

Postępowanie pielęgniarskie wobec pacjentki z ostrym zespołem bólowym kręgosłupa lędźwiowego

Nursing care for patients with acute lumbar spine pain

AGNIESZKA PIERNIKOWSKA¹, JANUSZ OSTROWSKI¹

¹III Oddział Chorób Wewnętrznych i Nefrologii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku

DOI: <http://dx.doi.org/10.21784/lwP.2017.011>

ISSN: 2451-1846

Streszczenie:

Bóle kręgosłupa oraz powikłania im towarzyszące to najczęstsze spotykane schorzenie we współczesnym świecie. Dotyczą głównie osób w średnim wieku, wpływają niekorzystnie na jakość życia pacjentów, dlatego uznano ją za chorobę cywilizacyjną. Niewątpliwie ból kręgosłupa wiąże się nierozłącznie ze stanami depresyjnymi, gdyż doznania fizyczne mają ogromny wpływ na psychikę. Postępowanie pielęgniarskie dążące do poprawy jakości życia bywa bardzo trudne, gdyż musi być ukierunkowane na jednoczesne łagodzenie skutków choroby pod względem fizycznym, jak i emocjonalnym. Zawiera uczenie radzenia sobie z problemami życia codziennego, ze stresem i cierpieniem. Powinno obejmować wszystkie istotne dla opisywanej pacjentki potrzeby i wartości w taki sposób, aby odzyskać w miarę możliwości dotychczasowe aktywne życie.

Słowa kluczowe: ból kręgosłupa, opieka pielęgniarska, stany depresyjne, jakość życia

Abstract:

Back pain and the accompanying complications is the most common disorder observed in the contemporary world. They relate mainly to middle-aged people, adversely affect the quality of life of patients, therefore they were considered as a civilization disease. Undoubtedly, back pain is inseparably bound up with the states of depression, because the physical sensations have a huge impact on the psyche. The nursing practice aiming at the improvement of the quality of life can be very difficult, because it must be directed at the same time towards mitigating the effects of the disease in physical and emotional terms. It includes learning to cope with problems of everyday life, stress and suffering. This should include all the needs and values significant for the patient in question in such a way as to regain as far as possible previous active life.

Keywords: transplantology, transplant coordinator, organ donation

Wstęp

Ból kręgosłupa lędźwiowego jest bardzo popularnym objawem, dotyczy ogromnej liczby populacji. Podłoże przyczynowe wskazuje na jego różnorodność, począwszy od nieprawidłowego siedzenia (siedzący tryb życia), aż do poważnych zmian chorobowych w odcinkach kręgosłupa. Do takich należy zaliczyć: naciągnięcie mięśni, uszkodzenie stawów, zwyrodnienie stawów, zwyrodnienie kanału kręgowego, degeneracja krążka stawowego, stan zapalny okolic kręgosłupa, kręgozmyk (przesunięcie kręgów), choroba nowotworowa umiejscowiona w okolicach kręgosłupa [1]. Dlatego nie wolno lekceważyć i bagatelizować objawów bólowych, jeśli nie jesteśmy w stanie znaleźć przyczyny ani sposobu na zwalczanie tej dolegliwości należy natychmiast zwrócić się do lekarza specjalisty.

W pracy przedstawiono studium przypadku opieki nad pacjentką z bliżej nieokreślonymi bólami kręgosłupa, w procesie diagnozowania guza piersi, z depresją. Trudności pacjentki z poruszaniem się, brak wiedzy na temat choroby, niepewność przyszłości, uniemożliwienie funkcjonowania młodej kobiet w codziennym życiu to główne problemy, które musimy rozwiązać. Dlatego przedstawiono proces diagnozowania chorej począwszy od

szpitalnego oddziału ratunkowego do oddziału wewnętrznego, z uwzględnieniem wcześniejszego pobytu w oddziale neurologicznym. Spośród mnogości objawów, symptomów, wykładników i oznak, na które trzeba zwrócić szczególną uwagę to dwa aspekty, a mianowicie: silny ból kręgosłupa oraz stany depresyjne. Opieka musi być tak skonstruowana, aby zaspokoić wszystkie potrzeby wynikające z wyżej opisanych dolegliwości.

Celem pracy jest analiza aspektów holistycznej opieki pielęgniarskiej wobec pacjentki z silnym bólem kręgosłupa lędźwiowego, uniemożliwiającym wykonywanie czynności dnia codziennego. Podkreślono także zagadnienia wynikające z edukacji zdrowotnej w zakresie radzenia sobie w sytuacji choroby, służące zapewnieniu chorej optymalnego funkcjonowania w warunkach szpitalnych, poprawienie jakości życia oraz przygotowanie do samoopieki.

Prezentacja przypadku

Kobieta lat 41 zgłosiła się 18.11.2016 roku do szpitalnego oddziału ratunkowego z powodu silnych bólów kręgosłupa okolicy L – S, uniemożliwiających poruszanie się, siadanie, a nawet zmianę jakiegokolwiek pozycji. Podstawowe parametry życiowe oscylowały w granicach normy tj.: RR 100/80 mm Hg, tętno miarowe około 100 u/ min, temperatura ciała 36,6°C, częstość oddechów 20/ min. Nie kaszle, nie gorączkuje. Podaje, że w ostatnim czasie doszło do utraty masy ciała - około 30 kilogramów. Nad polami płucnymi obustronne firczenia. Brzuch miękki, objawy otrzewnowe ujemne, objaw Goldflama obustronnie ujemny. Perystaltyka prawidłowa, kończyny dolne bez obrzęków. W badaniu Glasgow 15 pkt. Duszność nie występuje, sinica – brak. Reakcja źrenic na światło – prawidłowa, szerokość źrenic normalna. Skóra normalna, wilgotność w normie, jama brzuszna w normie. Tony serca czyste/głębokie. Wstrząs-brak, NZK-brak, objawy oponowe ujemne, drgawki – brak, afazja – brak,

wymioty – brak, biegunka – brak, krwawienie – brak, obrzęki – brak, zasłabnięcie – nie wystąpiło.

W szpitalnym oddziale ratunkowym odbyła się konsultacja neurochirurgiczna, w której lekarz specjalista opisuje pacjentkę z silnymi bólami kręgosłupa L – S, aczkolwiek nie udaje się dokładnie zlokalizować bólu. Pacjentka „ virus neo”. W MR z września zdiagnozowano zmiany dyskopatyczne zapalne. Zgodnie z ustaleniem wykonano świeże KT L – S; zmiany w LS podobne jak w osteoporozie, szczególnie L5, spłaszczenie osteoporatywne, kanał kręgowy wolny, nowotworu nie widać. Eu vertebroplastyka, przy konkretnym zogniskowaniu bólu, jeśli się zdeklaruje.

Zalecono RTG płuca, glukoza, mocznik, kreatynina, Na, K, Cl, bilirubina całkowita, AspAT, AlaT, amylaza, CRP, gazometria, morfologia, prokalcytonina, EKG.

W wykonanych badaniach stwierdzono podwyższone wartości mocznika - 127 mg/dl, kreatynina - 3,7 mg/dl, obniżony poziom sodu do 133mmol/l, chlorków do 93 mmol/l, obniżenie poziomu bilirubiny całkowitej do 0,18 mg/dl, Alatu do 9 IU/l, podwyższenie wapnia do 16,8 mg/dl. W badaniu morfologicznym krwi stwierdzono podwyższenie poziomu krwinek białych do 24 700, neutrofilii do 11100, limfocytów do 4800/ul. Z kolei hemoglobina stanęła na wartości 8,5 g/dl, krwinki czerwone 2,47 mln/dl, hematokryt 23,9%.

W wywiadzie – diagnozowana w oddziale neurologicznym we wrześniu 2016 roku z powodu powyższego bólu. Wykonano RTG klatki piersiowej, USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, badanie ogólne moczu, morfologię krwi, OB, ALT, ASPAT, CRP, Cl, RF, GGTP, glukozę z krwi żyłnej, TSH, kreatyninę, mocznik, K, Na. Przyjmowała zalecane leki, bez poprawy: Diclofenac, Poltram, Pyralginum. Na podstawie RM zdiagnozowano dyskopatię lędźwiową L4 /L5, stenozę kanału kręgowego na tym poziomie a także zespół bólowy kręgosłupowo lędźwiowy.

Po zastosowanym leczeniu farmakologicznym i fizykoterapii w oddziale dolegliwości zmniejszyły się. Pacjentka w stanie ogólnym dobrym wypisana do domu z zaleceniem dalszego leczenia w Poradni Neurologicznej.

Pacjentkę przyjęto do oddziału internistycznego z powodu silnego bólu kręgosłupa, ostrej niewydolności nerek, hiperkalcemii, hipoalbuminurii i hiperfosfatemii. Chora od około 7 dni skarży się na nasilone bóle kręgosłupa lędźwiowego. W badaniach – ostre uszkodzenie nerek (prawdopodobnie polekowe), niedokrwistość, przypuszczalna osteoporoza. Chora nieświadoma swojej choroby, ze znacznymi zaburzeniami depresyjnymi, wycofana, płacziwa, bólowa, nie przyjmuje żadnych informacji dotyczących choroby. W trakcie pobytu w oddziale wykryto guzy na obydwu piersiach, zaplanowano BACG, podczas którego pobrano wycinki do badania histopatologicznego.

W badaniach krwi stwierdzono obniżone poziomy immunoglobuliny IgA, IgM, podwyższone poziomy GGTP, fosfotazy zasadowej a także podwyższone poziomy białka w jednorazowej próbce moczu oraz białka i wapnia w dobowej zbiorce moczu. Znaczne zaburzenia białkowe we krwi: niski poziom albumin, wysoki poziom albumin alpha1, alpha 2.

Postępowanie pielęgniarstwo będzie miało charakter holistyczny, ze względu na mnogość dolegliwości, objawów, wykładników badań. Opiekę trzeba ukierunkować zarówno na ostrą niewydolność nerek, nowotwór piersi, ale przede wszystkim na silny ból kręgosłupa oraz depresję. W pierwszym etapie (assessment) trzeba zaplanować opiekę, określić stan zdrowia pacjentki pod względem biologicznym, psychicznym, społecznym, kulturowym a także duchowym.

W drugim etapie (planning) należy wyznaczyć cele, jakie będziemy sobie stawiać w naszej pracy. Trzeci etap (implementation) to rozwiązywanie zaplanowanego celu za pomocą indywidualnych metod. Pielęgniarka mobilizuje zarówno pacjenta do działania, jak

i jego rodzinę a także przygotowuje do samoopieki. Interwencje pielęgniarские musimy ocenić je pod względem sukcesu lub porażki, czy dany cel został osiągnięty, czy należy jeszcze raz zastanowić się nad poprawnością założonego planu opieki (czwarty etap procesu pielęgnowania – evaluation) [2].

Silny ból kręgosłupa, to nadrzędny problem pielęgnacyjny, wokół którego będą skupiać się wszystkie nasze interwencje pielęgniarские. Pacjentka przyjęta w oddział odczuwa ból neuropatyczny, który stanowi ogromne wyzwanie dla zespołu terapeutycznego. Jego leczenie jest bardzo trudne i nie zawsze przynosi zamierzone rezultaty. Chora nie jest w stanie podać dokładnej lokalizacji bólu, jednak może opisać, iż koncentruje się on głównie w okolicy lędźwiowej. Określa go jako przeszywający, kłujący, strzelający, rwący zaciskający, promieniujący do kończyn dolnych, któremu towarzyszy mrowienie. Niezwykle ciężkie jest oznaczenie odpowiednich postępowań, aby nie zaszkodzić choremu, lecz pomóc, zapewnić komfort egzystencji, poczucie bezpieczeństwa, możliwość wykonania codziennych czynności bez utrudnień. Ból jest bardzo ważnym symptomem, który sygnalizuje, iż w organizmie dzieje się coś złego. Zazwyczaj dotyczy stanu zapalnego, urazu, nowotworu, może być także następstwem zabiegu operacyjnego. Ostry ból predysponuje do poszukiwania przyczyn takiego stanu, określenia jego charakteru, stopnia nasilenia, miejsca występowania, promieniowania oraz objawów towarzyszących, wskazujących na postawienie prawidłowej diagnozy [3]. Według Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (IASP) ból to nieprzyjemne doświadczenie zmysłowe i emocjonalne, które towarzyszy istniejącemu lub zagrażającemu uszkodzeniu tkanek [4]. Ból ma charakter subiektywny, jest on odczuwany w inny sposób przez każdego pacjenta i nie można go zmierzyć. Do tego służą skale oceny bólu, gdzie najważniejszym jest określenie minimalnego odczuwalnego bodźca oraz progu tolerancji bólu, czyli maksymalnego odczucia bodźca, określanego jako nie do zniesienia,

bez nadziei na jakąkolwiek poprawę [4]. Możemy posługiwać się skalą VAS (pacjent zaznacza swój ból na odcinku 100 mm²), skalą NRS (pacjent określa swój ból podając cyfry 0 – 10), skalą werbalną VRS, Likerta (chory określa swój ból poprzez stopniowanie jako lekki, średni, silny i nie do zniesienia, zapisując numerycznie 0 – 4), skalą obrazkową McGratha (czyli tak zwany rysunek buźki, skala ta stosowana jest u dzieci i pacjentów z zaburzeniami poznawczymi) [4]. Bardzo ważnym narzędziem do określenia bólu jest kwestionariusz McGilla – Melzacka, gdzie pacjent podaje ocenę nasilenia bólu w chwili badania, a następnie średniego i maksymalnego natężenia w ostatnich 4 tygodniach. Kwestionariusz ocenia także głębokość bólu oraz wprowadza ocenę jakościową, odnoszącą się do określeń podawanych przez pacjenta. Może on określić ból jako świdrujący, przeszywający, tętniący, wrzynający się, zgniatający, tępy, maltretujący, łamiący, uporczywy, straszny, mdlący, piekący, męczący, rozłupujący, parzący. W diagnozowaniu bólu trzeba wziąć pod uwagę jego charakter, lokalizację, promieniowanie, czynniki wyzwalające i zmniejszające dolegliwości a także dotychczasowe leczenie i jego skuteczność [4]. Celem interwencji pielęgniarskich będzie zniwelowanie lub wyeliminowanie bólu [5].

Działania pielęgniarskie będą polegać na:

- aktywizacji pacjentki w zakresie codziennego wysiłku,
- pomocy w wykonywaniu codziennej toalety całego ciała,
- pomocy w spożywaniu i przygotowywaniu posiłków, karmieniu,
- mobilizowaniu pacjentki do rehabilitacji ruchowej i zabiegów fizykoterapeutycznych,
- pomocy podczas przemieszczania się,
- zaopatrzeniu pacjentki w sprzęt pomocniczy, ortopedyczny, który ułatwi poruszanie się oraz samoobsługę,
- przystosowaniu w miarę możliwości sali chorych do potrzeb pacjentki,

- odpowiednim doborze pacjentów na sali, aby pozostali chorzy na sali nie ograniczali reakcji i nie powodowali zwiększenia dyskomfortu,
- usunięciu z podłogi zbędnych przedmiotów , aby nie spowodowały zagrożenia upadkiem,
- umożliwieniu pacjentce kontaktu z lekarzem prowadzącym, psychologiem, rehabilitantem, rodziną,
- zapewnieniu o gotowości niesienia pomocy,
- zapewnieniu wygody w czasie snu i wypoczynku,
- motywowaniu, wspieraniu chorej oraz rodziny,
- przejawianiu gotowości do rozmowy na tematy budzące niepokój chorej,
- uczestniczeniu w monitorowaniu bólu i leczeniu farmakologicznym.

Kolejnym problemem pielęgnacyjnym będzie deficyt samoopieki z powodu silnego bólu kręgosłupa. Celem interwencji pielęgniarstwa poza zmniejszeniem/wyeliminowaniem bólu, będzie poprawa sprawności fizycznej pacjentki z jednoczesnym podtrzymaniem jej samodzielności.

Interwencje pielęgniarstwa będą obejmowały:

- ocenę sprawności, samodzielności chorej w zakresie ADL oraz IADL,
- aktywizowanie pacjentki do samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego,
- mobilizowanie chorej do ćwiczeń fizycznych biernych i czynnych,
- edukacja pacjentki poprzez przedstawienie zalet samodzielności w zakresie ADL,
- obserwacja pacjentki pod kątem postępów rehabilitacji,
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa podczas czynności pielęgnacyjnych i higienicznych,
- pomoc, asystowanie w czynnościach dnia codziennego,

- planowanie opieki wraz z pacjentką, włączanie jej w czynności higieniczne,
- zapewnienie sprzętu pomocniczego, typu balkonik, kula, laska, ułatwiający dotarcie do pomieszczeń sanitarnych,
- pomoc pacjentce w przemieszczaniu się,
- zapobieganiu przykurczom i odleżynom poprzez zmianę pozycji ułożeniowej, wygodną pozycję w łóżku, pielęgnowanie skóry [6,7],
- częstą zmianę bielizny osobistej i pościelowej,
- stosowanie bielizny osobistej i pościelowej z włókien naturalnych oraz unikanie pościeli krochmalonej,
- zapewnienie poczucia intymności przy wykonywaniu czynności higienicznych i pielęgnacyjnych,
- prowadzenie indywidualnej karty obserwacji pacjenta zagrożonego powstaniem odleżyn, uwzględniającej działania profilaktyczne i terapeutyczne,
- pielęgnowanie skóry ze zwróceniem uwagi na miejsca szczególnie narażone na wystąpienie odleżyn, delikatne i dokładne osuszanie, natłuszczanie skóry,
- utrzymanie prawidłowego nawodnienia,
- podawanie leków na zlecenie lekarza, zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich,
- zapewnienie kontaktu z rodziną.

Kolejnym problemem, który należy rozpatrzyć jest obniżony nastrój chorej, stany depresyjne, przygnębienie z powodu silnego bólu, obawy o własną przyszłość oraz braku akceptacji choroby. Dodatkowo demobilizująco na stan pacjentki wpływa jej mąż, który neguje wszelkie działania zespołu terapeutycznego. Taka sytuacja dodatkowo negatywnie wpływa na chorą, powoduje pogłębianie stanów depresyjnych oraz wzmożenie niechęci do hospitalizacji [8]. Pacjentka jest płaczliwa, smutna, nie potrafi zaakceptować swojej

choroby, nie przyjmuje do wiadomości informacji dotyczących leczenia, ślepo ufa mężowi i słucha jego poleceń. Wykazuje oznaki osoby uzależnionej psychicznie od męża. Istotnym zadaniem dla pielęgniarki będzie edukacja, zarówno pacjentki jak i jej rodziny, uzupełnienie wiedzy na temat choroby oraz poprawienie samopoczucia i nastroju chorej.

Planowane interwencje pielęgniarskie będą obejmowały :

- umożliwienie kontaktu z psychologiem szpitalnym, pracownikiem socjalnym,
- zapewnienie kontaktu z lekarzem prowadzącym,
- częsta obecność przy pacjentce,
- zachęcenie do rozmowy, kontaktu z innymi pacjentami, personelem medycznym,
- oddziaływanie na postawę chorej, okazywanie gotowości do pomocy i wysłuchania chorej,
- edukacja w zakresie jednostki chorobowej, wytłumaczenie istoty pozytywnego nastawienia do własnej choroby,
- wykazanie pozytywnych przykładów pacjentów, którzy akceptują swoją chorobę i prowadzą w miarę możliwości normalny tryb życia,
- motywowanie do aktywności fizycznej,
- mobilizowanie chorej do aktywnego uczestniczenia w procesie terapeutycznym,
- stworzenie optymalnych warunków do polepszenia sprawności fizycznej i utrzymania jak największej samodzielności,
- odpowiedni dobór pacjentek na sali, w taki sposób, aby chora miała zapewnione poczucie bezpieczeństwa i przekonanie, iż zawsze może liczyć na pomoc innych osób z sali,
- ułatwienie integracji społecznej,
- zapewnienie poczucia intymności przy wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych, higienicznych,

- zachęcanie pacjentki do organizowania czasu wolnego, udziału w terapii zajęciowej,
- edukacja i wspieranie w rozmowie z chorą na temat relacji rodzinnych, zapewnienie o trosce.

Kolejnym problemem pielęgnacyjnym jest obawa chorej, lęk przed przyszłością, dalszą egzystencją w środowisku domowym. W związku z powyższym celem interwencji pielęgniarstwa będzie wyeliminowanie lęku, niepokoju, obaw związanych z dalszą egzystencją oraz akceptacja choroby i wynikających z niej ograniczeń.

Działania pielęgniarstwa to przede wszystkim:

- rozmowa z chorą na temat istoty choroby, udzielanie rzetelnych i kompetentnych informacji,
- wspieranie chorej w sytuacji trudnej, problemowej,
- udzielanie wskazówek dotyczących przyjmowania leków,
- umożliwienie kontaktu z psychologiem szpitalnym, lekarzem prowadzącym, rodziną,
- nauczenie chorej jak radzić sobie z chorobą, jak zmieniać swoje przyzwyczajenia,
- ukierunkowanie chorej na samoopiekę i samoobserwację,
- rozmowa z pacjentką na temat ważności przestrzegania zaleceń lekarskich, pielęgniarstwa w trakcie pobytu w szpitalu, jak i po wypisie do domu,
- umożliwienie możliwości dostępu do sprzętu pomocniczego w domu,
- ustalenie z rodziną dalszego postępowania pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego po wypisie ze szpitala.

Pomimo wielokrotnych rozmów na temat hospitalizacji, wielorakich aspektów diagnozowania oraz szerokiej możliwości leczenia chora nie potrafi w pełni zaakceptować procesu terapeutycznego i pielęgnacji. Poza sytuacją zdrowotną to czynniki

społeczne oraz hospitalizacja mają ogromny wpływ na sferę psychiczną, emocjonalną pacjentki.

Dyskusja

Skutkiem trwającego procesu chorobowego są nie tylko zmiany w funkcjonowaniu fizycznym pacjenta. Wpływ ich rozszerza się na sferę emocjonalną chorego z oddziaływaniem na sferę jego społecznego funkcjonowania [9,10]. Potwierdzają powyższą sytuację m.in. badania Kurowskiej i Żbikowskiej wśród pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa w aspekcie poziomu odczuwanej depresji. W badaniu wykazano brak depresji tylko wśród 39,1% badanych; ponad połowa respondentów prezentowała cechy łagodnej depresji (59,4%) [11]. W analizowanej sytuacji pacjentki w dużej mierze niesprawność fizyczna koreluje z jej stanem emocjonalnym, co przekłada się na zachowanie, obniżony nastrój, utratę zainteresowania, zdolności radowania się, zmniejszenie energii. Powyższa sytuacja może prowadzić do wzmożonej męczliwości, zmniejszenia aktywności, osłabienia koncentracji i uwagi, niskiej samooceny, małej wiary w siebie, pesymizmu, czarnego widzenia przyszłości, zaburzeń snu i zmniejszonego apetytu [12].

Wypracowanie właściwych relacji, swoistej więzi między pielęgniarką a pacjentem daje szansę na najtrwalszą i najpewniejszą drogę do stosowania się przez chorego do zaleceń. Z kolei ich przestrzeganie jest sukcesem procesu terapeutycznego. W relacji z pacjentem należy wykazać się:

- empatią,
- uczciwością,
- szczerością,
- transparentnością [13].

Zadaniem wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego będzie więc okazanie pacjentowi empatii, zrozumienia dla sytuacji w jakiej się znalazł, wzmocnienie jego mechanizmów zaradczych

poprzez umożliwienie dostępu do form wsparcia podczas zmagania się z chorobą [2].

Prezentowany opis przypadku miał na celu wykazanie holistycznego oddziaływania pielęgniarki wobec pacjentki w złożonej sytuacji zdrowotnej, która zmagająca się z silnym bólem, uniemożliwiającym wykonywanie czynności dnia codziennego. Bardzo ważną rolę w planie opieki pielęgniarskiej odgrywała edukacja zdrowotna, która zmierzała do przygotowania pacjentki do radzenia sobie w sytuacji choroby, zapewnienia jej optymalnego funkcjonowania w warunkach szpitalnych, poprawienia aspektów jakości życia oraz przygotowania do samoopieki.

Zespoły bólowe kręgosłupa przyczyniają się do ograniczeń w życiu społecznym, zawodowym, rodzinnym, co istotnie modyfikuje dotychczasową jakość życia chorych. Ból sprzyja temu, aby nawet najprostsze czynności stały się uciążliwe a wręcz niemożliwe do wykonania. Dochodzi do obniżenia funkcjonowania człowieka w życiu zawodowym, społecznym. Ból powoduje cierpienie, smutek, żal, rozpacz, rezygnację, apatię, obniżenie własnej samooceny, zmusza do mniejszej aktywności.

Dolegliwości bólowe kręgosłupa dzielą się na specyficzne i niespecyficzne o cechach bólu neurogennego. Przebieg jest zazwyczaj dwufazowy, to znaczy najpierw ból przebiega w postaci ostrej aż do całkowitego ustąpienia dolegliwości. Niekiedy ból ostry przybiera cechy bólu przewlekłego, który manifestuje się różnym natężeniem. Z badań wynika, iż ból ostry ustępuje u połowy chorych w ciągu 2 tygodni, niezależnie od postępowania terapeutycznego, a u dalszych 25% - po 4 tygodniach. Tylko u 10% chorych dolegliwości trwają dłużej niż 3 miesiące, przechodząc w ból przewlekły. Dlatego należy zachować ostrożność przy ocenianiu skuteczności leczenia bólu [14]. Niezbędne jest dokładne zdiagnozowanie zmian w ocenie dolegliwości i modyfikacja leczenia. Zachowania chorego w każdym bólu przewlekłym to efekt jego psychicznej reakcji na ból. Niekiedy ból wyzwała objawy ukrytej

depresji, co prowadzi do wzmożenia skali odczuwanych dolegliwości [14]. W kreowaniu optymalnej jakości życia pacjentów przewlekle chorych należy szczególnie uwzględnić poza stanem zdrowia ich sytuację społeczną, rodzinną wraz z reakcjami, radzeniem sobie w różnych okolicznościach.

Dynamiczny rozwój pielęgniarstwa wpłynął na poszerzenie lub modyfikację funkcji zawodowych pielęgniarki. Poza promowaniem zdrowia oraz funkcją profilaktyczną, leczniczą, rehabilitacyjną i opiekuńczą, niezwykle ważne zadania wynikają z zadań edukacyjnych. Działania realizowane przez pielęgniarkę w procesie edukacji zdrowotnej mają ułatwić choremu świadomy współdziałanie w procesie leczenia i rehabilitacji, przygotować do samoopieki i podjęcia współodpowiedzialności za swoje zdrowie. Edukacja zdrowotna osiąga swój cel, gdy nie kończy się na poziomie wiedzy, ale dociera do struktur psychicznych, które regulują zachowania człowieka – postawy, nawyki, system wartości [15].

Wnioski

Hospitalizowana pacjentka już w momencie przyjęcia do oddziału borykała się z wieloma problemami, co manifestowało bezradnością, labilnością emocjonalną, biernością, zależnością od personelu, zagubieniem w nowej sytuacji. Jej postawę charakteryzowało obniżenie sprawności intelektualnej, a nastawienie przypominało reakcje dziecka. Lęk, obawa przed niepewnym jutrem, problemy rodzinne, nieznanne otoczenie, brak wsparcia ze strony męża pogłębiały nieprzyjemne emocje. Wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny musi okazać pacjentowi empatię, zrozumienie. Pielęgniarka pozostaje w ciągłym kontakcie z podopiecznym, co sprzyja nawiązywaniu interakcji i pozytywnemu oddziaływaniu na jego stan psychiczny oraz kształtowanie zaufania wobec zespołu terapeutycznego.

Bibliografia/Bibliography:

1. Hepp W.R. Debrunne H.U. Diagnostyka w ortopedii, Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2008: 125 – 133.
2. Talarska D. Zozulińska – Ziólkiewicz D. Pielęgniarstwo Internistyczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2009: 17 – 35, 59 – 61.
3. Prusiński A. Neurologia praktyczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2005: 75 – 83.
4. Pakosz A. Rozpoznanie bólu przewlekłego. Kwalifikacja do farmakoterapii bólu. Współczesne zasady leczenia bólu przewlekłego. Świat Medycyny i Farmacji. 2015; 7(170):72-84.
5. Kózka M. Płaszewska – Żywko L. Procedury pielęgniarskie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2009: 294 – 296.
6. Polok A. O profilaktyce – czy kręgosłup musi boleć? Ogólnopolski Przegląd Medyczny. 2004; (7): 44 – 45.
7. Ślusarz R., Kruszyna K., Beuth W.: Postępowanie pielęgniarskie wobec pacjenta z zespołem bólowym kręgosłupa leczonym operacyjnie [w:] Ślusarz R., Szewczyk M.,T. (red.) Pielęgniarstwo w neurochirurgii Wydawnictwo Medyczne Borgis Warszawa 2006, 23-33.
8. Braczkowski R. Zubelewicz B. Klakła K. Depresja czynnikiem zagrożenia chorobą nowotworową – ciągle hipoteza czy już udowodniony fakt. Przegląd Lekarski. 1999; 56 (9):608 – 612.
9. Jabłońska R. Beuth W. Subiektywne wyznaczniki jakości życia chorych z dyskopatią. Pielęgniarstwo Polskie. 2008; 1(27), 29 – 34.

10. Radziszewski K.R. Stan funkcjonalny pacjentów z dyskopatią kręgosłupa lędźwiowego leczonych wyłącznie zachowawczo bądź operowanych. *Wiadomości Lekarskie*. 2008; 61 (1 – 3): 23 – 29.
11. Kurowska K. Żbikowska A. Depresyjność a poczucie koherencji u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa. *Nowiny Lekarskie*. 2011; 80 (6):441 – 446.
12. Pużyński S. Wiórka J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD - 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków – Warszawa 1997:107.
13. Świącicki Ł. Depresja. Zwykła choroba? Elsevier Urban & Partner. Wrocław 2010:103 – 113.
14. Domżał T. M. Neurologiczne postępowanie w bólach krzyża – standardy i zalecenia. 29.11.2016. <http://ppn.viamedica.pl//>
15. Klimaszewska K. Krajewska – Kułak E. Kondzior D. Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2011; 19 (1):47 – 54.