



Program edukacji zdrowotnej „Poprawa stanu zdrowia pacjentów przed wybranymi zabiegami z zakresu chirurgii naczyń”

1. OGÓLNE ZAŁOŻENIA PROGRAMU

2. CELE PROGRAMU

3. TREŚCI I OSIĄGNIĘCIA

4. FORMY I METODY PRACY

5. EWALUACJA PROGRAMU

LITERATURA

1. OGÓLNE ZAŁOŻENIA PROGRAMU

Program edukacji zdrowotnej został skonstruowany aby aktywnie włączyć pacjenta do procesu przygotowania do zabiegu operacyjnego. Pacjent jako podmiot działań medycznych powinien być współpartnerem w ich podejmowaniu, nie tylko w zakresie przywracania zdrowia ale też jego umacniania. Program obejmuje istotne obszary funkcjonowania chorego, które wpływają na efekty działań naprawczych, tj. zabiegu chirurgicznego. Do tych obszarów zalicza się: żywienie, ruch, eliminację nałogów oraz wsparcie emocjonalne.

2. CELE PROGRAMU

Głównym celem jest zapewnienie pacjentowi jak najlepszego startu w zaplanowane leczenie chirurgiczne i doprowadzenie pacjenta do optymalnie możliwego stanu zdrowia, który pozwoli nie tylko na dobrą tolerancję zabiegu chirurgicznego ale też uniknięcie powikłań i szybki powrót do zdrowia.

Cele szczegółowe:

1. Zwiększenie szans na wyleczenie i szybszy powrót do zdrowia.
2. Zmniejszenie ryzyka powikłań pooperacyjnych.
3. Poprawa tolerancji leczenia.
4. Przyspieszenie powrotu pacjenta do zdrowia.



3. TREŚCI I OSIĄGNIĘCIA

ZAKRES TEMATYCZNY	TREŚCI	OSIĄGNIĘCIA, UMIEJĘTNOŚCI
AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA	Odpowiednio dobrane ćwiczenia, które mają na celu poprawę ogólnej wydolności organizmu. Często stosunkowo krótki czas pomiędzy rozpoznaniem a zabiegiem uniemożliwia bardziej zaawansowane ćwiczenia, jednakże można w ciągu nawet kilku dni nauczyć pacjentów odpowiedniego toru oddechowego czy prozaicznych czynności jak wstawanie z łóżka po zabiegu czy stabilizacja powłok brzusznych przy kaszlu. Wdrożenie odpowiednich ćwiczeń, nawet w niewielkim zakresie wspomaga procesy anaboliczne, a więc pomagające przywrócić utraconą masę ciała czy wspomóc gojenie.	Pacjent potrafi wykonać samodzielnie ćwiczenia
ELIMINACJA NAŁOGÓW	Przede wszystkim palenia papierosów i nadużywania alkoholu. Palenie papierosów to nie tylko czynnik ryzyka szeregu poważnych chorób, w tym nowotworów. To również bardzo istotne zagrożenie wystąpieniem powikłań, takich jak zapalenie płuc, zakażenie rany pooperacyjnej czy nawet zgonu.	Pacjent jest zmotywowany do rzucenia nałogu
DIETA	Przygotowanie żywieniowe jest szczególnie ważnego u chorych wyniszczonych i niedożywionych. Operowanie chorego z ciężkim niedożywieniem to znaczące zwiększenie wszystkich powikłań	Pacjent rozumie cel przygotowania żywieniowego i podejmuje współpracę w celu jego poprawy
WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE	Mające na celu nie tylko lepsze zrozumienie istoty leczenia, ale również redukcję strachu, który zazwyczaj towarzyszy leczeniu operacyjnemu . To bardzo ważny element wsparcia, albowiem lęk i stres to czynniki nie tylko pogarszające samopoczucie chorego i jego tzw. jakość życia, ale również istotnie wpływające na wyniki leczenia.	Pacjent czuje się bezpieczny, wyeliminowane zostały lęk i strach przed operacją



Treści szczegółowe:

Wzrost aktywności fizycznej

Zabieg chirurgiczny w zakresie chirurgii naczyń wymusza unieruchomienie pacjenta i zmniejsza aktywność ruchową, co prowadzi do zaburzeń w funkcjonowaniu niemalże każdego narządu i układu. Do powikłań spowodowanych unieruchomieniem zalicza się odleżyny, powikłania zakrzepowo-zatorowe, zaniki mięśniowe, przykurcze, zapalenie płuc, zaparcia, a także obniżenie nastroju. **Poprzez odpowiednio dobrane ćwiczenia**, pomimo stosunkowo krótkiego czasu dążymy do poprawy ogólnej wydolności organizmu. Często stosunkowo krótki czas pomiędzy rozpoznaniem a zabiegiem uniemożliwia bardziej zaawansowane ćwiczenia, jednakże można w ciągu nawet kilku dni nauczyć pacjentów odpowiedniego toru oddechowego czy prozaicznych czynności jak wstawanie z łóżka po zabiegu czy stabilizacja powłok brzusznych przy kaszlu. Wdrożenie odpowiednich ćwiczeń, nawet w niewielkim zakresie wspomaga procesy anaboliczne, a więc pomagające przywrócić utraconą masę ciała czy wspomóc gojenie. Szczególną rolę odgrywają ćwiczenia fizyczne u pacjentów otyłych przygotowywanych do zabiegów planowych. Fizjoterapia przed zabiegowa powinna być kontynuowana jako rehabilitacja po zabiegu operacyjnym.

Zalecenia fizjoterapeuty obejmują :

- Zapobieganie zjawisku hipokinezji czyli niedoboru lub całkowitego braku aktywności fizycznej
- Zwiększenie możliwości układu oddechowego.

Treningi o umiarkowanej intensywności z nauką ćwiczeń oddechowych, stopniowo powodują u pacjenta zmniejszenie uczucia zmęczenia, zapobiegają spadkowi wydolności fizycznej, poprawiają stan psychiczny chorego, wydolność krążeniowo - oddechową oraz zapobiegają ubytkom masy mięśniowej.

Pacjentom zaleca się gimnastykę ogólnousprawniającą z ćwiczeniami oddechowymi minimum 2x dziennie oraz 20 – 30 minutowy spacer na świeżym powietrzu każdego dnia.

Edukacja pacjenta ma na celu przygotowanie go do współuczestniczenia w procesie leczenia, pielęgnowania i rehabilitacji, ale również do samopielęgnowania, samoopieki i samokontroli. Pacjent powinien nauczyć się czynności, które ułatwią mu funkcjonowanie w okresie pooperacyjnym i zapobiegają wystąpieniu powikłań pooperacyjnych. Edukacja obejmuje także rodzinę, która powinna uczestniczyć w pielęgnacji pacjenta, prowadzeniu ćwiczeń indywidualnych i nauce chodu, aby móc pomagać choremu w kontynuowaniu tych zajęć w domu. Podczas prowadzenia edukacji pacjenta należy stosować się do podstawowych zasad komunikowania. Chory powinien znać cel podejmowanych działań. Komunikaty należy wypowiadać w sposób zrozumiały dla pacjenta. Ćwiczenia powinny być wykonywane bez pośpiechu i przerw, dlatego czas edukacji należy ustalić wspólnie z chorym.



Ćwiczenia oddechowe

Pacjenci, którzy już w okresie przedoperacyjnym przez dłuższy czas przebywają w pozycji leżącej i unikają aktywności fizycznej, są narażeni na wystąpienie pooperacyjnych powikłań ze strony układu oddechowego, takich jak zapalenie płuc czy niedodma. To zagrożenie dotyczy przede wszystkim wieloletnich nałogowych palaczy papierosów. Długotrwałe ograniczenie aktywności ruchowej prowadzi do zmiany toru oddychania, pogorszenia wentylacji płuc i zmniejszenia ruchomości klatki piersiowej. Zdolność pochłaniania tlenu obniża się o ok. 20–25%. W konsekwencji dochodzi do zaburzeń wymiany gazowej w pęcherzykach płucnych oraz pogorszenia utlenowania krwi i zaopatrywanych przez nią tkanek.

W celu zapobiegania powikłaniom ze strony układu oddechowego już w okresie przedoperacyjnym bardzo ważne jest nauka wykonywania **ćwiczeń oddechowych**. Celem tych ćwiczeń jest rozprężenie pęcherzyków płucnych.

Należy pamiętać, aby przed ich rozpoczęciem wywietrzyć pomieszczenie, w którym przebywa chory. Temperatura otoczenia powinna być utrzymana w zakresie 18–20 °C, a wilgotność powietrza 50–60%.

Fizjoterapeuta przy współpracy z pielęgniarką uczy pacjenta prawidłowej techniki oddychania, która polega na głębokim wciąganiu powietrza nosem i wypuszczaniu długo ustami. Takie ćwiczenia należy powtarzać 3–4 razy dziennie. Można je także urozmaicić, dodając opór z wykorzystaniem aparatu Triflo, butelki z wodą, gwizdka lub balonika. Używając aparatu Triflo, chory wykonuje głęboki wydech, a następnie głęboki wdech przez ustnik – przy prawidłowym wykonaniu ćwiczenia kulki w aparacie powinny się podnieść. Stosując butelkę lub balonik, pacjent nabiera powietrze nosem, a wydmuchuje ustami, co powinno spowodować pojawienie się pęcherzyków powietrza w butelce lub wypełnienie balonika powietrzem.

Drugim rodzajem ćwiczeń są **ćwiczenia odkrztuszania i efektywnego kaszlu**. Ich celem jest uruchomienie zalegającej wydzieliny w drzewie oskrzelowym i pęcherzykach płucnych. Polegają one na naprzemiennym zwiększaniu i zmniejszaniu szybkości przepływu powietrza przez drogi oddechowe. W wywoływaniu wibracji w drzewie oskrzelowym może pomóc naprzemiennie wymawianie przez pacjenta spółgłoski „r” i „ż” podczas wydechu.

Ćwiczenia przeciwzkrzepowe

Najważniejszym elementem profilaktyki przeciwzkrzepowej są ćwiczenia przeciwzkrzepowe, które powinny być podejmowane po zabiegu najwcześniej, jak to tylko możliwe. Polegają one na wykonywaniu 16 rytmicznych podeszwowych i grzbietowych zgięć stopy, ruchów okrężnych w stawie skokowym, a także napinaniu i rozluźnianiu mięśni podudzi i ud. Ćwiczenia te przyspieszają również powrót prawidłowej perystaltyki jelit.



Szczegółowe zalecenia dla pacjentów chirurgii naczyniowej

Specyficzne zalecenia są uzależnione od rodzaju zabiegu, do którego chory jest kwalifikowany.

- Wewnątrznaczyniowe i chirurgiczne zabiegi **rewaskularyzacyjne w obrębie kończyn dolnych** – zaleca się spacerować do granicy bólu chromania (unikamy forsownych spacerów z silnym bólem mięśni kończyn dolnych), ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia czynne i oporowe kończyn górnych
- **Rozległe operacje naczyń w obrębie jamy brzusznej** – zaleca się ćwiczenia oddechowe z przyborami oraz spacerować, Nordic Walking, jazdę na rowerze, gimnastykę ogólnousprawniającą, pływanie (unikamy wysiłków podnoszących ciśnienie tętnicze np. pompki i podciąganie na drążku)
- Wewnątrznaczyniowe i chirurgiczne zabiegi **rewaskularyzacyjne w obrębie tętnic dogłowych** - zaleca się ćwiczenia oddechowe z przyborami oraz spacerować ze szczególnym zwróceniem uwagi na możliwość wystąpienia zaburzeń równowagi (warto wykorzystać kijki Nordic Walking)
- **Amputacje** - zaleca się ćwiczenia oddechowe z przyborami, ćwiczenia samoobsługi, ćwiczenia czynne i oporowe kończyn górnych, profilaktyka przeciwprzycieczowa

Eliminacja nałogów

Palenie papierosów ma negatywny wpływ na rekonwalescencję i gojenie się ran operacyjnych. Dym tytoniowy obkurcza naczynia krwionośne, co ogranicza przepływ krwi i uniemożliwia dostarczenie tlenu i składników odżywczych do operowanego miejsca. A to w znacznym stopniu spowalnia powrót do zdrowia i może prowadzić nawet do reoperacji. Zarówno pacjenci jak i lekarze uważają, że skutki wieloletniego palenia tytoniu czy też nadużywania alkoholu nie znikną podczas krótkiej, kilkutygodniowej abstynencji. Niemniej jednak udowodniono – w grupie pacjentów uzależnionych od alkoholu – że już 4-tygodniowy okres abstynencji wpływa na zmniejszenie ryzyka występowania powikłań i śmiertelność pooperacyjną. Wykazano również, że zaprzestanie palenia tytoniu na kilka tygodni przed zabiegiem ma korzystny wpływ na częstość występowania powikłań pooperacyjnych, zwłaszcza oddechowych i związanych z gojeniem się rany. Jednym z mechanizmów odpowiedzialnych za tak szybkie rezultaty po zaprzestaniu palenia tytoniu jest poprawa aktywności komórek fagocytarnych znajdujących się w płucach.

Przygotowanie żywieniowe

Ma na celu uzyskanie jak najbardziej fizjologicznej masy ciała, a więc schudnięcia w przypadku otyłości, co wymaga niestety zazwyczaj czasu i zwiększenia podaży żywieniowej w przypadku niedożywienia czy wyniszczenia.

Szczególnie niedożywienie jest stanem znacząco zwiększającym ryzyko wszystkich powikłań



po zabiegu chirurgicznym. Odpowiednie przygotowanie żywieniowe nie polega na prostym zwiększeniu ilości przyjmowanych posiłków. Kluczowa jest ich jakość, odpowiednia zawartość białka, błonnika i witamin przy zmniejszeniu udziału cukrów prostych i tłuszczu.

Często konieczne jest stosowanie odpowiednich preparatów żywieniowych, specjalnie przygotowanych pod kątem żywienia przedoperacyjnego. Należy również pamiętać, iż u części chorych może nie być możliwe uzyskanie poprawy przez zwiększenie objętości przyjmowanych posiłków ze względu na brak apetytu, nudności, wymioty czy utrudnienia w odżywianiu (guzy, stany zapalne). U takich pacjentów odpowiednio przygotowana dieta, zawierająca „maksimum jakości w minimum objętości” jest szczególnie ważna, czasem też należy wspomagać się żywieniem pozajelitowym (dożylnym).

Nawet w przypadku braku cech niedożywienia, przy prawidłowej masie ciała, możemy wykorzystać żywienie jako element poprawy odpowiedzi immunologicznej (odpornościowej) naszego organizmu stosując tzw. żywienie immunomodulujące. Choć wciąż trwają dyskusje na temat jego roli i znaczenia, większość ekspertów uważa je za w pełni celowe i uzasadnione, stosowanie preparatów immunomodulujących, zawierających przede wszystkim argininę wpływa korzystnie na przebieg pooperacyjny i gojenie rany.

Umiarkowane niedożywienie:

- niezamierzona utrata masy ciała - 5–10% w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub 10–20% ponad 6 miesięcy;
- niskie BMI <20 dla osób w wieku <70 lat lub <22 dla osób w wieku ≥70 lat
- niewielka lub umiarkowana utrata masy mięśniowej.

Ciężkie niedożywienie:

- niezamierzona utrata masy ciała - >10% w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub >20% ponad 6 miesięcy;
- niskie BMI <18,5 dla osób w wieku <70 lat lub <20 dla osób w wieku ≥70 lat
- duża utrata masy mięśniowej.

* Wymaga spełnienia przynajmniej 1. kryterium do rozpoznania niedożywienia.

7-14 dni przed zabiegiem operacyjnym:

Podstawa to wyrównanie niedoborów żywieniowych. Zalecana dieta bogatobiałkowa z dużą ilością białka i błonnika, ograniczeniem cukrów prostych i tłuszczu (oraz eliminacją używek). Wskazane (często konieczne) przyjmowanie wysokoenergetycznej lub/i wysokobiałkowej Żywności Specjalnego Przeznaczenia Medycznego (gotowych preparatów żywieniowych), najlepiej zgodnie z zaleceniami lekarza lub dietetyka.

5-7 dni przed zabiegiem operacyjnym:

Kontynuacja opisanej powyżej diety i przyjmowania wysokoenergetycznej, wysokobiałkowej Żywności Specjalnego Przeznaczenia Medycznego. Zalecane stosowanie żywienia immunomodulującego, zawierającej składniki takie jak: kwasy Omega-3, l-argininę, nukleotydy, beta-glukan, antyoksydanty, witaminę D. 2-3 godziny przed zabiegiem operacyjnym. Doustne podanie wysokowęglowodanowego napoju celem poprawy metabolizmu węglowodanów, normalizacji poziomu glikemii i insuliny. Preparaty zlecane w warunkach szpitalnych przez personel medyczny.



Wsparcie psychologiczne

Rozpoznanie choroby oraz potrzeba hospitalizacji, czy podjęcia się leczenia operacyjnego bywają najczęściej doświadczeniami wzbudzającymi dezorientację, dyskomfort i napięcie. Samopoczucie psychiczne ma znaczący wpływ na przebieg leczenia. Przywracanie poczucia bezpieczeństwa oraz budowanie motywacji do leczenia rozpoczyna się często w momencie uświadomienia sobie przez pacjenta, że pobyt w szpitalu/poddanie się operacji jest w obecnej sytuacji najbardziej optymalnym rozwiązaniem. Warto spojrzeć na cały proces pobytu w szpitalu, jako na następujące po sobie etapy i skupić się na najbliższym z nich. Pozwala to dostrzec kolejne zmiany na drodze do tego głównego celu – jakim jest chęć pomocy sobie w uzyskaniu lepszego zdrowia.

Ważnym aspektem jest budowanie poczucia bezpieczeństwa u pacjenta, musi on wiedzieć i czuć, że jest otoczony ludźmi którzy dzięki swojej wiedzy i doświadczeniu będą go wspierać i otaczać opieką.

Napięcie emocjonalne, smutek, strach, złość, czy lęk przed operacją lub różnymi badaniami diagnostycznymi, to całkiem normalne i naturalne odczucia, które towarzyszą każdemu z nas w takich sytuacjach. Nasz organizm sygnalizuje niepokój różnymi objawami somatycznymi i psychicznymi, takimi jak: bezsenność, natłok myślowy, zamartwianie się wzrost ciśnienia tętniczego, potliwość rąk, dreszcze. To jak się czujemy emocjonalnie wpływa na nasz organizm i odwrotnie zdarza się również, że spostrzegając zmiany w ciele (np. podwyższone parametry ciśnienia tętniczego krwi) reagujemy lękiem, co z kolei wpływa na nasilenie reakcji fizjologicznej (czyli np. skoki bądź utrzymywanie się wysokich parametrów ciśnienia tętniczego, pomimo podawanych leków). To błędne koło objawów o różnorodnej symptomatologii towarzyszy często pacjentom na początku hospitalizacji, czy przed planowanym zabiegiem. Odczuwanie tych różnych nieprzyjemnych emocji (strach, smutek, złość, lęk) jest nieuniknione i w pełni naturalne, natomiast warto zadbać o to, aby intensywność tych emocji nie była zbyt duża, gdyż to błędne koło objawów będzie działać destabilizująco na organizm.

Dotychczasowe badania wskazują, że poziom lęku w stopniu umiarkowanym odczuwany przed zabiegiem, jest prognostykiem lepszego przystosowania w okresie pooperacyjnym. Dlatego jeśli emocje towarzyszące pacjentowi są intensywne i trudne do zniesienia, to warto porozmawiać z psychologiem. Taka konsultacja może być pomocna w urealnieniu obrazu choroby i leczenia (co niejednokrotnie redukuje odczuwany niepokój, w tym lęk przedoperacyjny), jak również daje możliwość odreagowania napięcia poprzez wyrażenie myśli i obaw. To, jak reagujemy w obliczu zagrożenia, wynikającego z choroby i jej leczenia, zależy od wielu czynników. Duży wpływ ma na to nasza osobowość oraz stosowane style i strategie radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Każdy z nas w tym zakresie będzie stosował różne style oraz strategie radzenia sobie ze stresem, które wypracowaliśmy sobie przede wszystkim w oparciu o nasze dotychczasowe doświadczenia życiowe.

Gospodarowanie czasem przed zabiegiem, jest również istotne. Będąc już w szpitalu warto się zastanowić jakie czynności mogą pomóc, aby dzień miał zachowany pewien stały rytm i poza procedurami związanymi z leczeniem, był również wypełniony czynnościami, które pacjent lubi robić.



i które być może sprawią, że przez chwilę myślami będzie gdzieś indziej. Pomocne bywają: czytanie książki, rozwiązywanie krzyżówek, przeglądanie gazet, słuchanie audiobooka/muzyki/radia, wykonywanie prac manualnych (np. szydełkowanie, rysowanie), rozmowa z kimś, oglądanie TV. Poczucie sprawstwa, oraz przewidywalności u wielu z nas neutralizuje poziom przeżywanego lęku. Poziom odczuwanego lęku i napięcia psychofizycznego można również modyfikować za pomocą różnorodnych technik relaksacyjnych: ćwiczeń oddechowych, wizualizacji, treningu uważności. Nie każda z tych technik może okazać się skuteczna w danym momencie pobytu w szpitalu, ale warto je przetestować, by znaleźć coś dla siebie.

4. FORMY I METODY PRACY

Program obejmuje indywidualne rozmowy z pacjentami i ich rodzinami w czasie hospitalizacji w Oddziale Chorób Wewnętrznych oraz kontynuowanie edukacji w domu, w okresie oczekiwania na zabieg operacyjny. Czas realizacji spotkania edukacyjnego jest zależny od możliwości przyswojenia treści (cech indywidualnego pacjenta).

Rozmowy są prowadzone przez lekarzy, pielęgniarki, rehabilitantów, dietetyka, psychologa klinicznego. Ćwiczenia ogólnousprawniające, wykonywane przy łóżku chorego jak i na sali do ćwiczeń.

Po zakończeniu hospitalizacji w Oddziale Chorób Wewnętrznych pacjenci otrzymują materiały edukacyjne.

W programie zastosowanie mają następujące metody dydaktyczne:

- podające – pogadanka z pacjentem i jego rodziną,
- problemowe – dyskusja z pacjentem i jego rodziną,
- eksponujące – prowadzony przez fizjoterapeutę pokaz ćwiczeń pozwalających zoptymalizować wydolność organizmu, ulotki, broszury
- praktyczne – ćwiczenia – m.in. treningi aerobowe o umiarkowanej intensywności z nauką ćwiczeń oddechowych, gimnastyka usprawniająca

5. EWALUACJA PROGRAMU

Osiągnięcia pacjentów w zakresie wiedzy i umiejętności są sprawdzane na koniec spotkania edukacyjnego.

Literatura:

1. *Zobacz więcej na www.prehabilitacja.pl*
2. *Francuzik W. Paszkowski J. Kłęk S. et al. Wpływ terapii żywieniowej okresie okołoperacyjnym na stan odżywienia pacjentów chirurgicznych. Postępy żywienia klinicznego nr 3 2019*
3. *Gierowski J.K. Bętkowska – Korpała B. Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*