

## 35. OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PRZEWLEKLE CHORYM

---

Izabella Krzykwa, Anna Sadowska

### 35.1. WPROWADZENIE

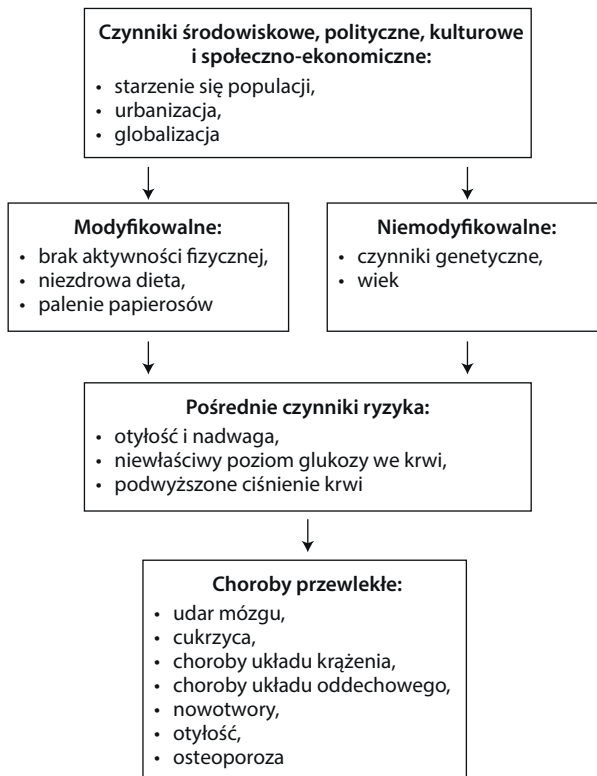
Najczęstszą przyczyną zgonów do połowy XX w. były choroby o ostrym przebiegu, takie jak: choroby zakaźne, w szczególności choroby wieku dziecięcego, gruźlica, zapalenia otrzewnej oraz zapalenia płuc. Wraz z poprawą warunków sanitarnych, dostępem do wody zdatnej do picia, zastosowaniem kanalizacji, wprowadzeniem nowszych antybiotyków, stosowaniem szczepień ochronnych znacznie zmniejszyła się śmiertelność z powodu chorób zakaźnych. Poprawa warunków życia oraz postęp medycyny spowodowały znaczne wydłużenie średniej długości życia w populacji.

Obecnie choroby przewlekłe są najczęstszą przyczyną zgonów, co wiąże się z wydłużeniem życia wśród populacji oraz specyfiką chorób przewlekłych. Często bowiem dają one nikłe objawy, a to nie skłania chorego do zgłoszenia się do lekarza i podjęcia właściwej terapii. Część chorób przewlekłych nosi znamiona schorzeń cywilizacyjnych, związanych z niewłaściwym trybem życia, sposobem odżywiania, ze stosowaniem używek, z brakiem aktywności fizycznej oraz z postępującym zanieczyszczeniem środowiska. Rozwój medycyny ma bezpośredni związek ze zwiększoną częstością występowania chorób przewlekłych. Dawniej wiele rozpoznanych chorób skutkowało śmiercią, obecnie medycyna pozwala na długotrwałe ich leczenie, co zmieniło status chorób śmiertelnych na choroby przewlekłe.

Najprostsza definicja choroby przewlekłej brzmi: **choroba, która charakteryzuje się długim czasem jej trwania oraz powolnym postępem zmian chorobowych.** Jednak w piśmiennictwie można znaleźć różniące się od siebie określenia chorób przewlekłych. Najbardziej precyzyjną definicję podaje Amerykańska Komisja ds. Chorób Przewlekłych (*The Commission on Chronic Illness*) w brzmieniu: *choroba przewlekła to zaburzenia lub odchylenia od normy, które posiadają jedną lub wiele cech takich jak: długotrwały przebieg, etiologia, leczenie oraz przebieg choroby nie jest jednoznacznie określony,*

po przejściu choroby pozostaje dysfunkcja lub niepełnosprawność oraz wymagają specjalistycznego podejścia, tj. rehabilitacji, nadzoru oraz opieki. Zgodnie z amerykańską agencją ds. statystyki zdrowia (NCHS – National Center for Health Statistics) choroba przewlekła to choroba trwająca dłużej niż 3 miesiące.

Choroby przewlekłe kwalifikują się do nieuleczalnych i trwają całe życie. Na kolejnych etapach choroby konieczne jest dostosowanie metod leczenia. W zaostrzeniu choroby leczenie będzie bardziej intensywne, natomiast w remisji ważny jest zdrowy styl życia, rehabilitacja oraz opieka sprawowana nad osobą chorą przewlekłe. Przy obecnym rozwoju cywilizacji oraz opieki medycznej wszystkie zgony przed 75. rokiem życia uważa się za zgon przedwczesny. Obecnie do chorób przewlekłych zalicza się 150 jednostek chorobowych (ryc. 35.1).



Rycina 35.1. Przyczyny chorób przewlekłych.

Źródło: wg [8].

## 35.2. JAKOŚĆ ŻYCIA W CHOROBAH PRZEWLEKŁYCH

Konsekwencje związane z chorobami przewlekłymi są bardzo złożone. Są one przyczyną dyskomfortu psychicznego i fizycznego w związku z doświadczaniem bólu oraz utraty lub ograniczenia funkcji. Stwarzają one również problemy na tle praktycznym, podwyższają koszty opieki specjalistycznej oraz zwiększają poziom świadczeń zabezpieczenia społecznego. Choroba przewlekła generuje niższą jakość życia poprzez negatywne napięcia i emocje związane z chorobą. Badania dotyczące skutków choroby coraz częściej pokazują biomedyczny model oceny stanu zdrowia. Holistyczne podejście do oceny pacjenta przewlekle chorego jest wzbogacane o jego stany subiektywne, mogące mieć znaczenie w całości kształcie sytuacji życiowej chorego. W rezultacie między rozpoznaniem obiektywnym a odczuciem chorego przewlekle zwykle zachodzą znaczne różnice.

Najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce są choroby układu krążenia, natomiast schorzenia, takie jak: cukrzyca, udary mózgowie, stwardnienie rozsiane, choroba Alzheimera, otępienie, przewlekła obturacyjna choroba płuc oraz reumatoidalne zapalenie stawów najczęściej prowadzą do niepełnosprawności, pogorszenia jakości życia chorego czy też w zaawansowanych stadiach choroby przewlekłej opieki całodobowej lub umieszczenia chorego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

**Choroby przewlekłe wymagają dwukierunkowych działań.** Pierwszym kierunkiem jest zapewnienie choremu fachowej pomocy medycznej, która zmniejsza zagrożenie życia, drugim kierunkiem są specjalistyczne interwencje psychologiczne, które pomogą choremu zaadaptować się do nowej sytuacji życiowej. Działanie medyczne jest przeważnie ograniczone do krótkich interwencji szpitalnych w okresach, gdy chory jest aktualnie w zaostrzeniu choroby przewlekłej. Pomoc psychologiczna powinna odbywać się głównie w remisji choroby i obejmować chorego w pozaszpitalnym życiu. Chory z perspektywą życia z chorobą przewlekłą prezentuje różne zachowania. Najlepsze efekty można zauważyć, gdy pacjent aktywnie poszukuje informacji, pozytywnie odnosi się do swojej sytuacji i przezwycięża tym samym chorobę.

Spółczeństwo polskie nieuchronnie się starzeje. W ciągu 20 lat odsetek osób po 65. roku życia podwoi się. Liczba osób starszych stale rośnie, ponieważ zwiększa się długość życia: dla kobiet przeciętnie rocznie o 2,1 miesiąca i o 3,6 miesiąca dla mężczyzn. Zwiększająca się liczba osób w podeszłym wieku wpływa na funkcjonowanie placówek POZ. Opieka nad takim pacjen-

tem wymaga od zespołu interdyscyplinarnego szerokiej wiedzy medycznej, kompetencji oraz doświadczenia.

Niewystarczająca liczba specjalistów geriatrycznych skutkuje obowiązkiem leczenia pacjentów w podeszłym wieku w placówkach POZ. Koncentracja diagnozy pielęgniarskiej na zapobieganiu chorobom jest obecnie ważnym aspektem w pracy pielęgniarki.

Ten etap wymaga od pielęgniarki:

- wiedzy z zakresu czynników ryzyka chorób, m.in. układ krążenia, zakaźnych, nowotworowych,
- metod badawczych oceny częstości występowania chorób w warunkach domowych podopiecznego,
- identyfikacji czynników ryzyka z wykorzystaniem kwestionariuszy.

Działania profilaktyczne w pracy pielęgniarki rodzinnej są uzależnione od diagnozy.

Dane, które gromadzi pielęgniarka na potrzeby diagnozy, to:

- pomiary parametrów życiowych: antropometrycznych, tętna, ciśnienia tętniczego krwi,
- analiza zachowań zwiększających ryzyko wystąpienia choroby, jak: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, wysokoenergetyczne odżywianie,
- zebranie informacji o rodzinnych predyspozycjach do niektórych chorób, jak: otyłość, choroby genetyczne, nadciśnienie tętnicze, stosowane przewlekle leki, samoistne poronienia, zaburzenia miesiączkowania.

Pielęgniarka rodzinna wdraża oraz zapobiega pogłębianiu się stanu chorobowego i niepełnosprawności podopiecznego (faza III profilaktyki).

Pielęgniarka w działaniach profilaktycznych III fazy posługuje się diagnozą prognostyczną oraz diagnozą aktualnego stanu zdrowia podopiecznego, gromadzi dane dotyczące wiedzy rodziny/pacjenta na temat choroby, rozpoznawania objawów, umiejętności pielęgnowania, znajomości technik radzenia sobie w trudnej sytuacji, rozpoznawania potrzeb, które sygnalizuje chory oraz korzystania z możliwości wsparcia pozainstytucjonalnego i instytucjonalnego. Diagnoza chorób i niepełnosprawności opiera się na wiedzy pielęgniarki rodzinnej, zasadach leczenia podstaw klinicznych jednostek chorobowych oraz wspomaganie chorych i niepełnosprawnych. Pielęgniarka ocenia sytuację w najbliższym otoczeniu chorego oraz możliwość udziału rodziny w procesie profilaktyki powikłań. Negatywna reakcja otoczenia na

chorobę podopiecznego może utrudniać podjęcie współpracy między chorym a zespołem interdyscyplinarnym.

**Zakres zadań pielęgniarki w chorobie i niepełnosprawności podopiecznego opiera się na:**

- przestrzeganiu zaleceń lekarskich przez pacjenta oraz zastosowaniu ich w warunkach domowych,
- radzeniu sobie pacjenta z niepełnosprawnością, w tym wykonywaniu zabiegów diagnostyczno-leczniczych,
- motywacji pacjenta do udziału w procesie leczenia, usprawnianiu, pielęgnowaniu, współpracy z rodziną oraz pielęgniarką,
- przestrzeganiu ograniczeń w leczeniu oraz rehabilitacji,
- świadomości zagrożeń powikłaniami,
- samodzielnym funkcjonowaniu pacjenta w środowisku lokalnym i rodzinnym (skala IADL oraz ADL),
- czynnościach, które pielęgniarka powinna nauczyć rodzinę, opiekunów oraz pacjenta, aby uniknąć pogarszającego się stanu zdrowia i zminimalizować ewentualnie pojawiające się powikłania,
- określeniu, w jakim stopniu wydolna jest rodzina w sferze opiekuńczo-pielęgnacyjnej,
- ocenie jakości życia podopiecznego podczas choroby,
- fazie reakcji najbliższego otoczenia na chorobę podopiecznego w aspekcie emocjonalnym,
- informacji o potrzebie wsparcia społecznego,
- przedstawieniu oferty możliwych form wsparcia strukturalnego oraz funkcjonalnego.

Zgromadzone powyżej dane pokazują, jak wiele istnieje trudności w radzeniu sobie podopiecznego z chorobą, związanych z nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskich oraz/i ograniczeń spowodowanych niepełnosprawnością chorego.

Zadaniem pielęgniarki jest ocena zdolności opiekuńczo-pielęgnacyjnych rodziny, stwierdzenie, czy chory potrzebuje wsparcia środowiska lokalnego, identyfikacja trudności, jakie ma pacjent w przestrzeganiu przez niego zaleceń lekarskich.

Wsparcie rodziny dla osób chorych i niepełnosprawnych jest najważniejszym elementem w procesie utrzymywania zdrowia oraz poprawy jego stanu. Wsparcie powinno obejmować sferę emocjonalną oraz sferę fizyczną.