

# OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA

## NURSING CARE FOR PATIENTS WITH HEART FAILURE

**Izabela Przybyło<sup>1</sup>, Wioleta Sosik<sup>1</sup>, Julia Szczepańska<sup>1</sup>, Jakub Stachyra<sup>1</sup>,  
Barbara Michałowska<sup>2</sup>, Aneta Kościółek<sup>3,4\*</sup>, Iwona Adamska-Kuźmicka<sup>3,4</sup>,  
Emilia Grzegorzczak-Puzio<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>2</sup>Studenckie Koło Naukowe przy Instytucie Nauk Medycznych „Pielęgniarstwo z Pasją”, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie

<sup>3</sup>Instytut Nauk Medycznych, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie

<sup>4</sup>Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

[https://doi.org/10.29316/9788368103397\\_8](https://doi.org/10.29316/9788368103397_8)

### Streszczenie

Niewydolność serca (HF) stanowi istotny problem zdrowotny i społeczny, którego częstość występowania wzrasta wraz z wiekiem. Choroba prowadzi do pogorszenia jakości życia, ograniczenia sprawności fizycznej oraz zwiększonego ryzyka hospitalizacji i zgonu. Kluczową rolę w procesie terapeutycznym odgrywa kompleksowa opieka pielęgniarska oraz przygotowanie pacjenta do samoopieki. Przedstawiono zakres opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z przewlekłą niewydolnością serca. Badanie przeprowadzono metodą indywidualnego studium przypadku u 67-letniego pacjenta hospitalizowanego na oddziale kardiologicznym z powodu zaostrzenia objawów przewlekłej niewydolności serca. Wykorzystano analizę dokumentacji medycznej, wywiad, obserwację oraz pomiary parametrów życiowych. Narzędziami badawczymi były: Europejska Skala Samoopieki Pacjentów z Niewydolnością Serca (EHFScBS), Skala Akceptacji Choroby (AIS), Skala Zmęczenia Richardson oraz Ateńska Skala Bezsensowności. U pacjenta stwierdzono przewlekłą niewydolność serca wg NYHA II

---

\* e-mail: akosciolok@panschelm.edu.pl

z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory (EF 30%), obrzęki kończyn dolnych, brzucha, moszny i prącia, duszność wysiłkową oraz napadową duszność nocną. Wynik EHFScBS (40/60 pkt) wskazywał na niepełne przestrzeganie zaleceń dotyczących samoopieki. W skali AIS pacjent uzyskał 30/40 pkt, co świadczyło o średnim poziomie akceptacji choroby. Zmęczenie oceniono na 7/10 pkt w skali Richardson, natomiast wynik 12/24 pkt w Ateńskiej Skali Bezsenności wskazywał na istotne zaburzenia snu. Zidentyfikowano główne problemy pielęgniarские obejmujące ryzyko kolejnego incydentu sercowo-naczyniowego, duszność i nietolerancję wysiłku, obrzęki oraz zaburzenia snu. Przewlekła niewydolność serca znacząco wpływa na funkcjonowanie fizyczne i psychospołeczne pacjenta. Indywidualnie zaplanowana opieka pielęgniarская, ukierunkowana na edukację zdrowotną, monitorowanie stanu chorego, wspieranie samoopieki oraz kontrolę objawów, może przyczynić się do poprawy jakości życia, ograniczenia liczby zaostrzeń choroby i zmniejszenia ryzyka hospitalizacji.

**Słowa kluczowe:** niewydolność serca, opieka pielęgniarская, studium przypadku, samoopieka, edukacja zdrowotna, duszność, obrzęki, jakość życia, pacjent kardiologiczny, przewlekła choroba

### Abstract

Heart failure (HF) is a significant health and social problem, the prevalence of which increases with age. The disease leads to a reduced quality of life, limited physical function, and an increased risk of hospitalization and death. Comprehensive nursing care and preparing the patient for self-care play a key role in the therapeutic process. Presentation of the scope of nursing care for a patient with chronic heart failure. The study was conducted as an individual case study of a 67-year-old patient hospitalized in the cardiology ward due to an exacerbation of chronic heart failure symptoms. The study utilized analysis of medical records, interviews, observation, and vital sign measurements. The research tools included: the European Heart Failure Self-Care Scale (EHFScBS), the Acceptance of Illness Scale (AIS), the Richardson Fatigue Scale, and the Athens Insomnia Scale. The patient was diagnosed with NYHA Class II chronic heart failure with reduced left ventricular ejection fraction (EF 30%), edema of the lower extremities, abdomen, scrotum, and penis, exertional dyspnea, and paroxysmal nocturnal dyspnea. The EHFScBS score (40/60 points) indicated incomplete adherence to self-care recommendations. On the AIS scale, the patient scored 30/40 points, indicating a moderate level of disease acceptance. Fatigue was rated at 7/10 on the Richardson scale, while a score of 12/24 on the Athens Insomnia Scale indicated significant sleep disturbances. The primary nursing issues identified included the risk of another cardiovascular event, dyspnea and exercise intolerance, edema, and sleep disturbances. Chronic heart failure significantly affects the patient's physical and psychosocial functioning. Individually planned nursing care, focused on health education, monitoring the patient's condition, supporting self-care, and symptom management, can contribute to improving quality of life, reducing the number of disease exacerbations, and lowering the risk of hospitalization.

**Keywords:** heart failure, nursing care, case study, self-care, health education, dyspnea, edema, quality of life, cardiac patient, chronic disease

## Wstęp

Niewydolność serca (ang. Heart Failure, HF) definiowana jest jako „stan patofizjologiczny, w którym serce ze względu na nieprawidłowe funkcjonowanie, nie może przepompowywać takiej ilości krwi, która wystarczylaby do pokrycia zapotrzebowania tkanek. W sytuacji tej stara się ono zwiększać ciśnienie napełniania, co wpływa na dalszą jego nieprawidłową pracę” (Drzewoski, 2018). Wskazuje się, że HF może dotyczyć już 2% populacji ludzkiej. Najczęściej stwierdza się ją u pacjentów powyżej 70. roku życia – dotyczy prawie 10% spośród nich. Niepokojącym jest szczególnie fakt, że liczba chorych, u których stwierdza się niewydolność serca rośnie z roku na rok, przyczyniając się także do coraz to większej ilości zgonów (Kowalczyk i in., 2016).

Najczęściej do powstania niewydolności serca, przyczynia się choroba wieńcowa i nadciśnienie tętnicze – szacuje się, że nadciśnienie dotyka prawie 75% społeczeństwa, a tylko połowa z nich trafia do lekarza (Karasek i in., 2008). Bardzo duże grono pacjentów nie wie, że choruje na nadciśnienie tętnicze, co znacząco osłabia ich serce i pogarsza jakość życia, a na późniejszym etapie może prowadzić do wystąpienia HF, co stanowi poważny problem medyczny. Innym podłożem tej choroby mogą być: kardiomiopatie, zapalenie mięśnia sercowego, działanie substancji toksycznych, wady serca i choroby osierdzia. Wśród najrzadziej występujących przyczyn niewydolności serca wymienia się niedokrwistość, niewydolność nerek, różnego rodzaju choroby tarczycy i zaburzenia rytmu. Najczęściej przyczyny te powodują jednak zaostrzenie istniejącej już niewydolności serca, rzadko będąc ich jednoznaczną przyczyną (Karasek i in., 2008).

Wskazuje się, że podstawowymi dolegliwościami, które zgłaszają pacjenci z niewydolnością serca jest duszność (zarówno spoczynkowa, jak i wysiłkowa), nadmierna męczliwość, nawet przy wykonywaniu podstawowych czynności oraz pojawiające się obrzęki kończyn dolnych, mogące utrudniać poruszanie się. Inne objawy niewydolności serca, które mogą się pojawiać to: suchy kaszel, najczęściej w nocy, kołatanie serca, niemijające w pozycji leżącej, świszczący oddech, zwiększenie masy ciała spowodowane gromadzeniem się wody (Kałużna-Oleksy, 2020).

Leczenie farmakologiczne polega przede wszystkim na zastosowaniu leczenia moczopędnego. Diuretyki, stosowane razem z lekami wpływającymi na układ neurohormonalny wykazują bardzo dobre działanie przy HF. Do farmakologii

stosowanej w niewydolności serca zalicza się głównie leki antagonizujące pobudzenie neurohormonalne (Kałużna-Oleksey, 2020).

Leczenie inwazyjne stosuje się, gdy leczenie farmakologiczne nie przynosi oczekiwanych rezultatów. Złotym standardem u pacjentów z zaawansowaną niewydolnością serca jest przeszczep serca. Postęp medycyny sprawił, że roczna przeżywalność po tej operacji wynosi ponad 90%, z medianą przeżycia szacowaną na około 12 lat. Jednakże, niedobór narządów nadal ogranicza liczbę przeszczepów wykonywanych w ciągu roku, a głównymi wyzwaniami po przeprowadzonej transplantacji może być zarówno odrzucenie bądź dysfunkcja przeszczepu, jak i skutki uboczne farmakoterapii immunosupresyjnej (Truby, Rogers, 2020).

Celem rozdziału było przedstawienie zakresu opieki nad pacjentem cierpiącym na przewlekłą niewydolność serca.

## **Materiały i metody**

W opracowaniu wykorzystano metodę indywidualnego przypadku, umożliwiającą analizę problemów danego podmiotu opieki, wynikających z obecnego stanu klinicznego w oparciu o techniki badawcze takie jak obserwacja pielęgniarska, wywiad, pomiar parametrów, analiza dokumentacji medycznej. Jako narzędzia badawcze użyto Europejska Skala Samoopieki Pacjentów z Niewydolnością Serca (ang. European Heart Failure Self-care Behaviour Scale, EHFSBS), skalę zmęczenia wg Richardson, Ateńską Skalę Bezsenności oraz Skalę Akceptacji Choroby – AIS.

Przedmiotem badań jest przedmiot ludzki w osobie pacjenta ze zdiagnozowaną niewydolnością serca. Badanie przeprowadzono w okresie 16-17 listopada 2022 r., w oddziale kardiologicznym w Samodzielnym Szpitalu Klinicznym w Lublinie nr 4. Przed przystąpieniem do zbierania danych badawczych uzyskano świadomą zgodę chorego.

## **Wyniki**

Pacjent objęty badaniem to mężczyzna w wieku 67 lat, przyjęty do oddziału kardiologicznego w trybie nagłym ze szpitalnego oddziału ratunkowego, do którego sam się zgłosił. Przewlekła niewydolność serca została rozpoznana u niego około 6 lat temu i obecnie nastąpiło zaostrzenie jej objawów. Od 3 tygodni z obrzękami kończyn dolnych i napadową dusznością nocną, a 72 godziny przed uzyskaniem pomocy lekarskiej, pacjent zauważył masywny obrzęk moszny, prącia

i brzucha. Ból w klatce piersiowej i alergię neguje. Aktualnie pacjent znajduje się w ogólnym stanie dobrym; jest przytomny, świadomy i wydolny samoobsługowo. Obciążony kardiologicznie – HF NYHA II z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory – EF-30%, stabilna dusznica bolesna, nadciśnienie tętnicze, migotanie przedsionków, blok lewej odnogi pęczka Hisa, stan po 4 zawałach serca NSTEMI (1995 r., 2004 r., 03.2018 r., 12.2019 r.), stan po angioplastyce z implantacją stentu DES – Cx/OM oraz RCA (03.2018 r.), stan po PCI Cx+ 2DES (12.2019 r.), stan po wszczepieniu MitraClip (2020 r.) w celu redukcji niedomykalności mitralnej. W wywiadzie także przerost sterca. Chory wykazuje wiedzę na temat swoich schorzeń. Za pomocą Karty Opieki Pielęgniarskiej oceniono następujące układy:

#### **Układ sercowo-naczyniowy:**

- Tętno: 72 ud./minutę, niemierny, ale dobrze wyczuwalne na obu tętnicach promieniowych u rąk, a na grzbiecie stopy pomiar tętna utrudniony ze względu na obecność obrzęków.
- Ciśnienie krwi: 119/88 mmHg.
- Obrzęki: występuje obrzęk brzucha, moszny i łąki oraz symetryczne obrzęki w okolicy stawów skokowych.
- Sinica: nie występuje, saturacja na poziomie 96% bez tlenoterapii.
- Omdlenia: nigdy.
- Pacjent obciążony kardiologicznie – przewlekła niewydolność serca NYHA II, stan po 4 zawałach serca, stan po licznych przez skórnych interwencjach wieńcowych, stan po implantacji Mitraclip, nadciśnienie tętnicze, migotanie przedsionków, stabilna dusznica bolesna, blok lewej odnogi pęczka Hisa.

#### **Układ oddechowy:**

- Oddech: występuje tachypnoe – oddech przyśpieszony 22/minutę, o prawidłowej głębokości, bezwonnym i bez ruchów dodatkowych mięśni szkieletowych.
- Dusznosć: występuje w czasie wysiłku i od 3 tygodni napadowo w nocy.
- Katar: nie.
- Zaleganie wydzieliny: nie.
- Kaszel: sporadycznie kaszel suchy.

### **Układ pokarmowy:**

- Jama ustna: prawidłowa.
- Pragnienie i pragnienie: prawidłowe.
- Odżywianie: pacjent je samodzielnie łyżką, ma zaleconą dietę lekkostrawną z niską ilością sodu.
- Dolegliwości dyspeptyczne: nie występują.
- Wydalanie: prawidłowe.
- Ruchy perystaltyczne jelit: obecne, perystaltyka słyszalna.
- Pacjent mierzy 176 cm, waży 73 kg, co daje wynik BMI 23,57 i oznacza wagę prawidłową.

### **Układ moczowo-płciowy:**

- Diureza: zaburzona, występuje nykturia.

### **Układ mięśniowo-szkieletowy:**

- Sprawność ruchowa/samoobsługa: pacjent wydolny samoobsługowy.
- Mobilność: prawidłowa.
- Dysfunkcje narządu ruchu: nie występują.

### **Układ nerwowy:**

- Stan świadomości: prawidłowy.
- Objawy neurologiczne: nie występują; w podstawowym badaniu neurologicznym – źrenice równe i reaktywne, brak dodatnich objawów i odruchów patologicznych, objawy oponowe ujemne.
- Ból: neguje.

### **Stan psychiczny:**

- Komunikacja: werbalna oraz logiczna.
- Nastroj: wyrównany.
- Zachowanie: adekwatne do sytuacji.
- Sen: zaburzony z przerwami na korzystanie z toalety, ostatnio dokucza mu także napadowa duszność nocna, przez co wybudza się 2-4 razy w ciągu nocy i nie może znowu zasnąć; pacjent zasypia o godzinie 23.30 budząc się o 6 rano (6,5 h snu, aczkolwiek należy brać pod uwagę niemożność powrotu do snu po przebudzeniach), nie śpi w ciągu dnia.

- Nałogi: zaprzecza; przyznaje się, że w przeszłości palił papierosy w ilości paczki dziennie, ale skutecznie odszedł od tego nałogu wraz z doświadczeniem pierwszego zawału w wieku 49 lat.

### **Narządy zmysłów:**

- Wzrok: starcowowzroczność; pacjent używa okularów do czytania i jest pod stałą opieką okulisty.
- Słuch: prawidłowy.

### **Sytuacja rodzinno-społeczna:**

- Rodzina: pełna.
- Wydolność opiekuńcza rodziny: dobra.
- Warunki zamieszkania: dobre, mieszka na wsi, w domu parterowym.
- Sytuacja materialna: przeciętna, pacjent na emeryturze.
- Mieszka: z żoną i psem.
- Choroby przewlekłe w rodzinie: u ojca choroby serca i nadciśnienie, u mamy nie zna, u brata nadciśnienie i cukrzyca II typu.

Niewydolność serca jest chorobą przewlekłą, w terapii, której główną rolę odgrywa sam pacjent poprzez samoopiekę i przestrzeganie zaleceń personelu medycznego. Europejska Skala Samoopieki Niewydolności Serca to kwestionariusz, oparty na międzynarodowych wytycznych postępowania z HF, oceniający zachowania chorych w zakresie samoopieki. Składa się on z 12 stwierdzeń dotyczących dbania o siebie i 5 możliwych odpowiedzi: od 1 do 5 (zupełnie się nie zgadzam). Pacjent zdobył w niej 40/60 pkt, co oznacza, że nie do końca przestrzega zaleceń związanych z zachowaniami prozdrowotnymi. Nie waży się codziennie, przez co nie wie, kiedy tyje z powodu zastoju wody i nie jest w stałym kontakcie z lekarzem/pielęgniarką pierwszego kontaktu. Nie zwraca uwagi na to, ile płynów wypija w ciągu dnia oraz jaką ilość sodu zawierają jego dania, niemniej jednak uważa, że jego dieta jest odpowiednia. Pojawiająca się przy ćwiczeniach duszność powstrzymuje go od wykonywania większej aktywności, innej niż spacer. Nie uczestniczy w dodatkowych szczepieniach ochronnych ze względu na swoje uprzedzenia.

Ponieważ przewlekła niewydolność serca może znacząco utrudniać codzienne życie, ważna jest ocena akceptacji tej choroby przez badanego. W tym celu posłużyłam się Skalą Akceptacji Choroby AIS, w której im większa suma punktów, tym większy stopień akceptacji choroby przez chorego. Wynik pacjenta 30/40

pkt wskazuje na jego średni poziom akceptacji choroby. Mężczyzna przyznaje, że chciałby wrócić do zajmowania się swoim gospodarstwem rolnym, gdyby ustąpiły trudności z oddychaniem, z którymi, jak twierdzi, będzie się borykał do końca życia.

Zmęczenie jest jednym z najbardziej dokuczliwych objawów HF, dlatego poprosiłam pacjenta o określenie swojego zmęczenia, które ocenił na 7/10 pkt według skali zmęczenia Richardson, co interpretuje się jako znaczne zmęczenie.

Z uwagi na występujące zaburzenia snu w wywiadzie, pacjentowi podany został do wypełnienia kwestionariusz Ateńskiej Skali Bezsenności. Uzyskany wynik 12/24 pkt świadczy o istotnej bezsenności, wymagającej konsultacji ze specjalistą.

Na podstawie indywidualnego studium przypadku oraz zgromadzonych danych empirycznych sformułowano, zgodnie z założeniami modelu PES (P-Problem, E-Etiologia, S-Symptomy), następujące diagnozy pielęgniarskie:

1. Możliwość wystąpienia kolejnego incydentu sercowo-naczyniowego z powodu obecności czynników ryzyka (cztery zawały w przeszłości, nadciśnienie tętnicze, migotanie przedsionków, dusznica bolesna).
2. Duszność wysiłkowa i nietolerancja wysiłku fizycznego spowodowane zaburzoną pracą serca, upośledzająca życie społeczne chorego.
3. Obrzęki w okolicy jamy brzusznej, moszny, łątek i stawów skokowych w przebiegu niewydolności serca, usposabiające do pojawienia się zmian skórnych.
4. Zaburzenia snu, w postaci częstych przebudzeń i trudności ponownego zaśnięcia, spowodowane nykturią i dychawicą sercową, przyczyniające się do uczucia chronicznego zmęczenia.

## Diagnoza I

Możliwość wystąpienia kolejnego incydentu sercowo-naczyniowego z powodu obecności czynników ryzyka (cztery zawały w przeszłości, nadciśnienie tętnicze, migotanie przedsionków, dusznica bolesna).

Cel opieki:

Zmniejszenie ryzyka wystąpienia kolejnego incydentu sercowo-naczyniowego.

**Plan opieki:**

- Wywiad z pacjentem w celu zidentyfikowania u niego obecności czynników ryzyka, poznania historii choroby i obciążenia rodzinnego.
- Określenie bieżącego, obiektywnego stanu pacjenta poprzez wykonanie pomiaru podstawowych parametrów życiowych i badania fizykalnego, ze zwróceniem szczególnej uwagi na: ocenę liczby i jakości oddechów, saturację, ocenę tętna, wynik ciśnienia tętniczego oraz cech obrzęku płuc w osłuchiowaniu.
- Wykonanie elektrokardiografii z zachowaniem zasad intymności.
- Edukacja chorego o istocie właściwej diety, tj. ubogiej w przetworzone jedzenie, słodczyce, czerwone mięso, sól i tłuszcze nasycone, a bogatej w warzywa, owoce i produkty pełnoziarniste.
- Zmotywowanie pacjenta do codziennej aktywności fizycznej dopasowanej do jego stanu, szczególnie treningu aerobowego (np. spacer), wzmacniającego układ sercowo-naczyniowy.
- Zalecenie regularnego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi rano i wieczorem oraz zapisywania wyników w dzienniczku pomiaru, a w przypadku wystąpienia objawów nadciśnienia – dodatkowego pomiaru, zanotowanie objawów i zgłoszenia tej informacji lekarzowi.
- Przygotowanie broszurki ze zrozumiale napisanymi informacjami dla pacjenta na temat objawów zawału i udaru oraz poinformowanie o niezwłocznym wezwaniu pogotowia w przypadku ich wystąpienia.
- Udział w zleconych przez lekarza badaniach diagnostycznych, jak np. pobieranie krwi czy echokardiografia serca, z wyjaśnieniem pacjentowi celu i przebiegu badania.
- Podkreślenie, jak ważne jest przyjmowanie regularnie leków zgodnie ze zleceniami lekarskimi.
- Poinformowanie o konieczności regularnych, kontrolnych wizyt u kardiologa.

**Diagnoza II**

Duszność wysiłkowa i nietolerancja wysiłku fizycznego spowodowane zaburzoną pracą serca, upośledzająca życie społeczne chorego.

**Cel opieki:**

Zmniejszenie duszności i poprawa tolerancji wysiłku fizycznego.

#### Plan opieki:

- Ocena tolerancji wysiłku fizycznego za pomocą skali NYHA, a także wywiad z pacjentem w celu ustalenia charakteru duszności.
- Codzienna ocena symptomów niewydolności serca, takich jak duszność, męczliwość, zmiany akustyczne w miejscach osłuchiwania serca i nad polami płucnymi.
- Obserwacja, pomiar i dokumentacja podstawowych parametrów życiowych.
- Obserwacja pacjenta pod kątem niedotlenienia (sinica, zabarwienie i ocieplenie skóry).
- Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali.
- Zalecenie przyjęcia pozycji półwysokiej/wysokiej w przypadku nasilenia duszności i natychmiastowego zgłoszenia tego faktu personelowi medycznemu.
- Zastosowanie tlenoterapii doraźnej w razie nasilenia duszności.
- Zalecenie regularnych ćwiczeń wraz z ich instruktą, na miary możliwości mężczyzny.
- Nauka technik relaksacyjnych, zalecenie oddychania torem przeponowym i skupieniu się na wykonywaniu głębokich oddechów w celu złagodzenia stanów emocjonalnych.
- Pobranie krwi na badania diagnostyczne, wykonanie gazometrii.
- Administracja lekami na zlecenie lekarza.
- Okazywanie wsparcia i cierpliwości pacjentowi.

### Diagnoza III

Obrzęki w okolicy jamy brzusznej, moszny, przącia i stawów skokowych w przebiegu niewydolności serca, usposabiające do pojawienia się zmian skórnych.

#### Cel opieki:

Wyliminowanie obrzęków i niedopuszczenie do pojawienia się zmian skórnych.

#### Plan opieki:

- Rozmowa z pacjentem w celu oceny miejsca, czasu występowania i charakterystyki obrzęków.
- Codzienny poranny pomiar masy ciała.

- Ograniczenie podaży płynów do 1,5l dziennie.
- Prowadzenie dobowej zbiórki moczu z wyjaśnieniem pacjentowi, jak wygląda jej przeprowadzanie.
- Monitorowanie stanu nawodnienia poprzez prowadzenie karty bilansu płynów.
- Obserwacja ciała pacjenta, pod kątem obecności zmian skórnych (zaczerwienienie, wysypka, rana) i poinformowanie go o zgłoszeniu informacji o nowych zmianach personelowi.
- Pouczenie o szczególną dbałość, dokładnym myciu i osuszaniu skóry przy obrzękach, która jest wrażliwa na uszkodzenia.
- Zachęcenie do częstej zmiany pozycji i stosowania masażu, aby wyeliminować zastój krwi w danej lokalizacji i poprawić krążenie.
- Stosowanie diety niskosodowej, ponieważ wysoka wartość sodu we krwi może zatrzymywać wodę w ustroju i zwiększać obrzęk.
- Administracja lekami na zlecenie lekarskie.

## **Diagnoza IV**

Zaburzenia snu, w postaci częstych przebudzeń i trudności ponownego zaśnięcia, spowodowane nykturią i dychawicą sercową, przyczyniające się do uczucia chronicznego zmęczenia.

Cel opieki:

Poprawa jakości snu, zapobieganie następstwom bezsenności i zniwelowanie uczucia chronicznego zmęczenia.

Plan opieki:

- Wywiad w celu ustalenia schematów i higieny snu z wykorzystaniem Ateńskiej Skali Bezsenności.
- Ocena zmęczenia wg skali Richardson.
- Wyjaśnienie konieczności systematycznego stosowania leków na obecne choroby, które mogą wyeliminować objaw nykturii i zmniejszyć duszność nocną.
- Przedstawienie umiarkowanego, regularnego wysiłku fizycznego jako metody na poprawę jakości snu i przewlekłe zmęczenie.
- Zalecenie unikania drzemek w ciągu dnia i usunięcia z sypialni zegara, który może przyczyniać się do trudności zaśnięcia po przebudzeniu.

- Zastosowanie technik psychoterapeutycznych (nieprzebywanie w sypialni, gdy nie jest się śpiącym i ograniczeniu czasu leżenia w łóżku do czasu faktycznego spania) oraz technik relaksacyjnych (napinanie i rozluźnianie mięśni, medytacja, modlitwa).
- Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali i zalecenie pacjentowi, aby w domu starał się wywietrzyć sypialnię przed snem.
- Ograniczanie płynów spożywanych w godzinach wieczornych i zalecenie skorzystania z toalety zawsze przed wieczornym wypoczynkiem.
- Zalecenie spania na wyższej poduszce.
- Zaproponowanie skonsultowania tego problemu z psychiatrą.
- W razie konieczności podanie leków nasennych na zlecenie lekarskie.

## Dyskusja

Stan bio-psycho-społeczny pacjenta z niewydolnością serca może być różny, co wynika nie tylko z manifestacji klinicznej i etiopatogenezy niewydolności serca, ale także z współistniejących problemów i stylu życia danej osoby, dlatego do każdego chorego pielęgniarka powinna podchodzić indywidualnie.

Zadania pielęgniarki wynikają z pełnionych przez nią funkcji: diagnostycznej, leczniczej, rehabilitacyjnej, edukacyjnej, pielęgnacyjnej i opiekuńczej. Kluczem w opiece nad pacjentem z niewydolnością serca jest przygotowanie chorego do samoopieki, dzięki której można skutecznie zmniejszyć ilość hospitalizacji z powodu zaostrzeń niewydolności serca i poprawić jakość życia chorego. Pielęgniarka powinna ocenić wiedzę pacjenta o niewydolności serca i często towarzyszących, innych chorobach kardiologicznych. Należy edukować pacjenta w zakresie zalecanych zachowań prozdrowotnych i wspierać pacjenta w ich przestrzeganiu. Bardzo ważne jest zwrócenie uwagi na regularne przyjmowanie zaleconych leków, prawidłową ilość płynów, dietę i umiarkowaną aktywność fizyczną. Pacjent powinien wiedzieć, że w sytuacji pojawienia się u niego obręzków, pogorszenia tolerancji wysiłku czy nasilenia duszności powinien się jak najszybciej zgłosić do pielęgniarki lub lekarza pierwszego kontaktu (Jurkowska, Łagodna, 2015).

## Wnioski

1. Problemy pielęgniarskie u pacjenta z niewydolnością serca wynikają z objawów choroby i sylwetki psychofizycznej chorego. Istnieje

możliwość wystąpienia wtórnego incydentu sercowo-naczyniowego. Innym problemem jest duszność wysiłkowa i nietolerancja wysiłku fizycznego, które upośledzają życie społeczne chorego. Występują obrzęki, które mogą usposabiać do powstania zmian skórnych. Obecne są również zaburzenia snu.

2. Tolerancja wysiłku fizycznego opisanego pacjenta z niewydolnością serca jest obniżona, a zwykła aktywność przyspiesza u niego akcję serca i skutkuje dusznością. Mężczyzna potrzebuje więcej czasu, by odpocząć. Ograniczona tolerancja wysiłku zniechęca do przestrzegania zaleceń interwencji ruchowej.
3. Pacjent z przewlekłą niewydolnością serca średnio akceptuje swoją chorobę, której objawy nie pozwalają mu wykonywać tego, co najbardziej lubi. Dobrze dobrane leczenie pozwala na lepszą kontrolę nasilenia objawów choroby i poprawę rokowania.
4. Pacjent ma zaburzoną motywację do przestrzegania zaleceń pielęgniarskich i lekarskich. Chory uwzględnia większość z nich w mniejszym bądź większym stopniu. Motywacja łączy się ze stanem psychicznym pacjenta i stopniem jego wiedzy, dlatego należy podejść do pacjenta z empatią i zastosować rozmowę edukacyjną. Ponadto, zauważono, że średni stopień akceptacji choroby przez pacjenta wiąże się ze średnim stopniem jego samoopieki. Warto dążyć do zaakceptowania choroby przez pacjenta i poprawy zachowań samoopiekuńczych w celu nawiązania dobrej współpracy chorego z pracownikami ochrony zdrowia i polepszenia jego jakości życia.

## Literatura

1. Drzewoski, J. (2018). Niewydolność serca w cukrzycy – przyczyny, metody zapobiegania i terapii. *Choroby Cywilizacyjne w Praktyce Lekarskiej*, 14, 295-315.
2. Jurkowska, G., Łagodna, K. (2015). *Pielęgniarstwo internistyczne*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
3. Kałużna-Oleksy, M. (red.) (2020). Niewydolność serca w Polsce – realia, koszty, sugestie poprawy sytuacji. Wydawnictwo INNOWO.
4. Karasek, D., Kubica, A., Sinkiewicz, W., Błażejowski, J., Bujak, R. (2008). Epidemia niewydolności serca - problem zdrowotny i społeczny starzejących się społeczeństw Polski i Europy. *Folia Cardiol Excerpta*, 3(5), 242-248.

5. Kowalczyk, B., Czyż, R., Kaźmierska, B. (2016). Niewydolność serca - definicja, klasyfikacja, epidemiologia, objawy i leczenie. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(11), 352-367.
6. Truby, L. K., Rogers, J. G. (2020). Advanced Heart Failure: Epidemiology, Diagnosis, and Therapeutic Approaches. *JACC Heart Fail*, 8(7), 523-536.