

## Marianna Bulzacka

Koło Liderów Pielęgniarstwa przy Polskim Towarzystwie Pielęgniarskim w Warszawie

# Jakość i organizacja opieki nad pacjentami po przeszczepieniu narządów

The quality and organization of nursing care for the patients after organs transplantation

### Adres do korespondencji:

mgr Marianna Bulzacka  
ul. Wysoka 25  
05-090 Raszyn  
tel. kom.: 602 471 306  
faks: (0 22) 720 38 09  
e-mail: foczka@buro.pl

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Transplantacja narządów daje szansę na powrót do aktywnego życia, poprawia jego jakość, a także ratuje od śmierci. W 2007 roku minęło 40 lat od pierwszego na świecie udanego przeszczepienia wątroby i 20 lat od pierwszego takiego zabiegu w Polsce [1]. Pierwsze transplantacje miały początek w roku 1987 w ośrodkach w Szczecinie i Zabrze. W roku 1994 w Klinice Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby Akademii Medycznej w Warszawie dokonano przeszczepienia wątroby; pacjentka żyje do dnia dzisiejszego [2]. Obecnie 80–90% chorych żyje 1 rok, natomiast 70% – do 5 lat i ciągle wydłużają się lata życia z przeszczepem [3]. Stan pacjenta wymaga stałego monitorowania organizmu i pielęgniarka ma w tym procesie aktywny udział. Składają się na to dobrze zorganizowane i zaplanowane działania, na które mogą mieć wpływ czynniki związane z codziennym życiem, pracą, rodziną, funkcjonowaniem poszczególnych układów w organizmie, chorobami współistniejącymi czy stosunkiem do sytuacji, w jakiej się znajduje aktualnie, a także oczekiwania w sferze społecznej.

**Cel pracy.** Celem pracy było przedstawienie różnych aspektów życia pacjenta po przeszczepieniu narządów jako niezbędnych elementów poznawczych dla organizacji opieki pielęgniarskiej i podniesienia jakości usług.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 84 osoby (40 mężczyzn i 44 kobiety) po przeszczepieniu wątroby, hospitalizowane w latach 2002–2007. Średnia wieku wyniosła 46 lat. Zabiegi przeszczepienia narządów wykonywano w różnych latach, począwszy od roku 1995 do 2007. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety zawierający zagadnienia związane z czynnikami wpływającymi na stan pacjenta. Respondenci wyrazili zgodę na przeprowadzenie badań i chętnie udzielali odpowiedzi na stawiane pytania.

**Wyniki i wnioski.** Wyniki badań zostały przedstawione w postaci 9 wykresów, zawierających dane liczbowe i procentowe, które pokazały istotę holistycznego spojrzenia na osoby po przeszczepieniu wątroby i określiły zadania dla pielęgniarki w celu uzyskania jak najwyższej jakości opieki.

**Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16 (1, 2): 54–59**

**Słowa kluczowe:** jakość opieki, przeszczep, postępowanie holistyczne, transplantacja

### ABSTRACT

**Introduction.** The transplantation of organs are giving the chances for the people coming back to active life, improve his quality and protect from dying. Since 2007 has passed the 40 years from the first liver transplantation in the world and 20 years in Poland [1].

The beginning of transplantation was taken place in Szczecin and Zabrze (1987).

In 1994 at the Clinic of general Surgery and Liver Disorders Medical Academy in Warsaw The first transplantation was performed and the patient is well until now [2]. Nowadays 80-90% is living

more than one year, whereas 70% about 5 years and the tendency is growing up [3]. To keep the organism in a good condition, the patient needs stabbing of monitoring in the role for the nurse. The best are good organization and planning. They are connecting with the factors of every day life, work, family, the functions of Systems in organism, coexisting sicknesses, the relation to situation where are there now and any waiting for social help.

**Aim.** That's way the aim of research was to introduce different aspects of patient's life after transplantation as a cognitive element for a good work to improve nursing care.

**Material and methods.** The numbers of 84 persons (44 male and 40 female) have been taken under study, hospitalized at the Clinic (2002–2007). The average was 46 years old. The transplantation had been performed in 1995 to 2007.

The questionnaire has been used for study. The questions are connected with factors and their influences for patient's health.

**Results and conclusions.** The results have been introduced in 9 graphs related to the numbers and percentages. It shows basic holistic views of the patient and defined nursing assignment to improving nursing care.

**Nursing Topics 2008; 16 (1, 2): 54–59**

**Key words:** the quantity of nursing care, graft, holistic treating, transplantation

## Wstęp

Przeszczepienie jest najlepszą metodą leczenia chorych w stanach schyłkowej niewydolności narządu. Ratuje przed przedwczesną śmiercią, umożliwia powrót do aktywności zawodowej i znacznie poprawia jakość życia. Dzieciom i osobom młodym daje szansę na prawidłowy wzrost, rozwój, na ukończenie szkoły i rozpoczęcie normalnego życia. „Wiem, co oznacza powolne umieranie, i wiem, co oznacza radość nowego życia” — powiedział jeden z pacjentów po przeszczepieniu wątroby [4].

Stan pacjenta po transplantacji wymaga odpowiedniej wiedzy i umiejętności praktycznych, które pomogą utrzymać organizm w stanie zdrowia i radzić sobie w nowej sytuacji. Standardy pielęgnowania pacjenta wiążą się z różnymi zabiegami i umiejętnościami, których celem jest rozwiązanie problemów, wyjaśnianie wątpliwości, niepokołów nie tylko somatycznych czy psychologiczno-społecznych, ale także moralnych.

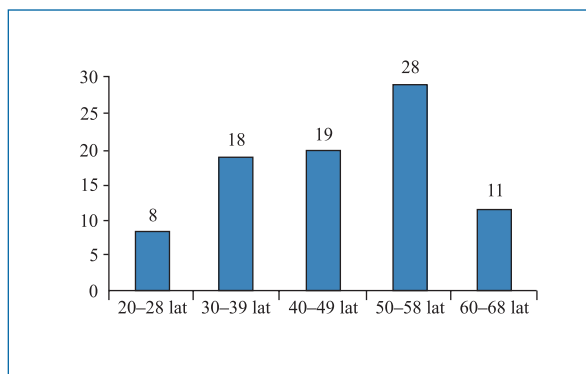
## Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie różnych aspektów życia pacjenta po przeszczepieniu narządu, jako niezbędnych elementów poznawczych dla właściwej organizacji opieki pielęgniarskiej i podniesienia jakości usług.

## Material i metody

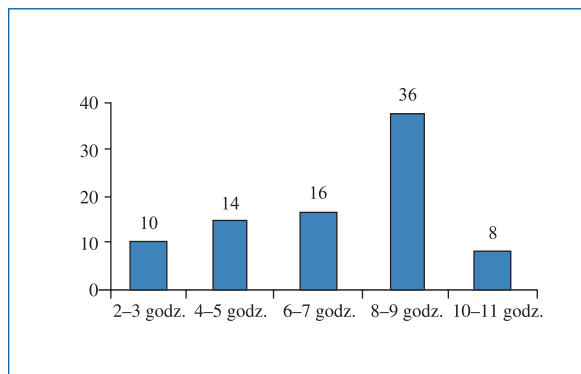
Badaniem objęto 84 pacjentów: 40 mężczyzn (48%) i 44 kobiety (52%) po przeszczepieniu wątroby w wieku 20–68 lat. Osoby te leczono w Klinice w Warszawie w latach 2002–2007. Zabiegi przeszczepienia narządów wykonano w różnych latach, począwszy od roku 1995 do 1997 i od roku 2000 do 2007. Badanie przeprowadzono podczas pobytu pacjentów w szpitalu w różnych okresach po zabiegu operacyjnym.

Do badań wykorzystano kwestionariusz ankiety zawierający, oprócz podstawowych danych o pacjencie, takich jak: wiek, płeć, zawód, miejsce zamieszkanie, wzrost, masę ciała, także dane dotyczące funkcjonowania chorego: wpływ pracy na stan zdrowia, nałogi, liczba godzin snu, liczba posiłków dziennie, atmosfera w domu pacjenta, wpływ sytuacji rodzinnej na stan zdrowia. Ponadto wykorzystano dane z historii choroby: choroby współistniejące przed i po transplantacji, skłonność do uczuleń, stan funkcjonowania poszczególnych układów w organizmie. Ocenił stosunek pacjenta do sytuacji, w jakiej się znajduje (zdrowie, hospitalizacja, pielęgnacja, leczenie), zachowanie w okresie pobytu w szpitalu. Analizie poddano także sferę społeczną i oczekiwania związane z pomocą ze strony lekarza rodzinnego, pielęgniarki środowiskowej i pomocy społecznej w zakresie materialnym, gospodarczym, pielęgnacyjno-rehabilitacyjnym, pielęgnacyjno-opiekuńczym oraz oczekiwania wobec opieki w zakresie podstawowej pielęgnacji.



Rycina 1. Podział wiekowy

Figure 1. Dividing according to age



Rycina 2. Liczba godzin snu

Figure 2. Bed time

## Wyniki

Badaną grupę stanowiły osoby po przeszczepieniu wątroby, ze średnią wieku 46 lat. W okresie od 1 roku do 10 lat byli hospitalizowani 2-5 razy.

Respondentów podzielono na 5 grup wiekowych (ryc. 1), aby ułatwić ocenę umiejętności pacjenta w zależności od wieku. Najliczniejsza była grupa I licząca 28 osób (33%) w wieku 50-55 lat, II grupę stanowiło 19 osób (23%) w wieku 40-49 lat, III grupa to 18 osób (21%) w wieku 30-39 lat, IV grupa: 11 osób (13%) w wieku 60-68 lat i V grupa: 8 osób (10%) w wieku 20-28 lat.

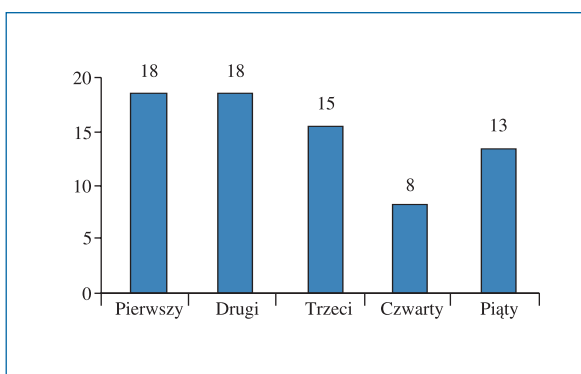
Ponad połowa badanych, czyli 49 osób (58%) mieszkała w mieście, 21 osób (25%) na wsi i 14 osób (17%) w gminie.

Przed przeszczepieniem narządu 64 osoby (77%) były czynne zawodowo, 9 osób (11%) otrzymywało rentę, 7 osób (8%) to bezrobotni, 3 osoby (3%) uczęszczały jeszcze do szkoły i na studia, natomiast 1 osoba była na emeryturze.

Negatywny wpływ pracy na stan zdrowia stwierdziło 80% pacjentów, 20% temu zaprzeczyło. Wszyscy pacjenci potwierdzili brak pewności, czy praca była przyczyną choroby, jakkolwiek rodzaj wykonywanej pracy nie był związany z czynnikami ryzyka występowania schorzeń wątroby.

Podczas oznaczenia wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*) wykazano nadwagę u 15 osób (18%), po 8 osób (10%) było otyłych i z niedowagą, natomiast 53 osoby (62%) mieściły się w normie. Otyłość brzuszna występowała u 14 kobiet i 3 mężczyzn.

W badaniu BMI określono 28% osób z nadwagą i otyłością. Stwarza to niebezpieczeństwo powikłań sercowo-naczyniowych i wymaga edukacji zdrowotnej w zakresie ustalenia odpowiedniej diety, kontrolowanego wysiłku fizycznego, ograniczeń związanych z try-



Rycina 3. Liczba hospitalizacji

Figure 3. The numbers of hospitalization

bem życia i kontrolę stopnia wyrównania gospodarki węglowodanowo-lipidowej.

Badana grupa była obciążona nałogami: 29 osób (35%) było uzależnionych od kawy, 15 osób (18%) od tytoniu, 10 osób (12%) od alkoholu, a 30 osób (35%) nie miało nałogów.

Pacjenci wiedzą, że powyższe uzależnienia stanowią absolutne przeciwwskazania w leczeniu immunosupresyjnym i utrzymaniu funkcji przeszczepu. Palenie tytoniu przyspiesza proces miażdżycy tętnic, ryzyko zawału, udaru mózgu, podwyższa ciśnienie tętnicze krwi, ryzyko powikłań zakrzepowych i inne, co powinno stanowić dla pacjenta motywację w porzuceniu nałogu, ale niezbędna jest w tym zakresie także szeroko rozpowszechniona praca edukacyjna.

Jeśli chodzi o liczbę godzin snu, to 29% badanych osób cierpiało na bezsenność, natomiast 10% uskarżało się na senność i osłabienie, co wymaga wzmożonej obserwacji parametrów życiowych, ponieważ senność jest fazą przejściową do śpiączki wątrobowej, która stanowi zagrożenie życia (ryc. 2).

Badano również sposób odżywiania, czyli ilość posiłków dziennie: 3 razy dziennie spożywało posiłki 45% badanych, czyli 39 osób, 2 razy dziennie: 19 osób (23%) i 14 osób (17%) przyjmowało posiłki 4 razy dziennie; pozostałych 11 osób: 5–6 razy dziennie (15%).

Atmosfera w domu rodzinnym: „serdeczna” zaznaczyło 36 pacjentów (43%), „odpowiednia”: 32 osoby (38%), „stresująca”: 15 (18%), „nieodpowiednia”: tylko 1%.

Wpływ sytuacji rodzinnej na stan zdrowia: ponad połowa — 57 osób (67%) określiła jako pozytywny, 16 osób (19 %): negatywny i 12 osób (14%): bez znaczenia.

Dane medyczne zawarte w historii choroby: przyjęcie do szpitala w trybie nagłym — 43 osoby, natomiast w trybie planowym — 41 osób.

Hospitalizacja od momentu przeszczepu wątroby (ryc. 3): osoba opiekująca się pacjentem — potwierdziło 69 badanych (82%), pozostałe osoby były samodzielne lub samotne.

Skłonność do alergii: zaprzeczyło 67 osób (79%), pozostałe osoby były uczulone na: leki, środki chemiczne i kosmetyki.

Rozpoznanie lekarskie w momencie przyjęcia do szpitala było zróżnicowane w zależności od trybu przyjęcia i celu przyjęcia: stan po przeszczepieniu wątroby, bóle brzucha, wzrost bilirubiny, transaminaz, wodobrzusze, cukrzyca wtórna, nadciśnienie tętnicze i niedokrwistość wtórna.

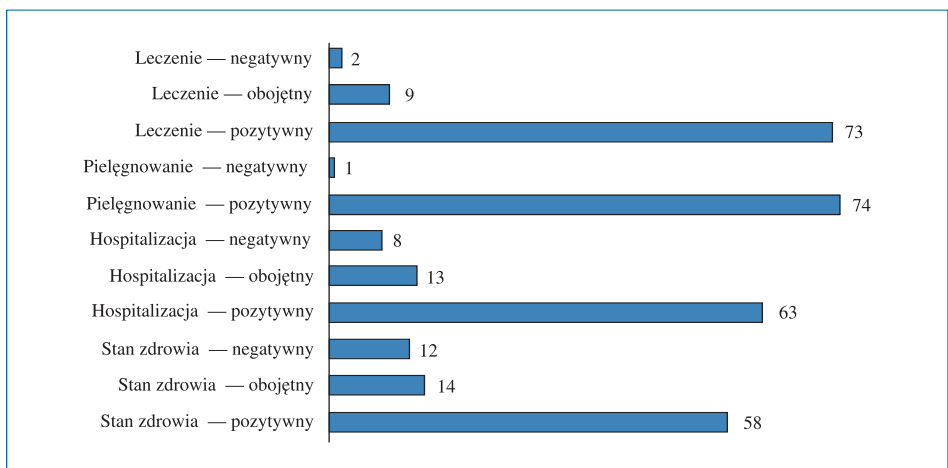
Ocena stanu funkcjonowania poszczególnych układów w organizmie pacjentów:

- Układ nerwowy — stan świadomości — 82 osoby: pełna świadomość, 1 osoba: senna i 1 osoba: śpiączka. Drżenia rąk występowały u 2 osób (może się to wiązać z leczeniem immunosupresyjnym, zatem należy skontrolować poziom leku we krwi pełnej, zgodnie ze zleceniem lekarskim), niedowłady: 1 osoba.
- Układ krążenia: ciśnienie tętnicze krwi w normie: 77 pacjentów (92%), nadciśnienie umiarkowane: 7 pacjentów (8%), tętno w normie: 79 pacjentów (94%), tętno 95–110 uderzeń na minutę: 5 osób (6%), duszność spoczynkowa: 3 osoby, obrzęki kończyn dolnych (części dystalne): 6 osób (7%), obrzęki podudzi: 5 osób (6%), sinica nie wystąpiła.
- Układ oddechowy: liczba oddechów w normie: 73 osoby (87%), przyśpieszone (30–35): 11 osób; charakter oddechów: miarowy, wyrównany, wykonywany bez wysiłku bez szmerów — 21 osób; płytkie, nieznacznie utrudnione — 5 osób; duszność po gorących posiłkach — 10 osób; kaszel wilgotny — 10 osób; chrypka, ból gardła — 8 osób; kaszel suchy, nasilający się w nocy — 15 osób; plwocina śluzowato-ropna — 10 osób.

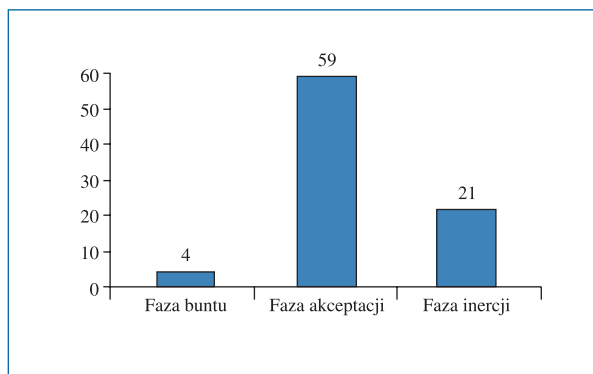
- Układ pokarmowy: apetyt słaby: 15 osób (18%), apetyt wzmożony: 14 osób (17%), apetyt dobry: 55 osób (65%), pragnienie niekontrolowane: 12 osób (14%), pragnienie wzmożone: 19 osób (23%), pragnienie umiarkowane: 53 osoby, nudności: 10 osób (12%) potwierdziło, 74 osoby (88%) zaprzeczyły, odbijania: 7 osób (8%) potwierdziło, 77 osób (92%) zaprzeczyło, wymioty: 78 osób (93%) zaprzeczyło, 6 osób (7%) potwierdziło, bóle brzucha: 66 osób (79%) zaprzeczyło, 18 osób (21%) potwierdziło.
- Układ kostno-stawowo-mięśniowy: sprawność ruchowa pełna: 64 osoby (76%), ograniczona: 20 osób (24%). Pielęgniarka obserwuje ograniczenia, pomaga tam, gdzie jest pomoc konieczna, włącza rodzinę.
- Układ moczowy: sposób wydalania moczu: prawidłowy: 83 osoby i 1 osoba: cewnik Foleya.
- Narządy zmysłów: wzrok prawidłowy: 42 osoby (51%), osłabiony: 39 osób (46%), 2 osoby (2%): zaćma i 1 osoba (1%): ślepotą prawego oka.
- Słuch prawidłowy: 76 osób (90%), słuch osłabiony: 8 osób (10%).
- Narządy zmysłów: korekta — okulary, natomiast 10% badanych, u których lekarz specjalista stwierdził niedosłuch, nie używa aparatów słuchowych, gdyż twierdzą, że są im niepotrzebne. Rozmowa z rodziną w celu przekonania pacjenta do używania aparatu.

## Dyskusja

Zapewnienie odpowiedniego poziomu jakości oferowanych usług medycznych wymaga realizacji działań zgodnej z ustalonymi standardami w danej placówce medycznej. Według Kózka jakość to nasze koncepcje i wartości zdrowia, nasze oczekiwania i relacje między świadczącymi opiekę a odbiorcami oraz nasz punkt widzenia na rolę systemu ochrony zdrowia [5]. Badana grupa wskazała swój stosunek do sytuacji, w jakiej się znajdowała, w zakresie: pozytywny, obojętny, negatywny (ryc. 4). Jest to punkt widzenia pacjentów na dane uwarunkowania, które pojawiły się z „pewnego przysmusu”. Dlatego badano również zachowanie pacjenta w czasie pobytu w szpitalu (ryc. 5). Burda mówi o pomiarze w sposób subiektywny — każdy pacjent ma własną miarę, określony pułap oczekiwań i wymagań [6]. Badano oczekiwania w sferze społecznej (ryc. 6), stan rodzinny (ryc. 7) i status społeczny przed transplantacją (ryc. 8) i po transplantacji (ryc. 9). Zmiana nastąpiła w grupie czynnej zawodowo — 24% osób otrzymało rentę. Trudno w tym przypadku oceniać jakość opieki, ponieważ transplantacja narządu to rato-



**Rycina 4.** Stosunek do sytuacji, w jakiej znajduje się pacjent  
**Figure 4.** Attitude to a treatment, nursing care, hospitalization and health



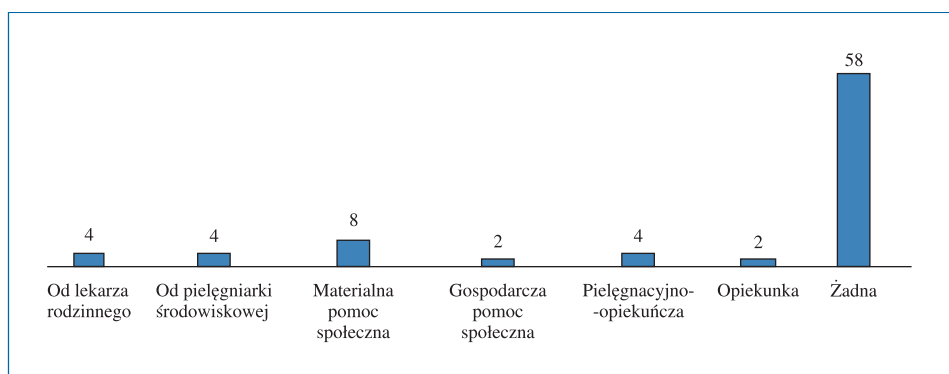
**Rycina 5.** Zachowanie w czasie pobytu w szpitalu  
**Figure 5.** The behaviour during hospitalization

wanie życia i ta jakość została osiągnięta, a renta może być stanem przejściowym. Jest to jakość opieki w udzielaniu świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualną profesjonalną wiedzą. Trudno też mówić o stronie finansowej.

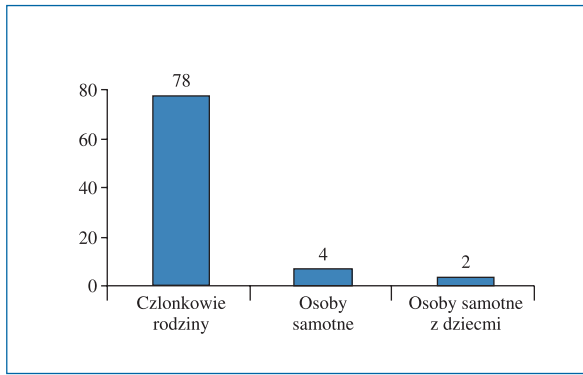
W niniejszej pracy określono również interwencje pielęgniarskie.

Z punktu widzenia pielęgniarki odnaleziono braki w różnych aspektach życia osób badanych, które oceniano częściowo dla stworzenia bazy i ustalenia standardów pielęgnowania.

Wyodrębniono zadania dla pielęgniarki:

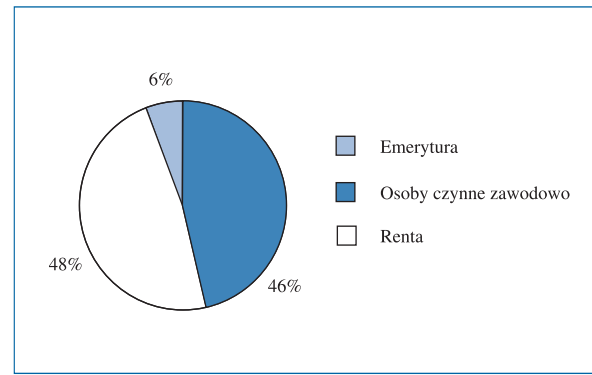


**Rycina 6.** Oczekiwania w sferze społecznej  
**Figure 6.** The needs from social order



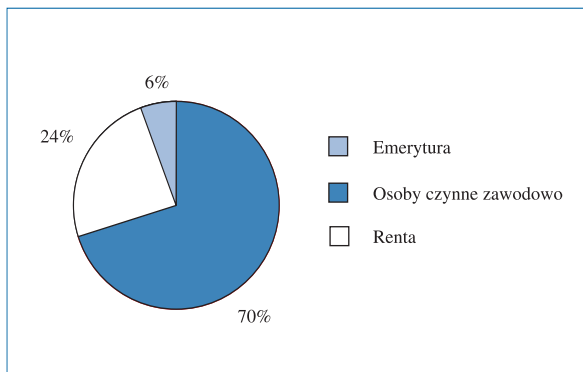
Rycina 7. Stan rodzinny

Figure 7. Family



Rycina 9. Status zawodowy po transplantacji

Figure 9. The source of income after transplantation



Rycina 8. Status społeczny przed transplantacją

Figure 8. The source of income before transplantation

zgodnie z wynikami (18%: brak osoby opiekującej się, 24%: ograniczenie w poruszaniu się, 5%: osoby samotne z dziećmi).

## Wnioski

1. Pacjenci po przeszczepieniu wątroby borykają się z wieloma problemami w sferze biologicznej i psychospołecznej.
2. Właściwa jakość opieki powinna obejmować holistyczne podejście do pacjentów, szczególne rozpoznanie ich problemów oraz na ich podstawie wyznaczenie zadań dla pielęgniarki, pacjenta i rodziny z możliwością oceny wyników.

## Piśmiennictwo

1. Poszerzenie wiedzy na tematy związane ze sposobami unikania infekcji wirusowej, bakteryjnej i grzybiczej jako praca z pacjentem i rodziną (niewiedza prawie 100% badanej populacji);
2. Walka z nałogami (64%);
3. Pomoc w bezsenności (29%);
4. Zmiana stylu życia i odżywiania (nadwaga, otyłość: 28% i otyłość brzuszna: 20%, wzmożony apetyt: 14%, nadmierne i niekontrolowane pragnienie: 27%);
5. Badanie przyczyn braku apetytu i czynników, które wpływają na jego poprawę (23%);
6. Badanie niepokoju i stresu związanego z hospitalizacją (25% inercja, 5% bunt), pielęgnowaniem (12%), zdrowiem (31% obojętny i negatywny);
7. Współpraca z rodziną (19% atmosfera stresująca i jej wpływ);
8. Współpraca z pielęgniarką rodzinną, środowiskową i opieką społeczną w zakresie pomocy dla pacjenta

1. [www.przeszczep.pl](http://www.przeszczep.pl); 26.01.2007.
2. Kaliciński P., Jakubowska-Winecka A. Życie toczy się dalej! Informator dla pacjentów przed i po przeszczepieniu wątroby. Poltransplant, Wydanie IV, Warszawa 2006; 5, 30.
3. Książ G. Kościół a Transplantacja. Stowarzyszenie „Życie po przeszczepie”; Skwierzyna 2005; 1.
4. Lao M., Durlik M. Standardy leczenia immunosupresyjnego. Wydawnictwo Akademii Medycznej w Warszawie, Warszawa 2004.
5. Kózka M. Wybrane elementy opieki pielęgniarskiej, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa CMUJ, Kraków, 2001.
6. Burda K. Analiza problematyki satysfakcji pacjenta w powiązaniu z zagadnieniami dotyczącymi jakości opieki zdrowotnej. Antidotum 2003; (1).
7. Pączek L. (red.). Choroby wewnętrzne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
8. Durlik M., Rowiński W. (red.). Transplantologia Kliniczna. Wydawnictwo Akademii Medycznej w Warszawie, Warszawa 2004.