

Zajęcia nr 3: Realizacja planu terapeutycznego

ARKUSZ WYWIADU

1. Wiek:
2. Wzrost: m
3. Masa ciała: kg
4. Obwód pasa: cm
5. Tętno:/ min ☐ miarowe ☐ niemiarowe
6. Ciśnienie tętnicze: mmHg

Dane socjo-demograficzne:

7. Płeć:
 - ☐ kobieta
 - ☐ mężczyzna
8. Stan cywilny:
 - ☐ Wolny
 - ☐ W związku z inną osobą
 - ☐ Wdowa/wdowiec
9. Wykształcenie:
 - ☐ Podstawowe
 - ☐ Zawodowe
 - ☐ Średnie
 - ☐ Wyższe
10. Stosunek do zatrudnienia:
 - ☐ Pracujący zawodowo
 - ☐ Bezrobotny
 - ☐ Rencista
 - ☐ Emeryt
11. Status ekonomiczny:
 - ☐ Bardzo dobry
 - ☐ Zadowalający
 - ☐ Zły
 - ☐ Bardzo zły
12. Miejsce zamieszkania:
 - ☐ Wieś
 - ☐ Małe miasto (poniżej 100 tysięcy mieszkańców)
 - ☐ Duże miasto (powyżej 100 tysięcy mieszkańców)
13. Zamieszkanie
 - ☐ Samotnie
 - ☐ Z rodziną

Dane kliniczne:

14. Rozpoznanie kliniczne:

- ☐ Choroba wieńcowa leczona zachowawczo
- ☐ Choroba wieńcowa leczona metodą rewaskularyzacji przezskórnej (PTCA)
- ☐ Choroba wieńcowa leczona metodą rewaskularyzacji chirurgicznej (CABG)
- ☐ Cukrzyca leczona insuliną
- ☐ Cukrzyca leczona lekami doustnymi
- ☐ Cukrzyca leczona wyłącznie dietą
- ☐ Nadciśnienie
- ☐ Niewydolność serca
- ☐ Napadowe arytmie serca
- ☐ Inne ...

15. Czy kiedykolwiek przebywał Pan/Pani w szpitalu z powodu zdiagnozowanej choroby przewlekłej?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

16. Czy choroba przewlekła na którą Pan/Pani choruje została rozpoznana przed przyjęciem do szpitala?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

17. Jak dawno została zdiagnozowana Pana/Pani choroba w związku z którą przebywa Pan/Pani w szpitalu?

- ☐ Choroba jest świeżo rozpoznana
- ☐ Mniej niż rok temu
- ☐ Od 1 do 5 lat
- ☐ Powyżej 5 lat

18. Czy ma Pan/Pani stwierdzoną hiperlipidemię?

- ☐ Nie
- ☐ Tak

19. Czy pali Pan/Pani tytoń?

- ☐ Nie
- ☐ Tak

20. Jeżeli wskazał/a Pan/Pani, że pali tytoń proszę wskazać kiedy po przebudzeniu zapala Pan/Pani pierwszego papierosa?

- ☐ Po godzinie
- ☐ Od 30 do 60 minut
- ☐ Od 6 do 30 minut
- ☐ W ciągu 5 minut

21. Jeżeli wskazał/a Pan/Pani, że pali tytoń proszę wskazać ile papierosów dziennie Pan/Pani wypala?

- ☐ Do 10
- ☐ 11 – 20
- ☐ 21 – 30
- ☐ 31 i więcej

22. Czy przyjmuje Pan/Pani na stałe leki?

- ☐ Nie
- ☐ Tak

23. Jeżeli przyjmuje Pan/Pani na stałe leki, to ile z nich przyjmuje Pan/Pani regularnie?

- ☐ 1
- ☐ 2 – 3
- ☐ 4 – 5
- ☐ powyżej 5

24. Czy miał Pan/Pani zawał serca przed przyjęciem do Kliniki?

- ☐ Nie
- ☐ Tak

25. Czy miał Pan/Pani wykonywany zabieg angioplastyki wieńcowej przed przyjęciem do Kliniki?

- ☐ Nie
- ☐ Tak

26. Czy przebył Pan/Pani operację kardiologiczną przed przyjęciem do Kliniki?

- ☐ Nie
- ☐ Tak

27. Czy miał Pan/Pani wykonywany zabieg ablacji przed przyjęciem do Kliniki?

- ☐ Nie
- ☐ Tak

28. Czy miał Pan/Pani wykonywany zabieg kardiowersji elektrycznej przed przyjęciem do Kliniki?

- ☐ Nie
- ☐ Tak

29. Czy posiada Pan/Pani wszepiony stymulator serca?

- ☐ Nie
- ☐ Tak

Dane dotyczące oczekiwań w zakresie edukacji

30. Czy w Pani/Pana ocenie Pańska wiedza na temat własnej choroby jest:

- ☐ wystarczająca
- ☐ niewystarczająca

31. Skąd czerpie Pan/Pani informacje na temat własnej choroby:

- ☐ Broszury
- ☐ Czasopisma
- ☐ Radio, telewizja
- ☐ Internet
- ☐ Pogadanka indywidualna
- ☐ Pogadanka w grupie
- ☐ Film
- ☐ Internet

32. Uważam, że edukacją pacjentów na oddziale powinien zajmować się przede wszystkim:

- ☐ Lekarz
- ☐ Pielęgniarka edukacyjna
- ☐ Psycholog
- ☐ Dietetyk
- ☐ Zespół złożony z lekarza, pielęgniarki edukacyjnej, psychologa, dietetyka, fizjoterapeuty

33. Gdyby miał Pani/ Pan ocenić swoje zdrowie na skali od 1 do 10 , gdzie jeden oznacza fatalny stan zdrowia a 10 zdrowie idealne to ocenia Pani/ Pan obecnie swój stan zdrowia na(proszę wpisać cyfrę)

SKALA GOTOWOŚCI DO WYPISU ZE SZPITALA
The Readiness for Hospital Discharge Scale - (RHDS)
Autor: Aldona Kubica

Kwestionariusz dla pacjentów po zawale serca leczonych angioplastyką wieńcową

Wersja 1

OPINIE

Po każdym pytaniu zaznacz jedną odpowiedź, która wydaje się najwłaściwsza

- A. Czy uważa Pan/i, że choroba, z powodu której znalazł się Pan/i w szpitalu jest poważna?
 - a. Tak
 - b. Chyba tak
 - c. Nie jestem pewien
 - d. Nie

- B. Czy uważa Pan/i, że oprócz przyjmowania leków konieczna jest zmiana stylu życia, aby zapobiec nawrotowi choroby?
 - a. Tak
 - b. Chyba tak
 - c. Nie jestem pewien
 - d. Nie

- C. Czy uważa Pan/i, że systematyczne przyjmowanie leków zmniejsza ryzyko ponownego zawału?
 - a. Tak
 - b. Chyba tak
 - c. Nie jestem pewien
 - d. Nie

- D. Czy może Pan/i liczyć na pomoc rodziny lub innych osób w dostosowaniu się do zaleceń lekarskich?
 - a. Tak
 - b. Chyba tak
 - c. Nie jestem pewien
 - d. Nie

- E. Czy uważa Pan/i, że powrót do domu jest związany z dodatkowymi zagrożeniami?
 - a. Tak
 - b. Chyba tak
 - c. Nie jestem pewien
 - d. Nie

SKALA:

1. WIEDZA – ocena subiektywna

Po każdym pytaniu zaznacz jedną odpowiedź, która wydaje się najwłaściwsza

1.1. Czy wie Pan/i z jakiego powodu znalazł/a się Pan/i w szpitalu?

- a. Tak
- b. Chyba tak
- c. Nie jestem pewien
- d. Nie

1.2. Czy zrozumiał/a Pan/i zalecenia lekarza dotyczące diety?

- a. Tak
- b. Chyba tak
- c. Nie jestem pewien
- d. Nie

1.3. Czy zrozumiał/a Pan/i zalecenia lekarza dotyczące aktywności fizycznej?

- a. Tak
- b. Chyba tak
- c. Nie jestem pewien
- d. Nie

1.4. Czy zrozumiał/a Pan/i zalecenia lekarza dotyczące przyjmowania leków?

- a. Tak
- b. Chyba tak
- c. Nie jestem pewien
- d. Nie

1.5. Czy zrozumiał/a Pan/i zalecenia lekarza dotyczące badań kontrolnych?

- a. Tak
- b. Chyba tak
- c. Nie jestem pewien
- d. Nie

1.6. Czy wie Pan/i jakie objawy powinny spowodować wezwanie pogotowia?

- a. Tak
- b. Chyba tak
- c. Nie jestem pewien
- d. Nie

1.7. Czy wie Pan/i jakie objawy powinny spowodować dodatkową wizytę u lekarza?

- a. Tak
- b. Chyba tak
- c. Nie jestem pewien
- d. Nie

2. WIEDZA – ocena obiektywna

2.1. Z jakiego powodu znalazł/a się Pan/i w szpitalu?

Zakreśl jedną właściwą odpowiedź

- a. Zawał serca
- b. Choroba wieńcowa
- c. Choroba serca
- d. Inna choroba

2.2. Zalecenia dotyczące diety pacjenta.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

- ograniczanie tłustego mięsa,
- chude mięso jest dozwolone,
- należy zwiększyć spożycie surowych owoców,
- ograniczanie żółtych serów,
- odtłuszczony nabiał jest dozwolony,
- należy zwiększyć spożycie surowych warzyw,
- ograniczanie produktów zawierających dużo cholesterolu np. żółtka kurzych jaj,
- niewielkie ilości czerwonego wina są dozwolone,
- należy zwiększyć spożycie ryb morskich.

2.3. Zalecenia dotyczące aktywności fizycznej.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

- korzystny jest systematyczny wysiłek fizyczny - co najmniej 3-4 razy w tygodniu,
- korzystny jest umiarkowany przez ok. 30 min. dziennie,
- w przypadku pojawienia się dolegliwości należy przerwać wysiłek
- korzystny jest wysiłek związany z ruchem np. marsz, bieg, rower, pływanie

2.4. Zalecenia dotyczące przyjmowania leków.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

- wszystkie leki należy przyjmować systematycznie,
- nie należy odstawiać leków bez porozumienia z lekarzem,
- w przypadku wystąpienia objawów ubocznych działania leków należy skontaktować się z lekarzem

2.5. Zalecenia dotyczące badań kontrolnych.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

- na badania kontrolne należy zgłaszać się niezależnie od samopoczucia,
- w przypadku nawrotu objawów choroby należy zgłosić się na dodatkową wizytę u lekarza,
- w przypadku pojawienia się nowych objawów należy zgłosić się na dodatkową wizytę u lekarza,

2.6. Objawy, które powinny spowodować wezwanie pogotowia.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

- ☐ spoczynkowy ból w klatce piersiowej - ból jak przy zawale,
- ☐ spoczynkowa duszność,
- ☐ zasłabnięcie lub utrata przytomności

2.7. Objawy, które powinny spowodować dodatkową wizytę u lekarza.

Zakreśl wszystkie właściwe odpowiedzi

- ☐ wysiłkowy ból w klatce piersiowej,
- ☐ wysiłkowa duszność,
- ☐ zawroty głowy,
- ☐ kołatania serca,
- ☐ podwyższone ciśnienie krwi,
- ☐ obrzęki nóg,
- ☐ inne objawy, które pacjent wiąże z przyjmowaniem leków.

3. OCZEKIWANIA

3.1. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji dotyczących choroby?

- a. Tak
- b. Chyba tak
- c. Nie jestem pewien
- d. Nie

3.2. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji na temat zastosowanego leczenia?

- a. Tak
- b. Chyba tak
- c. Nie jestem pewien
- d. Nie

3.3. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji dotyczących diety?

- a. Tak
- b. Chyba tak
- c. Nie jestem pewien
- d. Nie

3.4. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji dotyczących aktywności fizycznej?

- a. Tak
- b. Chyba tak
- c. Nie jestem pewien
- d. Nie

3.5. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji dotyczących leków, które będzie Pan/i przyjmować po wypisie ze szpitala?

- a. Tak
- b. Chyba tak
- c. Nie jestem pewien
- d. Nie

3.6. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji na temat zapobiegania nawrotów choroby?

- a. Tak
- b. Chyba tak
- c. Nie jestem pewien
- d. Nie

3.7. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji dotyczących badań kontrolnych?

- a. Tak
- b. Chyba tak
- c. Nie jestem pewien
- d. Nie

3.8. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania dodatkowych informacji dotyczących objawów choroby?

- a. Tak
- b. Chyba tak
- c. Nie jestem pewien
- d. Nie

3.9. Czy odczuwa Pan/i potrzebę uzyskania innych informacji związanych z chorobą?

- a. Tak
- b. Chyba tak
- c. Nie jestem pewien
- d. Nie

Skala adherence w chorobach przewlekłych
The Adherence in Chronic Diseases Scale (ACDS)

Autor: Aldona Kubica

Poniżej zamieszczono zestaw 7 pytań wraz z odpowiedziami. Proszę ocenić, która z odpowiedzi najlepiej odzwierciedla Twoje zachowania, Twoją sytuację oraz Twoje poglądy. Proszę o udzielenie szczerych odpowiedzi poprzez zaznaczenie właściwej znakiem X.

-
1. Czy zawsze pamiętasz o przyjmowaniu wszystkich leków zgodnie z zaleceniami lekarza?
 - A. Zawsze
 - B. Prawie zawsze
 - C. Czasami
 - D. Prawie nigdy
 - E. Nigdy
 2. Czy okresowo zmieniasz dawkowanie leków bez porozumienia ze swoim lekarzem?
 - A. Nigdy
 - B. Bardzo rzadko
 - C. Czasami
 - D. Często
 - E. Nie stosuję się wcale do zalecanego dawkowania
 3. Czy dostosowujesz przyjmowanie leków do swojego samopoczucia?
 - A. Stosuję wszystkie leki regularnie, niezależnie od samopoczucia,
 - B. Obniżam dawkę niektórych leków, gdy czuję się bardzo dobrze
 - C. Opuszczam dawki niektórych leków, gdy czuję się bardzo dobrze
 - D. Okresowo odstawiam niektóre leki, gdy czuję się bardzo dobrze
 - E. Zaprzeszczam przyjmowania wszystkich leków, gdy czuję się bardzo dobrze
 4. Gdy pojawiają się objawy uboczne związane z przyjmowaniem leków (np. bóle żołądka, bóle wątroby, wysypka, brak apetytu, obrzęki) wówczas
 - A. Natychmiast zgłaszam się do lekarza
 - B. Zmniejszam dawkę leku i staram się przyspieszyć planowaną wizytę u lekarza
 - C. Odstawiam lek i staram się przyspieszyć planowaną wizytę u lekarza
 - D. Odstawiam lek i czekam na planową wizytę u lekarza
 - E. Odstawiam wszystkie leki i czekam na planową wizytę u lekarza
 5. Czy uważasz, że wszystkie leki, które przyjmujesz są potrzebne dla zachowania dobrego stanu zdrowia?
 - A. Tak, uważam, że wszystkie leki pomagają mi utrzymać dobry stan zdrowia
 - B. Większość leków, które przyjmuję pomagają mi utrzymać dobry stan zdrowia
 - C. Tylko niektóre leki, które przyjmuję pomagają mi utrzymać dobry stan zdrowia
 - D. Niektóre zapisane leki mi pomagają, ale inne szkodzą
 - E. Większość leków stosowanych przez dłuższy czas szkodzi mojemu zdrowiu

6. Czy Twój lekarz pyta Cię o niedogodności związane z przyjmowaniem leków?
- A. Tak, za każdym razem
 - B. Tak, zazwyczaj
 - C. Czasami
 - D. Rzadko
 - E. Nigdy
7. Czy szczerze odpowiadasz na pytania lekarza dotyczące przyjmowania leków?
- A. Tak, zawsze
 - B. Prawie zawsze
 - C. Staram się być szczery, ale czasami trudno przyznać się, że nie przestrzegam zaleceń
 - D. Czasami tak, czasami nie
 - E. Nie, to moja prywatna sprawa
-

Punktacja

A – 4
B – 3
C – 2
D – 1
E – 0

SUMA UZYSKANYCH PUNKTÓW:

Liczba punktów	Normy centylowe
≤ 20	poziom niski
21-26	poziom średni
≥ 27	poziom wysoki

Skala adherence w chorobach przewlekłych
The Adherence in Chronic Diseases Scale (ACDS)

Autor: Aldona Kubica

Minimalna liczba punktów: 0

Maksymalna liczba punktów: 28

Interpretacja wyników:

Wysoki adherence

Średni adherence

Niski adherence

Założenie ACDS: jedynie wysoki adherence wg. ACDS odzwierciedla dobrą realizację planu terapeutycznego w zakresie farmakoterapii.

Opis i zastosowanie

Skala adherence w chorobach przewlekłych zawiera 7 pytań wraz z proponowanymi zestawami 5 odpowiedzi do każdego pytania. Pytania odnoszą się do zachowań bezpośrednio determinujących adherence (pytania 1-5), oraz do sytuacji i poglądów, które mogą pośrednio wpływać na adherence (pytania 6-7).

Skala jest przeznaczona do badania osób dorosłych leczonych z powodu chorób przewlekłych. Narzędzie to ma nie tylko odzwierciedlać rzeczywistą realizację planu terapeutycznego w zakresie farmakoterapii, ale także wskazywać na mechanizmy determinujące adherence pacjentów.

Wyniki mogą być pomocne w podejmowaniu działań na rzecz poprawy regularności przyjmowania leków w praktyce klinicznej.

Zajęcia nr 3: Praca z pacjentem uzależnionym od nikotyny

Kwestionariusz Fagerströma

- 1) *Jak szybko po przebudzeniu zapala Pan/Pani pierwszego papierosa?*
 - a) do 5 minut - **3** punkty
 - b) 6 - 30 minut - **2**
 - c) 31 - 60 - **1**
 - d) powyżej 60 minut - **0**
- 2) *Czy ma Pan/Pani trudności z powstrzymaniem się od palenia w miejscach, w których jest to zakazane?*
 - a) tak - **1**
 - b) nie - **0**
- 3) *Z którego papierosa jest Panu/Pani najtrudniej zrezygnować?*
 - a) Z pierwszego - **1**
 - b) Z każdego innego - **0**
- 4) *Ile papierosów wypala Pan/Pani w ciągu dnia?*
 - a) mniej niż 11 - **0**
 - b) 11 - 20 - **1**
 - c) 21-30 - **2**
 - d) powyżej 31 - **3**
- 5) *Czy częściej pali Pan/Pani papierosy w ciągu pierwszych godzin po przebudzeniu, niż w pozostałej części dnia?*
 - a) tak - **1**
 - b) nie - **0**
- 6) *Czy pali Pan/Pani papierosy nawet wtedy, kiedy jest Pan/Pani tak chory/a że musi Pan/Pani leżeć w łóżku przez większość dnia?*
 - a) tak - **1**
 - b) nie - **0**

Interpretacja wyników:

suma punktów 0 - 3 świadczy o niskim stopniu uzależnienia od nikotyny

suma punktów 4 - 6 świadczy o średnim stopniu uzależnienia od nikotyny

suma punktów powyżej 6 punktów świadczy o silnym stopniu uzależnienia od nikotyny.

Test motywujący do zaprzestania palenia wg Schneider

Pytanie	Odpowiedź	
1. Czy chce Pan/Pani rzucić palenie?	Tak	Nie
2. Czy decyduje się Pan/Pani na to dla siebie (podkreśl „tak”), czy dla kogoś innego, np. dla rodziny (podkreśl „nie”)?	Tak	Nie
3. Czy podejmował Pan/Pani już próby rzucenia palenia?	Tak	Nie
4. Czy orientuje się Pan/Pani, w jakich sytuacjach pali najczęściej?	Tak	Nie
5. Czy wie Pan/Pani, dlaczego pali tytoń?	Tak	Nie
6. Czy może Pan/Pani liczyć na pomoc rodziny, przyjaciół, gdyby chciał(a) rzucić palenie?	Tak	Nie
7. Czy członkowie Pana/Pani rodziny są osobami niepalącymi?	Tak	Nie
8. Czy w miejscu, w którym Pan/Pani pracuje, nie pali się tytoniu?	Tak	Nie
9. Czy jest Pan/Pani zadowolony ze swojej pracy i trybu życia?	Tak	Nie
10. Czy orientuje się Pan/Pani, gdzie i w jaki sposób szukać pomocy, gdyby miał Pan/Pani problemy z utrzymaniem abstynencji od papierosów?	Tak	Nie
11. Czy wie Pan/Pani, na jakie pokusy i trudności będzie narażony(a) w okresie abstynencji?	Tak	Nie
12. Czy wie Pan/Pani, w jaki sposób samemu sobie poradzić w sytuacjach kryzysowych?	Tak	Nie
Suma:		

Przewaga odpowiedzi na „tak” (>6) świadczy o istnieniu odpowiedniej motywacji pozwalającej na planowanie kolejnych kroków minimalnej interwencji antynikotynowej.