

# Opieka nad pacjentem po zabiegu transplantacji serca – studium przypadku

## Patient care after heart transplantation - a case study

Bożena Majchrowicz<sup>1</sup>

orcid.org/0000-0003-3203-1407

Sabina Sochacka<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Nauk Społecznych i Ochrony Zdrowia,  
Państwowa Wyższa Szkoła Wschodnioeuropejska w Przemyślu  
East European State Higher School in Przemyśl, Polska

<sup>2</sup>Absolwentka - Państwowa Wyższa Szkoła Wschodnioeuropejska w Przemyślu  
East European State Higher School in Przemyśl, Polska

<https://doi.org/10.54937/zs.2022.14.2.21-26>

### Streszczenie

Transplantacja jest uznawaną i skuteczną metodą leczenia schyłkowej postaci niewydolności serca. Skomplikowany zabieg przeszczepu serca jest obciążony dużym ryzykiem operacyjnym jak i niebezpiecznymi dla życia i zdrowia powikłaniami. Transplantacja jest zabiegiem ratującym życie chorych, u których wyczerpały się alternatywne metody leczenia. Według danych Poltransplantu w ostatnim 2021 roku w Polsce przeszczepiono 200 serc. Pacjenci z przeszczepionym sercem codziennie muszą mierzyć się z wieloma problemami natury fizycznej jak i psychologicznej.

**Cel pracy:** było zdiagnozowanie i omówienie problemów pielęgnacyjnych występujących u pacjenta 3,5 roku od zabiegu transplantacji serca, określenie wpływu przebytej transplantacji narządu na funkcjonowanie jednostki w życiu codziennym oraz przedstawienie planu opieki i jego rezultatów, w oparciu o zastosowane działania pielęgniarstwa.

**Material i metody:** W pracy posłużono się metodą badawczą – studium indywidualnego przypadku, w której użyto technik wywiadu, obserwacji, analizę dokumentacji medycznej oraz pomiar parametrów życiowych. Wybrane metody umożliwiły opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarstwa nad podmiotem badań.

**Wyniki:** Po przeprowadzeniu wywiadu, obserwacji oraz analizy dokumentacji medycznej oraz w wyniku dokonanych pomiarów zdiagnozowano u pacjenta problemy pielęgnacyjnych min. takie jak: zwiększona skłonność do zakażeń, które mogą stanowić poważne zagrożenie dla życia i zdrowia pacjenta spowodowana osłabieniem przez immunosupresję układu odpornościowego, niepokój i lęk związany z ryzykiem odrzutu przeszczepionego narządu oraz chwiejność nastroju wynikająca z niepewnej sytuacji zdrowotnej i działania leków immunosupresyjnych, ograniczenia fizyczne związane z przebytymi operacjami.

**Wnioski:** Pomimo upływu czasu pacjent po przeszczepieniu serca ciągle odczuwa lęk przed nagłym pogorszeniem się stanu jego zdrowia, wystąpieniem skutków ubocznych wdrożonego leczenia, a w największym stopniu odrzuceniem przez jego organizm przeszczepionego narządu. Edukacja pacjenta wpływa na jego stanu zdrowia. Jakość życia pacjenta po przeszczepie dzięki zdyscyplinowaniu i odpowiednio prowadzonej samoopiece i samopielęgnacji może ulec istotnemu polepszeniu.

**Słowa kluczowe:** Transplantacja. Serce. Pacjent. Pielęgniarka.

### Abstract

Heart transplantation is a recognized and effective method of treating end-stage heart failure. Complicated heart transplant surgery carries a high surgical risk as well as complications that are dangerous to life and health. Transplantation is a life-saving opportunity for patients who have run out of alternative treatments. According to Poltransplant data, transplantation was performed in Poland in the last year 2021 200 hearts. Patients with heart transplants face many physical and psychological problems every day.

**The aim of the study:** to diagnose and discuss nursing problems occurring in a patient 3.5 years after heart transplantation, to determine the impact of the organ transplantation on the functioning of the individual in everyday life, and to present a care plan and its results, based on the applied nursing activities.

**Material and methods:** The study uses the research method - an individual case study in which research techniques such as interview, observation, analysis of medical records and measurement of vital signs were used. The selected methods made it possible to develop an individual nursing care plan for the research subject - a 50-year-old patient, three and a half years after the transplant.

**Results:** After the interview, observation and analysis of medical records and as a result of the measurements made, the patient was diagnosed with nursing problems, including such as: increased susceptibility to infections that may pose a serious threat to the life and health of the patient caused by the weakening of the immune system by immunosuppression, anxiety and fear related to the risk of rejection of a transplanted organ and mood instability resulting from uncertain health situation and the effects of immunosuppressive drugs, physical limitations related to with previous operations.

**Conclusions:** Despite the passage of time, the patient after heart transplantation still feels the fear of a sudden deterioration of his health, the occurrence of side effects of the implemented treatment, and to the greatest extent his organism rejects the transplanted organ. Educating the patient, caring for it and keeping track of his health condition makes him feel more confident and at ease. The quality of life of the patient after transplantation can be significantly improved thanks to discipline and properly conducted self-care and self-care.

**Keywords:** Transplantation. Heart. Patient. Nurse.

## Wstęp

Termin *Transplantacja* wywodzi się z języka łacińskiego od czasownika *transplantare* co dosłownie oznacza szczepić, przesadzać. Transplantacja jest metodą leczenia, która ratuje zdrowie i życie człowieka. Transplantacja to przeszczepianie, przemieszczanie narządów albo części narządu [1]. Po raz pierwszy na świecie udany zabieg transplantacji serca został przeprowadzony 3 grudnia 1967 roku w Kapsztadzie, w Republice Południowej Afryki przez zespół chirurga Christiaana Barnarda. Pacjentem pionierskiego udanego przeszczepu był 53-letni mężczyzna chorujący na przewlekłą niewydolność mięśnia sercowego spowodowaną przebytymi zawałami. W Polsce pierwszą próbę przeszczepu mięśnia sercowego 4 stycznia 1969 r. przeprowadził ze swoim zespołem profesor J. Moll. Natomiast pierwszy udany w Polsce zabieg transplantacji serca miał miejsce 5 listopada 1985 w Zabrze, przeprowadził go prof. Zbigniew Religa [1, 2, 3].

Istotną rolę w historii transplantacji mięśnia sercowego odegrało opracowanie metody prowadzenia krążenia pozaustrojowego. Znaczące polepszenie wyników transplantacji uzyskano po opracowaniu dokładnych wskazań i przeciwwskazań do operacji oraz wprowadzeniu leczenia immunosupresyjnego [4].

Transplantację serca, czyli przeszczepianie (ang. *heart transplantation*) przeprowadza się u chorych, u których doszło do skrajnie niewydolności krążenia w wyniku nieodwracalnego, ciężkiego uszkodzenia mięśnia sercowego. Pierwotną przyczyną takiego stanu są najczęściej: kardiomiopatie rozstrzeniowe w tym pozapalne – 43,0% i choroba wieńcowa – 48,0% u dorosłych zaś u dzieci złożone wady wrodzone serca. W sytuacji, kiedy zastosowane leczenie zachowawcze oraz chirurgiczne nie przyniosło pożądanych efektów oraz wszystkie inne możliwe sposoby leczenia zostały wyczerpane szansą na poprawę zdrowia i dalsze życie staje się przeszczep. Transplantacja serca dla wielu chorych stanowi jedyną skuteczną metodę leczenia, szansę na dalsze życie oraz poprawę samopoczucia chorego, wydolności wysiłkowej i ogólnej jakości życia [5].

Z niewydolnością krążenia mierzy się aż 2-3,0% populacji naszego kraju. Niewydolność serca to stan chorobowy, w którym mięsień sercowy nie jest w stanie pompować potrzebnej ilości krwi, a tym samym dostarczyć odpowiedniej podaży tlenu do narządów organizmu. W efekcie następuje zmniejszenie wydolności wysiłkowej i tym samym ograniczenie aktywności codziennej pacjenta. Postępująca niewydolność mięśnia sercowego wpływa negatywnie na ukrwienie innych narządów, które w konsekwencji niedoboru tlenu zostają uszkodzone. Wśród najczęstszych przyczyn niewydolności serca wymienia się kardiomiopatię rozstrzeniową i chorobę niedokrwinną serca [6].

W Polsce od 1985 roku do końca 2020 roku wykonano 2901 przeszczepów serca. W 2021 roku w Polsce przeszczepiono pobranych od zmarłych dawców 200 serc, najwięcej wykonano w miesiącach letnich (wykres 1.), dla porównania w skali rocznej z poprzednim 2020 rokiem jest to aż o 55 przeszczepów więcej.



Wykres 1. Przeszczepianie serca w Polsce – dane z 2021 r.  
Źródło [7].

Według danych Polstransplantu liczba oczekujących na serce pod koniec 2021 roku wynosiła 411 [7,8]. Czas oczekiwania na przeszczep serca jest różny – przeciętnie wynosi kilka miesięcy, zależy od takich czynników jak tryb kwalifikacji tj. lista elektrywna czy pilna oraz od dostępności narządów. Istotnym warunkiem powodzenia przeszczepu jest odpowiedni dobór „dawca – biorca”. Kluczowym i koniecznym kryterium tego doboru narządu jest kryterium immunologiczne. Opiera się ono na ocenie zgodności grupy krwi w układzie ABO. Nie do pominięcia są też parametry takie jak waga i wzrost ciała. Różnica tych parametrów musi się mieścić w granicy 30,0%. Kolejnymi istotnymi cechami w procesie doboru dawcy są obwód klatki piersiowej i wiek, te parametry także muszą być zbliżone do wartości biorcy. Przed zabiegiem przeszczepienia wykonuje się także próbę krzyżową między surowicą biorcy, a limfocytami dawcy, żeby klasyfikacja zakończyła się pozytywnie wynik próby musi być ujemny [6,9]. Dawca serca podobnie jak jego biorca musi także spełniać pewne kryteria zdrowotne. Ważna jest nie tylko kondycja narządu pobieranego, ale także brak choroby nowotworowej czy innych schorzeń dyskwalifikujących.

Pierwsze tygodnie po zabiegu są obarczone największym ryzykiem odrzucenia przeszczepionego narządu, a co za tym idzie zagrożeniem życia pacjenta. Odrzucenie przeszczepionego serca jest powikłaniem, które może pojawić się w każdym okresie po transplantacji. Najczęściej jednak zdarza się to w pierwszym miesiącu po operacji przeszczepienia. Ryzyko tego powikłania z biegiem czasu maleje. Przeszczepione serce jest obce genetycznie dla organizmu biorcy i z powodu tych różnic układ immunologiczny broniąc się przed obcą strukturą dąży do zniszczenia obcego DNA. Pierwszym niepokojącym symptomem nadchodzącego odrzutu jest niewydolność serca. Niestety bardzo często proces odrzucania przeszczepionego serca przebiega bezobjawowo, dlatego też po przeszczepie pacjent przechodzi cykl badań biopsji mięśnia sercowego [10]. Najwyższe ryzyko odrzucenia przeszczepionego serca występuje w pierwszych 6-9 miesiącach po zabiegu, dlatego też w tym okresie pacjent otrzymuje największe stężenie leków immunosupresyjnych. W późniejszym okresie należy unikać wysokich stężeń owych leków ze względu na duże ryzyko efektów ubocznych tj. rozwoju

infekcji, niewydolności nerek czy nowotworów. Obok zaburzeń somatycznych po przeszczepie pacjenci nierzadko zmagają się z problemami natury psychologicznej. Biorcy serca są zmuszeni do modyfikacji dotychczasowego życia: izolacja – unikanie skupisk ludzkich w pierwszym okresie, oszczędny tryb, zmiana diety, farmakoterapia, ciągła samokontrola – wszystkie te elementy wpływają na jakość życia, na poczucie celu i sensu. Jednym z najczęstszych zaburzeń psychiatrycznych biorców serca jest depresja. Częstość jej występowania w danej grupie pacjentów szacuje się na ok. 20-30,0%. Problem zaburzeń depresyjnych jest tym większy, gdy pacjenci przejawiający jej objawy w mniejszym stopniu przestrzegają zasad terapii po przeszczepie. Jest to problem bardzo istotny, ponieważ postępowanie według zaleceń lub jego brak decyduje o dalszym życiu pacjenta [11, 12,13, 14].

**Celem pracy** było określenie problemów pielęgnacyjnych oraz przedstawienie planu opieki pacjenta po przebytej transplantacji serca w okresie 3,5 roku od zabiegu.

**Material i metody** W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku (*case study*). Przedmiotem badań był 50-letni pacjent, u którego w 2018 roku wykonano przeszczep serca w Klinice Niewydolności Serca i Transplantologii w Zabrze. Techniki badawcze wykorzystane w pracy to wywiad pielęgniarstwa, obserwacja, analiza dokumentacji medycznej oraz pomiary. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariuszem wywiadu oraz test Becka.

**Organizacja i przebieg badań** - badanie przeprowadzono w środowisku domowym pacjenta. Obserwację prowadzono przez miesiąc podczas spontanicznych i planowanych wizyt po uzyskaniu zgody pacjenta i jego rodziny.

### Opis przypadku

50-letni pacjent 3,5 roku po przeszczepieniu serca z powodu schyłkowej niewydolności krążenia w przebiegu kardiomiopatii rozstrzeniowej.

Pacjent ze schyłkową postacią niewydolności krążenia w przebiegu kardiomiopatii rozstrzeniowej z nadciśnieniem płucnym po implantacji lewokomorowego mechanicznego wspomagania krążenia (LVAD Heart Mate III), z przewlekłą infekcją miejsca wyjęcia linii LVAD w powłokach brzusznych zgłosił się 22.08.2018 r. do szpitala w Zabrze. Wobec zgłoszenia dawcy zgodnego grupowo, po wcześniejszej kwalifikacji do leczenia transplantacją serca w dniu 29.08.2018r. w krążeniu pozaustrojowym wykonano ortotopowy przeszczep serca. Tydzień po transplantacji w UKG wykazało prawidłową funkcję przeszczepionego serca, w biopsji z 18.09.2018r. odrzucanie ISHLT 1a. Ze względu na kolonizację *Klebsiella pneumoniae* ESBL (skóra, drogi moczowe) utrzymano izolację kontaktową. Pacjent w stanie ogólnym dobrym został wypisany do domu 19 września – 20 dni po przeszczepieniu serca. Wstępnie ustalono terapię lekami immunosupresyjnymi: Takrolimus (Advagraf 5mg, 1mg), Mykofenolan mofetylu (Cellcept 500 mg, 250 mg), Encorton 5mg.

Wynik biopsji miesiąc od przeszczepu bez zmian – odrzucanie ISHLT 1a. W trakcie dwudniowej hospitalizacji wykonano USG – otrzymano wynik – prawidłowa funkcja przeszczepionego narządu. Badania laboratoryjne bez znaczących

odchyleń, na podstawie oznaczeń skorygowano dawkę leków immunosupresyjnych. Kolejne biopsje endomiokardialne odbywały się zgodnie z planowanymi terminami.

Ostatnio hospitalizowany 02.03.2022 roku na Oddziale Klinicznym Kardiochirurgii, Transplantologii, Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej SUM w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze. Hospitalizacja była planowa celem kontrolnych badań – diagnostyki obrazowej tętnic wieńcowych. W badaniu echokardiograficznym stwierdzono prawidłową funkcję przeszczepionego serca. Wykonano badanie angio-TK, które wykazało drożność tętnic wieńcowych bez zwężeń, a tym samym wykluczono proces przewlekłego odrzucania przeszczepu.

Pacjent jest pozytywnie nastawiony do otoczenia, przejawia chęć życia. Jego stan psychiczny w ostatnim czasie uległ niewielkiej poprawie wcześniej przejawiał duże obniżenie nastroju. Pacjent permanentnie odczuwa lęk i niepokój związany z możliwością pogorszenia stanu zdrowia, stałym ryzykiem odrzucenia przeszczepionego narządu przez co bywa nerwowy. Każdy okres hospitalizacji jest obciążony dodatkowym stresem. Pacjent w trakcie leczenia, a zwłaszcza po przeszczepieniu serca stał się zdyscyplinowany. Stara się utrzymywać dietę, leki przyjmuje zgodnie z ustaleniami. Nie spożywa alkoholu, nie stosuje też innych używek.

### Problemy pielęgnacyjne pacjenta

W wyniku przeprowadzenia wywiadu, własnych obserwacji oraz analizy udostępnionej przez pacjenta dokumentacji medycznej oraz dokonanych pomiarów (RR, SpO<sub>2</sub>, temperatura, tętno, glikemia, lipidogram, test Becka) zdefiniowano następujące problemy pielęgnacyjne:

#### Diagnoza pielęgnarska nr 1:

- Zwiększona skłonność do zakażeń, które mogą stanowić poważne zagrożenie dla życia i zdrowia pacjenta spowodowana osłabieniem układu odpornościowego przez immunosupresję.

#### Cel działań:

- Zapobieganie infekcjom.
- Poprawa samopoczucia pacjenta.

#### Plan działań:

- Zapewnienie pacjentowi odpowiednich warunków do wypoczynku (spokój, odpowiedni mikroklimat).
- Edukowanie pacjenta i jego rodziny, dlaczego tak ważny jest wypoczynek.
- Ochronianie przed infekcjami.
- Motywowanie pacjenta do dozwolonej aktywności fizycznej.
- Kontrolowanie samopoczucia pacjenta.
- Kontrolowanie stanu skóry i błon śluzowych.
- Zapobieganie przerwaniu ciągłości skóry. Nawilżanie skóry nadmiernie wysuszonej, zwłaszcza miejsc narażonych na uszkodzenie.
- Monitorowanie i odnotowywanie wartości parametrów życiowych.
- Przekazanie informacji o zalecanych szczepieniach ochronnych (szczepienia przeciwko grypie, covid).
- Zalecenie unikania miejsc dużych skupisk ludzkich. Unikanie kontaktów z osobami zakaźnie chorymi.

- Zalecanie korzystania z własnego transportu zamiast komunikacji publicznej.
- Stała kontrola stężenia leków we krwi.
- Wdrożenie zachowań zapobiegających dodatkowym infekcjom.
- Zalecenie pacjentowi dbania o higienę jamy ustnej (mycie zębów po każdym posiłku miękką szczoteczką, stosowanie płynu do jamy ustnej o odkażających właściwościach, przeciwgrzybiczych), całego ciała, bielizny osobistej, pościelowej i otoczenia, szczególna dbałość o czystość dłoni – codzienne mycie całego ciała – najlepiej pod prysznicem, stosowanie własnych przyborów toaletowych, częsta wymiana ręczników.
- Przypomnienie o koniecznych wizytach kontrolnych u stomatologa.
- Omówienie wraz z rodziną dbania o odpowiedni mikroklimat.

**Realizacja działań:**

- Edukowano pacjenta i jego rodzinę o znaczeniu wypoczynku dla chorego.
- Motywowano pacjenta do wykonywania dozwolonej aktywności fizycznej.
- Kontrolowano samopoczucie pacjenta.
- Skontrolowano stan skóry i błon śluzowych jamy ustno-gardłowej i nosa.
- Poinformowano jak dbać o nadmiernie wysuszoną skórę w celu zapobiegania przerwaniu ciągłości skóry.
- Zmonitorowano i odnotowano wartości parametrów życiowych.
- Przekazano informacje o zalecanych szczepieniach ochronnych (covid – III dawka).
- Przypomniano o zaleceniu unikania miejsc dużych skupisk ludzkich, a zwłaszcza miejsc z potencjalnymi źródłami zakażeń.
- Omówiono z pacjentem sposób dbania o higienę jamy ustnej, dłoni, całego ciała, bielizny osobistej i otoczenia.
- Przypomniano o koniecznych wizytach kontrolnych u stomatologa.

**Ocena działań:**

- Pacjent aktualnie nie zmaga się z nowymi infekcjami. Pacjent dba o higienę osobistą i czystość otoczenia. Unika źródeł potencjalnego zakażenia.

**Diagnoza pielęgniarska nr 2:**

- Zaburzenia gospodarki lipidowej i węglowodanowej w związku ze stosowaną terapią immunosupresyjną.

**Cel działań:**

- Utrzymanie prawidłowego stężenia glukozy i lipidów we krwi.
- Wczesne wykrycie nieprawidłowego poziomu glukozy/lipidów we krwi.
- Zapobieganie powikłaniom wynikającym z zaburzeń gospodarki węglowodanowej oraz lipidowej.

**Plan działań:**

- Pobranie krwi do badania laboratoryjnego na zlecenie lekarza.
- Ocena wiedzy pacjenta na temat badań diagnostycznych, sposobu postępowania w przypadku wystąpienia hipo- i hiperglikemii/hipo- i hiperlipidemii

- Edukowanie pacjenta na temat objawów świadczących o podwyższonym poziomie glukozy i lipidów we krwi.
- Ocena nawyków żywieniowych pacjenta.
- Edukowanie pacjenta na temat zalecanej diety w celu utrzymania prawidłowej gospodarki węglowodanowej i lipidowej we krwi.
- Kontrola umiejętności w zakresie samokontrolii – oznaczanie poziomu glikemii przy pomocy glukometru.
- Udział w farmakoterapii.
- Nauka pomiaru w warunkach domowych poziomu glukozy i lipidów we krwi.
- Ustalenie z pacjentem docelowych wartości glikemii / lipidogramu
- Przekazanie informacji na temat szkodliwego wpływu używek.
- Zaproponowanie prowadzenia dzienniczka samokontrolii.
- Poinformowanie pacjenta o konieczności zgłaszania lekarzowi utrzymujących się nieprawidłowych wynikach pomiarów.
- Ocena aktywności fizycznej.
- Zapoznanie pacjenta z zasadami zdrowego odżywiania (unikaniu pokarmów bogatych w tłuszcze nasycone i cukry proste).
- Kontrolowanie przyjmowania zleconych leków.

**Realizacja działań:**

- Oceniono poprzez rozmowę wiedzę pacjenta na temat badań diagnostycznych, sposobu postępowania w przypadku wystąpienia hipo- i hiperglikemii / hipo- i hiperlipidemii.
- Edukowano pacjenta i jego rodzinę na temat objawów świadczących o podwyższonym poziomie glukozy i lipidów we krwi.
- Przeprowadzono ocenę nawyków żywieniowych pacjenta.
- Edukowano pacjenta na temat zalecanej diety w celu utrzymania prawidłowej gospodarki węglowodanowej i lipidowej we krwi.
- Skontrolowano umiejętności w zakresie samokontrolii – oznaczanie poziomu glikemii przy pomocy glukometru.
- Przeprowadzono pogadankę na temat szkodliwego wpływu używek.
- Zachęcono do regularnego odnotowywania wartości z badań samokontrolnych.
- Poinformowano pacjenta o konieczności zgłaszania lekarzowi utrzymujących się nieprawidłowych wynikach pomiarów.
- Skontrolowano przyjmowanie zleconego leku obniżającego stężenie cholesterolu i lipoprotein we krwi (Atoris).

**Ocena działań:**

- Pacjent regularnie przyjmuje lek na obniżenie stężenia cholesterolu i lipoprotein we krwi. Poziom glikemii i lipidogram w granicach normy.

**Diagnoza pielęgniarska nr 3:**

- Niepokój i lęk związany z ryzykiem odrzutu przeszczepionego narządu oraz chwiejność nastroju

wynikająca z niepewnej sytuacji zdrowotnej, działania leków immunosupresyjnych i możliwości wystąpienia powikłań.

#### Cel działań:

- Zmniejszenie poziomu lęku.
- Poprawa samopoczucia psychicznego pacjenta, dowartościowanie pacjenta.
- Zwiększenie poczucia bezpieczeństwa pacjenta.
- Kształtowanie postawy odpowiedzialności i współdziałania w leczeniu.

#### Plan działań:

- Nawiązanie kontaktu terapeutycznego przez aktywne słuchanie, akceptację, okazanie zainteresowania problemami chorego.
- Przekazanie informacji na temat grup wsparcia.
- Zachęcenie do skorzystania z pomocy psychologa.
- Rozmowa na temat uczuć i emocji związanych z sytuacją zdrowotną, obserwowanie zachowań pacjenta.
- Określenie najistotniejszych trudności w radzeniu sobie z daną sytuacją zdrowotną.
- Wyjaśnienie wszelkich wątpliwości pacjenta i jego rodziny.
- Edukowanie pacjenta i jego rodziny na temat mechanizmów działania leków immunosupresyjnych, z objawami niepożądanymi, jakie mogą się pojawić, oraz ze sposobami zapobiegania im.
- Uzupełnienie wiedzy i umiejętności pacjenta i jego rodziny z zakresu samoopieki/opieki.
- Udzielenie wsparcia poprzez rozmowę, okazanie akceptacji i empatii.
- Zachęcanie pacjenta do podejmowania kontaktów społecznych.
- Mobilizowanie pacjenta do podejmowania ról społecznych, które pełnił przed przeszczepem.
- Omówienie różnych technik relaksacji.
- Zachęcanie pacjenta do spędzania wolnego czasu w sposób aktywny na świeżym powietrzu.
- Zachęcanie do pogłębienia wiedzy na temat życia po przeszczepie, dostarczenie broszur, poradników, filmów).
- Zachęcenie do zapisania się do Stowarzyszenia Osób po Przeszczepie Serca gdzie będzie mógł się dzielić doświadczeniami z innymi pacjentami.
- Udzielenie wsparcia psychicznego rodzinie.

#### Realizacja działań:

- Przekazano informację na temat grup wsparcia.
- Zachęcano do korzystania z pomocy psychologa.
- Zachęcano w rozmowie do wyrażania uczuć i emocji związanych z sytuacją zdrowotną, obserwowano zachowanie pacjenta.
- Razem z pacjentem podjęto próbę określenia najistotniejszych trudności w radzeniu sobie z daną sytuacją zdrowotną.
- W celu uzupełnienia wiedzy i umiejętności pacjenta omówiono samoopiekę, udzielono odpowiedzi na pytania pacjenta w tym zakresie.
- Udzielano wsparcia poprzez rozmowę, okazanie akceptacji i empatii.
- Motywowano do utrzymywania kontaktów społecznych.

- Zachęcano do podejmowania ról społecznych, które pełnił przed przeszczepem.
- Przedstawiono pacjentowi techniki relaksacji.
- Zachęcano pacjenta do spędzania wolnego czasu w sposób aktywny na świeżym powietrzu, omówiono aktywności, które preferuje pacjent.
- Zaproponowano pacjentowi zapisanie się do regionalnego koła Stowarzyszenia Osób po Przeszczepie Serca, gdzie będzie mógł poznać inne osoby po przeszczepie z regionu, w którym mieszka.
- Udzielono wsparcia psychicznego rodzinie poprzez rozmowę.

#### Ocena działań:

- Pacjent werbalizuje swoje potrzeby i wyraża emocje. W sytuacjach stresowych korzysta z technik relaksacji, kontroluje negatywne emocje. Pacjent wyraził chęć do zapisania się do Stowarzyszenia Osób po Przeszczepie.

#### Diagnoza pielęgniarska nr 4:

- Ryzyko depresji na skutek permanentnego stresu i lęku o własne życie.

#### Cel działań:

- Zmniejszenie ryzyka wystąpienia depresji.
- Poprawa nastroju.

#### Plan działań:

- Pogłębienie wiedzy pacjenta na temat wpływu depresji na stan zdrowia fizycznego.
- Nawiązanie kontaktu terapeutycznego przez aktywne słuchanie, akceptację, okazanie zainteresowania problemami chorego.
- Umożliwienie pacjentowi kontaktu z psychoterapeutą.
- Motywowanie do utrzymania kontaktów społecznych.
- Nauka radzenia sobie ze stresem.
- Zachęcanie do rozmawiania o swoich emocjach i lękach z bliskimi, z psychologiem, z lekarzem, z pielęgniarką.
- Zachęcanie do zadawania pytań na tematy nurtujące związane ze stanem zdrowia pacjenta.
- Zachęcenie do dołączenia do Stowarzyszenia Osób po Przeszczepie Serca, gdzie pacjent będzie miał możliwość rozmów z osobami o podobnych doświadczeniach.
- Przekazanie informacji o konieczności zgłaszania lekarzowi i zespołowi transplantacyjnemu problemów psychologicznych.

#### Realizacja działań:

- Oceniono pacjenta testem BECKA (18p.).
- Przeprowadzono edukację na temat wpływu depresji na stan zdrowia fizycznego.
- Zachęcano do utrzymania kontaktów społecznych, spotkań ze znajomymi.
- Zachęcano do rozmawiania o swoich emocjach i lękach.
- Zachęcano do zadawania pytań do lekarz/pielęgniarek na tematy nurtujące związane ze zdrowiem.
- Zaproponowano pacjentowi zapisanie się do regionalnego koła Stowarzyszenia Osób po Przeszczepie Serca w celu zapoznania się z innymi osobami po przeszczepie w regionie pacjenta.
- Poinformowano pacjenta o konieczności zgłaszania

lekarzowi i zespołowi transplantacyjnemu problemów psychologicznych.

#### Ocena działań:

- W ocenie testem Becka pacjent uzyskał 18 punktów co świadczy o objawach łagodnej depresji. Problem wymaga dalszej obserwacji.

#### Wnioski

1. Opieka nad pacjentem 3,5 roku po przebytej transplantacji w dużej mierze opiera się na edukacji, kontrolowaniu stanu zdrowia, pogłębianiu wiedzy pacjenta oraz udzielaniu wsparcia. Pacjent jest świadomy możliwości powikłań zabiegu oraz stosowanego leczenia immunosupresyjnego, konieczności rehabilitacji oraz zdyscyplinowania w sprawowaniu samoopieki, jednakże w sytuacji pojawienia się nowych problemów występują braki w umiejętności radzenia sobie z nimi co stanowiło dodatkowy powód do niepokoju i stresu.
2. Pacjent pomimo upływu czasu od zabiegu przeszczepienia serca odczuwa ciągle lęk przed nagłym pogorszeniem się stanu jego zdrowia, wystąpieniem skutków ubocznych wdrożonego leczenia oraz przed odrzuceniem przeszczepionego narządu.
3. Jakość życia biorcy serca dzięki edukacji, uświadamianiu, zdyscyplinowaniu w samoopiece i samopielęgnacji oraz dzięki udzielanemu wsparciu psychologicznemu uległa istotnemu polepszeniu. Ważnym aspektem opieki pielęgniarskiej jest kontrolowanie samopoczucia pacjenta i udzielenie wsparcia także psychologicznego.

#### Bibliografia

1. Kimszal E. Zespół transplantacyjny – rola pielęgniarki anestezjologicznej. *Pielęgniarstwo Polskie* 2020; 2 (76): s. 122-126. <https://doi.org/10.20883/pielpol.2020.14>
2. Sterkowicz S. Historia pierwszych transplantacji serca w Polsce. *Kardiologia i Torakochirurgia Polska* 2009; 6 (3): 313–316.
3. Wasiak D. Historia medycyny transplantacyjnej. W: *Medycyna transplantacyjna dla pielęgniarek*. Red. Czerwiński J., Małkowski P., PZWL, Warszawa 2017:601-607.
4. [https://www.echirurgia.pl/kardiologia/transplantacja\\_serca.htm-2022.04.27](https://www.echirurgia.pl/kardiologia/transplantacja_serca.htm-2022.04.27).
5. Marcinkowska U., Joško J., Ciszewska P. i wsp. Wybrane aspekty codziennego funkcjonowania osób po przeszczepie serca. *Probl Hig Epidemiol* 2010; 91(2): 263-267.
6. Jemielity M., Urbanowicz T. Transplantacja serca. W: *Transplantologia i pielęgniarstwo transplantacyjne*. Red. Rolka H. i wsp. PZWL, Warszawa 2017; s. 210-216.
7. Biuletyn informacyjny Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji „Poltransplant” 2021.
8. [http://www.poltransplant.org.pl/statystyka\\_2022.html-2022.05.17](http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2022.html-2022.05.17).
9. Głowińska I. Przygotowanie biorcy do zabiegu przeszczepiania narządu. W: *Transplantologia i*

pielęgniarstwo transplantacyjne. Red. Rolka H. i wsp. PZWL, Warszawa 2017:174-176.

10. Kobus G., Małyszko J. S. Odrzucanie przeszczepionego narządu. W: *Transplantologia i pielęgniarstwo transplantacyjne*. Red. Rolka H. i wsp. PZWL, Warszawa 2017: 205-207.
11. Ciszek M. Zasady opieki długoterminowej nad biorcą przeszczepu. W: *Medycyna transplantacyjna dla pielęgniarek*. Red. Czerwiński J., Małkowski P., PZWL, Warszawa 2017: 477-488.
12. Jakubowska-Winecka A. Socjologiczne i psychologiczne aspekty pobierania i przeszczepiania narządów od zmarłych. W: *Medycyna transplantacyjna dla pielęgniarek*. Red. Czerwiński J., Małkowski P., PZWL, Warszawa 2017: 38-41.
13. Kwiit U. Pacjent kardiochirurgiczny – pomoc psychologiczna w okresie okołoperacyjnym. *Sztuka Leczenia* 2018; 1:43–49.
14. Milaniak I., Makiela W., Przybyłowski P. i wsp. Jak poprawić przestrzeganie zaleceń u pacjentów po przeszczepieniu serca. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2011; 2:99-106.

#### Kontakt:

Bożena MAJCHROWICZ  
Zakład Pielęgniarstwa  
Instytut Nauk Społecznych i Ochrony Zdrowia,  
Państwowa Wyższa Szkoła Wschodnioeuropejska  
w Przemyślu  
e-mail: bozenam4@wp.pl