawidłowe odpowiedzi, ale w 10% odpowiedziały błędnie, twierdząc, że żywienie drogą żył obwodowych można prowadzić przez dłuższy okres czasu, przy ograniczonej podaży płynów oraz gdy podaż energii przekracza 2000 kcal na dobę.

Kolejne pytanie dotyczyło znaczenia działań profilaktycznych w zapobieganiu powikłaniom żywienia pozajelitowego. Respondentki dokonały podziału powikłań w zależności od wykonywanych działań profilaktycznych. Większość respondentek (70%) przedstawiła na pierwszym miejscu powikłania septyczne jako te, w których samodzielnie odgrywają największą rolę profilaktyczną. Dla 70% ankietowanych pielęgniarek udział w profilaktyce powikłań metabolicznych i narządowych jest mniejszy, ze względu na to, że ich rola w tym przypadku ogranicza się do wykonania zleceń lekarskich. Łącznie większość ankietowanych 90% uważa, że największym polem do działań profilaktycznych pielęgniarek są zarówno powikłania septyczne jak i mechaniczne.

Z badań wynika, iż ponad połowa ankietowanych pielęgniarek, oprócz standardowej dokumentacji, korzysta w swojej pracy z dokumentacji opracowanej dla potrzeb oddziału. Jest to: karta monitoringu wklucia centralnego (35%), karta zakażeń (27,5%), karta obserwacji i bilansu chorych żywionych pozajelitowo (22,5%), indywidualna karta nadzoru metabolicznego (20%).

Badane pielęgniarki wykorzystują w swojej pracy opracowane procedury i standardy postępowania w opiece nad pacjentem żywionym pozajelitowo. Należą do nich: standard opieki nad wkluciem centralnym (80%), procedura przygotowania do cewnikowania żył centralnych (72,5%), procedura zmiany opatrunków (70%), standard cewnikowania naczyń obwodowych (57,5%), standard pielęgnacji pacjenta żywionego pozajelitowo (50%), standard przygotowania i podaży mieszaniny odżywczej (35%), procedura opieki nad linią żywieniową (32,5%), procedura pobierania badań, w celu oceny metabolizmu chorego (22,5%). Zatem działania profilaktyczne, zapobiegające powikłaniom żywienia pozajelitowego, zawierają się w przedstawionych standardach i procedurach.

Pielęgniarki miały możliwość wyrazić swoją opinię na temat przygotowania ich do opieki nad chorym z żywieniem pozajelitowym. Ponad połowa badanego personelu (67,5%) po raz pierwszy zetknęła się z tym zagadnieniem w swojej pracy zawodowej, pozostali informację na ten temat uzyskali w czasie edukacji, z czego 5% dopiero na studiach. Większość pielęgniarek uzupełnia swoją wiedzę poprzez uczestniczenie przede wszystkim w szkoleniach wewnątrzszpitalnych, jak również korzystając z wiedzy od współpracowników, biorących udział w nielicznych szkoleniach pozaszpitalnych lub studiujących nauki medyczne.

WNIOSKI

1. Wiedza pielęgniarek na temat leczenia żywieniowego drogą pozajelitową jest dość obszerna, jednak część z nich nie jest wystarczająco przygotowana do opieki nad chorym żywionym pozajelitowo.
2. Pielęgniarki, wchodzące w skład zespołu żywieniowego, realizują swoje zadania obejmujące szeroki zakres obowiązków w opiece nad pacjentem żywionym pozajelitowo, ponadto wypełniają zadania innych członków zespołu.
3. Stosowane standardy i procedury, dotyczące żywienia pozajelitowego, pozwalają na objęcie opieką całościową pacjenta i działania zapobiegające powikłaniom.
4. Pielęgniarki poszerzają swoją wiedzę, stosując różne formy kształcenia, jednak wskazany byłby udział w dodatkowym kursie z zakresu żywienia pozajelitowego.

PIŚMIENNICTWO

1. Kuciel G., Łysiał - Szydłowska W.: Metody oceny niedożywienia i efektywności terapii żywieniowej. *Anestezjologia Intensywna Terapia*, tom XXXIII, 1/2001,
2. Kübler A.: Wytyczne leczenia żywieniowego chorych na oddziałach intensywnej terapii. *Medycyna Intensywna i Ratunkowa*, sup. Nr 1/2002,
3. Pertkiewicz M.: Metody żywienia pozajelitowego. *Farmakologia Polska*, 5, 1999,
4. Szczygieł B. (red.): Interwencja żywieniowa w chorobach układu pokarmowego. *Gastroenterologia Polska*, 4, 5/1999,
5. Szczygieł B.: Żywienie w chirurgii. W: Podstawy chirurgii Szmidt J. (red.), Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2003.

STRESZCZENIE

Rokowanie pacjentów w przypadku pogłębiających się niedoborów pokarmowych, spowodowanych złym stanem odżywienia, może być niepomysłne i zależy przede wszystkim od podjętej interwencji leczenia żywieniowego. W przypadku ciężkich zaburzeń czynności przewodu pokarmowego oraz, gdy istnieją wskazania do jego czasowego wyłączenia, podaż koniecznych substancji odżywczych przebiega drogą pozajelitową. Pomimo wielu doświadczeń, związanych ze stosowaniem żywienia pozajelitowego, nie udało się do tej pory zupełnie wyeliminować zagrożeń towarzyszących tej metodzie leczenia. Dlatego działania zespołu terapeutycznego powinny być ukierunkowane na zapewnienie profesjonalnej opieki nad chorym. W tym celu powoływane są zespoły żywienia pozajelitowego, w skład których wchodzi specjaliści z wielu dziedzin medycyny oraz pielęgniarstwa, od których wymagana jest aktywna, szeroka wiedza, opanowanie wielu umiejętności oraz wnikliwa obserwacja chorego. Celem pracy było określenie poziomu wiedzy i zakresu działań leczniczo – pielęgnacyjnych pielęgniarek, współpracujących w zespołach żywienia pozajelitowego i jednocześnie sprawujących opiekę nad pacjentem żywionym pozajelitowo. W badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, jako technikę badawczą wykorzystano kwestionariusz ankiety. Badaniem objęto grupę 40 pielęgniarek, zatrudnionych w oddziałach chirurgicznych i intensywnej opieki medycznej rzeszowskich szpitali. Uzyskane dane wykazały, iż wiedza pielęgniarek na temat leczenia żywieniowego drogą pozajelitową jest dość obszerna, jednak część z nich nie jest wystarczająco przygotowana do opieki nad chorym żywionym pozajelitowo. Pielęgniarki, wchodzące w skład zespołu żywieniowego, realizują swoje zadania, obejmując zakres obowiązków innych członków zespołu. Wskazany jest udział wszystkich pielęgniarek w dodatkowych kursach z zakresu żywienia pozajelitowego.

ABSTRACT

Prognosis for patients gets worse in case of deepening alimentary deficiency. When there are serious alimentary tract disorders and recommendations to exclude it temporarily, necessary nutritional elements are supplied parenterally. Despite significant experience concerning parenteral alimentary, elimination of all threats connected with this treatment method turned out to be impossible. That is why all actions of therapeutic team should be aimed at delivering professional care to patients. In order to fulfill those demands parenteral alimentary teams were called. Each team includes specialists from many medical disciplines and nurses, from whom up – to – date wide knowledge, practical skills and careful observation of patients are demanded. Diagnostic poll method was utilized in this work. Questionnaire was used as examination technique. 40 nurses employed in surgical or intensive care wards in Rzeszów's hospital were included in the examination. Obtained results show that nurses have wide medical knowledge, but not all of them are ready to take care of patients having parenteral alimentary although they improve their knowledge on their own or through other educational forms. Nurses from alimentary teams do their tasks and also realize other member's parts. All nurses should take part in additional training about parenteral alimentary.