

RYŚ, Bogusława, WĄTROBA, Kinga, BĄK, Ewelina and KOSTKA, Julia. Nursing Care in the Home Environment of a 76-Year-Old Female Patient With Chronic Myocardial Failure After Implanted Cardiac Stimulator. Quality in Sport. 2024;19:54798. eISSN 2450-3118.

<https://dx.doi.org/10.12775/QS.2024.19.54798>

<https://apcz.umk.pl/QS/article/view/54798>

The journal has had 20 points in Ministry of Higher Education and Science of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Higher Education and Science of 05.01.2024. No. 32553.

Has a Journal's Unique Identifier: 201398. Scientific disciplines assigned: Economics and finance (Field of social sciences); Management and Quality Sciences (Field of social sciences).

Punkty Ministerialne z 2019 - aktualny rok 20 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Szkolnictwa Wyższego i Nauki z dnia 05.01.2024 r. Lp. 32553. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201398.

Przypisane dyscypliny naukowe: Ekonomia i finanse (Dziedzina nauk społecznych); Nauki o zarządzaniu i jakości (Dziedzina nauk społecznych).

© The Authors 2024;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author (s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 16.07.2024. Revised: 19.08.2024. Accepted: 29.08.2024. Published: 31.08.2024.

Opieka pielęgniarska w środowisku domowym nad 76-letnią pacjentką z przewlekłą niewydolnością mięśnia sercowego po wszczepionym kardiostymulatorze

Nursing Care in the Home Environment of a 76-Year-Old Female Patient With Chronic Myocardial Failure After Implanted Cardiac Stimulator

Kinga Wątroba

e-mail address: 2ckin.wat@gmail.com

ORCID iD: <https://orcid.org/0009-0003-0479-4645>

Affiliation: Student of the University of Bielsko-Biała, Bielsko-Biała. Poland; Faculty of Health Science

Bogusława Ryś

e-mail address: brys@ubb.edu.pl

ORCIDiD: <https://orcid.org/0000-0003-1087-3449>

Affiliation: University of Bielsko-Biała, Bielsko Biala, Poland; Faculty of Health Sciences

Ewelina Bąk

e-mail address: ebak@ubb.edu.pl

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-2014-3717>

Affiliation: University of Bielsko-Biala, Bielsko-Biala, Poland; Faculty of Health Sciences

Julia Kostka

E- mail address: koostkaa01@gmail.com

ORCID ID <https://orcid.org/0009-0000-5883-3599>

Affiliation: Student of the University of Bielsko-Biała, Bielsko-Biała. Poland; Faculty of Health Science

Streszczenie

Przewlekła niewydolność mięśnia sercowego jest jedną z chorób cywilizacyjnych. Stosunkowo częściej dotyka osoby starsze, a także te które cierpią na schorzenia układu sercowo – naczyniowego. W części teoretycznej pracy zostały zawarte informacje na temat przewlekłej niewydolności mięśnia sercowego wzbogacone o sztuczny rozrusznik serca. Natomiast w części praktycznej został przedstawiony opis przypadku 76 – letniej pacjentki z przewlekłą niewydolnością mięśnia sercowego po wszczepionym kardiostymulatorze.

Słowa kluczowe : Przewlekła niewydolność serca; kardiostymulator

Abstract

Chronic heart failure is one of the diseases of affluence. It relatively more often affects the elderly, as well as those who suffer from cardiovascular diseases. The theoretical part of the paper contains information on chronic myocardial insufficiency enriched with an artificial pacemaker. In the practical part, a case report of a 76-year-old female patient with chronic myocardial failure after an implanted pacemaker was presented.

Keywords : Chronic heart failure; cardiostimulator

Wstęp

Niewydolność mięśnia sercowego, znana również jako niewydolność serca, jest stanem, w którym mięsień sercowy nie jest w stanie pompować wystarczającej ilości krwi. Jest to zwykle wynik powikłań związanych z chorobami serca, takimi jak choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, choroba zastawek serca czy kardiomiopatia. Niewydolność mięśnia sercowego prowadzi do nagromadzenia się płynu w płucach i innych tkankach, co powoduje objawy takie jak duszność, zmęczenie, obrzęki, kaszel i trudności w wykonywaniu codziennych czynności. Może również prowadzić do poważnych problemów, takich jak zatrzymanie krążenia [1,2].

Przechodząc do częstości występowania niewydolności serca, w głównej mierze częściej spotyka ona osoby dorosłe, szczególnie osoby starsze. Bazując na ogólnej populacji osób dorosłych dotyka od 1-2%, ale częstość jej występowania znacznie zwiększa swoją liczebność po 75 roku życia. A u osób w przedziale od 70 do 80 roku życia wynosi nawet do 20%. W Polsce na podstawie badań epidemiologicznych szacuje się, że na niewydolność serca choruje ok. 1 miliona osób [1].

Przewlekła niewydolność serca (PNS) jest stanem, w którym serce w wyniku upośledzenia swojej funkcji nie jest w stanie zapewnić naszemu organizmowi odpowiedniego zaopatrzenia krwi. Jest wiele przyczyn prowadzących do tego stanu w ludzkim organizmie, ale najbardziej częstymi z nich są choroby serca zaburzające napełnianie lub wyrzut krwi z komory bądź do komory [3,4].

W trakcie pojawienia się niewydolności mięśnia sercowego dochodzi do upośledzenia jego funkcji, poprzez co zostają uruchomione mechanizmy kompensacyjne. Początkowo mają one za zadanie przeciwdziałanie spadkowi pompowanej krwi i utrzymaniu prawidłowego ciśnienia tętniczego, które mają za zadanie zabezpieczenie prawidłowego ukrwienia narządów. Jednak po krótkim czasie dochodzi do przewagi niekorzystnych czynników w związku z uruchomieniem mechanizmów kompensacyjnych, które prowadzą do dalszego uszkodzenia

układu krążenia u człowieka i powstania mechanizmu samonapędzającego się, który będzie skutkował dalszym uszkodzaniem narządów [5].

Dodatkowo przebieg niewydolności serca może być różny w zależności od przyczyny i stopnia jej rozwoju. Ważne jest, aby chory był świadomy stanu jej zagrożenia i poziomu zaawansowania, a także zdawał sobie sprawę jak ważne są wizyty kontrolne w poradniach specjalistycznych.

Charakterystyczne dla tej choroby są następujące objawy:

- **Pierwsze objawy** – początkowo pacjent będzie odczuwał ogólny dyskomfort spowodowany dusznością wysiłkową a także obrzęki nóg;
- **Nasilenie objawów** - stopniowo objawy będą zwiększać swoje nasilenie i w znacznym stopniu dawać o sobie znać, osoba chora będzie odczuwać, że duszność się nasila co może być również objawem podczas spoczynku, jeśli wcześniej pojawiała się tylko po wysiłku fizycznym;
- **Zaostrzenie niewydolności** - podczas leczenia, które może nie być adekwatne do stanu zdrowia mogą pojawić się trudności w oddychaniu nawet w spoczynku, skurcze i ból w klatce piersiowej, nadmierna potliwość i uczucie lęku. Może również wystąpić szybkie pogorszenie czynności nerek, obrzęk płuc i zatrzymanie pracy serca;
- **Stadium terminalne choroby** - w zaawansowanym stadium niewydolności serca może dojść do zapalenia płuc, ciężkiej niewydolności oddechowej, utraty przytomności i zatrzymania krążenia. Ten etap jest bardzo poważny i wymaga natychmiastowej interwencji medycznej.

Kardiostymulator, inaczej zwany również jako sztuczny rozrusznik serca, jest to małe urządzenie medyczne, które zostaje wszczepione pod skórę w klatce piersiowej mające na celu regulację rytmu serca. Jest on głównie stosowany u osób, które cierpią na zaburzenia rytmu serca, między innymi są to: **arytmie, migotanie przedsionków lub bloki przedsionkowo – komorowe.**

W głównej mierze sprzęt ten działa poprzez wysyłanie elektrycznych impulsów do serca, które mają na celu kontrolowanie i normalizację rytmu serca. Urządzenie to może działać w różnych trybach, w zależności od potrzeb pacjenta. Możemy wyróżnić trzy następujące tryby:

- **Tryb asynchroniczny** - urządzenie dostarcza impulsy o stałej częstotliwości, niezależnie od aktywności serca pacjenta;

- **Tryb synchroniczny** - urządzenie monitoruje aktywność serca i dostarcza impulsy elektryczne tylko wtedy, gdy wykryje ono nieprawidłowe rytmiczne aktywności serca;
- **Tryb resynchronizacyjny** [6].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy było zaplanowanie opieki nad pacjentką ze stwierdzoną przewlekłą niewydolnością mięśnia sercowego po wszczepionym kardiostymulatorze w środowisku domowym.

MATERIAŁY I METODY

Do napisania pracy została użyta metoda indywidualnego opisu przypadku. Wśród zastosowanych technik możemy wyodrębnić:

- Wywiad z pacjentką;
- Obserwacje;
- Analizę dokumentacji medycznej;

OPIS PRZYPADKU

76 – letnia pacjentka zamieszkuje środowisko domowe razem ze swoim mężem i córką, którzy są dla niej pomocą i wsparciem. Z zawodu jest ona kucharką, a obecnie od 16 lat przebywa na emeryturze.

W 1996 roku pojawiły się pierwsze objawy choroby ze strony układu sercowo-naczyniowego, w postaci zawału mięśnia sercowego. Była to sytuacja nagła, która zupełnie zaskoczyła kobietę, ponieważ wcześniej nie odczuwała żadnych dolegliwości i nie leczyła się kardiologicznie. Ten incydent jednak dał początek poważnym problemom kardiologicznym i w przyszłości doprowadził do niewydolności mięśnia sercowego.

Pierwsza hospitalizacja spowodowana zawałem mięśnia sercowego miała miejsce w 1996 roku. Kobieta w godzinach porannych poczuła ból w klatce piersiowej o średnim nasileniu, duszność i osłabienie. W przeciągu kilku godzin zgłosiła się do lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ). Po badaniu podmiotowym, przedmiotowym i wykonaniu EKG kobieta z podejrzeniem niedokrwienia mięśnia sercowego, natychmiast została skierowana do jednostki szpitalnej celem dalszych badań diagnostycznych i leczenia. Podczas pobytu chorej w szpitalu

oprócz diagnozy: zawału mięśnia sercowego zdiagnozowano inne choroby współtowarzyszące:

- Cukrzycę typu 2,
- Nadciśnienie tętnicze łagodne;
- Hiperlipidemię;
- Ostłą niewydolność krążenia;

Po wdrożeniu terapii w oddziale szpitalnym i kontynuowaniu leczenia farmakologicznego w domu, chora nie odczuwała przez kilka lat dolegliwości ze strony układu sercowo-naczyniowego. Dzięki regularnym wizytą w poradni diabetologicznej, chorej zostały przepisane tabletki, mające na celu leczenie cukrzycy typu 2, a także utrzymywania poziomu glikemii w zakresie 122 a 134 mg%. Jedynie poziom cukru we krwi wzrastał do 200 mg% po spożyciu posiłków bogatych w cukier prosty.

Po 2000 roku zdiagnozowano u niej retinopatię cukrzycową. Z wywiadu wynika, że pierwsze objawy ujawniły się w postaci znacznego pogorszenia widzenia, zniekształcenia pola widzenia czy bólami gałki ocznej oraz nudnościami.

Chora zaczęła chodzić na regularne wizyty kontrolne mające na celu badanie dna oka, a także niewielkie zabiegi poprawiające pole widoczności. Po przeprowadzonej konsultacji z pacjentką jej stan ogólny był dobry, nie zgłaszała żadnych dolegliwości bólowych, a także jakichkolwiek problemów w widzeniu.

Dnia 30.09.2005 roku u pacjentki nastąpił po raz drugi zawał serca, w wyniku którego doszło do pogorszenia się jej stanu zdrowia. Chora odczuwała problemy z oddychaniem i dusznością. W chwili przyjęcia na oddział towarzyszyły jej kliniczne objawy niestabilności wieńcowej, które zostały potwierdzone badaniami EKG, bez wzrostu markerów martwicy mięśnia sercowego. Pacjentka ponownie w chwili trafienia na oddział posiadała niewyrównaną cukrzycę o wartości 189 mg% oraz wysokie wartości CTK na poziomie 192/102, a wskaźnik BMI wynosił 34, co wskazywało na otyłość I stopnia. Po zastosowaniu zmodyfikowanego leczenia farmakologicznego, w tym modyfikacji insulinoterapii uzyskano u niej poprawę stanu klinicznego.

W oparciu o wcześniejsze wyniki badań chora została zakwalifikowana do diagnostyki inwazyjnej choroby wieńcowej w warunkach szpitalnych. W czasie przyjęcia na oddział EKG SPOCZYNKOWE przedstawiało: rytm zatokowy miarowy ok. 66/min. Normogram. PQ = 0,2s. Załamek q w II, III, aVF.

Natomiast w trakcie wypisu: rytm zatokowy miarowy ok. 66/min. Normogram. PQ = 0,2s.

Dnia 7.10.2005 roku pacjentka została wypisana do domu w stanie dobrym, w razie nasilenia dolegliwości stenokardialnych miała się ona niezwłocznie zwrócić w trybie pilnym do PAKS w Ustroniu. Zostało jej także zlecone wykonanie badania Holter EKG miesiąc po wyjściu ze szpitala, a także dalsze leczenie i kontrola w Poradni Kardiologicznej i Diabetologicznej.

Po upływie roku od pojawienia się drugiego zawału serca pacjentka została przyjęta do Polsko-Amerykańskiej Kliniki Serca celem diagnostyki inwazyjnej układu krążenia. Po wykonaniu u chorej koronografii stwierdzono u niej dwunaczyniową postać choroby wieńcowej. Dodatkowo w trakcie pobytu w klinice jednocześnie wykonano u niej skuteczny zabieg angioplastyki wieńcowej prawej tętnicy wieńcowej i gałęzi ją okalającej z dodatkowym wszczepieniem stentów.

Po zmodyfikowaniu farmakoterapii pacjentka była w stanie stabilnym, wydolna oddechowo i krążeniowo. Pacjentka została wypisana do domu z zaleceniami odnośnie do trybu życia i dalszego leczenia. Zostało u niej także wskazane zastosowanie zasad prewencji miażdżycy.

W 2010 roku, zgodnie z zaleceniem, kobieta zgłosiła się, na inwazyjną diagnostykę kontrolną. W wykonanej koronografii nie stwierdzono u niej wówczas żadnych stanów pogorszenia się układu krążenia. Na oddziale pacjentka przebywała 1 dobę i została wypisana do domu z dalszymi wskazówkami odnośnie trybu życia, profilaktyki przeciwmiażdżycowej oraz sposobu leczenia.

W roku 2016 u pacjentki nastąpiło pogorszenie się stanu zdrowia. Od tygodnia występowało u niej drętwienie kończyny górnej z uczuciem ściskania w gardle. Dodatkowo chora zgłaszała nasilającą się duszność z oblewającymi ją zimnymi potami i narastającym uczuciem niepokoju. Wykonane w trakcie dolegliwości EKG w POZ ujawniło pojedynczą ekstrasystolię komorową bez cech ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego. Z poradni POZ pacjentka została przewieziona na oddział kardiologiczny do Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku-Białej. W oddziale stan chorej był stabilny, bez jakichkolwiek cech dekompensacji układu krążenia, rytm serca miarowy, nie zgłaszała pogarszających się dolegliwości ze strony układu sercowo – naczyniowego. W badaniu ECHO wykazało znaczne upośledzenie kurczliwości powiększonej lewej komory.

W 6 – minutowym teście marszu pacjentka pokonała dystans 360 m bez dolegliwości i zmian niedokrwiennych w EKG po marszu. W oparciu o całość obrazu klinicznego została zakwalifikowana do planowego wszczepienia kardiowertera – defibrylatora (ICD) w ramach prewencji pierwotnej nagłego zgonu sercowego, a następnie planowej koronografii kontrolnej.

W stanie dobrym została wypisana do domu z dalszymi zaleceniami leczenia ambulatoryjnego pod kontrolą poradni kardiologicznej, diabetologicznej i POZ.

Po upływie okresu 7 lat od wszczepienia ICD pacjentka zaczęła zgłaszać niepokojące objawy związane z kardiostymulatorem. W dowolnych momentach dnia zaczynał on wydawać z siebie niepokojące sygnały. Chora zgłosiła się do poradni POZ celem omówienia dalszych działań medycznych, po konsultacji została przekierowana do oddziału elektrokardiologii Szpitala Górnośląskiego Centrum Medycznego w Ochojcu. Dnia 12.07.2023 po przyjęciu zostało zlecone jej usunięcie ICD z powodu uszkodzonej elektrody defibrylującej. W dniu 14.07.2023 u pacjentki wykonano zabieg usunięcia układu ICD – VT z jednoczasową implantacją jednojamowego kardiowertera – defibrylatora serca.

Została wypisana 17.07.2023 w stanie ogólnym stabilnym z zaleceniami co do trybu życia, systematycznej kontroli kardiologicznej oraz leczenia farmakologicznego.

OBECNA SYTUACJA ZDROWOTNA

Pacjentka na co dzień porusza się samodzielnie, nie potrzebuje pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego. W gorszych chwilach potrzebuje wsparcia w trakcie przemieszczania się ze względu na bolące i obrzęknięte kończyny dolne.

Duszność pojawia się w ciągu dnia, po wykonaniu znacznej aktywności fizycznej.

Parametry życiowe na dzień 7.03. 2023 rok wynoszą:

- Ciśnienie tętnicze - 145/97 mmHg;
- Tętno - 77 ud/min;
- Oddechy – 15 odd/min;
- Temperatura – 35,6
- BMI – 32 – otyłość I stopnia

Wyniki pomiarów glikemii w następujących godzinach:

- Godzina 7:00 (na czczo) - 90 mg/dl;
- Godzina 12:00 (2 godziny po obiedzie) - 127 mg/dl;
- Godzina 17:00 (2 godziny po kolacji) - 115 mg/dl.

Za pomocą skal geriatrycznych został oceniony stan fizyczny i sprawność umysłowa chorej:

- **Skala Katza (ADL)**– w skali oceny podstawowych czynności życia codziennego u chorej jedynym problemem jest mobilność, ponieważ problem stanowią dla niej obrzęknięte kończyny dolne przez co odczuwa dyskomfort w przemieszczaniu się,

co daje jej 5/6 możliwych punktów do zdobycia co kwalifikuje ją do bycia osobą samodzielną;

- **Skala Lawtona (IADL)** - pacjentka w przeprowadzonej skali uzyskała maksymalną liczbę punktów na poziomie 24, co oznacza, że posiada pełną zdolność do samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego. Jest to pozytywny wynik, który świadczy o dobrej kondycji fizycznej i zdolnościach pacjentki. Można więc stwierdzić, że jest ona mobilna i nie wymaga wsparcia w wykonywaniu czynności dnia codziennego;
- **Skrócony Test Sprawności Umysłowej (AMTS)** - w 10 punktowej skali, chora nie potrafiła powtórzyć podanego wcześniej adresu, w związku z czym zdobyła 10/11 możliwych punktów co oznacza wynik prawidłowy;

Podczas rozmowy z chorą można zauważyć, że występują u niej zaburzenia pamięci świeżej, nie potrafi sobie przypomnieć, co było mówione przed chwilą, co powoduje u niej frustrację i zdenerwowanie.

Skala NYHA - według tej skali stopień niewydolności jest na poziomie 3 ze względu na znaczną nietolerancję wysiłku fizycznego, zatem konieczne będzie podjęcie działań mających na celu poprawę kondycji fizycznej a także zwiększenie tolerancji wysiłku;

Test Tinetti – służy do oceny równowagi statycznej i dynamicznej, daje nam odpowiedź w jakim stopniu chory jest zagrożony upadkiem. Badana chora otrzymała poniżej 26 punktów, co oznacza średnie ryzyko upadku.

Pacjentka w dniu postawienia diagnoz pielęgniarских nie zgłaszała dolegliwości bólowych ze strony układu sercowo – naczyniowego, natomiast zauważalne były obrzęki w okolicach kostek kończyn dolnych, które świadczą o przewlekłej niewydolności serca.

Na co dzień chora stara się być aktywna i z pomocą męża, wykonywać to co lubi, np. gotuje obiady, przygotowuje posiłki zgodne z zaleceniami diabetologicznymi.

Stan jamy ustnej mimo posiadanej protezy zębowej (górnej i dolnej) utrzymany jest na najwyższym poziomie higieny. Wydalanie moczu i stolca jest prawidłowe, nie skarży się na problemy z zaparciami. Skóra utrzymana jest w dobrym stanie, wilgotna, bez jakichkolwiek głębokich ran czy blizn.

OBECNE LECZENIE FARMAKOLOGICZNE:

- **Espiro** (tabletki powlekane) 25 mg 1x1 – stosowany w leczeniu niewydolności serca; • **Roswera** (tabletki powlekane) 10mg 1x1 – zmniejsza stężenie lipidów we krwi;
- **Torsemed** (tabletki) 5mg 1x1 – stosowany w leczeniu nadciśnienia tętniczego i obrzęków;
- **Tritace 5** (tabletki) 5mg 1x1 – lek obniżający ciśnienie tętnicze, a także mający zastosowanie w leczeniu chorób układu sercowo - naczyniowego i chorób nerek;
- **Acard** (tabletki powlekane) 75mg 1x1 – stosowany lek ma na celu zapobieganie zawałowi serca u osób w dużej grupie ryzyka, a także tych którzy są świeżo po przebytym zawał serca lub mają jego podejrzenia;
- **Glucophage** (tabletki powlekane) 850 mg 3x1 – wskazany w leczeniu cukrzycy typu
- **Kaldyum** (kapsułki) 600mg = 315mg 2x1 – stosowany w leczeniu niedoborów potasu w organizmie;
- **Milurit** (tabletki) 10mg 1x1 – lek mający zastosowanie w leczeniu wysokiego stężenia kwasu moczowego we krwi.

Problemy pielęgnacyjne:

Problem 1. Pojawiająca się duszność z powodu przewlekłej niewydolności mięśnia sercowego

Cel opieki: Zmniejszenie stopnia nasilenia duszności

Plan opieki pielęgniarstwa:

- Ocena stanu zdrowia pacjentki – pomiar saturacji, kontrola oddechów;
- Monitorowanie parametrów życiowych;
- Regularne przyjmowanie leków na zlecenie lekarza;
- Stosowanie zaleceń co do zmiany pozycji ułożeniowej w łóżku - spanie na boku z głową odchyloną do tyłu;
- Wietrzenie pomieszczeń domowych;
- Zapewnienie wsparcia emocjonalnego przez rodzinę;
- Edukacja pacjentki oraz rodziny w zakresie stosowania technik relaksacyjnych oraz sposobów radzenia sobie z dusznością;

- Prowadzenie konsultacji lekarskich.

Realizacja i ocena opieki:

- U pacjentki występuję duszność wysiłkowa, która nasila się po wykonaniu czynności dnia codziennego;
- Chora stara się stosować do zaleceń dotyczących trybu życia, często odpoczywa, stosuje kompleksowe techniki relaksacyjne,
- Problem wymaga dalszej obserwacji.

Problem 2. Częściowy deficyt w zakresie poruszania się spowodowany obrzękami kończyn dolnych

Cel opieki: Poprawienie sprawności w poruszaniu się

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Zalecenie chorej uczęszczania na zajęcia rehabilitacyjne;
- Zachęcanie do wykonywania czynności sprawiających największą trudność;
- Zapewnienie wsparcia emocjonalnego ze strony rodziny;
- Wy tłumaczenie rodzinie jak ważna jest pomoc z ich strony;
- Sprawdzanie postępów w zakresie poruszania się;
- Zachęcenie do prowadzenia ćwiczeń w warunkach domowych.

Realizacja i ocena opieki:

Sprawność ruchowa pacjentki uległa znacznej poprawie co można zaobserwować na przestrzeni czasu;

W dalszym ciągu powinny być prowadzone ćwiczenia rehabilitacyjne, a także stałe monitorowanie postępów w prowadzonych ćwiczeniach.

Problem 3. Niepokój i lęk związany z poczuciem zagrożenia życia

Cel opieki: Minimalizacja przyczyn wywołujących lęk i niepokój

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Zapewnienie wsparcia emocjonalnego ze strony rodziny i bliskich;
- Podtrzymanie chorej przy pozytywnym myśleniu;
- Zapewnienie pomocy ze strony psychologa;
- Dostarczenie chorej czynników wywołujących u niej radość;
- Prowadzenie rozmów terapeutycznych;
- Spędzanie czasu z pacjentką.

Realizacja i ocena opieki:

- Stopień odczuwanego niepokoju u pacjentki znacznie obniżył swoje nasilenie, co pozwoliło jej na znaczne polepszenie dziennego funkcjonowania, a także korzystnie przyczynia się dla jej zdrowia;
- Dodatkowo zostaje jej dostarczone wsparcie emocjonalne ze strony rodziny, co daje jej większe poczucie komfortu i bezpieczeństwa.

Problem 4. Dyskomfort spowodowany obrzękiem kończyn dolnych

Cel opieki: Zmniejszenie stopnia nasilenia obrzęków, poprawa jakości życia pacjentki

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Dokładna higiena kończyn dotkniętych obrzękiem;
- Zalecenie chorej stosowania luźnej, bawełnianej bielizny osobistej i pościelowej;
- Nawilżanie i natłuszczanie skóry;
- Zalecenie prowadzenia regularnych ćwiczeń fizycznych mających na celu poprawę krążenia krwi i limfy;
- Obserwowanie i pomiar obrzęków;
- Stosowanie specjalnych pończoch lub rajstop przeciwżylakowych;
- Wytlumaczenie istoty zmniejszenia ilości spożywanej soli, a także zalecenie picia dużej ilości wody przez chorą.

Realizacja i ocena opieki: Problem nieustannie wymaga stałej kontroli pod kątem stopnia nasilenia i wyglądu obrzęków; U pacjentki zostały wprowadzone zmienione nawyki żywieniowe, dodatkowo zaczęła ona chętniej pić większe ilości wody; Zostały zastosowane żele i maści, które mają na celu obkurczanie naczyń krwionośnych.

Problem 5. Deficyt wiedzy w zakresie samokontroli ciśnienia tętniczego

Cel opieki: Edukacja w zakresie znaczenia kontroli ciśnienia tętniczego

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Nauka interpretacji wyników pomiarów ciśnienia tętniczego;

- Regularny pomiar ciśnienia tętniczego krwi;
- Prowadzenie dzienniczka pomiarów CTK;
- Monitorowanie efektów leczenia;
- Zalecenie prowadzenia spokojnego trybu życia;
- Stosowanie regularnych wizyt kontrolnych u lekarza specjalisty;
- Wprowadzenie do życia zdrowej diety – dieta bogata w owoce, warzywa, pełnoziarniste produkty zbożowe, produkty mleczne o niskiej zawartości tłuszczu;
- Przyjmowanie zleconych leków.

Realizacja i ocena opieki:

- Po przeprowadzonej edukacji na temat ciśnienia tętniczego, pacjentka lepiej zrozumiała kluczowe parametry z nim związane oraz zakres wartości, które są dla niej odpowiednie szczególnie mając na uwadze jej chorobę - nadciśnienie tętnicze.

Problem 6. Hiperlipidemia spowodowana chorobą towarzyszącą - miażdżycą

Cel opieki: Utrzymanie poziomu cholesterolu w granicach normy

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Edukacja chorej wraz z rodziną na temat prowadzenia zdrowego stylu życia;
- Wytlumaczenie jak ważna jest kontrola lipidów we krwi i jakie konsekwencje niosą ze sobą powikłania związane z hiperlipidemią;

Edukacja pacjentki pod kątem zdrowej diety, dodatkowo zalecenie zmniejszenia ilości spożywanych tłustych pokarmów;

Prowadzenie regularnych badań kontrolnych pod kątem poziomu cholesterolu we krwi;

- Zalecenie przyjmowania zleconych leków;
- Stałe kontrole lekarskie.

Realizacja i ocena opieki:

- Pacjentce zostały dostarczone informacje co do zmiany stylu życia, a także tego jak ważne jest prowadzenie stałych kontroli poziomu lipidów we krwi;
- W dalszym ciągu problem wymaga kompleksowej opieki ze strony personelu medycznego.

Problem 7. Dyskomfort spowodowany zbyt dużą masą ciała w wyniku otyłości

Cel opieki: Zmniejszenie masy ciała a także zminimalizowania powikłań jakie niesie za sobą otyłość

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Edukacja na temat otyłości, jej wpływu na życie oraz konsekwencji jakie niesie ze sobą dla organizmu;
- Dokładna ocena stanu zdrowia pacjentki – kontrola nawyków żywieniowych oraz prowadzonej aktywności fizycznej;
- Dostosowanie diety do potrzeb chorej, która będzie uwzględniała jej preferencje żywieniowe;
- Wsparcie ze strony rodziny podczas zmiany stylu życia i nawyków żywieniowych;
 - Prowadzenie regularnych kontroli i monitorowanie postępów;
- Eliminacja z diety napojów zawierających słodziki - zastąpienie ich wodą do picia;
- Regularne spożywanie posiłków - możliwość stosowania małych porcji (4 – 5 na dzień);
- Współpraca z dietetykiem;
- Prowadzenie kontroli w poradni diabetologicznej.

Realizacja i ocena opieki:

- Pacjentka stosuje się co do zaleconych jej zmiany nawyków żywieniowych, w dalszym ciągu prowadzi stopniową aktywność fizyczną dostosowaną do stanu zdrowia;
- Ze strony diabetologa zostały dostarczone jej poradniki i przeliczniki produktów, a także tego jakie posiadają one zapotrzebowanie kaloryczne;
- Stopień masy ciała uległ zmniejszeniu, co przyczyniło się do poprawy jakości życia.

Problem 8. Zaburzenia pamięci świeżej utrudniające codzienne funkcjonowanie

Cel opieki: Zmniejszenie zaburzeń pamięci, polepszenie funkcjonowania życia

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Usunięcie ze środowiska rzeczy, które mogą stwarzać potencjalne ryzyko dla chorej;

- Prowadzenie ćwiczeń mających na celu wspomaganie pamięci przez częste powtarzanie niektórych sformułowań;
- Okazanie pacjentce cierpliwości i wyrozumiałości;
- Zapewnienie wsparcia emocjonalnego ze strony rodziny;
- Przestrzeganie stałego harmonogramu dnia;
- Zalecenie zmiany diety i stylu życia, które będą miały pozytywny wpływ na pracę mózgu - zwiększenie spożycia owoców i warzyw, spożywanie tłuszczów takich jak omega-3, prowadzenie aktywności fizycznej dostosowanej do stanu zdrowia pacjentki;
- Zażywanie snu i odpoczynku o stałych godzinach, które są ważne dla regeneracji zarówno pracy mózgu jak i organizmu, a także utrzymaniu zdrowia psychicznego.
- **Realizacja i ocena opieki:**
- Problem w dalszym ciągu wymaga stałej kontroli ze strony rodziny jak i personelu medycznego;
- W dalszym ciągu prowadzone są czynności mające na celu poprawienie sprawności umysłowej, a także niedopuszczenie do jej pogorszenia się.

Problem 9. Ryzyko upadku na podstawie skali Tinetti

Cel opieki: Niedopuszczenie do powstania ryzyka upadku, zapewnienie chorej bezpieczeństwa

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Ocena ryzyka została oznaczona za pomocą skali Tinetti, w której pacjentka otrzymała poniżej 26 punktów wskazując na średnie ryzyko upadku;

Towarzyszenie pacjentce podczas dłuższych spacerów - asekurowanie w razie pomocy, wzięcie za rękę w razie ewentualnego wystąpienia upadku;

Poinformowanie rodziny o konieczności zabezpieczenia kanciastych elementów w środowisku domowym – szafki, stoły, komody, itp;

- Zalecenie usunięcia z otoczenia chorej wszelkich progów czy dywanów mogących prowadzić do upadku;
- Zastosowanie u pacjentki przejścia na obuwie posiadającego podeszwę antypoślizgową;

- Zapewnienie wsparcia ze strony rodziny w trakcie wykonywania podstawowych czynności;
- Zalecenie chorej używania nocnego oświetlenia, aby było łatwiej się jej przemieszczać;
- Usunięcie kruchych przedmiotów z zasięgu pacjentki;
- Poinformowanie rodziny o zabezpieczeniu ostrych przedmiotów;
- W razie konieczności zapewnienie pomocy ze strony lekarza specjalisty.

Realizacja i ocena opieki:

- Otoczenie najbliższe pacjentce wraz z rodziną w dalszym ciągu powinno dbać o zapewnienie jej stałego komfortu w wykonywaniu czynności dnia codziennego, a także na zmniejszenie czynników mogących prowadzić do powstania ryzyka upadku.

Problem 10. Ryzyko pogłębienia się retinopatii cukrzycowej w przebiegu cukrzycy

Cel opieki: Osłabienie przyczyn mogących prowadzić do pogorszenia się pola widoczności w zakresie retinopatii cukrzycowej

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Wyrównanie poziomu glikemii we krwi, a także skuteczne leczenie nadciśnienia tętniczego wraz z hiperlipidemią;
- Uczestniczenie w stałych kontrolach lekarskich;
- Edukacja pacjentki na temat retinopatii cukrzycowej – ryzyka jakie ze sobą niesie, przyczyn jej powstawania;
- Kontrola wzroku w poradni okulistycznej;
- Przyjmowanie zleconych leków;
- Korzystanie z konsultacji z lekarzem.

Realizacja i ocena opieki: Pacjentka prowadzi stałe kontrole w poradni okulistycznej, dzięki czemu na bieżąco wychwytywane są jakiegokolwiek zmiany w obrębie dna oka, co pozwoliło na niedopuszczenie do rozwoju powikłań.

Problem 11. Ryzyko wystąpienia hipoglikemii w przebiegu cukrzycy

Cel opieki: Niedopuszczenie do rozwinięcia się czynników ryzyka powodujących hipoglikemię

Plan opieki pielęgniarstwiej:

- Edukacja chorej pod względem przyczyn powodujących hipoglikemię - długi odstęp między spożywanymi posiłkami, niedostateczne zapotrzebowanie żywieniowe;
- Kontrolowanie upływającego czasu między posiłkami;
- Pomiar stężenia glukozy we krwi;
- Sporządzenie profilu glikemii – odnotowywanie pomiarów co godzinę przy niskich wartościach;
- Dzienna kontrola glukozy;
- Wprowadzenie do diety pokarmów złożonych z węglowodanów o niskim indeksie glikemicznym;
- Spożywanie 3-4 posiłków dziennie w regularnych odstępach;
- Prowadzenie stałych kontroli lekarskich w poradni diabetologicznej.

Realizacja i ocena opieki:

- W rodzinie pacjentki została przeprowadzona edukacja odnośnie co do postępowania w razie ryzyka wystąpienia hipoglikemii;
- Chora stara się kontrolować spadki poziomu glikemii, a także prowadzi dzienną kontrolę glukozy w odstępach czasowych.

Problem 12. Ryzyko wystąpienia hiperglikemii w przebiegu cukrzycy

Cel opieki: Niedopuszczenie do wystąpienia hiperglikemii

Plan opieki pielęgniarstwiej:

- Edukacja pacjentki pod kątem przyczyn powstawania hiperglikemii – zbyt niska dawka insuliny, stosowanie złych nawyków żywieniowych;
- Edukacja chorej pod względem objawów mogących świadczyć o hiperglikemii - wzmożone pragnienie, skóra i błony śluzowe suche, osłabienie, splątanie, drżenie rąk;

Zastosowanie w diecie pokarmów złożonych z węglowodanów o niskim indeksie glikemicznym;

Prowadzenie dzienniczka samokontroli poziomu glukozy we krwi;

- Odnotowywanie wzrostów poziomu glikemii;

- Edukacja pacjentki pod kątem dostosowywania dawki insuliny do wykonywanej aktywności fizycznej i wcześniejszych danych z pomiarów;
- Monitorowanie stanu pacjentki przez rodzinę – prowadzenie regularnych pomiarów poziomu glukozy we krwi, sprawdzanie pod kątem wystąpienia ewentualnych objawów;
- Zapewnienie wsparcia emocjonalnego ze strony rodziny;
- Prowadzenie stałych wizyt kontrolnych w poradni diabetologicznej.

Realizacja i ocena opieki:

- U pacjentki w dalszym ciągu powinna być prowadzona stała kontrola poziomu glukozy we krwi;
- Istota hiperglikemii została dokładnie wytłumaczona, dzięki czemu chora wie czym objawia się ta dolegliwość;
- Problem wymaga dalszej obserwacji, nie zostały odnotowane żadne objawy mogące świadczyć o podwyższonym poziomie glukozy, we krwi które prowadziłyby do wystąpienia hiperglikemii.

Problem 13. Ryzyko wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych z powodu przebytych zawałów mięśnia sercowego oraz niewydolności serca

Cel opieki: Zapewnienie chorej bezpieczeństwa, niedopuszczenie do wystąpienia i/lub wczesne wykrycie czynników mogących prowadzić do poważnych powikłań w układzie sercowo-naczyniowym

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Edukacja pacjentki i rodziny na temat obserwacji chorej, pod kątem objawów zaostrzenia się niewydolności mięśnia sercowego;
- Zalecenie prowadzenia spokojnego trybu życia w razie pozwalających możliwości;
- Monitorowanie stanu pacjentki – regularne pomiary ciśnienia, pulsu a także poziomu glukozy we krwi;
- Prowadzenie ścisłej kontroli diety – zalecone spożywanie owoców, warzyw, produktów pełnoziarnistych;
- Ograniczenie spożycia sodu – zalecenie spożywania produktów o niskiej podaży soli, a także wprowadzenie ziół i przypraw mających zastąpić sól;
- Zalecenie pacjentce picia odpowiedniej ilości płynów - woda sprzyja zapobieganiu retencji płynów a także wspomaga pracę serca;

- Prowadzenie regularnych wizyt kontrolnych u lekarza – pacjentka ma zlecone regularne wizyty w poradni kardiologicznej mające na celu kontrolowanie stanu serca, oceny postępów leczenia a także dostosowania planu opieki;
- Zalecenie regularnego przyjmowania leków.

Realizacja i ocena opieki:

- Problem w dalszym ciągu wymaga obserwacji;
- Nie wystąpiły objawy niepokojące wskazujące na powtórny zawał serca.

References

1. Niewydolność serca, epidemiologia, definicja, przyczyny [online]. Dostępny w Internecie: [Niewydolność serca, epidemiologia, definicja i przyczyny – Kardiolog Wrocław \(kardiomedical.pl\)](https://kardiomedical.pl) 05.01.2024
2. Narodowy Instytut Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego [online]. Dostępny w Internecie: [ikard.pl - Narodowy Instytut Kardiologii](https://ikard.pl) 14.02.2024
3. Przewlekła niewydolność serca (PNS). Medycyna praktyczna [online]. Dostępny w Internecie: [Podręcznik Interna - Medycyna Praktyczna: Przewlekła niewydolność serca \(PNS\) \(mp.pl\)](https://mp.pl) 13.02.2024
4. Drożdż J, Przewlekła niewydolność serca – krótki przewodnik postępowania w warunkach ambulatoryjnych. Lekarz POZ 4/2023; 177-182
5. Niewydolność serca. Medycyna praktyczna [online]. Dostępny w Internecie: [Niewydolność serca | Choroby układu krążenia - mp.pl](https://mp.pl) 26.02.2024
6. Jak działa rozrusznik serca [online]. Dostępny w Internecie: [Jak działa rozrusznik serca \(czakalaka.pl\)](https://czakalaka.pl) 13.02.2024