

WYBRANE PROBLEMY PIELĘGNACYJNE WYSTĘPUJĄCE U CHOREGO WE WCZESNYM OKRESIE PO LECZENIU OPERACYJNYM TĘTNIAKA ŚRÓDCZASZKOWEGO

Selected care problems in patients in the aftermath of the surgical treatment of an intracranial aneurysm



Robert Ślusarz¹, Agnieszka Królikowska¹, Renata Jabłońska¹, Wojciech Beuth²

¹Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Katedra i Klinika Neurochirurgii i Neurotraumatologii, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2008; 3: 102–109

Adres do korespondencji:

dr med. **Robert Ślusarz**, Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera, ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz, tel./faks +48 52 585 21 93, e-mail: zpielnin@cm.umk.pl

Streszczenie

Cel pracy: Celem pracy było przedstawienie wybranych problemów pielęgnacyjnych występujących u chorego oraz określenie obszaru deficytu wydolności funkcjonalnej w poszczególnych dobach po zabiegu operacyjnym oraz w dniu wypisu.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w Katedrze i Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii *Collegium Medicum* w Bydgoszczy UMK w Toruniu, z udziałem 128 chorych po operacji tętniaka śródczaszkowego.

W badaniach zastosowano obserwację bezpośrednią z wykorzystaniem pomiaru. W ocenie klinicznej posłużono się skalą Hunt i Hessa (H&H) oraz skalą śpiączki Glasgow (GCS). W ocenie końcowej wykorzystano skalę Glasgow wyników końcowych (GOS). Do przedstawienia problemów pielęgnacyjnych występujących u chorego oraz określenia obszaru deficytu wydolności funkcjonalnej wykorzystano *Skalę wydolności funkcjonalnej* (SWF).

Wyniki: Przeprowadzone badania wykazały, że pacjenci w pierwszej dobie po zabiegu chirurgicznym nie są samodzielni w zakresie utrzymania podstawowych funkcji organizmu (oddychania, krążenia, procesów metabolicznych) oraz wymagają intensywnej opieki ze strony personelu pielęgniarstwa. Z upływem czasu (3., 6., 9. doba po zabiegu) pojawiają się problemy dotyczące takich obszarów, jak samodzielne zaspokajanie potrzeb fizjologicznych, wykonywanie czynności higienicznych czy poruszanie się. Istotnym problemem jest również założony opatrunek oraz ból. W najmniejszym stopniu występowały problemy dotyczące sfery psychicznej chorego oraz problemy związane z oddychaniem. Wraz z upływem czasu po zabiegu chirurgicznym wzrasta wydolność funkcjonalna chorych, co potwierdziła analiza statystyczna ($p < 0,001$).

Wnioski:

1. Wśród wybranych problemów pielęgnacyjnych u chorego po leczeniu operacyjnym tętniaka śródczaszkowego najbar-

Summary

Aim of the study: The aim of the paper was to present selected care problems in patients and defining the level of functional outcome over the days following surgical treatment and on discharge.

Material and methods: The research was conducted in the Neurosurgical Department and Clinic *Collegium Medicum* in Bydgoszcz, Nicolaus Copernicus University in Torun, within a group of 128 patients after surgical treatment of an intracranial aneurysm.

The research employed direct observation and measurement. In clinical assessment the Hunt and Hesse Grades (H&H) and the Glasgow Coma Score (GCS) were applied. The final assessment was done in compliance with the Glasgow Outcome Score (GOS). For presentation of nursing issues and for identifying the deficit of functional outcome the Functional Capacity Scale (FCS) was applied.

Results: The research conducted has shown that on the first day following surgical treatment, the patients are not able to sustain basic functions (breathing, blood circulation, metabolism), hence demanding intensive nursing care. With time, (3, 6, 9 days following surgical treatment), further problems such as: the need to relieve oneself, maintaining personal hygiene, or ambulating, may usually occur. The dressing and pain may also cause a problem. The problems of breathing and psyche were of minor importance. With time, the functional outcome increases, which was supported by the data ($p < 0,001$).

Conclusions:

1. Among the problems existing in patients having undergone surgical removal of an intracranial aneurysm, the most painful ones were those concerning everyday activities, which in turn made patients dependent on nursing staff and surroundings (family, caretakers).

dziej znamienne dotyczą podstawowych czynności dnia codziennego, powodują one zależność chorych od personelu pielęgniarstwa i otoczenia (rodziny, opiekunów).

- Większość chorych we wczesnym okresie po operacyjnym leczeniu tętniaka śródczaszkowego (doba 3., 6., 9.) charakteryzowała się znacznym deficytem wydolności funkcjonalnej, która istotnie poprawiała się z biegiem czasu (w dniu wypisu).

Słowa kluczowe: problemy pielęgnacyjne, wydolność funkcjonalna, skala wydolności funkcjonalnej, tętniak śródczaszkowy.

Wstęp

Tętniaki śródczaszkowe są najczęściej spotykaną wadą naczyniową mózgu [1–3]. Pękając, najczęściej prowadzą do krwotoku podpajęczynówkowego, którego wystąpienie obarczone jest zawsze znaczną śmiertelnością. Dostępne źródła podają, że śmiertelność pacjentów w wyniku krwotoku wynosi 15–45%, z czego 25% dotyczy pierwszych 24 godz. [1, 4, 5]. Konieczność wczesnego chirurgicznego leczenia pękniętych tętniaków mózgu wydaje się obecnie bezsporna. Odrzucanie operacji tętniaków wiąże się z ryzykiem nawrotowego krwawienia, wystąpieniem skurczu naczyniowego lub wodogłowia pokrwotocznego, co w efekcie pogarsza wyniki leczenia operacyjnego [2, 3, 5]. Pomimo postępów w leczeniu krwotoku podpajęczynówkowego, znaczna liczba pacjentów, którzy przeżyli, cierpi na stałe zmiany poznawcze, emocjonalne i w zachowaniu, które wpływają na ich codzienne życie [6–8].

Zasadność podjęcia badania na temat wybranych problemów pielęgnacyjnych i wczesnej oceny wydolności funkcjonalnej chorych po leczeniu operacyjnym tętniaka śródczaszkowego wynika z faktu braku doniesień naukowych na ten temat. Dostępne opracowania dotyczą przeważnie pielęgniarstwa w okresie odległym po zabiegu (tj. od 3 mies. do 3 lat po operacji) [6, 8–13], natomiast brak wyczerpujących danych dotyczących niniejszego problemu we wczesnym okresie po zabiegu operacyjnym, wówczas, gdy chory podlega bezpośrednio intensywnej opiece pielęgniarstwa. Okres ten z punktu widzenia zawodowego jest bardzo istotny dla podjęcia stosownych działań ze strony personelu pielęgniarstwa [14–18].

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie wybranych problemów pielęgnacyjnych występujących u chorego oraz określenie obszaru deficytu wydolności funkcjonalnej w poszczególnych dobach (3., 6., 9.) po zabiegu operacyjnym oraz w dniu wypisu.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Katedrze i Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu z udziałem 128 chorych

- The majority of patients in the aftermath of surgical treatment (3, 6, 9 days) presented considerable deficit in functional capacity, which in turn improved considerably with time (on the day of discharge).

Key words: care problems, functional outcome, functional capacity scale, intracranial aneurysm.

po operacji tętniaka śródczaszkowego. Charakterystykę badanej grupy przedstawiono w tab. 1.

W badaniach zastosowano obserwację bezpośrednią z wykorzystaniem pomiaru. Pierwszy pomiar wykonano przed zabiegiem operacyjnym, oceniając chorego za pomocą Skali Glasgow (ang. *Glasgow Coma Scale* – GCS) [19] i skali Hunta-Hessa (ang. *Hunt-Hess Scale* – H-H) [20]. Pozostałe 4 pomiary za pomocą Skali wydolności funkcjonalnej – SWF (ang. *Functional Capacity Scale* – FCS) [21–24] wykonano po zabiegu operacyjnym w dobie 3., 6., 9., jak również w dniu wypisu chorego z oddziału. Ocena końcowa (w dniu wypisu z oddziału/szpitala) przeprowadzona została również za pomocą skali Glasgow wyników końcowych (ang. *Glasgow Outcome Scale* – GOS) [25].

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

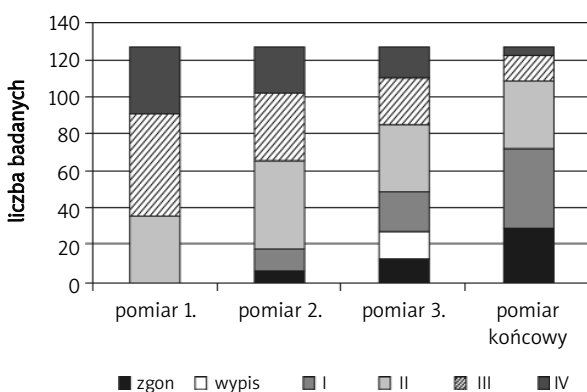
Charakterystyka badanych	Liczba badanych	
	n	(%)
płeć		
• mężczyźni	43	33,6
• kobiety	85	66,4
wiek (średnia wieku 51±14 lat)		
• 0.–20. roku życia	3	2,3
• 21.–40. roku życia	19	14,8
• 41.–60. roku życia	73	57,1
• powyżej 60. roku życia	33	25,8
rodzaj zabiegu		
• <i>clipping</i> – C	116	90,6
• <i>wrapping</i> – W	12	9,4
manifestacja kliniczna		
• tętniak pęknięty – SAH	117	91,4
• tętniak niepęknięty – zimny	11	8,6
umiejscowienie tętniaków		
• tętnica łącząca przednia – ACoA	44	34,4
• tętnica środkowa – MCA	45	35,2
• tętnica szyjna wewnętrzna – ICA	35	27,3
• tętnica łącząca tylna – ACoP	4	3,1
razem	128	100

Tabela 2. Wydolność funkcjonalna chorego oceniana za pomocą SWF w poszczególnych pomiarach

SWF	Pomiar (czas)							
	pomiar 1.		pomiar 2.		pomiar 3.		pomiar końcowy	
	3. doba		6. doba		9. doba		dzień wypisu	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
I	0	0	12	9,4	21	16,4	43	33,6
II	37	28,9	47	36,7	36	28,1	35	27,3
III	55	43,0	37	28,9	25	19,5	15	11,7
IV	36	28,1	25	19,5	17	13,3	4	3,1
razem	128	100	121	94,5	99	77,3	97	75,8
wypis przed 9. doba	0	–	0	–	15	11,7	0	–
zgon	0	–	7	5,5	14	10,9	31	24,2
razem	128	100	128	100	128	100	128	100

Analiza statystyczna

Materiał opracowywano, wykorzystując elementy statystyki opisowej (miarę położenia – średnia arytmetyczna \bar{x} – i miarę zróżnicowania – odchylenie standardowe). W celu sprawdzenia, czy istnieją różnice istotne statystycznie w wydolności funkcjonalnej chorego ocenianej za pomocą SWF w poszczególnych pomiarach, wykorzystano test niezależności χ^2 . Do testowania istotności różnic wartości średnich arytmetycznych w wielu grupach posłużono się testem analizy wariancji – statystyką Fishera-Snedecora. Do analizy danych (pomiarów powtarzalnych) wykorzystano test ANOVA Friedmana, sprawdzając, czy istnieją istotne statystycznie różnice między średnimi w porównywanych grupach SWF w poszczególnych pomiarach. Hipotezy statystyczne weryfikowano na poziomie istotności $p < 0,001$.



Ryc. 1. Poziom wydolności funkcjonalnej chorych w poszczególnych pomiarach

Komisja bioetyczna badań

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przy *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy.

Wyniki

Wydolność funkcjonalna chorego w 3. dobie po zabiegu operacyjnym

W 3. dniu po zabiegu (pomiar 1.) 55 (43,0%) chorych wymagało dużej pomocy ze strony personelu pielęgniarskiego (III grupa SWF, średnia liczba punktów w SWF wyniosła: $25,8 \pm 6,7$; $n=128$). Żadna z osób nie została zakwalifikowana do I grupy SWF, a tylko 37 (28,9%) badanych zakwalifikowano do grupy II SWF (tab. 2., ryc. 1.).

Deficyt wydolności funkcjonalnej chorego dotyczył przede wszystkim takich wyznaczników, jak:

- samodzielne zaspokajanie potrzeb fizjologicznych [4] – 119 (93,0%) chorych – grupa IV,
- samodzielne wykonywanie czynności higienicznych [3] – 85 (66,4%) – grupa IV,
- samodzielne poruszanie się [1] – 70 (54,7%) chorych – grupa IV,
- pomiar czynności życiowych [5] – 65 (50,8%) chorych – grupa IV (tab. 3.).

Natomiast w najmniejszym stopniu deficyt przejawiał się w:

- samodzielnym oddychaniu [6] – 91 (71,1%) chorych – grupa I,
- stanie psychicznym chorego [12] – 75 (58,6%) chorych – grupa I.

Tabela 3. Deficyt wydolności funkcjonalnej – pomiar 1.

Wyznaczniki opieki	Grupa opieki							
	I		II		III		IV	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1) poruszanie się	0	–	2	1,6	56	43,8	70	54,7
2) odżywianie	11	8,6	35	27,3	38	29,7	44	34,4
3) czynności higieniczne	0	–	3	2,3	40	31,3	85	66,4
4) potrzeby fizjologiczne	0	–	1	0,8	8	6,3	119	93,0
5) pomiar czynności życiowych GCS	42	32,8	20	15,6	1	0,8	65	50,8
6) oddychanie	91	71,1	8	6,3	23	18,0	6	4,7
7) diagnostyka	25	19,5	45	35,2	6	4,7	52	40,6
8) przygotowanie do zabiegu i opieka po nim	11	8,6	53	41,4	56	43,8	8	6,3
9) opatrunki, drenaż	0	–	65	50,8	61	47,7	2	1,6
10) stopień nasilenia bólu	0	–	10	7,8	101	78,9	17	13,3
11) farmakoterapia	0	–	7	5,5	74	57,8	47	36,7
12) stan psychiczny	75	58,6	19	14,8	0	–	34	26,6

Tabela 4. Deficyt wydolności funkcjonalnej – pomiar 2.

Wyznaczniki opieki	Grupa opieki							
	I		II		III		IV	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1) poruszanie się	5	4,1	24	19,8	48	39,7	44	36,4
2) odżywianie	25	20,7	37	30,6	26	21,5	33	27,3
3) czynności higieniczne	4	3,3	20	16,5	33	27,3	64	52,9
4) potrzeby fizjologiczne	8	6,6	8	6,6	9	7,4	96	79,3
5) pomiar czynności życiowych GCS	61	50,4	16	13,2	2	1,7	42	34,7
6) oddychanie	93	76,9	5	4,1	19	15,7	4	3,3
7) diagnostyka	34	28,1	49	40,5	5	4,1	33	27,3
8) przygotowanie do zabiegu i opieka po nim	18	14,9	51	42,1	50	41,3	2	1,7
9) opatrunki, drenaż	1	0,8	113	93,4	5	4,1	2	1,7
10) stopień nasilenia bólu	1	0,8	22	18,2	88	72,7	10	8,3
11) farmakoterapia	1	0,8	21	17,4	62	51,2	37	30,6
12) stan psychiczny	72	59,5	23	19,0	1	0,8	25	20,7

Wydolność funkcjonalna chorego w 6. dobie po zabiegu operacyjnym

W 6. dniu po zabiegu (pomiar 2.) 47 (36,7%) chorych wymagało niewielkiej pomocy ze strony personelu pie-

lęgniarskiego (II grupa SWF, średnia liczba punktów w SWF wyniosła: 29,3±8,0; n=121). Należy jednak zauważyć, że nadal większą część badanych stanowią grupy III i IV. Trzeba również dodać, że do 6. doby po zabiegu chirurgicznym 7 (5,5%) osób zmarło (tab. 2., ryc. 1.).

Tabela 5. Deficyt wydolności funkcjonalnej – pomiar 3.

Wyznaczniki opieki	Grupa opieki							
	I		II		III		IV	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1) poruszanie się	12	12,1	23	23,2	35	35,4	29	29,3
2) odżywianie	27	27,3	31	31,3	16	16,2	25	25,3
3) czynności higieniczne	6	6,1	23	23,2	22	22,2	48	48,5
4) potrzeby fizjologiczne	16	16,2	11	11,1	6	6,1	66	66,7
5) pomiar czynności życiowych GCS	58	58,6	11	11,1	1	1,0	29	29,3
6) oddychanie	76	76,8	6	6,1	14	14,1	3	3,0
7) diagnostyka	33	33,3	40	40,4	4	4,0	22	22,2
8) przygotowanie do zabiegu i opieka po nim	17	17,2	41	41,4	39	39,4	2	2,0
9) opatrunki, drenaż	27	27,3	72	72,7	0	–	0	–
10) stopień nasilenia bólu	5	5,1	28	28,3	58	58,6	8	8,1
11) farmakoterapia	5	5,1	21	21,2	51	51,5	22	22,2
12) stan psychiczny	57	57,6	22	22,2	1	1,0	19	19,2

Deficyt wydolności funkcjonalnej chorego dotyczy przede wszystkim takich wyznaczników, jak:

- samodzielne zaspokajanie potrzeb fizjologicznych [4] – 96 (79,3%) chorych – grupa IV,
- samodzielne wykonywanie czynności higienicznych [3] – 64 (52,9%) chorych – grupa IV.

Natomiast w najmniejszym stopniu deficyt przejawiał się w:

- oddychaniu [6] – 93 (76,9%) chorych – grupa I,
- stanie psychicznym chorego [12] – 72 (59,5%) chorych – grupa I,
- pomiarze czynności życiowych [5] – 61 (50,4%) chorych – grupa I (tab. 4.).

Wydolność funkcjonalna chorego w 9. dobie po zabiegu operacyjnym

W 9. dniu po zabiegu (pomiar 3.) 36 (28,1%) chorych wymagało niewielkiej pomocy ze strony personelu pielęgniarskiego (II grupa SWF, średnia liczba punktów w SWF wyniosła: $31,4 \pm 8,6$; $n=99$), a 21 (16,4%) badanych było samodzielnymi (I grupa SWF). Należy dodać, że do 9. doby po zabiegu chirurgicznym 14 (10,9%) osób zmarło, natomiast 15 (11,7%) opuściło oddział przed upływem 9. doby (tab. 2., ryc. 1.).

Deficyt wydolności funkcjonalnej chorego dotyczy przede wszystkim takich wyznaczników, jak:

- samodzielne zaspokajanie potrzeb fizjologicznych [4] – 66 (66,7%) chorych – grupa IV,

- samodzielne wykonywanie czynności higienicznych [3] – 48 (48,5%) chorych – grupa IV.

Natomiast w najmniejszym stopniu deficyt przejawiał się w:

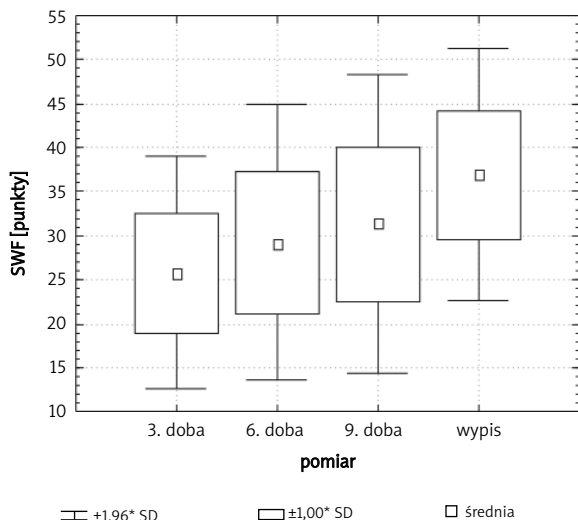
- oddychaniu [6] – 76 (76,8%) chorych – grupa I,
- pomiarze czynności życiowych [5] – 58 (58,6%) chorych – grupa I,
- oraz stanie psychicznym chorego [12] – 57 (57,6%) chorych – grupa I (tab. 5.).

Wydolność funkcjonalna chorego w dniu wypisu ze szpitala

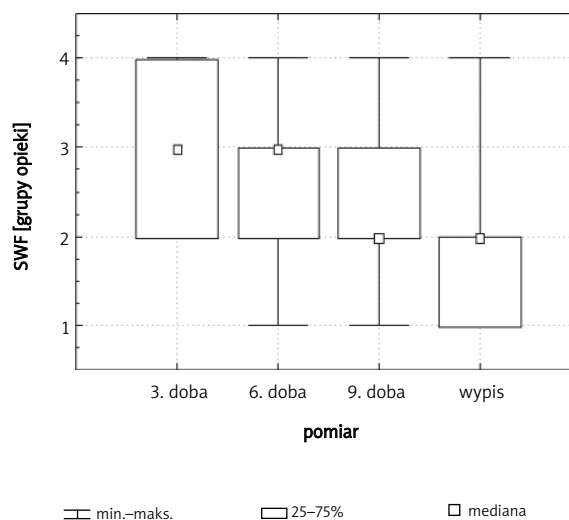
W dniu wypisu ze szpitala (pomiar końcowy) 43 (33,6%) osoby były samodzielne (nie wymagały pomocy ze strony personelu pielęgniarskiego – I grupa SWF, średnia liczba punktów w SWF wyniosła: $37,0 \pm 7,2$; $n=97$). Należy dodać, że pacjenci byli wypisywani w różnym czasie po zabiegu operacyjnym (niekoniecznie po 9. dobie, ale również przed) i wyniki te uwzględniono; 31 (24,2%) chorych zmarło (tab. 2., ryc. 1.).

Deficyt wydolności funkcjonalnej chorego dotyczy przede wszystkim takich wyznaczników, jak:

- samodzielne zaspokajanie potrzeb fizjologicznych [4] – 45 (46,4%) chorych – grupa IV,
- samodzielne wykonywanie czynności higienicznych [3] – 24 (24,7%) chorych – grupa III, 24 (24,7%) chorych – grupa IV.



Ryc. 2. Analiza stanu chorych (średnia liczba punktów) oceniona za pomocą SWF w poszczególnych pomiarach po zabiegu chirurgicznym



Ryc. 3. Analiza stanu chorych (mediana grupy opieki) oceniona za pomocą SWF w poszczególnych pomiarach po zabiegu operacyjnym

Natomiast w najmniejszym stopniu deficyt przejawiał się w:

- oddychaniu [6] – 90 (92,8%) chorych – grupa I,
- pomiarze czynności życiowych [5] – 76 (78,9%) chorych – grupa I,
- stanie psychicznym chorego [12] – 74 (76,3%) chorych – grupa I (tab. 6.).

Dokonując zestawienia wszystkich wykonanych pomiarów (pomiar 1. – 128, pomiar 2. – 121, pomiar 3. – 99

i pomiar końcowy – 97), łącznie 445 (tab. 7.), można stwierdzić, że uzyskane wyniki końcowe, wyrażone w SWF w poszczególnych pomiarach, różnią się między sobą istotnie statystycznie χ^2 (n=445, df=9) = 103,25; p<0,001.

Uzyskano również istotną statystycznie różnicę w średniej liczbie punktów otrzymanych przez chorego w SWF ($\chi^2=196,59$, p<0,001) (ryc. 2.) oraz w grupie opieki otrzymanej przez chorego w SWF ($\chi^2=132,32$, p<0,001) (ryc. 3.) w poszczególnych pomiarach. Oznacza to, że pacjenci klasyfikowani byli do niższej grupy opieki w SWF

Tabela 6. Deficyt wydolności funkcjonalnej – pomiar końcowy

Wyznaczniki opieki	Grupa opieki							
	I		II		III		IV	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1) poruszanie się	27	27,8	26	26,8	34	35,1	10	10,3
2) odżywianie	53	54,6	20	20,6	14	14,4	10	10,3
3) czynności higieniczne	14	14,4	35	36,1	24	24,7	24	24,7
4) potrzeby fizjologiczne	30	30,9	16	16,5	6	6,2	45	46,4
5) pomiar czynności życiowych GCS	76	78,9	7	7,2	2	2,1	12	12,4
6) oddychanie	90	92,8	4	4,1	3	3,1	0	–
7) diagnostyka	54	55,7	33	34,0	2	2,1	8	8,2
8) przygotowanie do zabiegu i opieka po nim	33	34,0	45	46,4	19	19,6	0	–
9) opatrunki, drenaż	61	62,9	36	37,1	0	–	0	–
10) stopień nasilenia bólu	14	14,4	41	42,3	40	41,2	2	2,1
11) farmakoterapia	10	10,3	40	41,2	34	35,1	13	13,4
12) stan psychiczny	74	76,3	14	14,4	2	2,1	7	7,2

Tabela 7. Wydolność funkcjonalna chorych oceniana za pomocą SWF w poszczególnych pomiarach

SWF	Pomiar (czas)									
	pomiar 1.		pomiar 2.		pomiar 3.		pomiar końcowy		razem	
	3. doba		6. doba		9. doba		dzień wypisu			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
I	0	0	12	9,9	21	21,2	43	44,3	76	17,1
II	37	28,9	47	38,8	36	36,4	35	36,1	155	34,8
III	55	43,0	37	30,6	25	25,2	15	15,5	132	29,7
IV	36	28,1	25	20,7	17	17,2	4	4,1	82	18,4
razem	128	100	121	100	99	100	97	100	445	100
Średnia liczba punktów w skali ± odchylenie standardowe										
	25,8±6,7		29,3±8,0		31,4±8,6		37,0±7,2			

w tabeli nie uwzględniono osób, które zmarły, oraz tych, które zostały wypisane z oddziału przed upływem 9. doby

(uzyskali więcej punktów) w miarę upływu czasu (w kolejnych pomiarach).

Omówienie wyników

Ocena stanu chorego (wydolności funkcjonalnej) ułatwia ustalenie rozpoznania pielęgniarstwa, czyli określenia problemów pielęgnacyjnych występujących u chorego. Jest to równoznaczne z ukazaniem deficytu w obrębie określonych wyznaczników opieki (np. poruszania się, ubierania itp.).

W opinii wielu autorów [14–16, 18, 26] pierwsze 3 doby po zabiegu operacyjnym to okres intensywnej terapii neurochirurgicznej. Działania osób obejmujących opieką chorych po zabiegach operacyjnych koncentrują się na czynnościach diagnostycznych, leczniczych oraz na dokumentowaniu prowadzonych działań. Dlatego też nie dziwi fakt, że poziom wydolności funkcjonalnej badanych osób jest niski (III grupa SWF). Jak podają Grzybek i wsp. [26], okres ten (3. doba po zabiegu) jest dla większości chorych okresem granicznym, tzn. po 3., 4. dobie intensywnej terapii pacjenci zostają przetransportowani na ogólne oddziały neurochirurgiczne. Jednakże przeprowadzone badania nie potwierdziły spostrzeżeń autorki. Z własnych obserwacji wynika, że to, czy pacjent zostanie przekazany z oddziału intensywnego na oddział ogólny zależy od jego stanu wyjściowego.

Pomiar 2. wykonany w 6. dobie po zabiegu operacyjnym wskazywał, że nadal w największym stopniu pacjenci mają problemy z samodzielnym zaspokajaniem potrzeb fizjologicznych oraz z samodzielnym wykonywaniem czynności higienicznych. W obrębie wyznacznika dotyczącego opatrunków i drenażu zauważyć można 93,4% badanych zakwalifikowanych do II grupy opieki. Świadczy to oczywiście o tym, że w okresie tym (6. doba po zabiegu)

są to chorzy bez drenaży operacyjnych, jedynie z opatrunkiem pooperacyjnym i zaopatrzonym wkłuciem dożylnym. Stwierdzić można również, że nadal u większości badanych osób (72,7%) duży problem stanowi ból, w przypadku którego stosowano środki farmakologiczne podawane różną drogą.

Problem bólu u chorych operowanych z powodu tętniaka śródczaszkowego pojawia się również w pracach innych autorów [11, 12, 27–30]. Jak podają Adamczyk i Butkowska [30], ból głowy jest częstym objawem zgłaszanym przez chorych, także w przypadku leczenia SAH w sposób zachowawczy. Z badań przeprowadzonych przez Lorencowicz i Zderkiewicz [12] wynika, że dolegliwości bólowe po zabiegu operacyjnym utrzymują się nawet w czasie odległym. Według autorów na 87 badanych osób problem ten występował u 42 i był dominującą dolegliwością.

Własne obserwacje wskazują na poprawę stanu pacjentów po 6. dobie od wykonania zabiegu operacyjnego. Istotny związek z takim faktem ma brak powikłań pooperacyjnych oraz ogólnie dobry stan zdrowia pacjentów poddanych zabiegowi (brak schorzeń współistniejących, tętniak zimny lub z SAH jako jedyną przyczyną hospitalizacji).

Badania przeprowadzone przez Lorencowicz i Zderkiewicz [11] z udziałem 87 chorych po operacji tętniaka śródczaszkowego wydają się potwierdzać uzyskane wyniki własne. Autorzy uzyskali 63,2% badanych samodzielnych pod względem samoobsługi w momencie wypisu z kliniki. W ich opinii powrót samodzielności u operowanych pacjentów ma zwykle największą dynamikę we wczesnym okresie hospitalizacji i bezpośrednio po powrocie do domu. W pracy Deruty i wsp. [31] wynik bardzo dobry i średni uzyskano w 85%, a słaby w 4%. Saciri i Kos [32] podają, że w dniu wypisu 72,7% pacjentów nie wykazywało żadnych zaburzeń motorycznych. Badania Rutkowskiej i wsp. [33], przeprowadzone z udziałem

tem 50-osobowej grupy pacjentów po operacji tętniaka śródczaszkowego, w dniu wypisu z kliniki wykazały 42% badanych samodzielnych. U pozostałych osób (58%) ubytki ruchowe wymagały intensywnej kinezyterapii.

Wnioski

1. Wśród wybranych problemów pielęgnacyjnych u chorego po leczeniu operacyjnym tętniaka śródczaszkowego najbardziej znamienne są problemy dotyczące podstawowych czynności dnia codziennego, powodujące zależność pacjentów od personelu pielęgniarskiego i otoczenia (rodzina, opiekunowie).
2. Większość chorych we wczesnym okresie po operacyjnym leczeniu tętniaka śródczaszkowego (doba 3., 6., 9.) charakteryzowała się znacznym deficytem wydolności funkcjonalnej, istotnie poprawiającej się z biegiem czasu (w dniu wypisu).

Piśmiennictwo

1. Imieliński BL. Neurochirurgia kliniczna. Akademia Medyczna, Gdańsk 1998.
2. Newton T. Subarachnoid Hemorrhage. Available at: <http://www.e-medicine.com> (last accessed 2003).
3. Soliman E. Cerebral Aneurysm. Available at: <http://www.e-medicine.com> (last accessed 2003).
4. Mazur R, Kozubski W, Prusiński A. Podstawy kliniczne neurologii. PZWL, Warszawa 1998.
5. Vinas FC. Brain Aneurysm. Available at: <http://www.e-medicine.com> (last accessed 2003).
6. Bartczak R. Odległe psychopatologiczne następstwa tętniaków mózgu leczonych operacyjnie. Biuletyn 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką 1996; 2: 173-9.
7. Cavanagh SJ, Gordon VL. Grading scales used in the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a critical review. J Neurosci Nurs 2002; 6: 288-95.
8. Kirkness CJ, Thompson JM, Ricker BA, et al. The impact of aneurysmal subarachnoid hemorrhage on functional outcome. J Neurosci Nurs 2002; 3: 134-41.
9. Buchanan KM, Elias LJ, Goplen GB. Differing perspectives on outcome after subarachnoid hemorrhage: the patient, the relative, the neurosurgeon. Neurosurgery 2000; 46: 831-840.
10. Hellawell DJ, Taylor R, Pentland B. Persisting symptoms and carers' views of outcome after subarachnoid haemorrhage. Clin Rehabil 1999; 13: 333-40.
11. Lorencowicz R, Zderkiewicz E. Analiza wybranych aspektów funkcjonowania pacjentów po operacyjnym leczeniu tętniaków mózgu. Postępy Pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia 1997; 11: 110-6.
12. Lorencowicz R, Zderkiewicz E. Problem opieki nad chorymi po operacyjnym leczeniu tętniaków mózgu z uwzględnieniem ich samodzielności w środowisku domowym. Pol Merkuriusz Lek 1997; 10: 247-9.
13. Zderkiewicz E, Lorencowicz R. Powrót zdolności do podjęcia pracy zawodowej po przebytej operacji tętniaków mózgu. Pol Merkuriusz Lek 1998; 19: 20-2.
14. Zadrozna A, Kończyło H. Intensywna opieka pooperacyjna chorych neurochirurgicznych- doświadczenia własne. Annales UMCS 2002; Supl. XI: 521-6.
15. Stanek E, Cieślak A, Gój K. Monitorowanie w oddziałach intensywnej terapii – rola pielęgniarki. Annales UMCS 2002; Supl. XI: 353-63.
16. Rumińska A. Pielęgnowanie pacjenta po krwotoku podpajęczynówkowym leczonym operacyjnie. Annales UMCS 2002; Supl. XI: 336-40.
17. Trepińska I, Dyk D. Ocena stanu klinicznego w pierwszej dobie u pacjentów w oddziale intensywnej terapii. PTPAiO, Poznań 2001.
18. Drobnik L. Intensywna terapia neurochirurgiczna. PTPAiO, Poznań 1999.
19. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. Lancet 1974; 2: 81-3.
20. Hunt WE, Hess RM. Surgical risk as related to time of intervention in the repair of intracranial aneurysms. J Neurosurg 1968; 28: 14-20.
21. Ślusarz R, Michalska A, Beuth W, Jachimowicz-Wołoszynek D. Arkusz Kategorizacji Chorych jako praktyczne narzędzie w neurochirurgicznej pielęgniarstwie ocenie stanu chorego. Valetudinaria – Post Med Klin Wojsk 2003; 1-2: 78-83.
22. Ślusarz R, Beuth W, Książkiewicz B. Functional Capacity Scale as a suggested nursing tool for assessing patient condition with aneurysmal subarachnoid hemorrhage – part 2. Adv Clin Exp Med 2006; 4: 741-6.
23. Ślusarz R, Saracen A. Functional Capacity Scale in Clinical Practice. II Konferencja Naukowo-Szkoleniowa. Nowoczesne Leczenie i Pielęgniarstwo w Neurochirurgii i Neurologii. Dziwnów 2008.
24. Kaniwska B, Jędrzyś B, Stadnicka G, Turowski K. Wartość kliniczna Skali Wydolności Chorych w Zakresie Samoopieki. Organizacja opieki pielęgniarstwiej a zmiany w systemie ochrony zdrowia. Materiały Konferencyjne. WEM, Warszawa 1994.
25. Jennett B, Bond M. Assessment of outcome after severe brain damage: a practical scale. Lancet 1975; 1: 480-4.
26. Grzybek D, Pohnke K, Czapiga B, Jarmundowicz W. Opieka neurochirurgiczna nad chorymi z krwotokiem podpajęczynówkowym z pękniętego tętniaka mózgu na wszystkich etapach leczenia szpitalnego. Annales UMCS 2002; Supl. XI: 93-9.
27. Maćkowska U. Ocena stanu chorych po leczeniu operacyjnym tętniaków tętnicy szyjnej wewnętrznej. Praca magisterska AM, Lublin 1986.
28. Lis E. Ocena stanu chorych po leczeniu operacyjnym tętniaków okolicy tętnicy łączącej przedniej. Praca magisterska AM, Lublin 1986.
29. Domin A. Potrzeby pielęgnacyjne pacjentów po operacjach tętniaków tętnicy środkowej mózgu. Praca magisterska AM, Lublin 1990.
30. Adamczyk K, Butkowska HB. Problemy pielęgnacyjne pacjentów z krwawieniem podpajęczynówkowym. Problemy Pielęgniarstwa 1994; 2: 3-7.
31. Deruty R, Pelissou-Guyotat I, Mottolese C, Amat D. Long term outcome after treatment of the ruptured intracranial aneurysm: 73 cases admitted from day 0 to day 3 after subarachnoid haemorrhage. Neurol Res 1994; 2: 83-8.
32. Saciri BM, Kos N. Aneurysmal subarachnoid haemorrhage: outcomes of early rehabilitation after surgical repair of ruptured intracranial aneurysms. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002; 3: 334-7.
33. Rutkowska E, Janusz W, Osuchowski J, Kamieniak P. Rehabilitacja kompleksowa chorych leczonych operacyjnie z powodu tętniaka tętnicy mózgowych. Postępy Rehabil 1999; 1: 83-8.