Julia Ozimińska, Diana Piaszczyk, Katarzyna Głuchowska
Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Klinicznego „Clinic”
Akademia Bialska im. Jana Pawła II

ROZPOZNAWANIE I ROZWIĄZYWANIE PROBLEMÓW PIELĘGNACYJNYCH PACJENTA Z REUMATOIDALNYM ZAPALENIEM STAWÓW Z WYKORZYSTANIEM TERMINÓW ICNP®

Streszczenie
Reumatoidalne zapalenie stawów to choroba autoimmunologiczna dotycząca stawów dłoni, rąk i stóp, powodująca przewlekły ból i stan zapalny w ich obrębie.
Cel pracy: określenie roli i zadań pielęgniarki w rozpoznawaniu i rozwiązywaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta.
Metody badawcze: wywiad, obserwacja, pomiar, analiza dokumentacji, skale, proces pielęgnowania i studium przypadku.
Materiał badań: 87 letnia kobieta z RZS od 40 roku życia, które utrudnia samodzielne przemieszczanie, powoduje przykurcze kończyn górnych, deformacje rąk. Pacjentka porusza się z balkonikiem. W skali Barthel 40 pkt. (stan średnio ciężki), wymagana pomoc. W czasie hospitalizacji prowadzono: farmakoterapię, rehabilitację.
Wnioski: Rolą pielęgniarki w rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych chorej z RZS jest ocena stanu pacjentki i podejmowanie działań: diagnostycznych, opiekuńczo-terapeutycznych, rehabilitacyjnych, profilaktycznych oraz edukacyjnych. Problemy pielęgnacyjne związane z RZS utrudniają samoopiekę i samopielęgnację. Dolegliwości związane z RZS i ogólnym stanem zdrowia zdecydowanie pogarszają jakość życia pacjentki z RZS.

Abstract
Rheumatoid arthritis is an autoimmune disease most often affecting the joints of the hands, arms and feet, causing chronic pain and inflammation within them.
The purpose of the study: to define the role and tasks of the nurse in recognizing and solving the problems of nursing problems of the patient based on the assumptions of the International Classification of Nursing Practice (ICNP ®).
Research methods: interview, observation, measurement, documentation analysis, scales, process of of nursing and case study.
Findings: An 87-year-old woman with RA since the age of 40, which hindered independent movement, caused contractures of the upper limbs , deformities of the hands. The patient moved with a walker. On the Barthel scale, 40 points. (moderately severe condition), assistance required. During hospitalization was conducted: pharmacotherapy, rehabilitation.
Conclusions: The role of the nurse in recognizing the nursing problems of a patient with RA is to assess the patient’s condition and to take measures:

diagnostic, care-therapeutic, rehabilitation, prevention and education. Nursing problems associated with RA, make self-care and self-care difficult. RA-related complaints and general health conditions definitely worsen the quality of life of the RA patient.

Słowa kluczowe: RZS, pielęgniarka, problemy pielęgnacyjne, ICNP

Wstęp

Dane dotyczące zachorowalności na RZS są mało dostępne i charakteryzują się niezbyt dużą wiarygodnością (Kwiatkowska i in., 2014). Z raportu Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji z 2018 roku wynika, że w latach 2015-2017 największa zapadalność na RZS była w woj. mazowieckim (78 tys. chorych), śląskim (74 tys. chorych), wielkopolskim (54 tys. chorych), a najmniejsza w woj.: lubuskim, opolskim i podlaskim (Brzosko, 2018). Dane Narodowego Funduszu Zdrowia wskazują, że w latach 2009-2010 liczba chorych była zróżnicowana ze względu na płeć i wiek, u kobiet (0,79%), u mężczyzn (0,24%), a najwyższy współczynnik zachorowań odnotowano u pacjentów w wieku 60-64 lata (Kwiatkowska i in., 2014). Stwierdza się, że RZS trzykrotnie częściej dotyczy kobiet między 30 a 50 rokiem życia, z czego aż 10-20% stanowią osoby po 65 roku życia (Jurkowska, Łagoda, 2015). Statystyki światowe wskazują na 0,5-1% chorych na RZS w krajach wysoko uprzemysłowionych (Kwiatkowska i in., 2014).

Dokładna przyczyna RZS jest nieznana, a przewlekły proces zapalny wywołany jest nieprawidłowościami immunologicznymi (Zimmermann-Górska i in., 2019). Czynnikami patogenetycznymi są też przyczyny genetyczne: antygen zgodności tkankowej (HLA-DR4), cytokiny prozapalne (TNF-alfa, IL-1), czynnik reumatoidalny (RF) oraz przeciwciała przeciw cyklicznej cytrulinie (anty-CCP) (Samborski, 2018; Targońska-Stępniak, 2019). Także RZS u członka rodziny pierwszego stopnia znacząco zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania (Pfeil, 2019). Wśród przyczyn RZS wymienia się też: czynniki środowiskowe (palenie tytoniu, płeć i wiek (kobiety po 65 roku życia) (Kwiatkowska i in., 2014), hormonalne i immunologiczne (infekcje) szczególnie u osób z obciążeniem genetycznym (Targońska-Stępniak, 2019; Pfeil, 2019; Jurkowska, Łagoda, 2015).

Objawy choroby narastają się w czasie kilku tygodni lub kilkunastu dni i są to: ból, stawów międzypaliczkowych bliższych, śródręczno-paliczkowych, nadgarstkowych oraz śródstopno-paliczkowych rąk i stóp (Zimmermann-Górska i in., 2019). Ból może dotyczyć stawów dalszych i większych (łokciowy, ramienny, kolanowy, biodrowy), jest symetryczny, zajmuje lewą i prawą stronę tego samego stawu i towarzyszy mu zaczerwienie i obrzęk (Zimmermann-Górska i in., 2019). Charakterystycznym objawem jest też sztywność poranna tj. odrętwienie mięśni i stawów przez godzinę lub więcej,

zmniejszające się w ciągu dnia (Baran, 2019). Początkowo występuje też: złe samopoczucie i ciągłe zmęczenie, stan podgorączkowy, nawracające bóle mięśni, brak apetytu, spadek masy ciała oraz wzmożona potliwość (Zimmermann-Górska i in., 2019; Baran, 2019). Proces zapalny w RZS częściej obecny jest w stawach kończyny górnej niż dolnej oraz w dystalnych stawach kończyn (nadgarstek, ręce i stopy), stopniowo zajmując stawy większe tj. kolanowe, ramienne, łokciowe i biodrowe (Zimmermann-Górska i in., 2019). O początku zapalenia stawów świadczy: wzrost ocieplenia bez zaczerwienienia się skóry, ból uciskowy, obrzęk stawu i tkanek okołostawowych oraz wysięk w stawie (Zimmermann-Górska i in., 2019). Czasami obserwuje się jednak cechy zapalenia stawu tylko po jednej stronie ciała lub zapalenie o postaci gośćca palindromicznego (Zimmermann-Górska i in., 2019). Zmiany zapalne mogą dotyczyć też ścięgien, pochewek ścięgnistych, więzadeł oraz kaletek maziowych (Zimmermann-Górska i in., 2019). Przewlekły ból ogranicza ruchomość, a nacieki zapalne osłabiają siłę mięśni i prowadzą do ich zaniku (Zimmermann-Górska i in., 2019; Samborski, 2018). W miarę postępu choroby rozwijają się deformacje stawów, a dłoń przybiera postać tzw. ręki reumatoidalnej (Zimmermann-Górska i in., 2019; Baran, 2019). W okolicy kłębu kciuka pojawia się rumień dłoniowy, a zmiany kostno-stawowe oraz destrukcja ścięgien i więzadeł powodują usztywnienie dłoni, osłabienie siły chwytu i zmniejszoną ruchomość (Zimmermann-Górska i in., 2019). U chorych następuje ulnaryzacja (odgięcia palców dłoni w kierunku kości łokciowej tzw. kształt łabędzich szyjek z podwichnięciem dłoniowym paliczków (Zimmermann-Górska i in., 2019; Baran, 2019), a przykurcz mięśni powoduje, że palce ręki chorego przybierają kształt butonierki, co ogranicza ruchomość stawów (Zimmermann-Górska i in., Samborski, 2018; 2019; Baran, 2019). Objawem RZS są też guzki reumatoidalne po stronie wyprostnej stawów, nie sprawiające bólu, które lokalizują się w okolicach: bioder, kości potylicznej, łokciach i stawach dłoni, a rzadziej w okolicy narządów wewnętrznych (płucach, sercu, zastawkach serca) (Zimmermann-Górska i in., 2019). Postęp RZS prowadzi do patologii w stawach: kończyn górnych i dolnych, kręgosłupa i bioder, skroniowo-żuchwowych (Zimmermann-Górska i in., 2019). Niektóre zmiany stawowe w przebiegu RZS mogą stanowić wskazanie do: alloplastyki, synowektomii lub zabiegów rekonstrukcyjnych i korekcyjnych (Zimmermann-Górska i in., 2019). Zmiany chorobowe mogą też dotyczyć układu krążenia lub oddechowego (zapalenie osierdzia lub opłucnej), nerek, rogówki, twardówki i spojówki oka oraz małych i średnich naczyń krwionośnych (Zimmermann-Górska i in., 2019; Pfeil, 2019).

Wczesne rozpoznanie RZS jest wyzwaniem, gdyż pierwsze objawy są niespecyficzne (Maślińska, 2020). W przypadku podejrzenia RZS zaleca się: wywiad, badanie fizykalne, badania laboratoryjne (biochemiczne, serologiczne), badania obrazowe (RTG, USG, TK, MR) i biopsyjne (płynu stawowego)

(Maślińska, 2020; Majewski, 2018). W procesie diagnozowania jako uzupełniające metody wykorzystuje się kryteria klasyfikacji RZS wg ACR i EULAR z 2010r. (Zimmermann-Górska i in., 2019), w których osiągnięcie przez chorego 6/10 pkt. stanowi pewne kryterium do postawienia diagnozy (Marcol-Majewska i in., 2017).

Zwraca się uwagę, że wczesne rozpoznanie i wdrożenie leczenia skutkuje lepszym rokowaniem, spowolnieniem procesu chorobowego, uzyskaniem długotrwałej remisji oraz zapobiega zmianom w lokalizacjach (Marcol-Majewska i in., 2017). Leczenie RZS obejmuje: farmakoterapię, rehabilitację, edukację pacjenta i psychoterapię, a czasami leczenie operacyjne (Kwiatkowska i in., 2014). Obecnie terapia RZS opiera się o wytyczne EULAR (ang. *European League Against Rheumatism*) z 2016r. (Zimmermann-Górska i in., 2019). W leczeniu RZS stosuje się leki: modyfikujące przebieg choroby tj. konwencjonalne, celowane oraz biologiczne (Zimmermann-Górska i in., 2019). Zwraca się uwagę, że podjęcie leczenia do 12 tygodni od pierwszych objawów daje największe szanse na powodzenie terapii (Kwiatkowska, i in. 2014). W czasie terapii należy monitorować stan pacjenta pod kątem: infekcji, wtórnej osteoporozy, zaburzeń układu krwiotwórczego, upośledzenia wątroby (Zimmermann-Górska i in., 2019; Pfeil, 2019). Ważnym elementem terapii RZS jest rehabilitacja tj. kinezyterapia i fizykoterapia (krioterapia, elektroterapia, termoterapia, laseroterapia, masaż i balneoterapię (Baran, 2019) i wsparcie psychologiczne, gdyż aż 2/3 chorych na RZS jest niezadowolonych ze swojego stanu zdrowia z uwagi na problemy natury fizycznej i społecznej (Sierakowska i in., 2006).

Pielęgniarka w opiece nad pacjentem z RZS odgrywa rolę nie tylko w okresach zaostrzeń choroby, ale również na każdym innym etapie choroby, realizują swoje funkcje zawodowe: opiekuńczą, wychowawczą, edukacyjną, profilaktyczną, terapeutyczną oraz rehabilitacyjną (Krupieniewicz, 2018). Jednym z zadań pielęgniarki jest kontrolowanie bólu za pomocą skali VAS (Marzec i in., 2016), udział w farmakoterapii (o stałych godzinach) (Kikolska i in., 2018), obserwacja pacjenta i eliminowanie czynników nasilających dolegliwości. Pielęgniarka powinna zwracać uwagę, aby podczas bólu pacjent odpoczywał i ograniczał aktywność, dlatego powinna zapewnić choremu twardy materac, spokój i ciszę oraz zapewnić pozycję ciała, umożliwiającą zgięcie stawów kolanowych pod kątem 90° z pozostawieniem rąk w odwiedzeniu (Marzec i in., 2016). Niektórym chorym pielęgniarka może zalecić ciepłe, niegorące kąpiele lub ciepłe lub zimne okłady (Kikolska i in., 2018; Sierakowska, Radzik, 2018). W okresie bólu, pielęgniarka powinna zapewnić też wsparcie psychiczne (Samborski, 2018), obserwować temperaturę ciała, podawać leki przeciwgorączkowe oraz zachęcać pacjenta do spożywania większej ilości płynów (Ochyńska i in., 2013). Pielęgniarka powinna także dbać o komfort psychiczny chorego nawiązując z nim relacje oparte

na zaufaniu, zrozumieniu i cierpliwości wzmacniając w nim poczucie własnej wartości (Sierakowska, 2018) oraz może zaproponować choremu opiekę psychologa lub psychiatry, gdyż pacjent może odczuwać bezsilność, wstyd (Samborski, 2018). Pielęgniarka powinna określać deficyty w pielęgnacji i samodzielności pacjenta w zakresie podstawowych czynności życiowych (odżywiania, wydalania, ruchu), które zmieniają się zależnie od etapu RZS (Kikolska i in., 2018). Ze względu na możliwość deformacji dłoni pacjent może mieć trudności w samodzielnym przyjmowaniu posiłków, pielęgniarka powinna zadbać o pozycję chorego podczas jedzenia, pomóc w przygotowaniu posiłku (zrobić kanapki, pokroić jedzenie) oraz zapewnić sprzęt ułatwiający spożywanie posiłku (słomki do napojów, sztućce z grubymi i dłuższymi rączkami, otwieracze do słoików, uchwyty na sztućce, kubki z dużymi uszami i dziubkiem (Samborski, 2018). Pielęgniarka powinna choremu pomagać w zmianie pozycji, załatwianiu potrzeb fizjologicznych oraz udzielać pomocy przy przemieszczaniu się (asekurując podczas chodzenia lub wykorzystując sprzęt usprawniający tj. wózek inwalidzki, chodzik, ortezy) (Marzec i in., 2016). Pielęgniarka powinna również informować chorego o możliwości zakupu udogodnień usprawniające funkcjonowanie (Marzec i in., 2016).

Ze względu na zaostrzenia choroby i reżim łóżkowy skóra chorego jest narażona na otarcia i odleżyny dlatego pielęgniarka powinna zapewnić odpowiednie środki pielęgnacyjne, pielęgnować miejsca, dbać o nawadnianie pacjenta ok. 2-3 l wody oraz realizować profilaktykę przeciwzakrzepową (zmieniać pozycję chorego, unosić kończyny, wykonywać ćwiczenia bierne oraz podawać leki przeciwzakrzepowe) (Ochyńska i in., 2013). Pielęgniarka powinna obserwować funkcjonowanie układów: oddechowego, krwionośnego, pokarmowego, moczowego i narządu wzroku (Zimmermann-Górska i in., 2019; Kikolska i in., 2018), a podczas podawania NLPZ i modyfikujących przebieg choroby pielęgniarka powinna monitorować: powłoki skórne, RR, TT, oddech (minimum 2 razy na dobę) oraz oceniać wydalanie (stolec, diurezę) i ryzyko obrzęków (Marzec i in., 2016). Z uwagi na przyjmowane NLPZ pielęgniarka powinna zwracać uwagę na objawy krwawienia z przewodu pokarmowego (smoliste stolce, fusowate wymioty czy ból nadbrzusza) (Marzec i in., 2016), a w ramach profilaktyki osteoporozy powinna podawać: witaminę D3, preparaty wapnia, biofosfoniany (Sierakowska, Radzik, 2018). Z uwagi na immunosupresanty chory narażony jest na infekcje, dlatego pielęgniarka powinna: uświadomić mu, że powinien dbać o siebie, spożywać pokarmy bogate w witaminy i izolować się od źródeł zakażenia, zabiegi wykonywać zgodnie z zasadami antyseptyki i aseptyki, monitorować pod kątem zapalenia wkłucia dożylne (Ochyńska i in., 2013).

Edukacja pacjenta z RZS powinna obejmować nie tylko te dotyczące leczenia i samopielęgnacji, ale też stylu życia (Ochyńska i in., 2013), a zakres informacji powinien być zależny od etapu choroby (Sierakowska,

2018). Chory powinien uzyskać od pielęgniarki informacje na temat choroby i stosowanych leków (Sierakowska, Radzik, 2018). Zadaniem edukacyjnym pielęgniarki wobec pacjenta z RZS jest też kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych (Sierakowska, Radzik, 2018), dlatego zaleca się rezygnację z tłustych potraw na rzecz niskotłuszczowych i lekkostrawnych, ograniczenie spożycie mięsa, na poczet tłustych ryb morskich i oliwy z oliwek (Ochyńska i in., 2013). Pielęgniarka powinna zalecić dietę bogatą w witaminy (A, D, C i E) oraz warzywa i owoce (Sierakowska, 2018). W ramach profilaktyki osteoporozy pielęgniarka powinna zalecić spożywanie pokarmów z dużą ilością wapnia np. jogurty, kefiry (Sierakowska, 2018) oraz powinna zachęcać pacjenta do rezygnacji z alkoholu oraz ograniczenia spożycia słodyczy i ostrych przypraw (Sierakowska, 2018). Edukacja pacjenta powinna dotyczyć także: przystosowania otoczenia w domu pacjenta tj. (usunięcie dywanów, stopni/progów), stosowania (barierek przyłóżkowych i łazienkowych, nakładek na deskę toaletową, mat antypoślizgowych), odpowiedniego ustawienia mebli i umieszczenia potrzebnych rzeczy w miejscach dostępnych, stosowania jasnego oświetlenia zapobiegającego wypadkom i urazom (Tomczyszyn, Szlenk-Czyczerska, 2017; Sobierajski, 2019). Ważnym elementem edukacji jest poinformowanie o konieczności zapewnienia równego i twardego materaca, sprzętach ułatwiających codzienne funkcjonowanie np. chwytak, rączka do trzymania toreb, uchwyt do przekręcenia klucza, zapinacz do guzików (Tomczyszyn, Szlenk-Czyczerska, 2017; Kurpas, Kassolik, 2010; Sobierajski, 2019) oraz wykonywaniu czynności domowych ergonomicznie, bez przeciążania kręgosłupa. Pielęgniarka powinna przedstawić rodzinie/opiekunom chorego formy pomocy instytucji państwowych i lokalnych (Sierakowska, 2018; Sobierajski, 2019). Pielęgniarka odgrywa też istotną rolę w fizjoterapii pacjenta współpracując z rehabilitantami (Samborski, 2018; Marzec i in., 2016; Kurpas, Kassolik, 2010) oraz asystując choremu przy wykonywaniu zaleconych ćwiczeń. Ważnym elementem edukacji jest też udzielane wsparcie psychiczne, motywowanie oraz tworzenie atmosfery tolerancji i wyrozumiałości dla ograniczeń pacjenta (Kurpas, Kassolik, 2010), a także kształtowanie czynnej postawy w procesie leczenia i rehabilitacji (Strugała, 2013).

Celem pracy było określenie roli i zadań pielęgniarki w rozpoznawaniu i rozwiązywaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta z RZS. Na potrzeby pracy określono problemy szczegółowe: określenie działań pielęgniarki (diagnostycznych, opiekuńczo-terapeutycznych, rehabilitacyjnych, profilaktycznych i edukacyjnych) wobec chorego; określenie wpływu problemów pielęgnacyjnych na jakość życia chorego.

Materiał i metoda

Materiał badań: chora z RZS, hospitalizowana w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej w Oddziale Rehabilitacji w dniach 18.05.-02.06.2022 r.
Metody badań: studium indywidualnego przypadku, wywiad, obserwacja, pomiar, analiza dokumentacji, skale i proces pielęgnowania (Lenartowicz, Kózka, 2010).

Wyniki

Pacjentka A. W. lat 87, przyjęta planowo do Oddziału Rehabilitacji bialskiego szpitala w celu usprawniania, po przebytym złamaniu nadkłykciowym okołoprotezowym lewej kończyny dolnej oraz z powodu postępującego osłabienia sprawności ogólnej.

Pacjentka od 40 roku życia choruje na RZS. Chorobami współistniejącymi są: nadciśnienie tętnicze, niedoczynność tarczycy, zwężenie zastawki aortalnej z niedomykalnością. Z dokumentacji lekarskiej wynika, że kobieta w 20 roku życia doznała urazu prawej ręki podczas prac rolnych z amputacją palców. W 2016 r. wykonano protezoplastykę stawu kolanowego lewego. Pacjentka 2 razy doznała ostrego zespołu wieńcowego (OZW) – leczone zabiegowo (PCI), a w 2022 roku przebyła przemijający atak niedokrwienny i była hospitalizowana w Oddziale Poudarowym w Warszawie.

Przy przyjęciu chora zgłaszała osłabienie, RR (88/52 mmHG) i TT (70 u/min). Obserwowano żylaki kończyn dolnych, duszność z zachowaną drożnością dróg oddechowych bez kaszlu. Pacjentka negowała alergie i nałogi, deklarowała: zmniejszony apetyt (dieta podstawowa), niepełne uzębienie (proteza), zaparcia, wzdęcia i nocne oddawanie moczu (pieluchomajtki).

U chorej rozpoznano problemy związane z: samodzielnym przemieszczaniem, przykurczami w kończynach górnych, deformacje rąk, brak palców II, III i IV. Pacjentka nie zgłaszała dolegliwości bólowych, stan higieniczny dobry (zmiany skórne związane z wiekiem i kruchością naczyń). Chora nosi okulary i aparat słuchowy (niedosłuch i głuchota). Pani W. zgłaszała też zaburzenia snu, ale świadomość (czas, miejsce i sytuacja) była pełna, kontakt słowny dobry i logiczny. U chorej nie obserwowano zaburzeń pamięci (pamiętała z kim mieszka, znała telefon do córki) ani nastroju. Pacjentka warunki mieszkaniowe określiła jako dobre (w lecie mieszka na wsi z opiekunką, a w zimie u córki na VI piętrze), a wydolność opiekuńczą rodziny jako wystarczającą, pomimo tego, że jest wdową od 13 lat i ma tylko jedną córkę, także chorującą na RZS.

Lekarz potwierdził ograniczoną ruchomość stawów barkowych i reumatoidalne deformacje obu rąk z podwichnięciem i wiotkością palców upośledzającą znacznie chwyt. Rozpoznano też pogłębioną kifozę piersiową,

zmniejszoną lordozę lędźwiową i wzmożone napięcie mięśni przykręgosłupowych. Pacjentka zgłosiła lekarzowi, że porusza się przy pomocy balkonika lub przytrzymuje się mebli.

W dniu przyjęcia wykonano chorej EKG oraz pobrano krew do badań laboratoryjnych (biochemia, hematologia, immunochemia, poziom (żelaza i wit. B12.) Obserwowano nieprawidłowości w badaniu krwi tj. w zakresie biochemii: poziom wapnia (2,18 mmol/l) w odniesieniu do normy (2,20-2,55 mmol/l); w zakresie hematologii: poziom hematokrytu (30,4%) w odniesieniu do normy 36-46%; poziom hemoglobiny (10,0 g/l) przy normie 11,5-16 g/l; poziom erytrocytów (2,85 10^6/ul) przy normie 3,5-5,4 10^6/ul; poziom limfocytów (1,23 10^3/ul) przy normie (1,5-4 10^3/ul) poziom monocytów (0,18 10^3/ul) przy normie (0,2-0,8 10^3/ul). Przekroczone normy w badaniu krwi pacjentki dotyczyły także: MCV tj. średnia objętość krwinki czerwonej (107 fl) przy normie (82-99 fl) oraz MCH tj. średniej masie hemoglobiny w krwince czerwonej (35,1 pg) przy normie (27-34 pg); poziom neutrofilów (7,18 10^3/ul) przy normie (3-5 10^3/ul) oraz poziom MacroR tj. makrocytów (13,6%) przy normie (3,3-5,6%). W szpitalu oceniano stan chorej w zakresie sprawności i samodzielności (skala Barthel) uzyskując wynik 40 pkt. (stan średnio ciężki), wymagana pomocy personelu we wszystkich czynnościach.

W szpitalu chorej zalecano: leczenie farmakologiczne, częste pojenie i systematyczną ocenę (temp., RR i TT, wydalania stolca), ćwiczenia (oddechowe, w odciążeniu, czynno-bierne, izometryczne w odciążeniu, wspomagane, ogólnousprawniające i lokomocji). Przy doborze ćwiczeń uwzględniano jej stan oraz wielochorobowość, ale mimo to wymagały one od chorej dużego wysiłku, dlatego potrzebowała po nich odpoczynku.

Chora codziennie odczuwała sztywność poranną i ból stawowy nasilający się pod wpływem zimna. Pani A. W. zapytana o preferencje spędzania czasu wolnego wyznała, że nie lubi oglądać TV, preferuje spędzanie czasu w ciszy (leżenie, myślenie, wspominanie). Pacjentka przyznała, że w swoim domu na wsi bardzo lubi spędzać czas na tarasie, jednak aby wyjechać na świeże powietrze potrzebuje pomocy osób trzecich, którzy pomogą jej pokonać próg. W szpitalu: chora czuła się osamotniona (brak częstych kontaktów z córką - raz na kilka dni ze względu na odległość), nie posiadała telefonu komórkowego z uwagi na ograniczenia w ruchomości palców spowodowane RZS, co nasilało tęsknotę za córką.

Na podstawie obserwacji pacjenta, analizy dokumentacji medycznej, wywiadu i przeprowadzonych pomiarów sformułowano diagnozy, określono interwencje oraz wynik opieki zgodnie z założeniami Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP ®), wg której skrótami literowymi oznaczono: DN (ang. negative diagnosis) - diagnozę negatywną DP (ang. positive diagnosis) – diagnozę pozytywną oraz osie: F (ang. focus) – przedmiot, T (ang. time) czas, L (ang. location) – lokalizację, M (ang. means) – środki,

J (ang. judgement) – osąd, a cyframi określono kod cyfrowo-literowy, odzwierciedlający zależności między poszczególnymi elementami oraz przynależność terminu do danej osi ICNP (Kilańska, 2014; Kisilowska, 2014).

1. (DN) Ból artretyczny [10047104] + (F) ból mięśniowo-szkieletowy [10012337] + (L) element układu mięśniowo-szkieletowego [10012359] + (L) staw [10010968] + (L) nadgarstek [10021262] + (L) obustronny [10027597] + (T) rano [10012226] + (T) chroniczny [10004395] + (J) dotkliwy [10025877].
INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:
- monitorowanie bólu [10038929],
- zarządzanie bólem [10011660],
- konsultowanie z usługodawcą usług zdrowotnych [10005029], - współdziałanie z lekarzem [10023565],
- administrowanie lekiem [10025444],
- administrowanie lekiem przeciwbólowym [10023084],
- ocenianie kontroli objawów [10026161].
WYNIK OPIEKI
(DP) efektywna odpowiedź na lek [10028670] + (F) ból mięśniowo-szkieletowy [10012337] (L) element układu mięśniowo-szkieletowego [10012359] + (L) staw [10010968] + (L) nadgarstek [10021262] + (L) obustronny [10027597] + (T) rano [10012226] + (T) chroniczny [10004395] + (J) poprawa [10026692].

2. (DN) Zaburzona funkcja układu pokarmowego [10022931] + (F) zaparcie [10004999] + (T) nawrót [10016666] + (J) dotkliwy [10025877].
INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:
- monitorowanie perystaltyki jelit [10037211],
- konsultowanie z usługodawcą usług zdrowotnych [10005029],
- współdziałanie z lekarzem [10023565],
- ocenianie potrzeby diety [10037875],
- nauczanie o odżywianiu [10024618],
- prewencja zaparcia [10046454].
WYNIK OPIEKI
(DP) efektywna defekacja [10028403] + (F) proces układu pokarmowego [10008366] + (J) stan normalności [10013305].

3. (DN) Ryzyko deficytu w przyjmowaniu pokarmów [10023021] + (F) samodzielne jedzenie [10017730] + (J) częściowy [10014081].
INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:
- ocenianie zdolności do samodzielnego jedzenia [10050101],
- asystowanie w jedzeniu i piciu [10037269].
WYNIK OPIEKI

(DP) efektywne radzenie sobie [10022378] + (F) zdolność samodzielnego jedzenia [10000166] + (J) częściowy [10014081].

4. (DN) Deficyt samoopieki [10023410]+ (F) mycie się [10017846] + (F) samodzielne ubieranie lub rozbieranie [10017748]+ (J) zależność [10026671] + (J) całkowity [10019876].
INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:
- asystowanie w czynnościach toaletowych [10023531],
- asystowanie w ubieraniu [10050268].
WYNIK OPIEKI
(DN) deficyt samoopieki [10023410] + (F) mycie się [10017846] + (F) samodzielne ubieranie lub rozbieranie [10017748] + (J) zależność [10026671] + (J) całkowity [10019876].

5. (DN) zaburzona funkcja układu moczowego [10001359] + (F) moczenie mimowolne [10026824] + (T) noc [10013207] + (J) dotkliwość [10025849].
INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:
- zarządzanie mimowolnym moczeniem [10031805].
WYNIK OPIEKI
(DP) bez infekcji [10028945] + (F) integralność skóry [10018241] + (L) krocze [10014340] + (J) efektywny [10014956].

6. (DN) osłabienie [10022880] + (F) ciśnienie krwi [10003335] + (J) niski [10011438].
INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:
- monitorowanie objawów podmiotowych i przedmiotowych [10012203],
- monitorowanie ciśnienia krwi [10032052],
- konsultowanie z usługodawcą usług zdrowotnych [10005029],
- współdziałanie z lekarzem [10023565],
- administrowanie lekiem [10025444].
WYNIK OPIEKI
(DP) ciśnienie krwi w granicach normy [10027647] + (F) ciśnienie krwi [10003335] + (J) niski [10011438].

7. (DN) smutek [10040662] + (F) zaburzone komunikowanie w rodzinie [10012702] + (L) hospitalizacja [10009122] + (J) dotkliwość [10025849].
INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:
- wspieranie procesu radzenia sobie bez rodziny [10032859],
- nawiązywanie relacji [10016678].
WYNIK OPIEKI
(DP) efektywne radzenie sobie rodziny [10034770] + (F) efektywna komunikacja w rodzinie [10036050] + (J) normalny [10013295].

8. (DN) zaburzona mobilność [10001219] + (F) ruch ciała [10003414] + (J) zależność [10026671] + (J) częściowy [10014081].
INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:
- asystowanie w mobilności w łóżku [10045972],
- pozycjonowanie pacjenta [10014761],
- przemieszczanie pacjenta [10033188],
- nauczanie o rehabilitacji [10033017],
- nauczanie o ćwiczeniach [10040125],
- konsultowanie z usługodawcą usług zdrowotnych [10005029].
WYNIK OPIEKI
(DN) zaburzona zdolność przemieszczania [10001005] + (F) ruch ciała [10003414] + (J) zależność [10026671] + (J) częściowy [10014081].

9. (DN) zmęczenie [10000695] + (F) postawa wobec reżimu ćwiczeń [10023549] + (J) zależność [10026671].
INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:
- ocenianie tolerancji aktywności ruchowej [10037945],
- nauczanie o ćwiczeniach [10040125],
- konsultowanie z usługodawcą usług zdrowotnych [10005029].
WYNIK OPIEKI
(DP) zredukowanie zmęczenia [10029390] + (F) pozytywny status nastroju [10050460] + (J) poprawa [10026692].

10. (DN) zmęczenie [10000695] + (F) zaburzony sen [10012929] + (T) noc [10013207] + (J) umiarkowany [10025865].
INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:
- ocenianie snu [10036764],
- konsultowanie z usługodawcą usług zdrowotnych [10005029],
- współdziałanie z lekarzem [10023565],
- administrowanie lekiem [10025444].
WYNIK OPIEKI
(DP) adekwatny sen [10024930] + (F) bez zmęczenia [10034715] + (J) poprawa [10026692].

11. (DN) zaburzona funkcja układu oddechowego [10023362] + (F) duszność [10006461] + (T) przyjęcie [10001843] + (J) duży [10011116].
INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:
- zarządzanie niwelowaniem objawu [10038718],
- konsultowanie z usługodawcą usług zdrowotnych [10005029],
- współdziałanie z lekarzem [10023565],
- monitorowanie terapii oddechowej [10037092].
WYNIK OPIEKI

(DP) efektywna funkcja układu oddechowego [10028160] + (F) bez duszności [10029255] + (J) poprawa [10026692].

12. (DN) zaburzone uzębienie [10001131] + (F) przeżuwanie [10004250] + (M) proteza dentystyczna [10005750] + (J) poziom oczekiwany [10007343].
INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:
- ocenianie przyjmowania pokarmów [10050091],
- konsultowanie z usługodawcą usług zdrowotnych [10005029],
- współdziałanie z lekarzem [10023565].

WYNIK OPIEKI
(DN) zaburzone uzębienie [10001131] + przeżuwanie [10004250] + (M) proteza dentystyczna [10005750] + (J) poziom oczekiwany [10007343].

13. (DN) ryzyko upadku [10015122] + (F) chodzenie z użyciem urządzeń [10020903] + (J) potencjalne ryzyko [10017252].
INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:
- monitorowanie ryzyka upadku [10037442],
- prewencja upadków [10040211].

WYNIK OPIEKI
(DP) wiedza o prewencji upadku [10040276] + (F) chodzenie z użyciem urządzeń [10020903] + (J) poprawa [10026692].

14. (DN) zaburzone komunikowanie [10023370] + (F) wzrok [10018124] + (F) słuch [10008814] + (T) hospitalizacja [10009122] + (J) częściowy [10014081].
INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:
- ocenianie możliwości [10026040],
- wzmacnianie komunikacji [10050309],
- nauczanie o urządzeniach wspomagających słuch [10045067],
- konsultowanie z usługodawcą usług zdrowotnych [10005029].

WYNIK OPIEKI
(DP) zdolność komunikacji [10000052] + (F) efektywna komunikacja [10014828] + (C) pacjent [10014132] + (C) pielęgniarka [10013333] + (M) okulary [10008460] + (M) aparat słuchowy [10008805] + (T) hospitalizacja [10009122] + (J) poprawa [10026692].

15. (DN) zaburzona funkcja układu regulacyjnego [10023358] + (F) hiperwitaminoza [10009445] + (J) wysoki [10009007].
INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:
- identyfikowanie statusu fizjologicznego [10009612],
- konsultowanie z usługodawcą usług zdrowotnych [10005029],
- współdziałanie z lekarzem [10023565],
- administrowanie lekiem [10025444],
- administrowanie witaminą B12 [10030438].

WYNIK OPIEKI
(DP) zaburzona funkcja układu regulacyjnego [10023358] + (F) hiperwitaminoza [10009445] + (J) względna ocena stanu [10026750].

16. (DN) zaburzony status fizjologiczny [10030035] + (F) poziomy stężenia we krwi [10045993] + (T) przyjęcie [10001843] + (J) wysoki [10009007].
INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:
- monitorowanie statusu fizjologicznego [10012183],
- konsultowanie z usługodawcą usług zdrowotnych [10005029],
- administrowanie lekiem [10025444].
WYNIK OPIEKI
(DN) zaburzony status fizjologiczny [10030035] + (F) krew [10003319] + (T) hospitalizacja [10009122] + (J) względna ocena stanu [10026750].

17. (DN) trudności w radzeniu sobie [10001120] + (F) samoopieka [10017661] + (M) amputacja [10002246] + (L) palec ręki [10007937] + (L) prawy [10017234] + (J) dotkliwy [10025877].
INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:
- asystowanie w samoopiece [10035763].
WYNIK OPIEKI
(DP) efektywna ciągłość opieki [10035507] + (F) rola pielęgniarki [10013346] + (M) plan opieki [10003970] + (J) kompleksowy [10023583].

18. (DN) zaburzona zdolność wykonywania opieki [10029621] + (F) przykurcz stawu [10010975] + (L) staw łokciowy [10006593] + (L) nadgarstek 10021262 + (L) palec ręki [10007937] + (L) obustronny [10027597] + (J) dotkliwy [10025877].
INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE:
- konsultowanie z usługodawcą usług zdrowotnych [10005029],
- ciągły nadzór [10005093]
- prewencja odleżyny [10040224].
WYNIK OPIEKI
(DN) zaburzona zdolność wykonywania opieki [10029621] + (F) przykurcz stawu [10010975] + (L) staw łokciowy [10006593] + (L) nadgarstek 10021262 + (L) palec ręki [10007937] + (L) obustronny [10027597] + (J) dotkliwy [10025877] + (J) zależność [10026671].

Wnioski

1. Rolą pielęgniarki w rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych chorej z RZS jest ocena stanu pacjentki za pomocą: wywiadu, obserwacji, pomiarów, skal oceniających zdolność do samoopieki i samopielęgnacji.
2. Pielęgniarka wobec pacjentki z RZS podejmuje działania: opiekuńczo-terapeutyczne, rehabilitacyjne, profilaktyczne oraz edukacyjne.

3. Pielęgniarka w ramach działań: diagnostycznych (rozpoznaje stan chorej na podstawie wykonywanych badań i uzyskanych wyników); opiekuńczo-terapeutycznych (wykonuje zlecenia lekarskie, podejmuje interwencje w celu kontroli objawów, udziela wsparcia); rehabilitacyjnych (współuczestniczy w rehabilitacji); profilaktycznych (zapobiega powikłaniom tj, przykurczom, deformacjom, upadkom, urazom i odleżynom); edukacyjnym (prowadzi edukację chorego i/lub jego rodziny na temat choroby, jej objawów, zasad leczenia, rehabilitacji i przystosowania otoczenia (sprzętów ułatwiających codzienne funkcjonowanie po zakończonej hospitalizacji).
4. Rozpoznane u pacjentki problemy pielęgnacyjne związane z RZS zdecydowanie utrudniały samoopiekę i samopielęgnację oraz pogarszały jakość życia z uwagi na: poranny ból stawów, trudności w poruszaniu się (chodzenie z balkonikiem), przykurcze i deformacje.
5. Negatywnie na jakość życia chorej wpływają: duszność, hipotonia, nycturia (moczenie nocne), constipatio (zaparcia), zmęczenie, zaburzenia snu w nocy, smutek z powodu braku kontaktów z córką), zaburzenia słuchu (niedosłuch i głuchota) oraz problemy ze wzrokiem.

Piśmiennictwo

1. Baran M. (2019), Rola fizjoterapii w kompleksowym leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów w okresie remisji. Acta Salutem Scientiae, 1, s. 53-65.
2. Brzosko M. (2018), Wczesne zapalenie stawów. Rekomendacje w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem. Raport opracowany przez Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, Warszawa, s. 6-8.
3. Jurkowska G., Łagoda K. (2015), Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobami reumatycznymi. W: M. Sierakowska, S. Sierakowski (red.), Pielęgniarstwo internistyczne. Wydawnictwo PZWL, Warszawa, s. 415-429.
4. Kikolska M., Kwiatkowska M., Żółtowska K. i in. (2018), Pielęgnacja pacjenta z reumatoidalnym zapaleniem stawów – Studium przypadku w oparciu o ICNP ®. Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej, 3, s. 46-56.
5. Kilańska D. (2014), Międzynarodowy standard pielęgniarski – wprowadzenie do praktyki pielęgniarskiej. W: D. Kilańska (red.), Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej – ICNP® w praktyce pielęgniarskiej. Wydawnictwo PZWL, Warszawa, s. 25-41.
6. Kisilowska M. (2014), Systemy informacyjne w ochronie zdrowia – zarys problemu. W: D. Kilańska (red.), Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej – ICNP® w praktyce pielęgniarskiej. Wydawnictwo PZWL, Warszawa, s. 1-18.
7. Krupieniewicz A. (2018), Podstawy pielęgniarstwa. Repetytorium przedegzaminacyjne. Edra Urban&Partner, Wrocław, s. 5-13, 72-76.
8. Kurpas D., Kassolik K. (2010), Rehabilitacja w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Continuo, Wrocław, s. 98-101.

9. Kwiatkowska B., Raciborski F., Maślińska M i in. (2014), Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych – ocena obecnej sytuacji i rekomendacje zmian. Instytut Reumatologii w Warszawie, s. 16-18, 26-39, 52.
10. Lenartowicz H., Kózka M. (2010), Metodologia badań w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo PZWL, Warszawa, s. 97-115.
11. Majewski G. (2018), Badanie obrazowe we wczesnym reumatoidalnym zapaleniu stawów. Forum Reumatologiczne, 4, 1, s. 45-51.
12. Marcol-Majewska A., Majewski G., i Kotyla P. (2017), Reumatoidalne zapalenie stawów – propozycje postępowania diagnostycznego. Forum Reumatologiczne, 3, 2, s. 88-92.
13. Marzec I., Budnik M., Balcerak D. i in., (2016), Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej w opiece nad pacjentem z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Journal of Education, Health and Sport, 6, 9, s. 345-356.
14. Maślińska M. (2020), Nauki reumatyczne w nauce, publikacjach i systemie ochrony zdrowia. Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, Warszawa, s. 10-12.
15. Ochyńska O., Okoń E., Olek D. i in., (2013), Edukacja i pielęgnacja pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia, 3, s. 69-71.
16. Pfeil A. (2019), Choroby stawów obwodowych. W: A. Pfeil, P. Oelzner, J. Böttcher i in., (red.), Reumatologia. Edra Urban&Partner, Wrocław, s. 15-18.
17. Samborski W. (2018), Specyfika chorobowości u starszych pacjentów. W: K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska (red.), Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo PZWL, Warszawa, s. 276-289.
18. Sierakowska M. (2018), Edukacja pacjentów w zapalnych chorobach reumatycznych – rekomendacje Europejskiej Ligi Przeciwreumatycznej, pomiar potrzeb edukacyjnych – Pol-ENAT. Problemy Pielęgniarstwa, 26, 4, s. 249-253.
19. Sierakowska M., Matys A., Kosior A. i in., (2006), Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Reumatologia, 44, 6, s. 298-303.
20. Sierakowska M., Radzik T. (2018), Opieka pielęgniarska nad osobami z chorobami reumatycznymi. W: D. Talarska, D. Zozulińska-Ziółkiewicz (red.), Pielęgniarstwo internistyczne. PZWL, Warszawa, s. 335-344.
21. Sobierajski T. (2019), Codzienność z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Wiedza, postawy i psychospołeczne doświadczenia osób z RZS. Fundacja RZS Nie Rezygnuj, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, s. 16.
22. Strugała M. (2013), Pielęgnowanie i usprawnianie chorego z chorobą zwyrodnieniową stawów i reumatoidalnym zapaleniem stawów. W: M. Strugała, D. Talarska (red.), Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych. PZWL, Warszawa, s. 125-131.
23. Targońska-Stępniak B. (2019), Reumatoidalne zapalenie stawów u ludzi starszych. Wiadomości Lekarskie, Tom LXXII, 9, cz. I, s. 1676-1682.
24. Tomczyszyn A., i Szlenk-Czyczerska E. (2017), Rola pielęgniarki rodzinnej w opiece nad pacjentką z reumatoidalnym zapaleniem stawów. W: L. Marcinowicz, B. Ślusarska (red.), Opieka nad podopiecznym w praktyce pielęgniarki rodzinnej. Opisy indywidualnych przypadków. Wydawnictwo Continuo, Wrocław, s. 161-174.

25. Zimmermann-Górska I., Tochocka-Kaczmarek A., Goncerz G. (2019), Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS). W: A. Szczeklik, P. Gajewski (red.), Interna Szczeklika. Mały podręcznik 2019/2020. Medycyna Praktyczna, Kraków, s. 1075-1087.