Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

3(2)/2017

Włocławek 2017

Rada naukowa
dr hab. Mariusz Wysokiński
dr hab. Joanna Rosińczuk
doc. PhDr. Helena Kudučáková
doc. PhDr. Zuzanna Hukáková
dr Ewa Barczykowska

Kolegium redakcyjne
dr Beata Haor – redaktor naczelny
dr Robert Ślusarz; dr Mariola Głowacka – z-cy redaktora naczelnego
mgr Anna Antczak-Komoterska – sekretarz redakcji
dr Maciej Krzemiński; mgr Marta Lisowska, mgr Marta Waszin – redaktorzy językowi

Lista recenzentów publikowana jest na stronie czasopisma:
wyd.edu.pl/index.php/zblizenia-cywilizacyjne-civilizations-rapprochements

Projekt okładki
Kamil Zgodziński

Czasopismo jest wydawane na zasadach licencji niewyłącznej Creative Commons.

ISSN 2451-1846

© Copyright by Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku
Włocławek 2016

Redakcja czasopisma:
Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu
Instytut Nauk o Zdrowiu
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku
ul. Obrońców Wisły 1920 r. 21/25, 87-800 Włocławek

http://www.wyd.edu.pl/index.php/innowacje-w-pielegniarstwie-i-naukach-i-zdrowiu

Wersją pierwotną czasopisma jest wersja elektroniczna. Wersja papierowa jest dostępna w druku na żądanie.

Spis treści

Od Redakcji/Editorial…… 10

Artykuły oryginalne/Original

BARBARA MACKIEWICZ, LEOKADIA REZMERSKA
Skuteczność hiperbarii tlenowej w leczeniu ran przewlekłych…… 11

MARIOLA RYBKA, OLIWIA RZEPKA, JOANNA PRZYBYLSKA, ROBERT ŚLUSARZ
Ocena sprawności instrumentalnej seniorów ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2, a poczucie własnej skuteczności…….. 28

PAULINA GAWARKIEWICZ, ROBERT ŚLUSARZ
Wybrane aspekty doświadczania bólu przez pacjentów po zabiegu cholecystektomii ……..... 44

NATALIA PAWLAK, IDA SZLACHCIAK, ZUZANNA WALASIEWICZ, BEATA HAOR
Wpływ wieku studentów kierunku pielęgniarstwo na nastawienie psychiczne i nawyki prozdrowotne…….. 66

Opis przypadku/Case Report

PAULA JANKOWSKA, MARZENA KIKOLSKA, DOROTA KOCHMAN, MARIOLA GŁOWACKA
Pielęgnacja pacjenta z rurką tracheostomijną po leczeniu chirurgicznym nowotworu krtani – studium przypadku w oparciu o ICNP ®……88

Artykuły poglądowe/Review

ANNA RASZKA, AGNIESZKA KRÓLIKOWSKA, ANNA ANTCZAK-KOMOTERSKA
Małoinwazyjne metody w leczeniu przewlekłych dolegliwości bólowych kręgosłupa - udział pielęgniarki w zwalczaniu bólu……..109

ISSN: 2451-1846

Od Redakcji/Editorial

Szanowni Państwo,

Z przyjemnością przekazujemy Państwu kolejny numer międzynarodowego kwartalnika naukowego *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu (Innovations in Nursing and Health Sciences). B*ezpłatny dostęp on-line do publikacji stwarza okazję zapoznania się z interesującymi doniesieniami z zakresu nauk o zdrowiu, zawartymi w artykułach oryginalnych, pracy poglądowej i studium przypadku. Zapraszamy do nadsyłania tekstów i zgłaszania sugestii dotyczących publikacji.

Z poważaniem
Redakcja

Skuteczność hiperbarii tlenowej w leczeniu ran przewlekłych

Effectiveness of oxygen hiperbaria in treating chronic wounds

BARBARA MACKIEWICZ[1],LEOKADIA REZMERSKA[2]

[1] Wojskowy Szpital Polowy w Bydgoszczy, Szpitalny Oddział Ratunkowy
[2] Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku, Instytut Nauk o Zdrowiu

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2017.013
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Rana przewlekła to ubytek skóry powstający w wyniku procesu chorobowego czy urazu, który mimo leczenia zatrzymuje się na etapie stanu zapalnego i nie daje całkowitej odbudowy tkanek oraz podjęcia procesów fizjologicznych. Problem ran przewlekłych wiąże się ze wzrostem występowania chorób cywilizacyjnych. Owrzodzenia troficzne goleni czy z powodu miażdżycy naczyń lub niegojące się rany w zespole stopy cukrzycowej stanowią problem interdyscyplinarny w medycynie. Stosowanie terapii hiperbarycznej stanowi uzupełnienie standardowego postępowania w leczeniu ran przewlekłych, zgodnego ze strategią TIME i leczeniem choroby zasadniczej.
Cel. Celem badań była ocena skuteczności hiperbarii tlenowej w leczeniu ran przewlekłych.
Materiał i metody. Badaniami objęto 31 osób, które były pacjentami Centrum Hiperbarii Tlenowej i Leczenia Ran w Bydgoszczy. Badania wykonano w okresie od października 2016 roku do maja 2017 roku. Badanymi osobami byli pacjenci w wieku 21-80 lat, zarówno kobiety jak i mężczyźni. W badaniach

wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Techniką badań była ankieta. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji.
Wyniki. Wyniki badań zostały poddane opracowaniu i analizie statystycznej, a następnie przedstawione graficznie w tabelach wraz z ich opisem.
Wnioski. 1. Skuteczność hiperbarii tlenowej w leczeniu ran przewlekłych nie zależy od płci, wieku, wykształcenia i stanu cywilnego osób badanych. 2 Skuteczność hiperbarii tlenowej w leczeniu ran przewlekłych nie zależy od aktywności fizycznej osób badanych. 3. Skuteczność hiperbarii ia rany przewlekłej u osób badanych.

Słowa kluczowe: rana przewlekła, leczenie, hiperbaria tlenowa

Abstract:
Introduction. Chronic wound it is a loss of skin caused by morbidity process or wound which, although treated stops at the stage of inflammation, and does not give any chance of both full re construction of tissues and undertaking physiological processes. The problem of chronic wounds is connected with the increase of civilization diseases. Trophic ulcerations of tibia caused by vessels' atherosclerosis or unhealig wounds connected with the syndrome of diabetic foot make an interdisciplinary problem in medicine. Employing hyperbaric therapy compliment standard procedures in treating chronic wounds in accordance with TIME strategy as well as with treating serious illness.
Aim. The aim of this research was the assessment of oxygen hiperbaria in chronic wounds treatment.
Material and methods. 31 patients of the Oxygen Hiperbaria and Wounds Treatment Centre in Bydgoszcz took part in this research. The research was carried from November, 2016 until May, 2017. The patients were people aged 21-80 years old, both women and men. The method of diagnostic survey was used in the research. Questionnaire was the tool for the survey.
Results. The results of the research were processed and then presented in tables and graphs along with their description.
Conclusions. 1. The effectiveness of oxygen hiperbaria in treating chronic wounds does not depend on represented sex, age, education or marital status of the patients. 2. The effectiveness of oxygen hiperbaria in treating chronic wounds does not depend on patients' physical activities. 3. The effectiveness of oxygen hiperbaria in treating chronic wounds does not

depend on the amount of time which has passed since the beginning of the onset of chronic wound in case of treated patients.

Keywords: chronic wound, treatment, oxygen hiperbaria

Wstęp

Problem trudno gojących się ran stanowi poważne wyzwanie dla medycyny i szacuje się, że może wzrosnąć wraz z rozwojem chorób cywilizacyjnych, takich jak cukrzyca czy niewydolność naczyń tętniczych i żylnych. W wyniku upośledzenia mikrokrążenia i niedostatecznego zaopatrywania tkanek w tlen dochodzi do hipoksji otaczających owrzodzenie tkanek. Tylko dostarczenie uszkodzonym i niedokrwionym tkankom tlenu może przyspieszyć gojenie się rany przewlekłej, a nawet jej całkowite wyleczenie. Stosowanie tlenu hiperbarycznego przyspiesza produkcję kolagenu, pobudza angiogenezę oraz ogranicza infekcję bakterii beztlenowych i mikrotlenowych.

Pierwszą osobą wykorzystującą sprężone powietrze do leczenia ran był Henshaw, który w tym celu w 1662 roku zbudował urządzenie „domicilium" służące do leczenia chorób płuc, szkorbutu, krzywicy czy stanów zapalnych. Jednak dopiero odkrycie tlenu przez Priestleya w 1774 roku spopularyzowało stosowanie tlenu w celach leczniczych, gdzie w ten sposób próbowano leczyć trąd. Jednak w związku z opisywaną przez ówczesnych naukowców toksycznością tlenu i awaryjnością wykorzystywanego sprzętu badania nad tą formą terapii wielokrotnie przerywano i zawieszano. Dopiero stworzenie w XX wieku komory z rzeczywistym nadciśnieniem tlenu zapoczątkowało leczenie chorób serca i choroby dekompresyjnej [1].

Terapia hiperbaryczna to nieinwazyjna metoda terapeutyczna wykorzystująca stuprocentowy tlen pod zwiększonym ciśnieniem atmosferycznym. Zabiegi przeprowadzane są w specjalnym pomieszczeniu, tak zwanej komorze hiperbarycznej. Założeniem terapii hiperbarycznej jako metody leczenia jest poprawienie

naturalnych mechanizmów gojenia i procesów naprawczych w przypadku ran oraz innych schorzeń. Terapia tlenem hiperbarycznym jest metodą leczniczą lub wspomagającą leczenie wielu chorób chirurgicznych jak i niechirurgicznych. Należy ona do najbardziej efektywnych metod dostarczania tlenu do wszystkich komórek ciała, gdyż ciśnienie wyższe niż atmosferyczne ułatwia przenikanie tlenu przez fizjologiczne bariery tkanek dzięki czemu może on być dostarczony tam, gdzie nie jest to możliwe w warunkach fizjologicznych i skutecznie wysyca tkanki tlenem. Doprowadza to do regeneracji tkanek, neowaskularyzacji, zmniejsza stan zapalny i wpływa na poprawę gojenia się ran w przypadku takich schorzeń jak stopa cukrzycowa, zakażenia tkanek miękkich i kości czy owrzodzenia troficzne pochodzenia naczyniowego. Skojarzenie klasycznego leczenia z terapią hiperbaryczną umożliwia pacjentom szybszy powrót do zdrowia i życiowej aktywności oraz obniża koszty ponoszone z tytułu wielokrotnego powtarzania rutynowych procedur medycznych. Na obecnym etapie wiedzy hiperbaria tlenowa stanowi tylko uzupełnienie klasycznego leczenia i nie może być stosowana jako metoda z wyboru [2].

Celem badań własnych była ocena skuteczności hiperbarii tlenowej w leczeniu ran przewlekłych w zależności od czynników socjodemograficznych i klinicznych osób badanych.

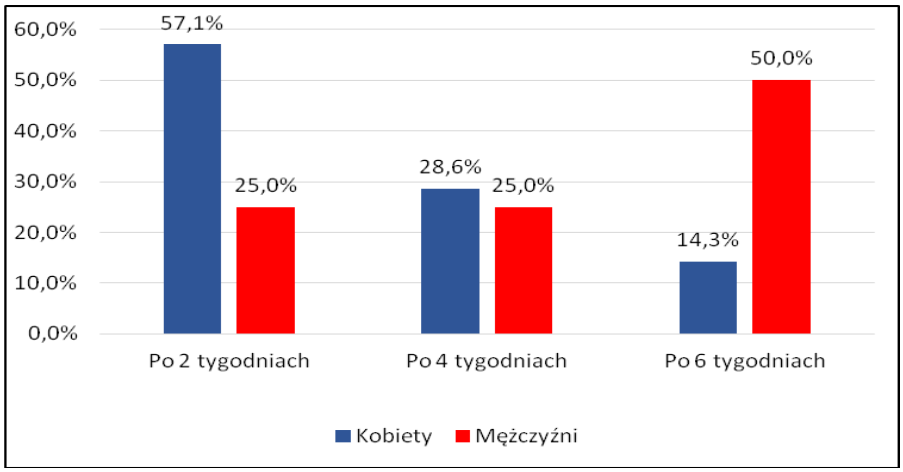
Materiał i metody

W badaniach uczestniczyło 31 osób z raną przewlekłą pochodzenia naczyniowego, zespołem stopy cukrzycowej i urazami mechanicznymi. Dominująca grupę osób stanowili mężczyźni – 77,4%, natomiast najliczniejszą grupą wiekową były osoby w wieku 60-80 lat, co stanowiło – 51,6%. Badania przeprowadzono w okresie od października 2016 roku do maja 2017 roku wśród pacjentów Centrum Hiperbarii Tlenowej z Poradnią Leczenia Ran w Bydgoszczy. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego

z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izbie Lekarskiej w Toruniu (OIL-67/KB/149/2016) oraz zgodę Kierownika Medycznego Centrum Hiperbarii Tlenowej i Leczenia Ran w Bydgoszczy. Do analizy statystycznej wykorzystano test chi-kwadrat Pearsona. Za poziom istotności statystycznej przyjęto wartości $p<0,05$.

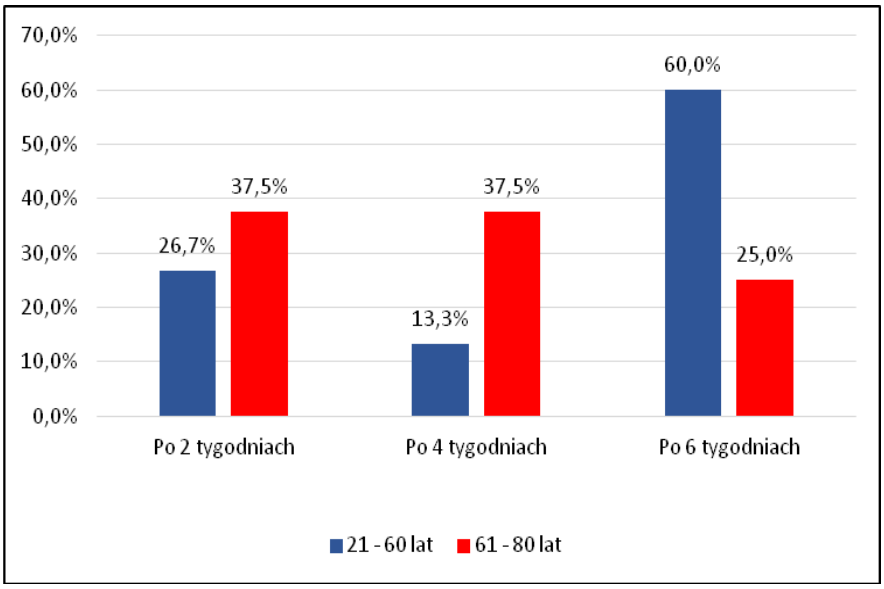
Wyniki

Czas po jakim zauważono poprawę gojenia się rany nie zależał od płci badanych osób ($p=0,181$). Zauważono jednak, że u kobiet częściej odnotowywano poprawę w okresie po 2 tygodniach leczenia, zaś u mężczyzn w okresie po 6 tygodniach leczenia (ryc. 1).



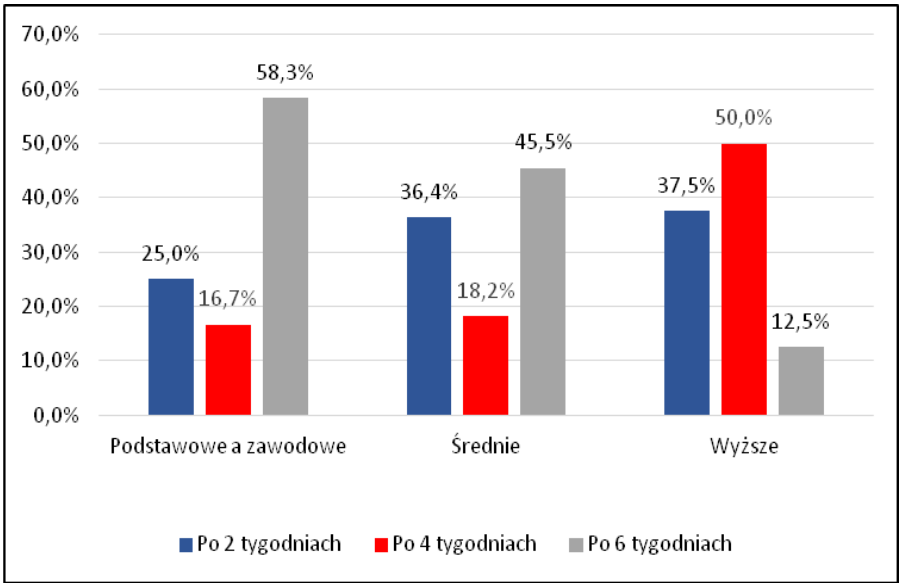
Rycina 1. Czas po jakim nastąpiła poprawa gojenia się rany a płeć osób badanych.
Źródło: wynik badań własnych.

Potwierdzono brak istotnych statystycznie zależności pomiędzy czasem, po jakim zauważono poprawę gojenia się rany, a wiekiem badanych osób (p=0,116), (ryc. 2).



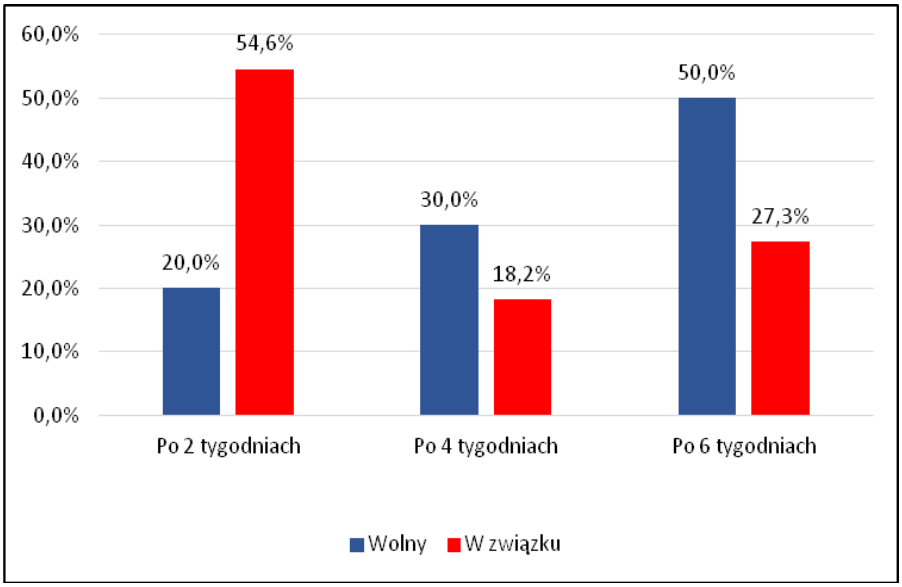
Rycina 22. Czas po jakim nastąpiła poprawa gojenia się rany a wiek osób badanych.
Źródło: wyniki badań własnych.

Czas, po jakim zauważono poprawę gojenia się rany nie zależał od wykształcenia badanych osób (p=0,264). Zauważono jednak, że osoby, mające coraz wyższe wykształcenie częściej wskazywały na okres gojenia po 2 tygodniach lub po 4 tygodniach, zaś osoby mające coraz niższe wykształcenie, na okres po 6 tygodniach (ryc. 3).



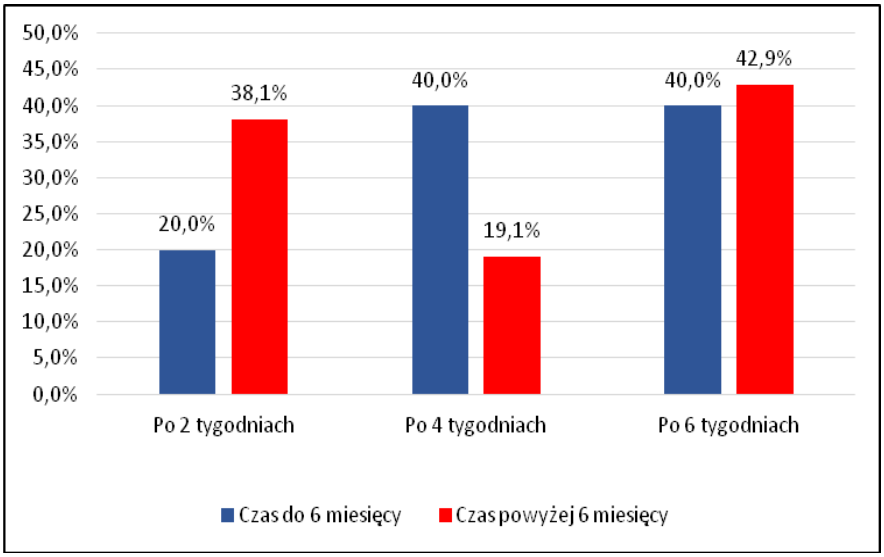
Rycina 3. Czas po jakim nastąpiła poprawa gojenia się rany a wykształcenie osób badanych.
Źródło: wynik badań własnych.

Potwierdzono brak istotnych statystycznie zależności pomiędzy czasem po jakim zauważono poprawę gojenia się rany, a stanem cywilnym badanych osób (p=0,143), (ryc. 4).



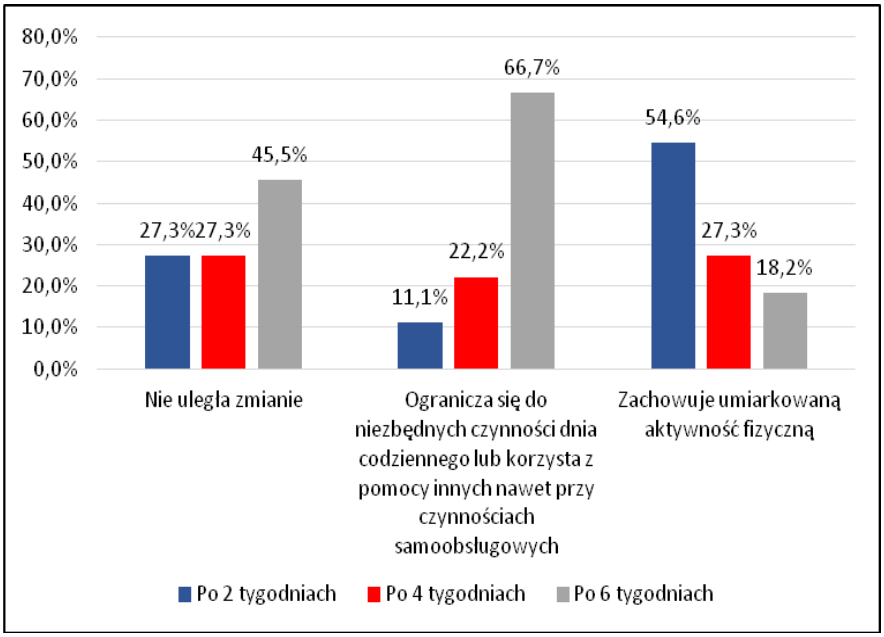
Rycina 4. Czas po jakim nastąpiła poprawa gojenia się rany a stan cywilny osób badanych.
Źródło: wynik badań własnych.

Czas po jakim zauważono poprawę gojenia się rany nie był uzależniony od czasu, jaki upłynął od powstania trudno gojącej się rany (p=0,395), (ryc. 5).



Rycina 54. Czas po jakim nastąpiła poprawa gojenia się rany a czas jaki upłynął od powstania trudno gojącej się rany.
Źródło: wynik badań własnych.

Potwierdzono także brak istotnej statystycznie zależności pomiędzy czasem po jakim zauważono poprawę gojenia się rany, a aktywnością fizyczną badanych realizowaną w okresie stosowania hiperbarii tlenowej w porównaniu do okresu przed zabiegami (p=0,205), (ryc. 6).



Rycina 6. Czas po jakim nastąpiła poprawa gojenia się rany a aktywność fizyczna w okresie stosowania zabiegów hiperbarii tlenowej.
Źródło: wynik badań własnych.

Dyskusja

Analiza wyników badań własnych nie potwierdziła hipotezy dotyczącej skuteczności leczenia ran przewlekłych leczonych metodą hiperbarii tlenowej w zależności od płci osób badanych (p=0,181). Zauważono jednak, że u kobiet częściej odnotowywano poprawę w okresie po 2 tygodniach leczenia (57,1%), zaś u mężczyzn dopiero w okresie po 6 tygodniach leczenia (50%). Podobne wyniki uzyskano w badaniu przeprowadzonym w 2014 roku podczas badań przeprowadzonych w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Przebadano wówczas 100 pacjentów z owrzodzeniem

w rozpoznanym zespole stopy cukrzycowej. Kobiety stanowiły 48% badanej grupy, a analiza statystyczna przeprowadzonych badań nie dowiodła istotnych związków pomiędzy płcią, a poprawą gojenia owrzodzeń pomiędzy początkiem, a końcem leczenia tlenem hiperbarycznym [3]. Natomiast badania przeprowadzone w roku 2013 we wspomnianym wyżej zakładzie, w którym udział wzięły osoby poddawane zabiegom hiperbarii tlenowej z zakażeniem tkanek miękkich dowiodły, że leczenie dało dobre wyniki, ale u jednej z pacjentek z zakażoną raną po usunięciu pęcherzyka żółciowego metodą laparotomii uzyskano znaczną poprawę już po 3 zabiegach [4].

W badaniach własnych wiek badanych mieścił się w przedziale 21-80 lat, a najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku od 61 do 80 lat - 51,6%. Stwierdzono brak istotnych statystycznie zależności pomiędzy czasem po jakim zauważono poprawę gojenia się rany,a wiekiem badanych osób (p=0,116). Przedstawione rezultaty badań wykazują brak wpływu wieku na tempo gojenia rany przewlekłej, chociaż wyniki wskazują, że w grupie tej, poprawę gojenia rany zaobserwowano dopiero po 6 tygodniach. Podobne wyniki zostały opublikowane po przeprowadzeniu w 2013 roku badań pacjentów leczonych w komorze hiperbarycznej Małopolskiego Centrum Oparzeniowo-Plastycznego, Replantacji Kończyn z Ośrodkiem Terapii Hiperbarycznej w Krakowie z powodu przewlekłych ran owrzodzeniowych goleni. W wybranej grupie 6 osób, w trakcie prowadzonej terapii doszło do całkowitego wyleczenia lub znacznej poprawy, jednak liczba sprężeń wahała się od 10 do 30, przy średniej 24 sprężenia, a ilość przeprowadzanych zabiegów rosła proporcjonalnie do wieku [5].

W badaniach własnych nie można przyjąć również hipotezy mówiącej, że czas po jakim zauważono poprawę gojenia się rany zależał od wykształcenia badanych osób (p=0,264). Zauważono jednak, że osoby mające coraz wyższe wykształcenie częściej wskazywały na okres gojenia po 2 tygodniach lub po 4 tygodniach, zaś osoby mające coraz niższe wykształcenie, na okres po 6 tygodniach. 37,5% badanych

z wyższym wykształceniem zauważyło poprawę gojenia się rany już po 2 tygodniach, natomiast aż 58,3% badanych posiadających wykształcenie podstawowe i zawodowe zauważyło poprawę gojenia się rany przewlekłej dopiero po upływie 6 tygodni. W trakcie analizy publikacji opisującej badania przeprowadzone w latach 2002-2003 na 52 chorych z owrzodzeniami troficznymi na tle przewlekłej niewydolności żylnej hospitalizowanych w Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich wyciągnięto wnioski, że powodem nawrotów owrzodzenia troficznego jest zwykle brak konsekwencji chorego w leczeniu. Dowiedziono, że pacjentów należy informować, iż zabiegi hiperbaryczne likwidują objawy, a nie przyczynę choroby. Niezastosowanie się do zaleceń, takich jak terapia uciskowa, zapobieganie uszkodzeniom mechanicznym oraz zaniechanie leczenia flebologicznego doprowadzą do szybkiego nawrotu owrzodzenia. Dlatego oprócz przygotowania internistycznego do proponowanego leczenia bardzo ważna jest współpraca z psychologiem i właściwa ocena zdolności pacjenta do analizy otrzymanych zaleceń i ich przestrzegania. Pozytywny wynik leczenia owrzodzeń troficznych podudzi zależy od stadium przewlekłej niewydolności żylnej i współpracy z pacjentem. Choroba dotyczy często ludzi starszych, samotnych, zaniedbanych, wymagających szczególnej opieki. Należy zatem przyjąć, że na czas gojenia ma wpływ nie tyle poziom wykształcenia, co przyjęcie prozdrowotnych postaw prezentowanych przez pacjenta, które są wprost proporcjonalne do poziomu wykształcenia [6].

Na podstawie przeprowadzonych badań własnych nie potwierdzono istotnych statystycznie zależności pomiędzy czasem po jakim zauważono poprawę gojenia się rany,a stanem cywilnym badanych osób (p=0,143). Jednak na uwagę zasługuje fakt, że poprawę gojenia się rany przewlekłej po 2 tygodniach zauważono u 54,7% pacjentów będących w związkach. Prawdopodobnie uwarunkowane jest to tym, że pacjenci pozostający w stałych związkach mają najczęściej lepszą sytuację ekonomiczną niż osoby samotne, tym bardziej, że 51,6% osób biorących udział w badaniu stanowią osoby w wieku 61-80 lat,

a więc pozostające na emeryturach czy rentach chorobowych. Podobne wnioski uzyskano analizując wyniki badań przeprowadzonych w Wojewódzkiej Poradni Chorób Naczyń Szpitala Zakonu Bonifratrów oraz w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej - Centrum Medyczne - Chirurgia Naczyń - Tomasz Aleksiejew Kleszczyński, w Krakowie, w okresie od marca do czerwca 2012 roku, dotyczące oceny jakości życia pacjentów z owrzodzeniami żylnymi kończyn dolnych. Na ich podstawie można wyciągnąć wniosek, że jakość życia takich pacjentów, nie zależy od czynników środowiskowych, w tym także od stanu cywilnego. Autorzy badań stwierdzili, że uzyskanie postępu gojenia się rany jest trudne, często zatrzymuje się na jednym z początkowych etapów, ale zdarzają się również nawroty. Z wyników przeprowadzonych badań wynikało, że pacjenci nie stosują się do zaleceń głównie z powodów ekonomicznych, a tylko 7% badanych mogło całkowicie zaspokoić swoje potrzeby. Może to stanowić częściowe wyjaśnienie wydłużenia procesu gojenia się ran [7].

Uzyskane wyniki badań własnych pozwalają na stwierdzenie, że skuteczność leczenia ran przewlekłych metodą hiperbarii tlenowej nie jest uzależniona od czasu jaki upłynął od powstania trudno gojącej się rany (p=0,395). Wśród 20,0% badanych pacjentów z raną nie starszą niż 6 miesięcy zauważyło poprawę gojenia się ran po 2 tygodniach stosowania zabiegów hiperbarycznych, a 40,0% badanych zauważyło poprawę po 4 czy 6 tygodniach trwania terapii. Natomiast, aż 38,1% pacjentów z raną starszą niż 6 miesięcy zauważyło poprawę gojenia się rany już po 2 tygodniach trwania terapii, a tylko 19,1% po 4 tygodniach. Analizując literaturę opisującą badania w zakresie gojenia się ran przewlekłych spotkano się z wynikami badań publikowanymi przez grupę badaczy Center of Diabetology and Metabolic Disease, Niguarda Hospital, Department of Anesthesia and Hyperbaric Medicine, Geleasis Institute, Milan, Italy. Wśród doniesień tego ośrodka na uwagę zasługują wyniki badań przedstawione w 2003 roku przez Kesslera i współpracowników. Brało w nich udział 28 pacjentów z cukrzycą trwającą od 6 do 18 lat, w tym 87% badanych chorowało na cukrzycę

insulinozależną z towarzyszącym owrzodzeniem, bez klinicznych objawów angiopatii, przy czym wszyscy badani zgłaszali objawy neuropatii. Uczestnicy badania poddawani byli zabiegom terapii hiperbarycznej 2 razy dziennie przez 5 dni, w ciągu 2 tygodni. Głównym ocenianym parametrem był rozmiar owrzodzenia. W 15 dniu trwania terapii wielkość owrzodzenia zmniejszyła się znacznie w porównaniu z grupą kontrolną, a dwa tygodnie później redukcja rozmiaru owrzodzenia w grupie badanej i kontrolnej była porównywalna. W trzecim tygodniu badania nie wykazano różnicy w zmniejszaniu się owrzodzenia w obydwu grupach, a po 4 tygodniach całkowite wyleczenie zaobserwowano u 2 badanych, natomiast u żadnego z grupy kontrolnej [8].

W wyniku przeprowadzonych badań własnych wykazano także brak istotnej statystycznie zależności pomiędzy czasem po jakim zauważono poprawę gojenia się rany, a aktywnością fizyczną badanych w okresie stosowania hiperbarii tlenowej w porównaniu do okresu przed zabiegami (p=0,205). Tylko 11 osób (35,5%) badanych wskazało, że zachowuje umiarkowaną aktywność fizyczną. Taka sama ilość przebadanych pacjentów deklaruje, że stopień aktywności w czasie trwania sesji zabiegów hiperbarycznych nie uległ i jest taki sam, jak przed rozpoczęciem terapii. W badaniach przeprowadzonych w 2014 roku w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie zastosowano również kwalifikację chorych ze względu na wykonywaną aktywność fizyczną. Najliczniejszą grupą wśród badanych były osoby chodzące (58%), 30% badanych korzystała z pomocy sprzętu, a 6% badanych stanowiła grupa leżących. Na podstawie analizy klasyfikacji owrzodzeń według skali Wagnera dowiedziono, że nie występują istotne różnice w czasie w jakim nastąpiła poprawa gojenia się rany [9].

Wnioski

1. Skuteczność hiperbarii tlenowej w leczeniu ran przewlekłych nie zależy od płci osób badanych. Jednak pomimo tego na uwagę zasługuje fakt, że pierwsze objawy gojenia się rany występują wcześniej u kobiet, a co się z tym wiąże po mniejszej ilości sprężeń.
2. Skuteczność hiperbarii tlenowej w leczeniu ran przewlekłych nie zależy od wieku osób badanych. Zauważono jednak prawidłowość, że poprawa gojenia się rany w grupie badanych w wieku 61-80 lat jest najwyższa dopiero po 6 tygodniach stosowania zabiegów, a więc skuteczność leczenia ran tą metodą wzrasta wraz z ilością sprężeń.
3. Skuteczność hiperbarii tlenowej w leczeniu ran przewlekłych nie zależy bezpośrednio od wykształcenia osób badanych. Wpływ pośredni na proces gojenia się ran ma jednak zachowanie postaw prozdrowotnych i samoświadomość pacjenta co do właściwego postępowania z chorobą pierwotną. Zachowania prozdrowotne pacjenta jednak wiążą się z poziomem wykształcenia.
4. Skuteczność hiperbarii tlenowej w leczeniu ran przewlekłych nie zależy bezpośrednio od stanu cywilnego osób badanych. Pomimo tego, że wyniki nie wykazują istotnego znaczenia statystycznego jednak zaobserwowano wpływ sytuacji ekonomicznej na poprawę gojenia się rany. Wolniejsze gojenie się zaobserwowano u osób samotnych oraz jak można podejrzewać o niższym statusie ekonomicznym.
5. Skuteczność hiperbarii tlenowej w leczeniu ran przewlekłych nie zależy od czasu jaki upłynął od powstania rany przewlekłej u osób badanych. Uzyskane jednak wyniki badań chociaż bez istotnego znaczenia statystycznego dowodzą, że tempo z jakim dochodzi do poprawy gojenia się ran jest wyższe po rozpoczęciu sesji zabiegów, po czym następuje jego

spowolnienie, ale u wszystkich badanych odnotowano trwałą poprawę lub wygojenie już w 4-6 tygodnia trwania terapii.

6. Skuteczność hiperbarii tlenowej w leczeniu ran przewlekłych nie zależy od aktywności fizycznej osób badanych. Na uwagę jednaj zasługuje wynik osiągnięty przez grupę badanych zachowujących umiarkowaną aktywność fizyczną, gdzie aż ponad połowa z nich uzyskała poprawę leczenia już po 2 tygodniach terapii.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Stosowanie hiperbarii tlenowej w leczeniu ran przewlekłych stanowić powinno wypadkową pomiędzy zapobieganiem powikłań powodowanych przez toksyczne działanie tlenu pod ciśnieniem, a korzyścią płynącą z dostarczania tlenu tkankom w celu ich odbudowy i regeneracji. Wpływ pośredni na proces gojenia się ran ma także zachowanie postaw prozdrowotnych i samoświadomość pacjenta co do właściwego postępowania z chorobą pierwotną, a także postępowanie z raną przewlekłą zgodne z zaleceniami strategii TIME. W dążeniu do uzyskania wygojenia rany przewlekłej należy koordynować działania zespołu terapeutycznego jak również środowiska rodzinnego i samego pacjenta.

Bibliografia/Bibliography:

1. Paprocki J., Gackowska M., Pawłowska M., Woźniak A. Aktualne zastosowanie hiperbarii tlenowej. Medycyna Rodzinna. 2016;4:217-222.

2. Łatka U., Kuliński W., Knefel G., Sieroń A. Aktualny stan medycyny hiperbarycznej w Polsce. Polska Balneologia. 2009;1:7-15.

3. Walewska E., Ścisło L., Puto G., Klich M., Szczepanik A. Zastosowanie tlenu hiperbarycznego w leczeniu zespołu stopy cukrzycowej – doświadczenia własne. Leczenie Ran. 2016;13(2):46-47.

4. Kobielska E., Chrapusta A., Mudyna W. Wstępne wyniki leczenia tlenem hiperbarycznym zakażeń tkanek miękkich. Forum zakażeń. 2014;5(2):63-64.

5. Chrapusta A., Kobielska E., Mudyna W. Wstępna ocena zastosowania hiperbarii tlenowej w leczeniu przewlekłych ran goleni – doświadczenia własne. Leczenie Ran. 2014;11(4):175-176.

6. Kawecki M., Sieroń A., Glik J., Nowak M., Szymańska B., Knefel G. Rola hiperbarii tlenowej w leczeniu chirurgicznym troficznych owrzodzeń podudzi spowodowanych przewlekłą niewydolnością żylną. Balneologia Polska. 2006;3:150-155.

7. Ścisło L., Socha T., Walewska E., Puto G., Kłęk S., Szczepanik A., Czupryna A. Jakość życia pacjentów z owrzodzeniami żylnymi kończyn dolnych. Hygeia Public Health. 2015;50(1):149-154.

8. Duda-Raszewska B., Strojek K. Terapia hiperbaryczna w zespole stopy cukrzycowej. Lekarz. 2009;1,67-68.

9. Walewska E., Ścisło L., Puto G., Klich M., Szczepanik A. Zastosowanie tlenu hiperbarycznego w leczeniu zespołu stopy cukrzycowej – doświadczenia własne. Leczenie Ran. 2016;13(2):46-47.

Ocena sprawności instrumentalnej seniorów ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2 a poczucie własnej skuteczności

Instrumental skills assesment of seniors diagnosed with type 2 diabetes and self-efficacy

MARIOLA RYBKA[1], OLIWIA RZEPKA[2], JOANNA PRZYBYLSKA[1], ROBERT ŚLUSARZ[1]

[1]Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku
[2]Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2017.014
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Cukrzyca typu 2 to zespół zaburzeń metabolicznych, która najczęściej dotyczy osób w starszym wieku. Stanowi ona istotny problemem kliniczny oraz wykazuje negatywny wpływ na długość i jakość życia seniorów.
Cel. Celem prowadzonych badań była analiza wpływu sprawności seniorów z cukrzycą typu 2 w czynnościach instrumentalnych w odniesieniu do poczucia własnej skuteczności.
Materiał i metody. W badaniu uczestniczyło 100 pacjentów z cukrzycą typu 2. Wykorzystany został kwestionariusz ankiety konstrukcji własnej, skala Lawtona oraz standaryzowana Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności GSES.
Wyniki. Mężczyźni chorujący na cukrzycę w wieku podeszłym posiadają zdecydowanie wyższy poziom poczucia własnej skuteczności w odniesieniu do kobiet. Lepiej radzą sobie także w instrumentalnych czynnościach dnia

codziennego porównaniu do kobiet. Najwyższą sprawność w czynnościach instrumentalnych prezentowali seniorzy z wykształceniem wyższym oraz średnim a najniższą- osoby z wykształceniem podstawowym.
Wnioski. Sprawność instrumentalna seniorów z cukrzycą typu 2 różnicuje ich opinie w zakresie poczucia własnej skuteczności.

Słowa kluczowe: sprawność instrumentalna, poczucie własnej skuteczności, senior

Abstract:
Intoduction. Type 2 diabetes is a metabolic disorder that most often relates to elderly people. It is a vital clinical problem and results in a negative impact on life expectancy and quality of seniors' life .
Aim. The purpose of the study was to analyze the impact of seniors' instrumental skills diagnosed with type 2 diabetes in relation to self-efficacy.
Material and methods. There were 100 patients with type 2 diabetes who participated in the study. A self-report questionnaire, a Lawton scale, and a standardized GSES General Efficacy Scale were used.
Results. Men with advanced diabetes have a significantly higher level of self-efficacy than women. They also deal with daily instrumental skills better than women. The highest sklifulness was represented by seniors with tertiary and secondary education and the lowest by people with basic education.
Conclusions. Instrumental skills of seniors with type 2 diabetes differentiates their opinions on self-efficacy.

Keywords: instrumental ability, self-efficacy, senior

Wstęp

Według raportu WHO na świecie w 2012 roku odnotowano 3,7 mln zgonów związanych z podwyższonym poziomem glikemii, w tym 1,5 mln bezpośrednio z cukrzycą. Wiele z tych zgonów (ok.43 %) występuje poniżej 70 roku życia. Umieralność wśród cukrzyków

w Polsce dwukrotnie przekracza umieralność populacji ogólnej. W przedziale wiekowym 60-70 r.ż. na cukrzycę umiera 13,4 %, a powyżej 80 roku życia umiera 52,4% [1].

Regularna aktywność fizyczna u seniorów zwiększa wrażliwość organizmu na działanie insuliny oraz tolerancję glukozy. Jest to ważny element utrzymania prawidłowego metabolizmu glukozy. Przyczyną insulinooporności w wieku geriatrycznym jest także niska zdolność wiązania insuliny z receptorem [2, 3].

W cukrzycy występuje podwyższone ryzyko zawału serca, chromania przestankowego związanego z zwiększoną lepkością krwi i skłonnością płytek do agregacji oraz tendencja do częstych infekcji czy wolniejszego gojenia się ran. Jawne objawy kliniczne cukrzycy mogą być często maskowane przez wymienione dolegliwości, które nakładają się na obraz choroby [4, 3, 5, 6,].

Zgodnie z zaleceniami klinicznymi PTD w skład leczenia wchodzi: terapia dietetyczna, wysiłek fizyczny, doustne leki hipoglikemizujące oraz insulinoterapia. W wyborze sposobu leczenia uwzględniany jest stan kliniczny pacjenta oraz problemy wieku podeszłego tj. polipragmazja (zażywanie przez chorego wielu środków leczniczych równocześnie bez znajomości mechanizmów ich działania i występujących między nimi interakcji albo przepisywanie nadmiernej liczby preparatów bez wskazań), zaburzenia depresyjne oraz funkcji poznawczych, nietrzymanie moczu, zespoły bólowe [3,7, 8].

Definicję poczucia własnej skuteczności (self-efficacy) wprowadził do użytku kanadyjski psycholog Albert Bandura w 1977 roku w teorii społeczno-kognitywnej. Poczucie własnej skuteczności modelowane jest na podstawie bezpośrednich doświadczeń, obserwacji, odwoływania się do innych przykładów oraz poprzez stany fizjologiczne i wzbudzane emocje. Omawiane pojęcie składa się z trzech obszarów: wielkości, ogólności oraz siły. Wielkość związana jest z trudnością sytuacji oraz poziomem osobistego przekonania o poczuciu poradzenia sobie z danym problemem. Ogólność dotyczy

sytuacji, które mogą wymagać zdolności kontrolne, natomiast siła- obrazuje własne przekonanie odnoszące się do posiadanych zdolności. Pojęcie poczucia własnej skuteczności jest zasadniczym elementem w psychologii zdrowia, ponieważ określa podejmowanie i wprowadzanie zmian w sferze zdrowia. Wyraża zdolność człowieka, jego wyposażenie w niezbędne środki umożliwiające dokonanie zaplanowanych działań [9,10].

Ludzie wykazują różnorodne poziomy przekonania o własnej skuteczności. Silne i rozwinięte poczucie własnej skuteczności wzmaga w jednostce chęć do osiągania wyższych, ambitniejszych celów nawet w przypadku napotykanych porażek. Osoby te mają silną motywację, umiejętnie oceniają napotykane sytuacje, planują odległe działania i wytrwale dążą do wyznaczonych celów. Cechuje je większa odporność na stres i optymistyczne podejście. W sytuacjach trudnych (także choroby) motywują siebie i skupiają swoje umiejętności i działania na pokonaniu przeszkody. Z kolei niskie poczucie kompetencji powiązane jest z odczuciem lęku, depresją, bezradnością, niskim poziomem motywacji również z napięciem emocjonalnym. Osoby te charakteryzują się małą efektywnością. Podejmują tylko te działania które odpowiadają w subiektywnej ocenie ich umiejętnościom. Mogą wykazywać cechy bierności, rezygnacji, utraty nadziei, co pogarsza współpracę na linii pacjent-personel medyczny, a w efekcie skuteczność prowadzonego leczenia. Zależność może być zakłócona przez deficyt w zakresie wiedzy, brak bodźców do określonego zachowania, niewłaściwe postrzeganie sytuacji [9,10].

Celem prowadzonych badań była analiza wpływu sprawności seniorów z cukrzycą typu 2 w czynnościach instrumentalnych w odniesieniu do poczucia własnej skuteczności.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród losowo wybranych chorych w wieku podeszłym z cukrzyca typu 2 będących w trakcie hospitalizacji . Respondenci stanowili grupę 100 osób przebywających w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy w wybranych oddziałach zachowawczych i zabiegowych. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej KB/692/2016.

Do pomiaru sprawności w zakresie złożonych czynności dnia codziennego zastosowano wystandaryzowane narzędzie badawcze jakim jest Skala IADL (Instrumental Activites of Daily Living). Natomiast do oceny własnej skuteczności zastosowano Skalę GSES za zgodą Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. W celu zebrania danych socjodemograficznych jako zmiennych zastosowano kwestionariusz ankiety konstrukcji własnej, dla scharakteryzowania pacjentów w wieku starszym z cukrzycą typu 2 biorących udział w badaniu.

Podczas analizy przyjęto poziom istotności statystycznej $\alpha \leq 0{,}05$. Wszystkie obliczenia i ryciny wykonano w programie Statistica 10.0 i arkuszem kalkulacyjnym Microsoft Excel wykorzystując standardowe funkcje tego programu. Dokonano analizy skali Lawtona oraz Skali Poczucia Własnej Skuteczności.

Wyniki

W badaniu udział wzięła stu osobowa grupa pacjentów (42 kobiet i 58 mężczyzn) w wieku ≥ 60 r.ż. ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2 bedacych w trakcie hospitalizacji. Ponad połowę respondentów stanowili mężczyźni 58%- 58 osób, natomiast kobiety stanowiły 42%- (42 osoby). Średni wiek badanych to 73 lata. Seniorów podzielono na trzy grupy wiekowe: 60-69 lat, 70-79 lat oraz 80 lat i więcej. Najliczniejszą grupę stanowili badani w wieku 70-79 lat 43% - 43 osoby, natomiast najmniejszą grupę stanowili pacjenci w wieku

powyżej 80 roku życia 21%- 21 osób. Pacjenci w przedziale wiekowym 60-69 lat stanowili 36% respondentów- 36 osób.

Każdy z respondentów w grupie seniorów z cukrzycą typu 2 wskazał że leczy się także w związku z chorobą współistniejącą. Łącznie w odniesieniu do badanej grupy odnotowano 366 chorób współistniejących. Najwięcej osób starszych (30%- 30 badanych) wskazało, że dotyczą ich 3 choroby współistniejące. Tylko 18% (18 seniorów) wskazało na występowanie 1-2 chorób współistniejących. W grupie badanych 29% -29 osób miało 4 choroby współistniejące, natomiast z powodu 5 i więcej chorób leczy się 23% respondentów (23 osoby).

Skala oceny możliwości wykonywania instrumentalnych codziennych czynności (ang. instrumental activities of daily living – IADL) – skala Lawtona – pisanie, czytanie, chodzenie po schodach, sprzątanie, przygotowywanie posiłków, samodzielne wychodzenie z domu, korzystanie ze środków transportu, posługiwanie się pieniędzmi, lekami, telefonem. Liczną grupę ankietowanych stanowiły osoby korzystające z telefonu bez pomocy- 84%-84 osoby. Niewielkiej pomocy potrzebuje 14% -14 osób. Zupełną niezależność w umiejętności korzystania z telefonu odnotowano u 2% respondentów- 2 osób. Największa grupa badanych to osoby mogące przemieszczać się do miejsc poza odległością spaceru z niewielką pomocą- 43 osoby (43%). Możliwość dotarcia do takich miejsc bez pomocy deklarowało 18 osób- 18%. Całkowitą zależność w czynności odnotowano u 39 % respondentów-39 osób.

W grupie osób biorących udział w badaniu 37%-37 osób deklarowało samodzielność w dokonywaniu zakupów. Całkowitą zależność w tej czynności od pomocy innych odnotowano u 36% seniorów (36 osób). Niewielkiej pomocy w wykonywaniu zakupów potrzebowało 27% respondentów (27 osób).Większość pacjentów deklarowała samodzielność w przygotowaniu posiłków- 73% (73 osoby). Niewielkiej pomocy wymagało 18% seniorów- 18 osób. Całkowitą zależność odnotowano u 9% pacjentów geriatrycznych-

9 osób. Największa grupa seniorów zaznaczyła, że wykonuje drobne prace domowe z niewielką pomocą- 38% (38 osób). Zależność w tej czynności odnotowano u 33%- 33 respondentów. Samodzielnie prace domowe było w stanie wykonywać 29%- 29 badanych. Większość osób starszych odpowiedziało, że nie jest w stanie samodzielnie wykonywać drobnych napraw ani majsterkować- 63% (63 badanych) a niewielkiej pomocy potrzebuje 20%- 20 osób. Zupełną niezależność w tym zakresie odnotowano u 17% (17 osób). Większość osób w wieku podeszłym potrafiła samodzielnie wyprać swoje rzeczy- 64% (64 badanych) a 13 osób (13%) potrzebowała niewielkiej pomocy. Całkowitą zależność w tej czynności odnotowano u 23% - 23 osób. W grupie ankietowanych 80 %-80 osób deklarowało, że samodzielnie przygotowuje oraz przyjmuje leki a 15%-15 osób potrzebuje niewielkiej pomocy. Całkowitą zależność w tej czynności odnotowano u 5% - 5 respondentów. Najwięcej badanych odpowiedziało, że gospodaruje pieniędzmi samodzielnie -71% (71 osób) a 27%- 27 ankietowanych z niewielką pomocą. Całkowitą zależność w tym zakresie odnotowano u 2% (2 chorych).

W grupie ankietowanych 49% (49 osób) to osoby ze średnim stopniem sprawności w zakresie złożonych czynności życia codziennego. Pacjenci z wysokim stopniem sprawności w czynnościach instrumentalnych stanowili 48% (48 osób) badanej grupy a seniorzy z niskim stopniem sprawności 3% (3 osoby).

Respondenci jako grupa, to pacjenci o średnim stopniu sprawności, na granicy stopnia wysokiego. Odnotowany wynik średni w skali IADL wyniósł 20,61 punktu i mieści się w górnej strefie wyników średnich oraz na granicy stopnia wysokiego. Ze wszystkich złożonych czynności życia codziennego najwięcej problemów stwarzało badanym samodzielne dokonywanie drobnych napraw w domu oraz majsterkowanie – średnia 1,54 punktu, docieranie do miejsc poza odległością spaceru – średnia 1,79 punktu, samodzielne wykonywanie prac domowych oraz sprzątanie – średnia 1,96 punktu. Najmniej problemów odnotowano w przypadku: samodzielnego

gospodarowania pieniędzmi – średnia 2,69 punktu, samodzielnego przygotowania i przyjmowania leków – średnia 2,75 punktu oraz samodzielnego korzystania z telefonu – średnia 2,82 punktu. Ze względu na poziom istotności ($p<0,05$), odnotowano istotną statystycznie różnicę w wynikach skali IADL pomiędzy kobietami oraz mężczyznami- mężczyźni wykazywali wyższą sprawność w czynnościach złożonych dnia codziennego. Mężczyźni uzyskali wyższą średnią punktową w skali IADL- 21,81 punktu a kobiety- 18,95 punktu.

Grupa mężczyzn lepiej radziła sobie z czynnościami instrumentalnymi dnia codziennego-odnotowano 62,1% badanych (36 osób) z wysokim stopniem sprawności. Natomiast wśród kobiet wskaźnik wysokiego stopnia sprawności dotyczył 28,6% (12 osób). Na podstawie poziomu istotności $p<0,05$ zaobserwowano, że wiek badanych pozostawał w istotnej statystycznie niskiej korelacji z wynikami skali IADL.

Grupa respondentów w przedziale wiekowym 60-69 lat otrzymała najwyższą średnią wartość punktową skali IADL- 21,97 punktu, a najniższą osoby starsze w przedziale wiekowym 80 i więcej lat- 18,05 punktu. Pacjenci w grupie 70-79 lat otrzymali 20,72 punktu w średniej wartości punktowej IADL.

Osoby starsze w wieku 60-69 lat najlepiej radziły sobie z czynnościami złożonymi w życiu codziennym- wysoka sprawność dotyczyła 58,3% (21 osób). W tej grupie odnotowano 1 osobę (1,8%) z niskim stopniem sprawności. Najgorzej z czynnościami instrumentalnymi radzili sobie seniorzy powyżej 80 roku życia - wysoki stopień sprawności dotyczył 28,6% respondentów (6 osób), a niski- 9,5% (2 osoby).Najwyższą średnią punktową w skali IADL uzyskała grupa badanych mająca do 2 chorób współistniejących – 21,67 punktu oraz mająca 3 choroby– 21,03 punktu. Respondenci z 5 chorobami i więcej otrzymali średnią wartość punktową 20,39 punktu. Najniższą średnią wartość punktową zaobserwowano w grupie seniorów z 4 chorobami – 19,69 punktu. Najwyższe wyniki

punktowe we wszystkich czynnościach złożonych (z wyjątkiem korzystania z telefonu oraz przygotowywania sobie posiłków) odnotowano w grupie seniorów mających do 2 chorób współistniejących. Najlepiej z obsługą telefonu radzili sobie ankietowani mający 5 i więcej chorób dodatkowych, natomiast z przygotowywaniem sobie posiłków- respondenci z 3 chorobami. Najniższe wyniki odnotowano w grupie osób z czterema chorobami dodatkowymi (z wyjątkiem korzystania z telefonu, przyjmowania leków i gospodarowania pieniędzmi). Najniższy wynik w obsłudze telefonu uzyskali seniorzy z maksymalnie 2 chorobami, w przyjmowaniu leków-osoby starsze z 3 chorobami, a z gospodarowaniem pieniędzmi- z 5 i więcej chorobami. Najlepiej w zakresie złożonych czynności radzili sobie badani mający do 2 chorób- wysoka sprawność dotyczyła 10 osób (55,6%). W tej grupie seniorów nie odnotowano występowania osób z niskim stopniem sprawności. Wysoki stopień sprawności wśród badanych z 5 i więcej chorobami dotyczył 52,2% (12 osób). Najgorzej z czynnościami instrumentalnymi radziły sobie osoby w wieku starszym z 4 chorobami – wysoki stopień sprawności prezentowało tylko 9 osób (3,0%). Ze względu na poziom istotności ($p>0,05$) nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy w wynikach skali IADL pomiędzy grupami ankietowanych przebywających w oddziale zachowawczym i zabiegowym. Pacjenci w oddziale zabiegowym otrzymali wyższą średnią punktową w skali IADL- 20,64 punktu niż pacjenci z oddziału zachowawczego- 20,60 punktu. Wyższe wyniki w wykonywaniu prac domowych, majsterkowaniu, praniu ubrań, przyjmowaniu leków oraz gospodarowaniu pieniędzmi odnotowano w grupie pacjentów przebywających w oddziale zabiegowym. Respondenci z oddziałów zachowawczych lepiej radzili sobie w czynnościach tj. korzystanie z telefonu, docieranie do miejsc poza odległością spaceru oraz przygotowanie sobie posiłków.

Badani przebywający na oddziale zabiegowym prezentowali wyższy stopień sprawności (50,0% badanych- 7 osób). W oddziale

zabiegowym nie odnotowano pacjentów o niskim stopniu sprawności. W grupie respondntów przebywających w oddziale zachowawczym było 41 osób z wysokim stopniem sprawności w czynnościach instrumentalnych- 47,7%.

Skala uogólnionej własnej skuteczności – GSES zawiera dziesięć stwierdzeń opisujących radzenie sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami.

Seniorzy z cukrzycą typu 2 najwyżej ocenili następujące obszary poczucia własnej skuteczności: niezależnie od tego co mnie spotyka, potrafię sobie z tym poradzić– średnia 3,49 punktu, zawsze jestem w stanie rozwiązać trudne problemy, jeśli tylko wystarczająco się staram– średnia 3,43 punktu, łatwo jest mi trzymać się swoich celów i je osiągnąć– średnia 3,35 punktu oraz potrafię zachować spokój w obliczu trudności, gdyż mogę polegać na swoich umiejętnościach radzenia sobie – średnia 3,35 punktu. Najniżej ze wszystkich pozycji badani ocenili wymienione stwierdzenia: potrafię rozwiązać większość problemów, jeśli włożę w to odpowiednio dużo wysiłku– średnia 3,14 punktu, dzięki swojej pomysłowości potrafię dać sobie rade w nieoczekiwanych sytuacjach– średnia 3,05 punktu oraz jestem przekonany, że skutecznie poradziłbym sobie z niespodziewanymi wydarzeniami – średnia 2,81 punktu.

Nie zaobserwowano istotnej statystycznie korelacji pomiędzy ilością chorób współistniejących a wynikami poczucia własnej skuteczności respondentów.

W grupie pacjentów mających 4 choroby współistniejące odnotowano najwyższy średni wynik poczucia własnej skuteczności- 33,79 punktu oraz u osób mających 5 i więcej chorób- 32,78 punktu. Wynik seniorów deklarujących leczenie się z powodu 0-2 chorób współistniejących wynosił 31,50 punktu. Najniższy wynik otrzymała grupa mająca 3 choroby współistniejące- 30,90 punktu.

Najwyższe wyniki w grupie badanych mających do 2 chorób współistniejących odnotowano w pozycji *potrafię zachować spokój w obliczu trudności, gdyż mogę polegać na swoich umiejętnościach*

radzenia sobie (7) natomiast wśród seniorów mających 5 i więcej chorób w pozycjach: *jeśli ktoś mi się sprzeciwia, mam sposoby, aby osiągnąć to, co chcę* (2), *gdy zmagam się z jakimś problemem, zwykle znajduję kilka rozwiązań* (8). W pozostałych pozycjach najwyższe wyniki dotyczyły osób w wieku starszym mających 4 choroby współistniejące. Najniższe wyniki w grupie badanych mających do 2 chorób odnotowano w pozycjach: *jeśli ktoś mi się sprzeciwia, mam sposoby, aby osiągnąć to, co chcę* (2), *gdy zmagam się z jakimś problemem, zwykle znajduję kilka rozwiązań* (8) a w grupie mających 5 i więcej chorób w pozycjach: *potrafię zachować spokój w obliczu trudności, gdyż mogę polegać na swoich umiejętnościach radzenia sobie* (7) oraz *niezależnie od tego co mnie spotyka, potrafię sobie z tym poradzić* (10). W pozostałych pozycjach skali GSES najniższe wyniki uzyskała grupa mająca 3 choroby dodatkowe.

Najwyższy poziom poczucia własnej skuteczności zaobserwowano wśród pacjentów mających 4 choroby współistniejące 82,8% (24 osoby). Następnie w grupie osób mających 5 i więcej chorób 73,9% (17 osób). Najniższe poczucie własnej skuteczności zanotowano w grupie seniorów mających do 2 chorób współistniejących 66,7%- 12 osób, przy najwyższym wskaźniku wyników niskich 11,1% (2 osoby). Ze względu na poziom istotności ($p>0,05$) nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy w poziomie poczucia własnej skuteczności pomiędzy pacjentami leczonymi w oddziale zachowawczym i zabiegowym.

Wśród pacjentów hospitalizowanych w oddziałach zabiegowych odnotowano nieznacznie wyższy średni wynik punktowy w skali GSES- 32,57 punktu. Pacjenci leczeni w oddziałach zachowawczych uzyskali 32,23 punktu. W grupie pacjentów hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych odnotowano wyższe wyniki w większości stwierdzeń skali GSES z wyjątkiem pozycji: *jestem przekonany, że skutecznie poradziłbym sobie z niespodziewanymi wydarzeniami* (4), *gdy jestem w kłopotliwej sytuacji, na ogół wiem, co robić* (9) oraz *niezależnie od tego co mnie spotyka, potrafię sobie z tym*

poradzić (10). Seniorzy z oddziałów zachowawczych otrzymali wyższe średnie wyniki punktowe w pozycjach 4, 9, 10 skali GSES. Pacjenci na oddziale zabiegowym mieli wyższy poziom poczucia własnej skuteczności- wskaźnik wyników wysokich wyniósł 78,6% (11 osób) niż pacjenci z oddziałów zachowawczych 72,1 % (62 osoby). Niższy wskaźnik wyników niskich odnotowano na oddziałach zabiegowych 7,1%- 1 osoba niż na oddziałach zachowawczych 8,1% (7 osób).

Ze względu na poziom istotności ($p<0,05$) wyniki poczucia własnej skuteczności pozostawały w istotnej statystycznie średniej korelacji z wynikami IADL.

W grupie badanych o wysokim poczuciu własnej skuteczności większość pacjentów jest samodzielna w zakresie IADL 60,37%-44 osoby. Pomocy potrzebuje 37%- 27 osób a pacjentów zależnych jest 2,7%- 2 osoby.

Dyskusja

Według Światowego Raportu Cukrzycy stworzonego przez WHO, w ciągu ostatnich trzech dekad obserwuje się stały wzrost zachorowań na cukrzycę, w szczególności w krajach o niskim i średnim dochodzie. Według International Federation Diabetes na świecie na cukrzycę choruje 415 mln ludzi, natomiast w Europie 59,8 mln. Upośledzona tolerancja glukozy dotyczy 318 mln ludzi- są to osoby u których występuje ryzyko rozwoju cukrzycy w przyszłości. Szacuje się, że w 2040 roku liczba dorosłych z cukrzycą będzie wynosić 642 mln na świecie i 71,1 mln w Europie.

W Polsce na cukrzycę cierpi ponad 3 mln ludzi, a częstość zachorowań w grupie wiekowej powyżej 65. roku życia sięga 25-30 %. Dane wskazują, że około 1 mln pacjentów ma nierozpoznaną cukrzycę, nie wie o swojej chorobie [8]. W Polsce prognozuje się szybszy proces starzenia się populacji. Wzrasta ilość osób w wieku powyżej 65. roku życia oraz występuje zjawisko tzw. podwójnego starzenia się polegające na zwiększaniu się liczby młodszych

emerytów (od 66- 80 r. ż) oraz ludzi po 80. roku życia. Problem cukrzycy będzie eskalował. Według najobszerniejszego badania populacji w wieku podeszłym w Polsce PolSenior na cukrzycę cierpi 22% seniorów a 4% respondentów miało wcześniej nierozpoznaną chorobę. Co piąty senior ma zaburzenia glikemii na czczo [11]. Zaburzenie tolerancji glukozy dotyczy płci męskiej i żeńskiej, z dominującą liczbą mężczyzn [2].

Poziom poczucia własnej skuteczności wśród 100 respondntów w wieku popdeszłym z cukrzycą typu 2 wskazywał na istotne statystycznie zróżnicowanie co do płci badanych oraz wykształcenia. Mężczyźni charakteryzowali się wyższym poziom poczucia własnej skuteczności w odniesieniu do kobiet. Majda A. oraz Józefowska H. w przeprowadzonych badaniach na grupie 105 pacjentów z gdzie największą grupę badanych stanowiły osoby w wieku podeszłym zdiagnozowały istotną zależność pomiędzy płcią a poziomem własnej skuteczności chorych gdzie kobiety osiągnęły wyższy poziomem poczucia własnej skuteczności w odniesieniu do badanej grupy mężczyzn [12]. Szeroko zakrojone badania przeprowadzone przez Jachimowicz V., i Kostkę T. na grupie 104 podopiecznych DPS wykazano, istotne różnice pomiędzy kobietami, a mężczyznami. Potwierdziło to, że płeć istotnie statystycznie różnicuje poziom własnej skuteczności [13]. Uzyskane wyniki badań własnych potwierdzają powyżej uzyskane wyniki badań przez cytowanych autorów.

Wiek jako zmienna socjodemograficzna nieznacznie różnicuje poczucie własnej skuteczności u pacjentów w wieku podeszłym. W przeprowadzonych badaniach odnotowano istotną statystycznie różnicę dotyczącą wyników pacjentów w skali IADL w zależności od płci oraz poziomu wykształcenia. Mężczyźni lepiej radzili sobie w czynnościach złożonych w porównaniu do kobiet. Humańska M.A., Felsmann M. i wsp. również dowiodły w swoich badaniach, że płeć różnicuje sprawność w zakresie czynności instrumentalnych- kobiety charakteryzowały się niższym poziomem niezależności

w czynnościach złożonych dnia codziennego [14]. W badaniach własnych wykazano także, że najwyższe wyniki punktowe w skali IADL otrzymali respondenci z wykształceniem wyższym oraz średnim a najniższe z wykształceniem podstawowym. Podobne wyniki badań uzyskały Humańska M.A. i wsp. – osoby z wykształceniem podstawowym były bardziej zależne od pomocy innych w czynnościach złożonych [14].

Wśród respondentów o wysokim poczuciu własnej skuteczności najliczniejsza grupa to osoby samodzielne w wykonywaniu czynności instrumentalnych dnia codziennego. Badania przeprowadzone przez Joachimowicz V. i Kostkę T. w grupie 104 pensjonariuszy domu pomocy społecznej, potwierdzają uzyskane wyniki badań. Autorzy pracy wykazali istotnie wyższe wyniki poczucia własnej skuteczności u pacjentów, którzy przedstawiają wysoki poziom funkcjonowania instrumentalnego [13].

Wnioski

1. Pacjenci hospitalizowani w oddziałach zabiegowych uzyskali wyższy średni wynik punktowy w skali GSES- w odniesieniu do pacjentów leczonych w oddziałach zachowawczych.
2. Mężczyźni lepiej radzili sobie w czynnościach instrumentalnych w porównaniu do kobiet.
3. Nie zaobserwowano istotnej statystycznie korelacji pomiędzy ilością chorób współistniejących a wynikami poczucia własnej skuteczności respondentów.
4. Ze względu na poziom istotności ($p<0,05$) wyniki poczucia własnej skuteczności pozostawały w istotnej statystycznie średniej korelacji z wynikami IADL.
5. Wśród respondentów o wysokim poczuciu własnej skuteczności najliczniejsza grupa to osoby samodzielne w wykonywaniu czynności instrumentalnych dnia codziennego.

Bibliografia / Bibliography:

1. Czeleko T., Śliwczyński A., Krasnodębski P., Karnafel P.: Przeżywalność chorych na cukrzycę w Polsce w latach 2008-2013: Ocena na podstawie bazy Górska- Ciebiada M., Ciebiada M., Barylski M., Loba J. Leki działające na układ inkretynowy w terapii cukrzycy typu 2. Geriatria. 2010;4:274-278.

2. Górska- Ciebiada M., Ciebiada M., Barylski M., Loba J.: Leki działające na układ inkretynowy w terapii cukrzycy typu 2. Geriatria. 2010;4: 274-278.

3. Wiktor K., Drozdzowska B., Czekajło A. i wsp:. Wybrane metody oceny czynnościowej (funkcjonalnej) w praktyce lekarskiej. Annales Academiae Medicae Silesinesis. 2010;64(5-6):76-81.

4. Januszkiewicz- Caulier J., Mossakowska M., Zdrojewski T. i wsp: Cukrzyca i jej powikłania w wieku podeszłym [w:] Mossakowska M., Więcek A. ,Błędowski P.: Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Wydawnictwo Termedia. Poznań 2012;169-180.

5. Kuczerowski R., Piątkiewicz P. Farmakoterapia w cukrzycy typu 2 w wieku podeszłym [w:] Piątkiewicz P.: Leczenie osób chorych na cukrzycę w wieku podeszłym. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2015;47-82.

6. Wieczorowska- Tobis K., Derejczyk J. Układ endokrynologiczny. Cukrzyca [w:] Wieczorowska- Tobis K., Talarska D. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2013;180-186.

7. Schmid B., Strub P., Studer A. Układ hormonalny. Doustne leki przeciwcukrzycowe [w:] Schmid B., Strub P., Studer A. Farmakologia dla zawodów pielęgniarskich. Wydawnictwo MedPharm Polska. Wrocław 2013;138-141.

8. Walicka M., Czerwińska E., Marcinowska -Suchowierska E. Cukrzyca- odrębności diagnostyczne i terapeutyczne u osób w wieku podeszłym. Postępy Nauk Medycznych. 2011;24(5):372-378.

9. Kościelak R. Przekonania o własnej skuteczności jako wymiar indywidualnych zasobów zdrowia [w:] Kościelak R.: Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie. Wydawnictwo Impuls. Kraków 2010;61-69.

10. Schwarzer R., Jerusalem M., Juczyński Z. Skala uogólnionej własnej skuteczności- GSES.Opis, sposób badania i interpretacja GSES [w:] Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych. Warszawa 2009;93-94.

11. Mossakowska M. Problemy zdrowotne osób w podeszłym wieku- wnioski z projektu PolSenior [w:] Samoliński B., Raciborski F.: Zdrowe starzenie się - biała księga. Wydawnictwo naukowe SCHOLAR. Warszawa 2013;49-54.

12. Majda A., Józefowska H. Zasoby osobiste pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Problemy Pielęgniarstwa 2009;17(4): 238-293.

13. Jachimowicz V., Kostka T. Ocena poczucia własnej skuteczności u pensjonariuszy w Domu Pomocy Społecznej. Gerontologia Polska 2009;17(1):23-31

14. Humańska M.A., Felsmann M., Sopalska J. Sprawność funkcjonalna osób w podeszłym wieku chorujących na cukrzycę - doniesienia wstępne. Gerontologia Polska. 2016;24;98-101.

Wybrane aspekty doświadczania bólu przez pacjentów po zabiegu cholecystektomii

Selected aspects of pain experienced by patients after cholecystectomy

GAWARKIEWICZ PAULINA[1], ŚLUSARZ ROBERT[2]

[1]Nowy Szpital w Świeciu

[2] Instytut Nauk o Zdrowiu, PWSZ we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2017.015
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:

Wstęp. Cholecystektomia jest to zabieg polegający na usunięciu pęcherzyka żółciowego. Wykonywany jest techniką laparoskopową albo tradycyjną po otwarciu powłok brzusznych. Zabiegowi towarzyszy ból, który powstaje jako efekt zadziałania bodźców uszkadzających tkankę.

Cel. Celem pracy jest analiza wybranych aspektów bólu pooperacyjnego u pacjentów po zabiegu cholecystektomii.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród pacjentów w 1 dobie po zabiegu cholecystektomii, hospitalizowanych w oddziale chirurgii ogólnej. Zastosowano metodę szacowania i sondażu diagnostycznego, technikę skali szacunkowej i ankietowanie. Wykorzystane narzędzia badawcze to skala VAS, skala Laitinena oraz kwestionariusz ankiety własnej.

Wyniki. Odnotowano statystycznie istotną różnicę pomiędzy kobietami i mężczyznami jednie w zakresie czasu odczuwania bólu po cholecystektomii. Wiek i wykształcenie badanych pozostawały w istotnej statystycznie, średniej korelacji z wynikami czasu odczuwania bólu bezpośrednio po zabiegu. Mieszkańcy wsi znacznie częściej niż osoby mieszkające w mieście odczuwały całkowitą ulgę lub znaczne zmniejszenie dolegliwości po otrzymaniu preparatu przeciwbólowego.
Wnioski. Odczuwanie dolegliwości bólowych przez pacjentów po zabiegu cholecystektomii istotnie różni się w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych.

Słowa kluczowe: cholecystektomia, ból, okres pooperacyjny

Abstract

Intoduction. Cholecystectomy is a procedure which consists in removing the gallbladder. It is performed by laparoscopic or traditional technique after opening the abdominal wall. The treatment is accompanied by pain, which arises as a result of the action of stimuli that damage the tissue.
Aim. The aim of the study is to analyze selected aspects of postoperative pain in patients after cholecystectomy.
Material and methods. The study was performed among patients 1 day after cholecystectomy, hospitalized in the general surgery ward. The method of estimation and diagnostic survey, estimation technique and questionnaire were used. The research tools used are the VAS scale, the Laitinena scale and the questionnaire survey.
Results. There was a statistically significant difference between men and women in terms of pain intensity after cholecystectomy. The age and education of the subjects were statistically significant, with a mean correlation with the results of pain intensity immediately after the procedure. Residents of the village much more often than people living in the city felt complete relief or significant reduction of ailments after receiving an analgesic.
Conclusions. The pain experienced by patients after cholecystectomy varies significantly depending on selected sociodemographic variables.

Keywords: cholecystectomy, pain, postoperative period

Wstęp

Ból jest to zjawisko psychiczne, ale również somatyczne. Według definicji Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu jest to nieprzyjemne, subiektywne odczucie emocjonalne i zmysłowe powstające na skutek zadziałania bodźców uszkadzających tkankę [1]. Towarzyszy m.in. zabiegom chirurgicznym związanym z przerwaniem ciągłości skóry, tkanek, narządów.

Cholecystektomia jest to zabieg polegający na usunięciu pęcherzyka żółciowego. Wykonywany jest techniką laparoskopową albo tradycyjną po otwarciu powłok brzusznych przez cięcie przezprostne prawe lub pośrodkowe [2].

Śródoperacyjne uszkodzenie tkanek bądź narządów powoduje powstanie bólu pooperacyjnego. Jego intensywność i zasięg są najczęściej proporcjonalne do rozległości zabiegu [3]. Różnice osobnicze w odpowiedzi na doznania bólowe wynikają z wieku, płci, uwarunkowań genetycznych i kulturowych. Intensywność odczuwania bólu zależy także od wcześniejszych doświadczeń w tym zakresie, odczuć emocjonalnych i ogólnego stanu zdrowia człowieka. Ból najsilniej odczuwany jest przez pacjentów w pierwszej i drugiej dobie pooperacyjnej. Jego źródłem mogą być tkanki powierzchniowe: skóra, tkanka podskórna oraz tkanki głębokie: otrzewna, opłucna, stawy [1]. Do czynników wypływających na ból pooperacyjny należą (poza wiekiem, płcią pacjentów) rodzaj operacji, przygotowanie przedoperacyjne i cechy osobowości człowieka [4].

Celem pracy jest analiza wybranych aspektów bólu pooperacyjnego u pacjentów po zabiegu cholecystektomii.

Materiał i metody

W aktualnej pracy zastosowano metodę szacowania i sondażu diagnostycznego, technikę skali szacunkowej i ankietowanie. Wykorzystane narzędzia badawcze to skala VAS (Visual Analogue

Scale), skala Laitinena oraz kwestionariusz ankiety własnej. Kwestionariusz ankiety własnej składał się z metryczki oraz 12 pytań, które dotyczyły charakterystyki doznań bólowych pacjenta. Skala VAS jest to wizualna skala analogowa za pomocą, której pacjent okres swój ból w granicach od 0-10 , gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 ból nie wytrzymania [1]. Skala Laitinena służy do oceny bólu za pomocą czterech wskaźników (intensywności bólu, częstotliwości występowania bólu, ograniczenia aktywności fizycznej i stosowania leków przeciwbólowych). Każdą kategorię oblicza się oddzielnie i można ocenić od 0-4 punktów. Łączny wynik wskazuje na natężenie dolegliwości bólowych [5].

Badania przeprowadzono wśród pacjentów w 1 dobie pooperacyjnej po zabiegu cholecystektomii, hospitalizowanych w oddziale chirurgii ogólnej. Zgodę na przeprowadzenie badań uzyskano od Dyrekcji Nowego Szpitalu w Świeciu oraz Komisji Bioetycznej, działającej przy Collegium Medium w Bydgoszczy. Badania miały charakter dobrowolny, bezpłatny. Pacjenci zostali zapoznani z ich celem a po uzyskaniu od nich świadomej zgody na udział w badaniu, wypełnili samodzielnie kwestionariusz. Następnie została przeprowadzona ocena bólu pooperacyjnego na podstawie skali VAS i Laitinena.

Wyniki badań zostały następnie poddane analizie statystycznej. W analizie opisowej otrzymanych wyników zastosowano tabele, w których przedstawiono liczebność i procent. Obliczono również średnią wraz z odchyleniem standardowym. Współzależność pomiędzy dwiema zmiennymi, obliczono za pomocą współczynnik korelacji R Spearmana. Zastosowano również, nieparametryczny Test U Manna-Whitneya, do oceny różnic jednej cechy pomiędzy dwoma populacjami (grupami). Przyjęto $p \leq 0,05$ jako poziom istotny statystycznie. Wszystkie obliczenia i ryciny wykonano arkuszem kalkulacyjnym Microsoft Excel i Statistica 10.0

W badaniach brało udział 60 osób (100%). Liczniejszą grupę stanowiły kobiety – 43 osoby (71,7%), w porównaniu do mężczyzn-

17 osób (28,3%). Średnia wieku badanych to niespełna 53 lata. Odchylenie standardowe wyniosło ponad 28,7% wartości średniej, co świadczy o znacznym zróżnicowaniu wiekowym. Starszymi okazali się mężczyźni, ze średnią wieku ponad 50 lat, przy średniej wieku w grupie kobiet – niespełna 51 lat. Wiek minimalny zbliżony, niższy w grupie kobiet wynosił 23 lata. Natomiast wiek maksymalny zróżnicowany, wyższy w grupie kobiet wynosił 88 lat. Badanych podzielono na cztery grupy wiekowe: do 40 lat, 41-55 lat, 56-65 lat oraz powyżej 65 lat. Najliczniejszą grupę stanowili respondenci w wieku 41-55 lat – 17 osób (28,3%). Z kolei najmniej liczną osoby w wieku powyżej 65 lat – 13 osób (21,7%). Liczniejszą grupę stanowili badani zamieszkujący wieś – 34 osoby (56,7%) a mieszkańcami miasta było 26 osoby (43,3%). Najliczniejszą grupę stanowili badani z wykształceniem średnim – 26 osób (43,3%). Najmniej liczną grupą byli respondenci z wykształceniem podstawowym i wyższym – po 7 osób (po 11,7%). Natomiast grupę z wykształcenie zawodowych stanowili- 20 osób (33,3%).

Wyniki

W grupie pacjentów biorących udział w badaniu ponad połowa posiadała doświadczenia związane z hospitalizacją, w związku z koniecznością wykonania w przeszłości zabiegu operacyjnego (41 osób -68,3%). Natomiast 19 osób (31,7%) nie miało wcześniej przeprowadzanych operacji.

W związku z aktualną hospitalizacją ból po zabiegu cholecystektomii odczuwała ponad połowa badanych – 36 osób (60,0%) a tylko 24 osoby (40%) nie zgłaszały takich dolegliwości. W tabeli 1 przedstawiono czas odczuwania bólu przez badanych po operacji.

Tabela 1. Czas odczuwania bólu przez badanych po cholecystektomii.

czas	N	%
0-2 h	33	55,0
2-4 h	17	28,3
4-6 h	5	8,3
6-8 h	5	8,3
Razem	60	100,0

Źródło: wynik badań własnych.

Najwięcej badanych odczuwało dolegliwości bólowe w ciągu dwóch pierwszych godzin po operacji – 33 osoby (55,0%) oraz po 2-4 godzinach od zabiegu (17 osób - 28,3%). Natomiast odpowiednio po 5 pacjentów (8,3%) zgłaszało ból po upływie 4-6 godzin oraz 6-8 godzin po zabiegu operacyjnym.

Zdecydowanie najczęściej nasilenie odczuwanego bólu po operacji respondenci oceniali jako średnie (28 osób -46,7%). Natomiast 1 osoba (1,7%) określiła te dolegliwości jako nie do zniesienia. Z kolei 14 osób (23,3%) oceniło nasilenie bólu jako duże, a 17 badanych (28,3%) jako małe.

Najwięcej badanych wskazało, że środek przeciwbólowy otrzymało w czasie 2 godzin po zabiegu – 46 osób (76,7%). Natomiast po 2 - 4 h preparat przeciwbólowy podano 12 osobom (20%). Najmniej badanych – odpowiednio po 1 osobie (1,7%), otrzymało lek po 4-6 godzinach lub 6-8 godzin po operacji. Zdecydowana większość pacjentów nie musiała prosić pielęgniarki o podanie środka przeciwbólowego (46 osób -76,7%). Natomiast 14 osób (23,3%) było zmuszonych do zwrócenia się z taką prośbą.

Najwięcej badanych osób otrzymało lek przeciwbólowy drogą dożylną- 52 osoby (86,7%). Natomiast 7 pacjentom (11,7%) podano preparat przeciwbólowy drogą dożylną i podskórną. Jedna osoba (1,7%) otrzymała leki wszystkimi wymienionymi wcześniej drogami podania.

Ponad połowa badanych stwierdziła, że po podaniu leku przeciwbólowego odczuła znaczną ulgę 33 osoby (55,0%). Całkowita i umiarkowana ulga po podaniu leku dotyczyła 13 osób (21,7%) natomiast niewielka - 1 osoby (1,7%).

Zdecydowana większość badanych potwierdziła zminimalizowanie bólu przy otrzymaniu leku przeciwbólowego drogą dożylną – 58 osób (96,7%). Natomiast po podaniu środka przeciwbólowego drogą podskórną potwierdziło ten fakt 6 osób (10%). Tylko 1 osoba (1,7%) odczuła ulgę w dolegliwościach po przyjęciu leku drogą doustną.

Ponad połowa badanych określiła nasilenie bólu po operacji podczas chodzenia jako średnie – 33 osoby (55,0%), 13 osób (21,7%) jako małe a 11 pacjentów (18,3%) jako duże. Z kolei dla 3 osób (5,0%) ból podczas przemieszczania się był nie do zniesienia. Najwięcej badanych (22 osoby - 36,7%), określiło nasilenie dolegliwości bólowych podczas kaszlu jako średnie a 19 osób (31,7%) jako duże. Natomiast 1 osoba (1,7%) nie odczuwała w takiej sytuacji dyskomfortu. Największy odsetek badanych odczuwał średnie nasilenie bólu podczas zmiany pozycji w łóżku – 27 osób (45,0%). Z kolei 22 osoby (26,7%) oceniło te dolegliwości jako duże a 10 osób (16,7%) jako małe. Dla 1 osoby (1,7%) nasilenie bólu podczas zmiany pozycji w łóżku było nie do zniesienia. W tabeli 2 zaprezentowano różnice dotyczące wybranych aspektów doświadczania bólu przez chorych po zabiegu cholecystektomii w zależności od płci badanych.

Tabela 2. Różnice dotyczące wybranych aspektów doświadczania bólu przez pacjentów po zabiegu cholecystektomii w zależności od ich płci.

zagadnienie	Sum.rang Kobieta	Sum.rang mężczyzna	U	Z	poziom p	Z popraw	poziom p	N ważn. kobieta	N ważn. mężczyzna	2*1str dokł. p.
wcześniejsze operacje	1293,0	537,0	347,0	-0,295	0,768	-0,366	0,714	43	17	0,770
odczuwanie bólu bezpośrednio po zabiegu	1215,5	614,5	269,5	-1,567	0,117	-1,846	0,065	43	17	0,116
czas odczuwania bólu po zabiegu	1201,0	629,0	255,0	-1,805	0,071	-2,005	0,045	43	17	0,071
odczuwane nasilenie bólu	1365,0	465,0	312,0	0,869	0,385	0,936	0,349	43	17	0,388
czas otrzymania środka przeciwbólowego po zabiegu	1308,0	522,0	362,0	-0,049	0,961	-0,067	0,947	43	17	0,961
konieczność poproszenia pielęgniarki o środek przeciwbólowy	1312,5	517,5	364,5	0,008	0,993	0,011	0,991	43	17	0,987
odczuwanie ulgi po podaniu środka przeciwbólowego	1244,0	586,0	298,0	-1,099	0,272	-1,219	0,223	43	17	0,275
odczuwanie nasilenia bólu podczas chodzenia	1266,0	564,0	320,0	-0,738	0,460	-0,817	0,414	43	17	0,464
odczuwanie nasilenia bólu podczas kaszlu	1284,5	545,5	338,5	-0,435	0,664	-0,458	0,647	43	17	0,661

odczuwanie nasilenia bólu podczas zmiany pozycji w łóżku	1324,5	505,5	352,5	0,205	0,838	0,222	0,825	43	17	0,833

Źródło: wynik badań własnych.

Ze względu na poziom istotności (p<0,05), odnotowano statystycznie istotną różnicę pomiędzy kobietami i mężczyznami jednie w zakresie czasu odczuwania bólu po cholecystektomii. W tabeli 3 zaprezentowano charakterystykę zgłaszania dolegliwości bólowych przez pacjentów w zależności od ich płci.

Tabela 3. Czas odczuwania bólu przez badanych po cholecystektomii w zależności od ich płci.

płeć	kobieta		mężczyzna	
czas odczuwania bólu	N	%	N	%
0-2 h	27	62,8	6	35,3
2-4 h	11	25,6	6	35,3
4-6 h	2	4,7	3	17,6
6-8 h	3	7,0	2	11,8
Razem	43	100,0	17	100,0

Źródło: wynik badań własnych.

W kolejnych godzinach po cholecystektomii, niezależnie od płci pacjentów, nasilenie bólu podlegało zmniejszeniu. Zdecydowanie najczęściej ból w pierwszych dwóch godzinach po operacji zgłaszały kobiety (27 osób -62,8%), w porównaniu do mężczyzn (6 osób – 35,3%). Z kolei utrzymywanie się dolegliwości w późniejszym okresie

pooperacyjnym częściej zgłaszali mężczyźni niż kobiety. Ból w kolejnych 2-4 godzinach po cholecystektomii potwierdziło 35,3% mężczyzn (6 osób), w porównaniu do 25,6% kobiet (11 osób). Dolegliwości po 4-6 godzinach wskazało 17,6% mężczyzn (3 osoby) i 4,7% pacjentek (2 osoby). Natomiast ból po kolejnych 6-8 godzinach podało 11,8% mężczyzn (2 osoby) i 7,0% kobiet (3 osoby). W tabeli 4 przedstawiono korelację wieku badanych i wybranych aspektów bólu w okresie pooperacyjnym.

Tabela 4. Korelacja wieku badanych i wybranych aspektów bólu w okresie pooperacyjnym.

Zagadnienie	N	R	t(N-2)	poziom p
wcześniejsze operacje	60	-0,042	-0,318	0,752
odczuwanie bólu bezpośrednio po zabiegu	60	0,150	1,157	0,252
czas odczuwania bólu po zabiegu	60	0,400	3,327	0,002
odczuwane nasilenie bólu	60	-0,094	-0,718	0,476
czas otrzymania środka przeciwbólowego po zabiegu	60	-0,008	-0,062	0,951
konieczność poproszenia pielęgniarki o środek przeciwbólowy	60	0,148	1,141	0,259
odczuwanie ulgi po podaniu środka przeciwbólowego	60	0,048	0,365	0,717
odczuwanie nasilenia bólu podczas chodzenia	60	-0,314	-2,519	0,015
odczuwanie nasilenia bóli podczas kaszlu	60	-0,123	-0,943	0,350
odczuwanie nasilenia bólu podczas	60	-0,180	-1,396	0,168

zmiany pozycji w łóżku				

Źródło: wynik badań własnych.

Wiek badanych, pozostawał w istotnej statystycznie, średniej korelacji z wynikami czasu odczuwania bólu bezpośrednio po zabiegu oraz odczuwaniem nasilenia bólu podczas chodzenia ($p<0,05$). W tabeli 5. zaprezentowano czas odczuwania bólu po cholecystektomii przez badanych w zależności od ich wieku.

Tabela 5. Czas odczuwania bólu przez badanych po cholecystektomii w zależności od ich wieku.

wiek	do 40 lat		41-55 lat		56-65 lat		powyżej 65 lat	
czas	N	%	N	%	N	%	N	%
0-2 h	12	80,0	9	52,9	8	53,3	4	30,8
2-4 h	3	20,0	7	41,2	4	26,7	3	23,1
4-6 h	0	0,0	1	5,9	2	13,3	2	15,4
6-8 h	0	0,0	0	0,0	1	6,7	4	30,8
Razem	15	100,0	17	100,0	15	100,0	13	100,0

Źródło: wynik badań własnych.

Najsilniejsze dolegliwości niezależnie od wieku zgłaszali pacjenci w ciągu dwóch pierwszych godzin po cholecystektomii. Wyjątek stanowili respondenci powyżej 65 roku życia, gdzie tak silne natężenie bólu wystąpiło po 6-8 godzinach od operacji. Związane było to z uruchamianiem chorego.

W grupie wiekowej do 40 lat, zdecydowana większość badanych odczuwała ból po zabiegu w czasie dwóch pierwszych

godzin – 12 osób (80,0%). Tylko 3 osoby (20%) wskazywały na utrzymywanie się bólu w czasie kolejnych 2-4 godzin.

W grupie wiekowej 41-55 lat, najwięcej osób zgłaszało dolegliwości w czasie 2 pierwszych godzin okresu pooperacyjnego – 9 osób (52,9%),. Po upływie 4-6 godzin była to tylko 1 osoba (5,9%). Natomiast 2-4 godziny od zabiegu dolegliwości bólowe zgłaszało 7 osób (41,2%).

W grupie wiekowej 56-65 lat, najwięcej badanych odczuwało ból po zabiegu w czasie 2 godzin po cholecystektomii – 8 osób (53,3%), a tylko 1 osoba (6,7%) po 6-8 godzinach. Z kolei po upływie 2 - 4 godzin od operacji dolegliwości bólowych doświadczały 4 osoby (26,7%) a po kolejnych 4-6 godzinach 2 osoby (13,3%).

W grupie wiekowej powyżej 65 lat, największy odsetek pacjentów odczuwał ból po 2 2 godzinach oraz 6-8 godzin od operacji – po 4 osoby (po 30,8%). Natomiast po upływie 2-4 godzin od zabiegu ból zgłaszały 3 osoby (23,1%) a po 4-6 godzinach – 2 osoby (15,4%).
W tabeli 6. przedstawiono odczuwanie bólu po operacji przez badanych podczas chodzenia.

Tabela 6. Odczuwane bólu po cholecystektomii przez badanych podczas chodzenia.

wiek	do 40 lat		41-55 lat		56-65 lat		powyżej 65 lat	
nasilenie bólu	N	%	N	%	N	%	N	%
małe	0	0,0	2	11,8	5	33,3	6	46,2
średnie	11	73,3	9	52,9	9	60,0	4	30,8
duże	3	20,0	6	35,3	1	6,7	1	7,7
nie do zniesienia	1	6,7	0	0,0	0	0,0	2	15,4

nie odczuwałem/ am żadnych dolegliwości bólowych	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Razem	15	100,0	17	100,0	15	100,0	13	100,0

Źródło: wynik badań własnych.

Żaden z respondentów nie potwierdził braku dolegliwości związanych z uruchamianiem. Z kolei ból towarzyszący chodzeniu jako nie do zniesienia określali najczęściej pacjenci po 65 roku życia. W grupie wiekowej do 40 lat, najwięcej badanych odczuwało ból w stopniu średnim – 11 osób (73,3%). Tylko 1 osoba (6,7%) podała, że był on nie do zniesienia. Natomiast 3 osoby (20%) określały doznania bólowe jako duże. W grupie wiekowej 41-55 lat, najwięcej osób odczuwało ból w stopniu średnim 9 osób (52,9%), najmniej w stopniu małym – 2 osoby (11,8%). Natomiast 6 osób (35,3%) określiło nasilenie bólu jako duże. W grupie wiekowej 56-65 lat, najwięcej badanych odczuwało ból w stopniu średnim – 9 osób (60,0%), najmniej w stopniu dużym – 1 osoba (6,7%). Z kolei 5 osób (33,3%) określiło dolegliwości jako małe. W grupie wiekowej powyżej 65 lat, najwięcej osób odczuwało ból w stopniu małym – 6 osób (46,2%), najmniej w stopniu dużym – 1 osoba (7,7%). Pozostali badani ocenili swoje doznania bólowe – 4 osoby (30,8%) jako średnie a 2 osoby (15,4%) jako nie do zniesienia. W tabeli 7. zaprezentowano różnice dotyczące wybranych aspektów doświadczania bólu przez chorych po zabiegu cholecystektomii w zależności od ich miejsca zamieszkania.

Tabela 7. Różnice dotyczące wybranych aspektów doświadczania bólu przez pacjentów po zabiegu cholecystektomii w zależności od ich miejsca zamieszkania.

Zagadnienie	Sum.rang wieś	Sum.rang Miasto	U	Z	poziom p	Z popraw	poziom p	N ważn. wieś	N ważn. Miasto	2*1str dokł. p.
wcześniejsze operacje	1074,0	756,0	405,0	0,544	0,586	0,676	0,499	34	26	0,589
odczuwanie bólu bezpośrednio po zabiegu	929,0	901,0	334,0	-1,604	0,109	-1,890	0,059	34	26	0,109
czas odczuwania bólu po zabiegu	1114,0	716,0	365,0	1,141	0,254	1,268	0,205	34	26	0,256
odczuwane nasilenie bólu	1078,5	751,5	400,5	0,612	0,541	0,658	0,510	34	26	0,539
czas otrzymania środka przeciwbólowego po zabiegu	1037,5	792,5	441,5	0,000	1,000	0,000	1,000	34	26	0,994
konieczność poproszenia pielęgniarki o środek przeciwbólowy	945,0	885,0	350,0	-1,365	0,172	-1,863	0,062	34	26	0,174
odczuwanie ulgi po podaniu środka przeciwbólowego	912,0	918,0	317,0	-1,857	0,063	-2,059	0,039	34	26	0,063
odczuwanie nasilenia bólu podczas chodzenia	1071,0	759,0	408,0	0,500	0,617	0,553	0,580	34	26	0,620
odczuwanie nasilenia bóli podczas kaszlu	1111,5	718,5	367,5	1,104	0,270	1,163	0,245	34	26	0,269
odczuwanie nasilenia bólu podczas zmiany pozycji w łóżku	1103,5	726,5	375,5	0,985	0,325	1,065	0,287	34	26	0,324

Źródło: wynik badań własnych.

Ze względu na poziom istotności (p<0,05), odnotowano statystycznie istotną różnicę pomiędzy mieszkańcami miasta i wsi, jedynie w zakresie odczuwania ulgi po podaniu środka przeciwbólowego. W tabeli 8. zaprezentowano w zależności od miejsca zamieszkania badanych odczuwanie przez nich ulgi po otrzymaniu środka przeciwbólowego.

Tabela 8. Odczuwanie ulgi przez badanych po podaniu środka przeciwbólowego w zależności od ich miejsca zamieszkania.

miejsce zamieszkania	miasto		wieś	
odpowiedź	N	%	N	%
całkowitą	4	15,4	9	26,5
znaczną	12	46,2	21	61,8
umiarkowaną	10	38,5	3	8,8
niewielką	0	0,0	1	2,9
brak	0	0,0	0	0,0
Razem	26	100,0	34	100,0

Źródło: wynik badań własnych.

Mieszkańcy wsi znacznie częściej niż osoby mieszkające w mieście odczuwały całkowitą ulgę lub znaczne zmniejszenie dolegliwości po otrzymaniu preparatu przeciwbólowego. Po podaniu środka przeciwbólowego w grupie mieszkańców miasta, najwięcej badanych odczuwało ulgę znaczną – 12 osób (46,2%), bądź umiarkowaną – 10 osób (38,5%). Jedynie 4 osoby (15,4%) wskazały na całkowite ustąpienie bólu. Wśród mieszkańców wsi po podaniu leku

przeciwbólowego, najwięcej badanych odczuwało ulgę znaczną – 21 osób (61,8%), bądź całkowitą – 9 osób (26,5%). Najmniej z kolei umiarkowane - 3 osoby (8,8%) oraz niewielkie zniesienie dolegliwości – 1 osoba (2,9%).

W tabeli 9. przedstawiono korelację wykształcenia badanych i wybranych aspektów bólu w okresie pooperacyjnym.

Tabela 9. Korelacje wykształcenia badanych i wybranych aspektów bólu w okresie pooperacyjnym.

Zagadnienie	N	R	t(N-2)	poziom p
wcześniejsze operacje	60	-0,171	-1,322	0,191
odczuwanie bólu bezpośrednio po zabiegu	60	-0,042	-0,319	0,751
czas odczuwania bólu po zabiegu	60	-0,338	-2,736	0,008
odczuwane nasilenie bólu	60	0,163	1,260	0,213
czas otrzymania środka przeciwbólowego po zabiegu	60	-0,050	-0,379	0,706
konieczność poproszenia pielęgniarki o środek przeciwbólowy	60	0,021	0,157	0,876
odczuwanie ulgi po podaniu środka przeciwbólowego	60	0,095	0,723	0,472
odczuwanie nasilenia bólu podczas chodzenia	60	0,156	1,205	0,233
odczuwanie nasilenia bóli podczas kaszlu	60	0,138	1,061	0,293
odczuwanie nasilenia bólu podczas zmiany pozycji w łóżku	60	0,194	1,506	0,138

Źródło: wynik badań własnych.

Wykształcenie badanych, pozostawało w istotnej statystycznie, średniej korelacji z wynikami czasu odczuwania bólu przez pacjentów bezpośrednio po zabiegu ($p<0,05$).

W tabeli 10. przedstawiono czas odczuwania bólu przez badanych w zależności od ich wykształcenia.

Tabela 10. Czas odczuwania bólu przez badanych w zależności od ich wykształcenia.

wykształcenie	podstawowe		zawodowe		średnie		wyższe	
czas	N	%	N	%	N	%	N	%
0-2 h	2	28,6	8	40,0	18	69,2	5	71,4
2-4 h	3	42,9	7	35,0	5	19,2	2	28,6
4-6 h	1	14,3	2	10,0	2	7,7	0	0,0
6-8 h	1	14,3	3	15,0	1	3,8	0	0,0
Razem	7	100,0	20	100,0	26	100,0	7	100,0

Źródło: wynik badań własnych.

Niezależnie od wykształcenia badanych największe nasilenie bólu zgłaszali oni w ciągu pierwszych czterech godzin po operacji. W pierwszych 2 godzinach po zabiegu najczęściej potwierdzały dolegliwości osoby z wykształceniem średnim i wyższym. W grupie pacjentów z wykształceniem podstawowym, najwięcej badanych odczuwało ból w czasie 2-4 godzin po zabiegu – 3 osoby (42,9%. Tylko po 1 osobie (po 14,3%) odnotowano wśród chorych zgłaszających dolegliwości w czasie 4-6 godzin oraz 6-8 godzin po zabiegu – po 1 osobie). W okresie pierwszych dwóch godzin po cholecystektomii doznania bólowe zgłaszały 2 osoby (28,6%). Wśród pacjentów z wykształceniem zawodowym, najwięcej osób odczuwało ból po

zabiegu w czasie 2 godzin – 8 osób (40,0%), najmniej w czasie kolejnych 4-6 godzin – 2 osoby (10,0%). Po 2-4 godzinach ból zgłaszało 7 osób (35%) a po 6 - 8 godzinach- 3 osoby (15%). W grupie chorych z wykształceniem średnim, najwięcej badanych odczuwało ból po zabiegu w czasie 2 godzin – 18 osób (69,2%) a tylko 1 osoba (3,8%) w czasie kolejnych 6-8 godzin. Pozostali badani zgłaszali dolegliwości bólowe po operacji po upływie 2-4 godzin- 5 osób (19,2%) oraz po 4-6 godzinach- 2 osoby (7,7%). Wśród pacjentów z wykształceniem wyższym, najwięcej osób odczuwało ból po zabiegu w czasie 2 godzin – 5 osób (71,4%), pozostali w czasie kolejnych 2-4 godzin – 2 osoby (28,6%).

Dyskusja

Współcześnie pomimo lepszego poznania mechanizmu bólu, stosowania złożonych metod terapii w dalszym ciągu wyniki badań z krajów europejskich potwierdzają niedostateczny poziom łagodzenia dolegliwości bólowych w okresie pooperacyjnym. Należy mieć na uwadze, że niewłaściwa kontrola bólu może prowadzić do szeregu negatywnych konsekwencji takich jak np. rozwój bólu przewlekłego, zakażeń, gorszego gojenia rany. To z kolei może wpływać na m.in. niższą ocenę satysfakcji chorych z udzielanych świadczeń, wydłużenie czasu hospitalizacji, wzrostu wzrost kosztów opieki i leczenia [6, 7, 8].

Zalecenia Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii dotyczące leczenia bólu w okresie pooperacyjnym, korespondujące z najnowszymi doniesieniami światowymi w tym zakresie, sugerują, aby terapia bólu w warunkach szpitalnych została zorganizowana w oparciu o funkcjonowanie Zespołu Leczenia Bólu (*Acute Pain Service,* APS). Skupia się on bowiem na zadaniach związanych z m.in. informowaniem pacjentów o możliwościach terapii przeciwbólowej po operacji, szkoleniem personelu medycznego, stosowaniem zasad leczenia bólu zgodnych z wytycznymi, monitorowaniem natężenia

bólu. Spełnianie takich kryteriów umożliwia szpitalowi ubieganie się o certyfikat „Szpital bez Bólu". Audyty w Wielkiej Brytanii związane z uzyskiwaniem tego certyfikatu przez jednostki dowiodły m.in. zmniejszenia odsetka pacjentów z silnymi dolegliwościami bólowymi, liczby powikłań w terapii bólu oraz przyczyniły się do zwiększenia zatrudnienia pielęgniarek zajmujących się bólem [8,9].

Z przeprowadzonych badań wynika, że ból po zabiegu cholecystektomii odczuwała ponad połowa chorych. Najwięcej pacjentów zgłaszało dolegliwości bólowe w ciągu dwóch pierwszych godzin po operacji oraz po 2-4 godzinach od zabiegu. Zdecydowanie najczęściej nasilenie odczuwanego bólu po operacji respondenci oceniali jako średnie lub duże. Niezależnie od wieku najsilniejsze dolegliwości zgłaszało najwięcej pacjentów w ciągu dwóch pierwszych godzin po cholecystektomii. Wyjątek stanowiły osoby powyżej 65 roku życia, gdzie podobny odsetek respondentów wskazywał na silne natężenie bólu po 6-8 godzinach od operacji, co mogło być związane m.in. z uruchamianiem chorego. W kolejnych godzinach po cholecystektomii, niezależnie od płci pacjentów, nasilenie bólu podlegało zmniejszeniu. Zdecydowanie najczęściej ból w pierwszych dwóch godzinach po operacji zgłaszały kobiety, w porównaniu do mężczyzn.. Z kolei utrzymywanie się dolegliwości w późniejszym okresie pooperacyjnym częściej dotyczyło mężczyzn niż kobiet.

Aktualne badania z uwagi na zmienne demograficzne dowodzą istotnych różnic jedynie w nielicznych aspektach związanych z odczuwaniem bólu w okresie pooperacyjnym przez chorych. W badaniach Jurczak A., Kiryk A. i wsp. nie wykazano istotnych zależności między odczuwaniem bólu pooperacyjnego, a takimi zmiennymi socjodemograficznymi, jak: płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa. Nasilenie dolegliwości bólowych było najsilniejsze w ciągu pierwszych 24 godzin po zabiegu i zmniejszało się w miarę upływu czasu. Stwierdzono zależność pomiędzy natężeniem bólu a wiekiem 180 pacjentów leczonych chirurgicznie. Nasilenie bólu było najsilniejsze w grupie respondentów

w przedziale wiekowym do 40 lat [4]. Badania Kołodziej i Karpel prowadzone wśród 132 chorych po różnego typu zabiegach operacyjnych operacyjnym wykazały, że wiek, płeć i wykształcenie nie mają istotnie statystycznego wpływu na opisywane przez respondentów dolegliwości bólowe oceniane w drugiej i czwartej dobie po operacji. Niemniej jednak autorzy podkreślili, że osoby po 60 roku życia wskazywali na dłuższe w czasie utrzymywanie się bólu. Z kolei kobiety częściej deklarowały wyższe natężenie bólu w chwili badania. Ponadto wskazano, że pomimo stosowania leków przeciwbólowych ból dotyczył większości pacjentów w okresie pooperacyjnym a jego natężenie zmniejszało się w czasie [10].

Wnioski

1. Odnotowano statystycznie istotną różnicę pomiędzy kobietami i mężczyznami jednie w zakresie czasu odczuwania bólu po cholecystektomii. Zdecydowanie najczęściej ból w pierwszych dwóch godzinach po operacji zgłaszały kobiety, w porównaniu do mężczyzn. Z kolei utrzymywanie się dolegliwości w późniejszym okresie pooperacyjnym częściej zgłaszali mężczyźni niż kobiety.
2. Wiek badanych, pozostawał w istotnej statystycznie, średniej korelacji z wynikami czasu odczuwania bólu bezpośrednio po zabiegu oraz odczuwaniem nasilenia bólu podczas chodzenia.
3. Mieszkańcy wsi znacznie częściej niż osoby mieszkające w mieście odczuwały całkowitą ulgę lub znaczne zmniejszenie dolegliwości po otrzymaniu preparatu przeciwbólowego.
4. Wykształcenie badanych, pozostawało w istotnej statystycznie, średniej korelacji z wynikami czasu odczuwania bólu przez pacjentów bezpośrednio po zabiegu.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

W dążeniu do skutecznego uśmierzania bólu u pacjenta po zabiegu operacyjnym zadaniem pielęgniarki jest kontrolowanie jego natężenia w związku ze stosowaniem działań terapeutycznych i pielęgnacyjnych oraz usprawnianiem chorego. Niezbędne jest w tym celu korzystanie ze standaryzowanych narzędzi obrazowania bólu i radzenia sobie pacjentów w sytuacjach doświadczania dolegliwości bólowych.

Bibliografia / Bibliography:

1. Juda M. Rola pielęgniarki w zwalczaniu bólu pooperacyjnego. Pielęgniarstwo Polskie. 2015;3:333-336.

2. Ścisło L. Opieka nad pacjentem z wybranymi chorobami pęcherzyka żółciowego, dróg żółciowych i wątroby. [w:] Walewska E. (red.), Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego. Wyd. Lekarskie PZWL. Warszawa 2007; 304,424-431.

3. Wordliczek J., Dobrogowski J. Ból pooperacyjny i pourazowy. [w:] Wordliczek J., Dobrogowski J. (red.), Leczenie bólu. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2013;263.

4. Jurczak A., Kiryk A., Kotwas A., Pawlik J, Celewicz A., Szkup M., Grochans E. Ocena jakości opieki pielęgnacyjnej w zakresie bólu pooperacyjnego. Family Medicine & Primary Care Review. 2015;17(2):107-110.

5. Laitinen J. Acupuncture and transcutaneous electric stimulation in the treatment of chronic sacrolumbalgia and ischialgia. The American Journal of Chinese Medicine. 1976;4:169–175.

6. Oderda G. Challenges in the Management of Acute Postsurgical Pain. Pharmacotherapy. 2012;32(9 Pt 2):6S–11S.

7. Allegri M., Grossi P. Management of postoperative pain: how accurate and successful is our acute pain management? Minerva Anestesiologica. 2012; 78(1):1-3.

8. Misiołek H., Cettler M., Woroń J., Wordliczek J., Dobrogowski J., Mayzner-Zawadzka E.: Zalecenia postępowania w bólu pooperacyjnym AD 2014. Ból. 2014:15(3):22-50.

9. Duncan F., Day R., Haigh C., Gill S. First Steps Toward Understanding the Variability in Acute Pain Service Provision and the Quality of Pain Relief in Everyday Practice Across the United Kingdom. Pain Medicine. 2014;15: 142–153.

10. Kołodziej W., Karpel E. Ból pooperacyjny na oddziale chirurgicznym w ocenie ankietowanego badania z zastosowaniem kwestionariusza McGilla-Melzacka- doniesienia wstępne, Problemy Pielęgniarstwa. Via Medica. 2008; 16(3):231-236.

Wpływ wieku studentów kierunku pielęgniarstwo na nawyki psychiczne i nawyki prozdrowotne

The nursing students' age impact on health-improving habits and mental attitude

NATALIA PAWLAK[1], IDA SZLACHCIAK[1], ZUZANNA WALASIEWICZ[1], BEATA HAOR[2]

[1]Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku
[2] Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2017.016
ISSN: 245-1846

Streszczenie:
Wstęp. Styl życia określa się jako indywidualny dla każdego człowieka zespół codziennych zachowań. Może on być ukształtowany przez warunki życia, czynniki kulturowe i cechy osobiste.
Cel badań. Celem podjętych badań było zweryfikowanie wpływu wieku studentów na kształtowanie się ich nawyków zdrowotnych i nastawienia psychicznego.
Materiał i metody. Badania zostały przeprowadzone wśród studentów I roku studiów pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, metodę szacowania oraz

technikę ankietowania i technikę skali szacunkowej. Narzędziem badawczym był Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) uzupełniony o autorską metryczkę.
Wyniki. Zaprezentowane wyniki badań przedstawiają różnice w nastawieniu psychicznym i nawykach zdrowotnych studentów z uwagi na ich wiek.
Wnioski. Wiek nie wpływa istotnie na różnicę w zakresie nastawienia psychicznego i prezentowanych przez studentów nawykach zdrowotnych.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, styl życia, zdrowie

Abstract:

Introduction. Lifestyle is defined as a individual set of daily habits. It can be shaped by living conditions, cultural factors, and personal chracteristics /qualities.
Aim. The aim of this survey was to verify the impact of students' age on their health habits and psychological attitude.
Material and methods. A group of first year nursing students took part in the survey. The diagnostic method, the estimation method , survey technique as well as estimation technique were used.
Results. The results of the survey show differences in psychological attitude and health habits on grounds of age.
Conclusions. Students' age is not a significant factor influencing their psychological attitude and health habits.

Keywords: health habits, lifestyle, health

Wstęp

Styl życia to zakres i formy codziennych zachowań jednostek lub grup, specyficzne dla ich usytuowania społecznego, tzn. manifestujące położenie społeczne. Umożliwiają zatem szeroko rozumianą społeczną lokalizację innych ludzi. Pojęcie to obejmuje nie tylko zachowania ludzkie, ale i psychofizyczne mechanizmy leżące u ich podstaw: motywacje, potrzeby, akceptowane wartości [1].

Zachowania zdrowotne są to te zachowania, które w świetle współczesnej wiedzy medycznej wywołują określone - pozytywne lub negatywne - skutki zdrowotne u osób, które je realizują. Są to zarówno reakcje na wszelkie sytuacje związane ze zdrowiem jak i nawyki oraz celowe czynności [2]. Do zachowań prozdrowotnych można zaliczyć wszelkie nawyki i czynności stanowiące czynniki utrwalające i polepszające zdrowie. Źródłem ich są najczęściej postawy i wartości nabyte w rodzinie oraz najbliższym środowisku społecznym. Podstawowe kategorie zachowań prozdrowotnych związane są ze zdrowiem fizycznym, psychospołecznym, prewencją zdrowotną i unikaniem zachowań ryzykownych, szkodliwych [3]. Ważne jest zwrócenie uwagi na to, że człowieka ujmuje się jako całość bio-psycho-społeczną, a każdy aspekt wpływa nierozerwalnie na całość ludzkiego funkcjonowania, w tym na przykład na jego zdrowie. Typowe zachowania prozdrowotne to: aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, hartowanie, dbanie o ciało i jego higienę, unikanie stresu jak i jego niepowodowanie, przestrzeganie zasad bezpieczeństwa w szkole, pracy, życiu codziennym i ruchu drogowym, unikanie ryzykownych zachowań seksualnych, niepalenie tytoniu, ograniczone używanie alkoholu i niezażywanie substancji psychoaktywnych [4]. Niektórzy badacze dodają do tego wizyty kontrolne u lekarzy i samokontrolę [5]. Zachowania antyzdrowotne to te zachowania człowieka, które w sposób bezpośredni lub pośredni wpływają na pogorszenie jego stanu zdrowia. Nie są podejmowane świadomie w celu samozniszczenia, ale taki mają skutek (choć niektóre są tylko wynikiem złych nawyków lub przyzwyczajeń nabywanych podczas procesów wychowania i socjalizacji) [6].

Pojęcie poczucia koherencji jest stosowane przede wszystkim w psychologii zdrowia, jako nazwa czynnika prewencyjnego dla zachowania zdrowia. Koherencja wewnętrzna to spójność, jednorodność spoistość zjawisk, procesów, poglądów itp. [7].Poczucie koherencji składa się ze zdolności zrozumienia wydarzeń, poczucia zaradności i poczucia sensowności podejmowania zaangażowania

i kreowania własnego życia. Można wyróżnić następujące składowe koherencji: poczucie koherencji, poczucie zrozumiałości, poczucie zaradności; sterowalności, poczucie sensowności [8].

Celem pracy było analiza wpływu wieku studentów kierunku pielęgniarstwo na kształtowanie się ich nawyków zdrowotnych i nastawienia psychicznego.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone wśród studentów studiów pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, metodę szacowania oraz technikę ankietowania i technikę skali szacunkowej. Narzędziem badawczym był kwestionariusz Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) składający się z 24 pytań. Uzupełniony on został o autorską metryczkę z danymi socjodemograficznymi respondentów. IZZ zakupiono w Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Kwestionariusz obejmował zagadnienia związane z zachowaniami zdrowotnymi m.in. takimi jak: unikanie palenia tytoniu, przeziębień, jedzenie owoców i warzyw, spożywanie pełnoziarnistego pieczywa, preferowanie odpowiedniej ilości wypoczynku, snu, posiadanie przyjaciół, unikanie silnych emocji stresów [9].

Badania przeprowadzono wśród 43 studentów pierwszego roku studiów na kierunku pielęgniarstwo (studia pierwszego stopnia) w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej we Włocławku. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy.

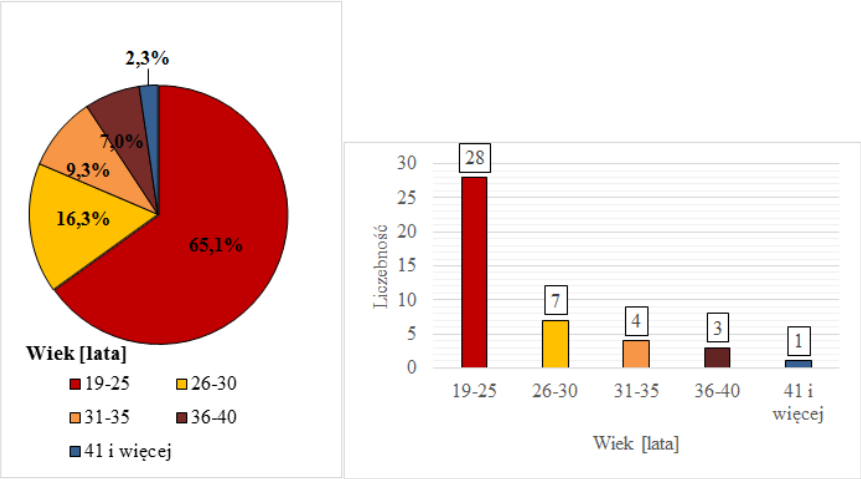
Opracowanie wyników badań z wykorzystaniem arkusza kalkulacyjnego przebiegało w kliku etapach. W pierwszym nastąpiła weryfikacja zebranych ankiet pod kątem kompletności oraz właściwego wypełnienia kwestionariuszy. Spośród rozprowadzonych 48 ankiet wyczerpujący materiał otrzymano od 43 osób. Z tego powodu do dalszych obliczeń wzięto pod uwagę tylko

43 kwestionariusze z kompletnymi odpowiedziami. Wskaźnik efektywności uzyskania danych wyniósł 89,6%.

Następnie przeanalizowano grupę badanych na podstawie zmiennych socjodemograficznych. W kolejnym etapie w celu dokładniejszej analizy cech mających wpływ na zachowania prozdrowotne porównano informacje zebrane o respondentach z ich odpowiedziami udzielonymi w kwestionariuszu IZZ. Dane przedstawiono w postaci tabel i wykresów. Na tej podstawie dokonano analizy statystycznej z wykorzystaniem liczebności respondentów, udziału procentowego, sumarycznej liczby punktów i średniej liczby punktów udzielonych na dane pytanie z uwzględnieniem zmiennych socjodemograficznych. Ostatnim etapem badania była analiza merytoryczna i interpretacja uzyskanych wyników.

Respondenci zostali podzieleni na pięć przedziałów wiekowych: 19–25, 26–30, 31–35, 36–40, 41 i więcej. W grupie badanych zdecydowaną większość stanowili studenci w przedziale wiekowym 19–25 lat (65,1%). Najmniejszą grupę tworzyli respondenci powyżej 41 roku życia (2,3%).

W badaniach wzięło udział 28 studentów z przedziału wiekowego 19-25 lat (65,1% badanych), 26–30 lat – 7 studentów (16,3%), 31-35 lat – 4 studentów (9,3%), 36-40 lat – 3 studentów (7,0%) oraz 41 i więcej – 1 student (2,3%). Rozkład próby ze względu na płeć przedstawiono na rycinie 1.



Rycina 1. Charakterystyka badanych ze względu na wiek.
Źródło: wynik badań własnych.

Wyniki

Zaprezentowane w opracowaniu wyniki wskazują na preferencje studentów w zakresie zachowań zdrowotnych, które kształtują obraz stylu życia.

Tabela 1 przedstawia charakterystykę zachowań zdrowotnych studentów w zakresie nastawienia psychicznego i nawyków prozdrowotnych ze względu na ich wiek.

Tabela 1. Nastawienie psychiczne i nawyki prozdrowotne badanych ze względu na wiek.

Lp.	Pytanie	Sumaryczna 1.pkt za pytanie	Średnia 1. pkt za pytanie	Suma dla wieku					Średnia dla wieku				
				19-25	26-30	31-35	36-40	41 i więcej	19-25	26-30	31-35	36-40	41 i więcej
3	Poważnie traktuję wskazówki osób	147	3,42	95	27	14	9	2	3,39	3,86	3,50	3,00	2,00
7	Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco	128	2,98	82	21	12	9	4	2,93	3,00	3,00	3,00	4,00
11	Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć	113	2,63	72	19	9	8	5	2,57	2,71	2,25	2,67	5,00
15	Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne	184	4,28	119	31	16	13	5	4,25	4,43	4,00	4,33	5,00
19	Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja	122	2,84	74	21	13	9	5	2,64	3,00	3,25	3,00	5,00
23	Myślę pozytywnie	144	3,35	74	23	14	10	5	3,29	3,29	3,50	3,33	5,00
4	Wystarczająco dużo odpoczywam	95	2,21	64	16	6	8	1	2,29	2,29	1,50	2,67	1,00
8	Unikam przepracowania	99	2,30	68	14	8	8	1	2,43	2,00	2,00	2,67	1,00
12	Kontroluję swoją wagę ciała	127	2,95	84	20	11	10	2	3,00	2,86	2,75	3,33	2,00
16	Wystarczająco dużo śpię	100	2,33	67	15	7	9	2	2,39	2,14	1,75	3,00	2,00
20	Ograniczam palenie tytoniu	179	4,16	114	25	20	15	5	4,07	3,57	5,00	5,00	5,00
24	Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego	124	2,88	80	20	11	9	4	2,86	2,86	2,75	3,00	4,00

Źródło: wynik badań własnych.

Jak wynika z danych zaprezentowanych w tabeli 1 niezależnie od wieku najwyższą liczbę punktów uzyskiwali respondenci potwierdzając preferowanie takich zachowań zdrowotnych jak: posiadanie przyjaciół i uregulowanego życia rodzinnego (184 pkt. – średnia liczba pkt. – 4,28), ograniczanie palenia (179 pkt. – średnia liczba pkt. 4,16). Najniższą liczbę punktów studenci otrzymali za wdrażanie takich zachowań zdrowotnych jak: wystarczająco długie odpoczywanie (95 pkt. – średnia liczba pkt. 2,21), unikanie przepracowania (99 pkt. – średnia liczba pkt. 2,30).

Najwyższą średnią liczbę punktów uzyskali badani z przedziału wiekowego 41 lat i więcej oraz 26–30 lat prezentując takie zachowania zdrowotne jak: „mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne", „ograniczam palenie tytoniu". Najniższą średnią liczbę punktów w tym zakresie uzyskali respondenci w wieku 31–35 lat oraz 26–30 lat.

W tabeli 2 przedstawiono średnią liczbę punktów uzyskanych przez badanych w kategorii nastawienie psychiczne.

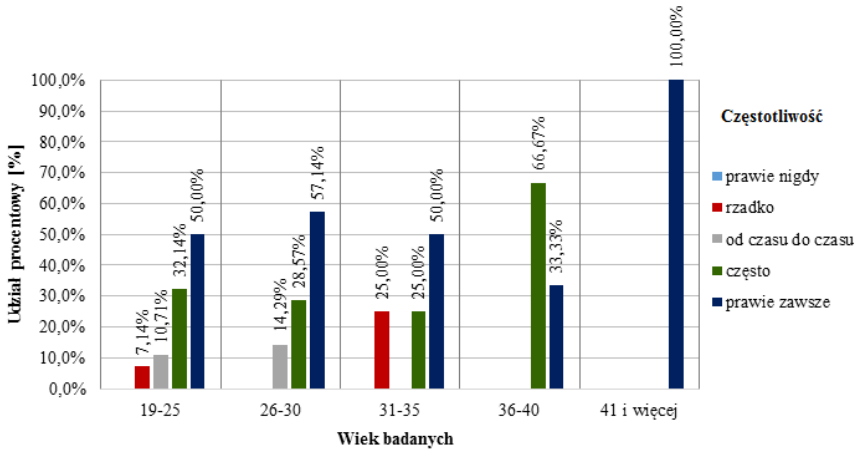
Tabela 2. Średnia liczba punktów uzyskanych przez badanych w kategorii nastawienie psychiczne.

Kategoria zachowań	Nastawienie psychiczne					
Nr pytania	3	7	11	15	19	23
Treść pytania	Poważnie traktuję wskazówki osób	Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco	Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć	Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne	Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja	Myślę pozytywnie
Wiek [lata]	Średnia liczba punktów					
19-25	3,39	2,93	2,57	4,25	2,64	3,29
26-30	3,86	3,00	2,71	4,43	3,00	3,29
31-35	3,50	3,00	2,25	4,00	3,25	3,50
36-40	3,00	3,00	2,67	4,33	3,00	3,33
41 i więcej	2,00	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00

Źródło: wynik badań własnych.

Jak wynika z tabeli 2 w kategorii nastawienie psychiczne najwyższą średnią liczbę punktów respondenci, niezależnie od wieku, uzyskali preferując takie zachowania zdrowotne jak posiadanie przyjaciół i uregulowanego życia rodzinnego. Natomiast najniższą średnią liczbę punktów studenci otrzymali za wdrażanie takich zachowań jak unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć.

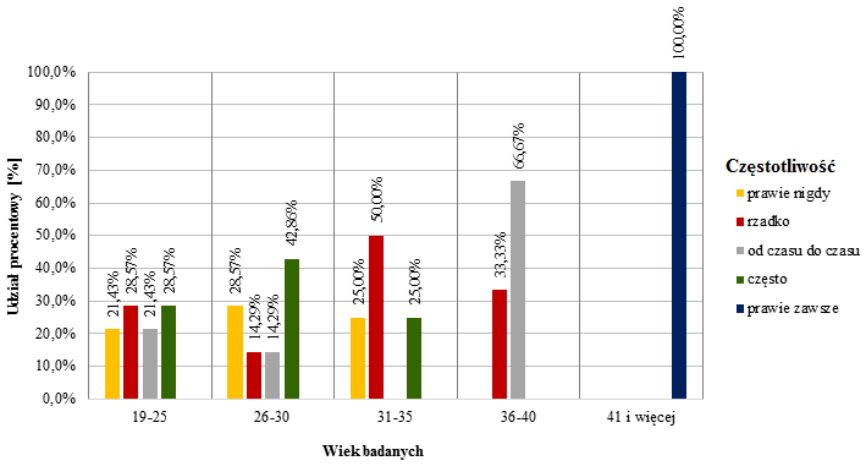
Analizę preferencji respondentów (z uwzględnieniem przedziałów wiekowych) w zakresie posiadania przyjaciół i uregulowanego życia rodzinnego przedstawia rycina 2.



Rycina 2. Posiadanie przyjaciół i uregulowanego życia rodzinnego przez badanych w zależności od ich wieku.
Źródło: wynik badań własnych.

Jak wynika z ryciny 2 największe zróżnicowanie zaobserwowano w odpowiedziach studentów w przedziale wiekowym 19–25 lat. Połowa respondentów z przedziału wiekowego 19–25 lat (50%) prawie zawsze wykazuje posiadanie przyjaciół i uregulowanego życia rodzinnego. Potwierdza to także większość studentów w wieku 26–30 lat (57,14%), z przedziału wiekowego 31–35 lat (50,0%) oraz 36–40 lat (66,67%). Najmniejszą różnorodność w odpowiedziach odnotowano u studentów w przedziale wiekowym 41 lat i więcej ze względu na bardzo małą liczebność grupy – 1 osoba (100%). Zdecydowana większość badanych niezależnie od wieku podkreśla, że prawie zawsze lub często posiada przyjaciół i uregulowane życie rodzinne.

Analizę preferencji respondentów z uwzględnieniem przedziałów wiekowych w zakresie unikania silnych emocji, stresów i napięć przez badanych przedstawia rycina 3.



Rycina 3. Unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć przez badanych w zależności od ich wieku.
Źródło: wynik badań własnych.

W przedziale wiekowym 19–25 lat studenci rzadko (28,57%) lub często (28,57%) unikają zbyt silnych emocji, stresów i napięć. Respondenci w wieku 36–30 lat najczęściej wskazywali, że udaje to im często (42,8%) a w wieku 31–35 lat połowa badanych (50,0%) podała, że zdarza się to rzadko. Natomiast większość studentów w wieku 36–40 lat (66,67%) wskazała, że udaje się im to od czasu do czasu. Najstarszy respondent w wieku 41lat i więcej podał, że zdarza się to prawie zawsze (1 osoba – 100%). Unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć rzadko najczęściej wskazywali respondenci ze starszych grup wiekowych – po 31 roku życia. Znacznie częściej udawało się to młodszym badanym.

W tabeli 3 przedstawiono wyniki średniej liczby punktów uzyskanych przez badanych w kategorii nawyki prozdrowotne.

Tabela 3. Średnia liczba punktów uzyskanych przez badanych w kategorii nawyki prozdrowotne.

Kategoria zachowań	Nawyki prozdrowotne					
Nr pytania	4	8	12	16	20	24
Treść pytania	Wystarczająco dużo odpoczywam	Unikam przepracowania	Kontroluję swoją wagę ciała	Wystarcz-jąco dużo śpię	Ograniczam palenie tytoniu	Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego
Wiek (lata)	Średnia liczba punktów					
19-25	2,29	2,43	3	2,39	4,07	2,86
26-30	2,29	2	2,86	2,14	3,57	2,86
31-35	1,5	2	2,75	1,75	5	2,75
36-40	2,67	2,67	3,33	3	5	3
41 i więcej	1	1	2	2	5	4

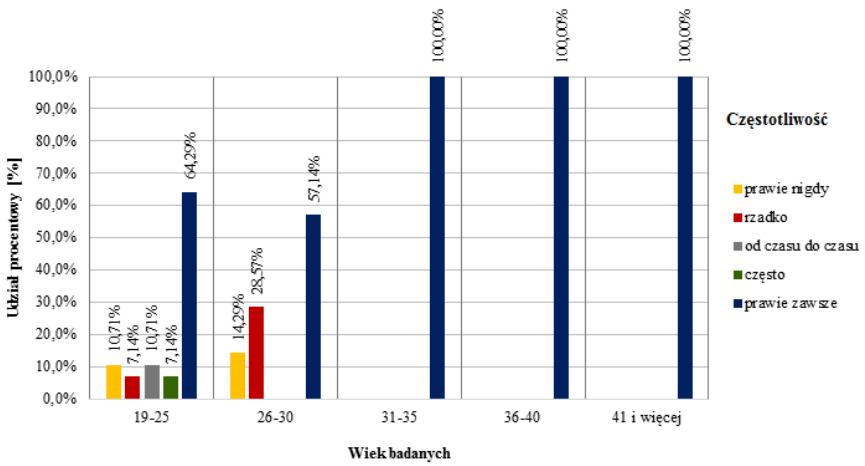
Źródło: wynik badań własnych.

Jak wynika z tabeli 3 najtrudniej było przestrzegać nawyków prozdrowotnych osobom z przedziału wieku 31–35 lat oraz 41 i więcej. Respondenci w wieku 31–35 lat uzyskiwali bowiem najniższą średnią liczbę punktów za wystarczająco długie odpoczywanie (1,5 pkt.), w tym także spanie (1,75 pkt.) oraz kontrolowanie masy ciała i unikanie nadmiernego wysiłku fizycznego (po 2,75 pkt.). Jeden badany w wieku powyżej 41 lat także prezentował największe trudności w systematyczności stosowania powyższych nawyków prozdrowotnych.

W kategorii nawyki prozdrowotne respondenci uzyskali największą średnią liczbę punktów preferując takie zachowanie jak unikanie palenia tytoniu. Największa średnia liczba punktów w tym pytaniu wynosiła 5 i dotyczyła osób z przedziałów wiekowych: 31–35 lat, 36–40 lat oraz 41 i więcej lat.

Najmniejszą średnią liczbę punktów studenci niezależnie od wieku otrzymali za wdrażanie takich zachowań jak unikanie przepracowania oraz wystarczająco długie odpoczywanie i sen. Najmniejszą średnią liczbę punktów za pytanie wystarczająco długie odpoczywanie uzyskał badany w wieku powyżej 41 lat (1 pkt.) oraz 31-35 lat (1,5 pkt.). W kategorii „unikam przepracowania" najmniejsza średnia liczba punktów dotyczyła osób w wieku 31–35 lat i 26 – 30 lat (po 2 pkt.) i respondenta powyżej 41 roku życia (1 pkt.). W najmniejszym zakresie wystarczająco dużo śpią badani w z przedziału wiekowego 31-35 lat (1,75 pkt.) oraz 41 i więcej lat (2 pkt.).

Analizę preferencji respondentów z uwzględnieniem przedziałów wiekowych w zakresie ograniczenia palenia tytoniu przedstawia rycina 4.

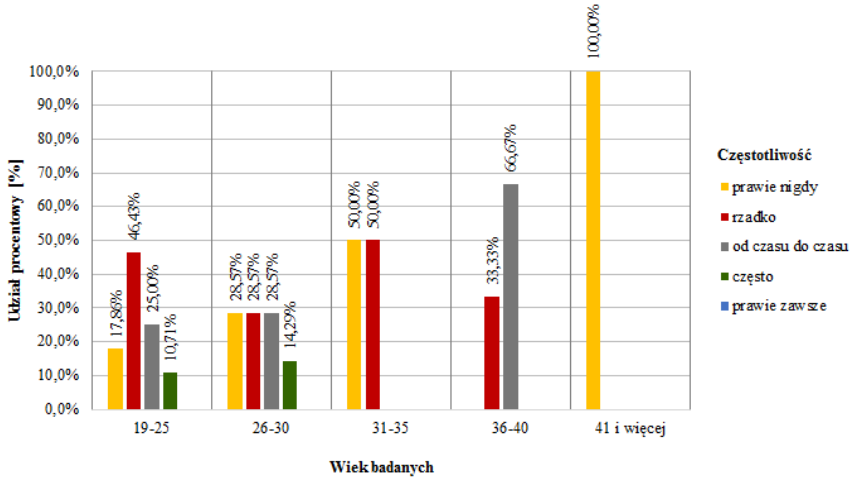


Rycina 4. Ograniczenie palenia tytoniu przez badanych w zależności od ich wieku.

Źródło: wynik badań własnych.

Jak wynika z ryciny 4 największe zróżnicowanie zaobserwowano w odpowiedziach studentów w przedziale wiekowym 19–25 lat. Studenci w tym zakresie wieku prawie zawsze ograniczają palenie tytoniu (64,29%) a zaledwie 10,71% tej grupy prawie nigdy tego nie robi. W przedziale wiekowym 26–30 lat ponad połowa studentów prawie zawsze redukuje palenie tytoniu (57,14%), prawie nigdy tego nie robi 14,29% badanych. Wszyscy respondenci (odpowiednio po 100%) w przedziałach wiekowych 31–35 lat , 36–40 lat oraz 41 i więcej (100%) deklarują, że prawie zawsze ograniczają palenie tytoniu.

Analizę preferencji respondentów z uwzględnieniem przedziałów wiekowych w zakresie wystarczająco długiego odpoczynku przedstawia rycina 5.

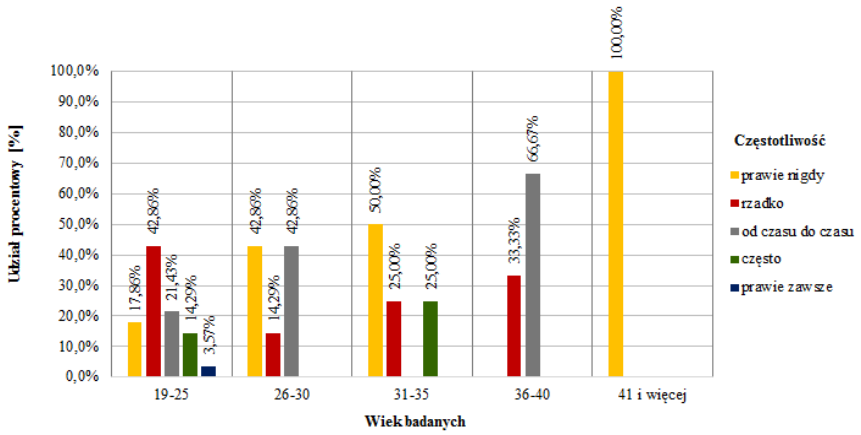


Rycina 5. Wystarczająco długi odpoczynek preferowany przez badanych w zależności od wieku.
Źródło: wynik badań własnych.

Jak wynika z ryciny 5 respondenci z przedziału wiekowego 19–5 lat najczęściej rzadko (46,43%) oraz od czasu do czasu (25,0%) wystarczająco długo odpoczywają. Prawie nigdy, rzadko oraz od czasu

do czasu wypoczywa odpowiednio długo po 28,57% studentów z przedziału wiekowego 26–30 lat a tylko 14,29% osób czyni to często. Badani w wieku powyżej 31 roku życia deklarują najczęściej kłopoty w zagwarantowaniu odpowiednio długiego wypoczynku. Lepiej radziły sobie z takim zachowaniem osoby z młodszych kategorii wiekowych.

Analizę preferencji respondentów z uwzględnieniem przedziałów wiekowych w zakresie unikania przepracowania przedstawia rycina 6.



Rycina 6. Unikanie przepracowania przez badanych w zależności od ich wieku.
Źródło: wynik badań własnych.

Jak wynika z ryciny 6 niezależnie od wieku respondenci mieli kłopoty z unikaniem przepracowania. W przedziale wiekowym 19–25 lat 42,86% studentów odpowiedziało, że rzadko unika przepracowania, a tylko zaledwie 3,57% badanych prawie zawsze się to udaje. W przedziale wiekowym 26–30 lat 42,86% respondentów prawie nigdy oraz od czasu do czasu unika przepracowania a z kolei tylko 14,29% badanych udaje się to rzadko. W przedziale wiekowym 31–35 lat prawie nigdy nie udaje się wdrożyć takiego zachowania

połowie studentów (50,0%). W przedziale wiekowym 36-40 lat od czasu do czasu aż 66,67% studentów unika przepracowania. W przedziale wiekowym 41 i więcej jeden student (100%) twierdził, że prawie nigdy unika przepracowania.

Dyskusja

Wyniki badań własnych z wykorzystaniem IZZ wskazują, że studenci kierunku pielęgniarstwo prezentują wprawdzie nieistotny statystycznie, ale zróżnicowany poziom nastawienia psychicznego jak i nawyków zdrowotnych. Ma on charakter stosunkowo satysfakcjonujący. Jest to dobry prognostyk wskazujący na dobre preferencje w zakresie nastawienia psychicznego i zdrowia osób, które w ramach działań zawodowych będą propagować zdrowy styl życia wśród odbiorców świadczeń zdrowotnych [10]. Należy podkreślić, że zachowania prozdrowotne to bardzo aktualny trend, współcześnie szeroko propagowany przez profesjonalistów systemu ochrony zdrowia, ale także media; podkreślany w realizacji programów profilaktycznych i kampanii społecznych. Wpisany jest także w politykę zdrowotną państw.

Jak wynika z badań własnych respondenci najczęściej deklarowali preferowanie takich zachowań zdrowotnych jak: posiadanie przyjaciół i uregulowanego życia rodzinnego. W najmniejszym zakresie badani radzili sobie z unikaniem zbyt silnych emocji i napięć. Szczególnie pozytywnym elementem stylu życia jest unikanie palenia tytoniu przez studentów. Świadczyć to może o świadomości konsekwencji i negatywnych skutków uzależnienia od tytoniu, który jest czynnikiem ryzyka wielu chorób przewlekłych [11].

Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych badanej grupy studentów pielęgniarstwa określa się jednak jako przeciętny. W swoich badaniach Lewko z grupą współpracowników także w podobnej ocenie ten wskaźnik zachowań określili jako niski [12]. Podobny niski poziom niektórych zachowań zdrowotnych pielęgniarek

(nieracjonalne żywienie, palenie tytoniu, występowanie nadwagi, dolegliwości psychiczne) potwierdzono w badaniach Muszalik i współautorów [13]. Analizując wyniki badań własnych zaobserwowano, że osoby w przedziale wiekowym 26-30 lat częściej prezentują zachowania antyzdrowotne np. sięganie po tytoń.

Niezależnie od wieku studenci najgorzej radzili sobie z takimi zachowaniami jak unikanie przepracowania i poświęcanie odpowiednio dużej ilości czasu na wypoczynek.

Studenci kierunku pielęgniarstwo w trakcie studiów doskonalą swoje kompetencje w zakresie promowania prawidłowych zachowań zdrowotnych. Z badań przedstawionych przez Muszalik wynika, że racjonalny tryb życia prowadzi 34,7% pielęgniarek, natomiast znała i kontrolowała źródło stresu większość osób (84,9%). Większość pielęgniarek (85,8%) deklarowała, że uzyskuje w swoim środowisku rodzinnym wsparcie psychiczne w różnych sytuacjach trudnych [13].

Badania własne wykazały, że wiek nie wpływa istotnie na różnicę w zachowaniach zdrowotnych i nastawieniu psychicznym studentów. Zasadnym jest, aby preferencje prozdrowotne dotyczyły w pierwszej kolejności ich samych, ale także rodziny i osób w najbliższym otoczeniu, jako swoistej sieci wsparcia społecznego. Zmiany preferowanych zachowań zdrowotnych są bowiem możliwe [11]. Największe zróżnicowanie w preferowanych zachowaniach zdrowotnych obserwuje się wśród najmłodszych studentów w wieku 19 -25 lat.

Przeprowadzone badania własne oraz badania innych autorów pokazują, że nastawienie psychiczne i nawyki żywieniowe są uwarunkowane wiekiem. Występuje znaczące zróżnicowanie w nastawieniu psychicznym i nawykach prozdrowotnych: obecnie są tu zarówno postawy prozdrowotne jak i zachowania w negatywny sposób wpływające na stan zdrowia studentów kierunku pielęgniarstwo. Niezbędne jest promowanie wśród nich poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie, samopoczucie i życie. Buławska wskazuje, iż zależy to od ich wiedzy, postawy oraz poziomu motywacji,

które stanowią niezbędne czynniki dla kształtowania i utrzymania zachowań sprzyjających zdrowiu [14].

Wnioski

Badania wykazały, że wiek nie wpływa istotnie na różnicę w zachowaniach zdrowotnych i nastawieniu psychicznym studentów. Największe zróżnicowanie w preferowanych zachowaniach zdrowotnych obserwuje się wśród najmłodszej grupy studentów w wieku 19 – 25 lat.

Wiek nie wpływa istotnie na różnice w nastawieniu psychicznym. Niezależnie od kategorii wiekowej badani podkreślali posiadanie przyjaciół i uregulowanego życia rodzinnego. W najmniejszym zakresie respondenci radzili sobie z unikaniem zbyt silnych emocji i napięć.

Niezależnie od wieku respondenci uzyskiwali największą liczbę punktów w kategorii zachowania zdrowotne. Najmniejsza punktacja dotyczyła badanych w przedziale wiekowym 26-30 lat, co może świadczyć o częstej prezentacji zachowań antyzdrowotnych.

Niezależnie od wieku studenci najgorzej radzili sobie z takimi zachowaniami jak unikanie przepracowania i poświęcanie odpowiednio dużo ilości czasu na wypoczynek.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Przeprowadzone badania dają możliwość wykorzystania wyników bezpośrednio w praktyce pielęgniarskiej w odniesieniu do nowych adeptów zawodu. Może to służyć redukcji zachowań antyzdrowotnych a stymulować zachowania prozdrowotne.

Bibliografia/Bibliography:

1. Siciński A. (red), Styl życia: koncepcje i propozycje. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa 1976.

2. http://interklasa.pl/portal/dokumenty/zdrowie/11.html(dostęp: 16.02.2017r.)

3. Binkowska – Bury M., Marć M., Januszewski P. Wiedza o zdrowiu a zachowania ryzykowne w środowisku młodzieży akademickiej. Medycyna Ogólna. 2010;16(XLV),1:100 – 112.

4. http://www.izz.waw.pl/pl/zasady-prawidowego-ywienia (dostęp: 17.02.2017r.)

5. Woynarowska B. Edukacja Zdrowotna. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2007.

6. Baranowicz I., Majchrowska A., Kawczyńska-Butrym.: Elementy socjologii dla pielęgniarek. Wydawnictwo Czelej. Lublin 2000.

7. Markowski A. (red), Słownik wyrazów obcych i trudnych. Wyd. WILGA. Warszawa 2003;318.

8. Heszen I., Sęk H. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2007.

9. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009.

10. Cymes M., Andrzejewska M., Nowicki M., Kałos U., Klimczak M. Nawyki żywieniowe lekarzy oraz osób z wyższym wykształceniem niemedycznym – analiza porównawcza. Endokrynol Otyłość. 2009;5(3):141-142.

11. Rasińska R., Nowakowska I. Palenie tytoniu wśród studentów – porównanie badań własnych z literaturami. Przegl Lek. 2012;69(10):888-892.

12. Lewko J., Polityńska-Lewko B., Sierakowska M., Krajewska-Kułak E. Zachowania zdrowotne wśród studentów pielęgniarstwa. Ann. Univ. Mariae. Curie. Sklodowska. (Med.) 2005;60(16,3):260–264

13. Muszalik M., Kędziora-Kornatowsk K., Marzec A., Klawe J. Analiza zachowań zdrowotnych, samooceny oraz zagro- żeń zdrowia pielęgniarek studiujących zaocznie. Probl. Hig. Epidemiol. 2007;88(3):354–359.

14. Buławska K. Wartość zdrowia a zachowania zdrowotne młodzieży. Sztuka Leczenia. 2001;7(4):57-61.

Opis przypadku/Case report

Pielęgnacja pacjenta z rurką tracheotomijną po leczeniu chirurgicznym nowotworu krtani – studium przypadku w oparciu o ICNP®

Patient care with tracheostomy tube after laryngeal cancer surgery - case study based on ICNP®

PAULA JANKOWSKA[1], MARZENA KIKOLSKA[1], DOROTA KOCHMAN[2], MARIOLA GŁOWACKA[2]

[1]Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu PWSZ w Płocku
[2] Wydział Nauk o Zdrowiu PWSZ w Płocku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2017.017
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Tracheostomia jest to przetoka miedzy tchawica a skórą, która jest wykonywana w celu utrzymania drożności dróg oddechowych. Zabieg jest wykonywany w celu udrożnienia dróg oddechowych. Najczęściej nowotwór krtani umiejscawia się w nagłośni (55%), głośni (40%) oraz jamie podgłośniowej (5%). Odmianą histopatologiczną jest rak płaskonabłonkowy. Objawami występującymi w przebiegu choroby są: narastająca chrypka, zmieniona barwa głosu, ból podczas przełykania, powiększone węzły chłonne, krwioplucie. Wymienione wyżej objawy choroby wskazują na jej wczesne stadium przez co szybko można podjąć odpowiednie leczenie.

Cel pracy. Celem opracowania jest prezentacja planu opieki wobec pacjenta z rurką tracheotomijną po leczeniu chirurgicznym nowotworu krtani wraz z odwołaniem się do terminów zaczerpniętych z ICNP®.
Prezentacja przypadku. Pacjent przyjęty do szpitala z powodu narastającej duszności, problemów z przełykaniem, chrypki oraz powiększonych węzłów chłonnych. Wykryto u pacjenta nowotwór krtani przez co mężczyzna został zakwalifikowany do całkowitej laryngektomii. Chory czuje się nieswojo w nowo zaistniałej sytuacji, nie potrafi zaakceptować zmian dotyczących swojego ciała i przystosować się do nowego funkcjonowania. Brak wiedzy oraz umiejętności pielęgnacji rurki tracheostomijnej doprowadza pacjenta do stanu depresji.
Dyskusja. Zdiagnozowanie u chorego choroby nowotworowej powoduje reakcję stresową we wszystkich jego sferach: somatycznej, poznawczej, emocjonalnej i społecznej. W sferze somatycznej stres powoduje wzrost natężenia dolegliwości. W sferze emocjonalnej reakcje stresowe nasilają się powodując apatie, przygnębienie, rozpacz oraz panikę nowo zaistniałą sytuacją. Często reakcja stresowa w płaszczyźnie społecznej wywołuje izolację, wycofanie się oraz zerwanie kontaktów z innymi ludźmi. Nasilenie się stresu zależy od stopnia zawansowania nowotworu, rokowania, lokalizacji, ogólnego stanu zdrowia oraz odpowiednich metod leczniczych. Lekarz oraz psycholog powinien udzielić wyczerpujących odpowiedzi na pytania zadane przez pacjenta bowiem zmniejsza to lęk chorych przed przyszłością.
Wnioski. Zastosowanie ICNP® w projektowaniu planu opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta z rurką tracheostomijną, umożliwi monitorowanie liczby, charakteru i jakości udzielanych świadczeń. Zastosowanie odpowiedniego planu opieki pozwoli pacjentowi na lepszą jakość życia. Rozpoznanie aktualnych problemów pielęgnacyjnych u pacjenta jest podstawą do stworzenia właściwego planu opieki nad pacjentem.

Słowa kluczowe: nowotwór krtani, rurka tracheostomijna, laryngektomia, ICNP®

Abstract:

Introduction. Tracheostomy is an operative procedure that creates a surgical airway in the cervical trachea. The most common larynx cancer is localized in the epiglottis (55%), loud (40%) and subacute (5%). Histopathological variation is squamous cell carcinoma. Symptoms that occur in the course of the disease are: increased hoarseness, altered voice color, swallowing pain, enlarged lymph nodes, hemoptysis. The symptoms mentioned above indicate that it is an early stage of the disease so that appropriate treatment can be applied quickly.

Aim. The purpose of this study is to present a care plan to a tracheotomy patient after laryngeal cancer surgery with reference to the terms taken from ICNP®.

Case study. Patient admitted to hospital due to increased dyspnoea, problems with swallowing, hoarseness and enlarged lymph nodes. The larynx cancer was diagnosed in the patient and the man was qualified for total laryngectomy. The sick feels uncomfortable in the new situation, unable to accept changes in his or her body and adapt to the new condition. Lack of knowledge and skills in the care and care of tracheostomy tubes leads the patient to depression.

Discussion. Diagnosing a patient suffering from a cancer disease causes stressful reactions in different spheres: somatic, cognitive, emotional and social. In the first somatic sphere stress increases the intensity of the ailment. In the emotional sphere, stress is exacerbated by apathy, depression, despair, and panic in the newly emerging situation. Often, social stress triggers isolation, withdrawal , and breaking relationships with other people. Stress level depends on the degree of tumor progression, prognosis, localization, general health and appropriate medicinal methods. The physician and psychologist should provide exhaustive answers to patient questions as it reduces the anxiety of patients from the future.

Conclusions. The use of ICNP® in the design of a nursing care plan for a tracheostomy tube patient will allow monitoring of the number, nature and quality of benefits provided. Applying a suitable care plan will allow the patient to have a better quality of life. Recognition of the current nursing care issues in the patient is the basis for creating a proper patient care plan.

Keywords: larynx cancer, tracheostomy tube, laryngectomy, ICNP®

Wstęp

Laryngektomia jest to zabieg polegający na częściowym lub całkowitym usunięciu krtani. Chory zostaje pozbawiony fałdów głosowych, które pozwalają przekształcić strumień wydychanego z płuc powietrza w falę dźwiękową. Istnieją różne sposoby na wyrobienie głosu oraz mowy zastępczej prze co chory nie jest pozbawiony komunikacji językowej. Leczenie ma charakter kompleksowy, oprócz leczenia chirurgicznego wdrożona jest rehabilitacja logopedyczna oraz psychoterapia. Psychoterapie należy rozpocząć w okresie przedoperacyjnym gdyż wpływa na lepszy stan psychiczny chorych i powoduje szybszy powrót do normalnego funkcjonowania. Wśród powikłań występujących w okresie pooperacyjnym zalicza się zaburzenia psychiczne. Jest to grupa zróżnicowana pod względem specyfiki zaburzeń. Najczęstszym jest zespół depresyjny u podłoża którego leży stres związany z rozpoznaniem choroby nowotworowej. Stopień nasilenia stresu zależy od odporności psychicznej chorego lecz dotyka on każdego w minimalnym stopniu. Sam pobyt w szpitalu nasila objawy depresyjne. Po zastosowanym leczeniu chory spodziewa się poprawy, a w przypadku leczenia chirurgicznego samopoczucie pacjenta bezpośrednio po operacji jest gorsze niż przed nią. Wszystkie te czynniki stymulują do ujawnienia się objawów depresji [1].

Operacje paliatywne czyli łagodzące są wykonywane u osób z nowotworem krtani w celu wydłużenia życia chorego oraz złagodzenia skutków choroby. Objawami występującymi u chorych są: duszność, uczucie przeszkody w gardle, chrypka, zmieniona barwa głosu, powiększone węzły chłonne. Wymienione wyżej objawy choroby wskazują na jej wczesne stadium przez co szybko można podjąć odpowiednie leczenie [2].

W przypadku duszności wykonuje się u chorego tracheostomię w celu udrożnienia dróg oddechowych [3]. Jest to zabieg terapeutyczny, który jest wykonywany przez lekarza oraz asystującą pielęgniarkę i jest wskazany u osób u których występują problemy z oddychaniem spowodowane niedrożnością gardła, krtani, tchawicy. Wskazaniami do tracheostomii nie nagłej są:

- przygotowanie anestezjologiczne przez poważnymi zabiegami u których będzie prowadzone kontrolowane oddychanie, przed rozległym zabiegiem w gardle oraz krtani, podczas napromieniowywania nowotworów nieoperacyjnych powodujących zwężanie się światła krtani. Wskazaniem do tracheotomii nagłej zalicza się:

-stany ostrej duszności spowodowane przez guzy nowotworowe krtani, które zwężają jej światło; ciała obce, których nie można usunąć za pomocą laryngoskopii.

- nagła duszność pochodząca z ośrodkowego układu nerwowego m.in. w chorobie Heinego- Medina oraz zatrucie z przedawkowania środków nasennych.

Do przeciwwskazań należą: wady kręgosłupa szyjnego i piersiowego, odma podskórna, krótka i gruba szyja, przerost gruczołu tarczowego oraz rozległe rany miażdżące szyi [4].

Celem pracy jest ocena radzenia sobie w życiu codziennym u osób z rurką tracheotomijną z powodu nowotworu krtani. W planowaniu opieki pielęgniarskiej odwołano się do diagnoz i interwencji z ICNP®.

Prezentacja przypadku

Pacjent B.B. lat 67 przyjęty do szpitala z powodu pacjent przyjęty do szpitala z powodu duszności, problemów z przełykaniem, powiększeniem węzłów chłonnych w obrębie szyi, z chrypką. Mężczyzna został zakwalifikowany do całkowitej laryngektomii. Wszystkie parametry życiowe są w normie. Choremu należy pomóc

w wykonywaniu czynności życia codziennego, nauczyć pielęgnacji miejsca w okolicy założenia rurki tracheotomijnej.

Arkusz indywidualnego opisu przypadku

Imię i nazwisko (inicjały): B B	
Data urodzenia: 27.04.1950	*Stan cywilny: żonaty*
Aktywność zawodowa: emeryt	*Wykonywany zawód: nie pracuje*
Data zbierania wywiadu:26.07.2017	

HISTORIA CHOROBY	*STAN OGÓLNY (podczas zbierania wywiadu)*
Rozpoznanie lekarskie:rak krtani	*Temperatura: 36,9°C*
Przyjmowane leki: zgodnie ze zleceniem lekarza	*Tętno:(liczba / napięcie / rytm)87ud/min.*
Przebyte choroby: brak	*Oddechy:40*
Pobyty w szpitalu: brak	*Ciśnienie tętnicze:*
Przebyte zabiegi operacyjne:	*Masa ciała: 65 kg*
Przebyte urazy/wypadki:	*Wzrost:176 cm*
	BMI: 20.98
	WHR:

WYWIAD RODZINNY
Członkowie rodziny:1 *Ważne wydarzenia w rodzinie – ostatnie lata: brak* *Choroby występujące w rodzinie: brak* *Hobby/ zainteresowania: sport motoryzacja* *Formy spędzania czasu wolnego: spacery* *Nałogi w rodzinie: palenie papierosów* *Błędy żywieniowe – jakościowe i ilościowe: brak*

Ograniczenia/przeciążenia psychicznego/fizyczne: brak *Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego: brak*

WYWIAD ŚRODOWISKOWY
Miejsce zamieszkania: (miasto/wieś:) miasto *Rodzaj zajmowanego lokalu mieszkalnego: mieszkanie w bloku* *Ilość zajmowanych pomieszczeń:2* *Ilość osób mieszkających wspólnie:2* *Stan higieniczno – sanitarny mieszkania: dobry* *System pracy: brak* *Ilość godzin spędzonych w pracy/szkole: brak* *Zagrożenia zdrowia* *w domu: palenie papierosów* *w pracy/szkole: brak* *Komunikacja:zaburzona* *Higiena osobista: dobra* *Aktywność fizyczna: brak* *Wydalanie:* *Odżywianie:* *Sen/zasypianie: prawidłowe*

BADANIE FIZYKALNE przeprowadzone dnia 26.07.2017 roku

Stan biologiczny podopiecznego

SKÓRA						
napięcie	temperatura	zabarwienie	wilgotność	stan higieniczny	inne objawy	stan rany pooperacyjnej* *dotyczy pacjentów po zabiegu operacyjnym
Prawidłowe	**36,9**	**Prawidłowe**	**Prawidłowe**	**Dobry**	**Brak**	

UKŁAD ODDECHOWY				
liczba oddechów	typ oddechu	kaszel	inne objawy	wyroby medyczne
40	**Przyśpieszony, głęboki**	**brak**	**brak**	**Rurka tracheotomijna**

UKŁAD KRĄŻENIA						
ciśnienie	tętno	sinica	obrzęki	duszność	inne objawy	Saturacja
mm Hg	**87 ud/min.**	**brak**	**Brak**	**Występuje**	**brak**	**Nie podlega ocenie**

UKŁAD POKARMOWY					
uzębienie	Łaknienie	stolec	Dieta	inne objawy	sposób odżywiania
Ubytki – korzysta z protezy	**Zaburzone**	**zatwardzenie**	**papkowata**	**brak**	**PEG**

UKŁAD MOCZOWY			
objętość	jakość	inne objawy	wyroby medyczne
1500ml	**1,15**	**brak**	**Brak**

UKŁAD PŁCIOWY		
cykl płciowy	inne objawy	inne cechy** dotyczy dzieci i młodzieży
Adekwatny do wieku	**Brak**	**Nie dotyczy**

UKŁAD NERWOWY			
świadomość wg skali Glasgow	niedowłady/ drżenia	mowa	inne objawy

15	**brak**	**Zaburzona**	**Brak**

NARZĄDY RUCHU					
sposób poruszania	zakres ruchów	sylwetka	inne objawy	wyroby medyczne	ryzyko upadku wg skali Tinetti
prawidłowy	**prawidłowy**	**prawidłowa**	**brak**	**brak**	**-**

NARZĄDY ZMYSŁÓW UKŁAD ENDOKRYNOLOGICZNY						
wzrok	słuch	Smak	czucie	układ hormonalny	inne objawy	wyroby medyczne
prawidłowy	**prawidłowy**	**zaburzony**	**prawidłowe**	**Bez zaburzeń**	**brak**	**Brak**

Stan psychiczny i społeczny podopiecznego

sen	nastrój	inne objawy	ocena wg skali GDS* *dotyczy seniorów
prawidłowy	**prawidłowy**	**Brak**	**Depresja łagodna - 10pkt.**

pamięć	Myślenie	stosunek do światła	nastawienie do własnej sytuacji	inne objawy	ocena funkcji poznawczych wg skal
prawidłowa	**prawidłowe**	**Prawidłowy**	**negatywne**	**brak**	**-**

Stan wiedzy i umiejętności do samoopieki i samopielęgnacji

wiedza	umiejętności	motywacja	odczuwane problemy	wydolność samoopieki/ samopielęgnacji		stan odżywiania wg skali MNA
Adekwatna do wieku	**Adekwatne do wieku**	**Obniżona**	**Brak**	**Bartel (PADL) 80 pkt**	**Lawtona (IADL) 24 pkt**	**26 pkt. – stan odżywienia dobry**

ocena ryzyka odleżyn wg skali D. Norton	natężenie odczuwalnego bólu wg skali	charakter bólu	lokalizacja	stopień odleżyn wg skaliTorrance´a
20 pkt	**-**	**-**	**-**	**-**

Kaniule

Obwodowe	Miejsce	Centralne	Miejsce
Tak	Prawe zgięcie łokciowe	brak	brak

Oszacowana Kategoria pacjenta	
II	wymaga pomocy w czynnościach z zakresu samoopieki oraz pielęgnacyjnych działań rurki tracheotomijnej

Diagnoza pielęgniarska - 67 letni pacjent po zabiegu całkowitej laryngektomii z powodu zaawansowanego raka krtani, z założoną przezskórną gastrostomią endoskopową. Wymaga edukacji w zakresie pielęgnacji rurki tracheostomijnej. Jest zaniepokojony utrzymującą się dusznością. Prezentuje negatywny stosunek wobec własnej osoby po operacji, nastrój chorego wyraźnie obniżony. Podstawowe parametry temperatura: 36,9°C, ciśnienie tętnicze krwi 130/85 mmHg, tętno 84 ud/min.

Proponowany model opieki pielęgniarskiej: Zaproponowano model D.Orem częściowo-kompensacyjny ponieważ pacjent jest logiczny, prawidłowo wykonuje polecenia. W wyniku przebytej operacji wymaga ciągłej kontroli parametrów życiowych oraz właściwej pielęgnacji rurki tracheotomijnej. Należy zwrócić uwagę na edukację chorego oraz pomoc i wsparcie w wykonywaniu podstawowych czynności z zakresu samoopieki.

Problem pielęgnacyjny	***Cel planowanych działań pielęgniarskich***	***Planowane interwencje pielęgniarskie***	***Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej***	***Ocena realizowanych działań pielęgniarskich***
Ryzyko zaburzeń w stanie odżywienia chorego	Wyeliminowanie ryzyka zaburzeń w stanie odżywienia	-Ocena stanu odżywienia chorego -Edukacja chorego na temat zasad żywienia, założeń diety - Zastosowanie żywienia poprzez przetokę odżywczą PEG -Zastosowanie diety wysokobiałkowej oraz wysokoenergetycznej	Zastosowanie odpowiedniej diety oraz metody odżywiania pozwoli na utrzymanie prawidłowej ilości przyjmowanych pokarmów.[4]	Nie doszło do zaburzeń w stanie odżywienia chorego.
Diagnoza negatywna (+ kod ICNP)	***Interwencje***			***Diagnoza pozytywna***
ryzyko zaburzonego statusu odżywienia [10037224]	zarządzanie statusem odżywienia [10036013] nauczanie o odżywianiu [10024618] nauczanie o potrzebach dietetycznych [10046533] monitorowanie odżywiania [10036032]			pozytywny status odżywienia [10025002]
Problem pielęgnacyjny	***Cel planowanych działań pielęgniarskich***	***Planowane interwencje pielęgniarskie***	***Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej***	***Ocena realizowanych działań pielęgniarskich***
Niepokój chorego związany z utrzymująca się dusznością	Zniwelowanie duszności	- Ocena charakteru i nasilenia duszności,	Planowane interwencje pielęgniarskie mają na celu	Duszność ustąpiła. Niepokój chorego zmniejszył się.

		pomiar SpO2 -Eliminacja czynników nasilających duszność -Dobór właściwej dla pacjenta pozycji ciała - Utrzymanie w sali właściwej wilgotności i temperatury - Podanie choremu tlenu na zlecenie lekarza - Podanie leków na zlecenie lekarza Pobranie krwi do badań gazometrycznych na zlecenie lekarza Zapewnie spokoju, warunków do wypoczynku	poprawę oddechu [3].	
Diagnoza negatywna (+ kod ICNP)	***Interwencje***			***Diagnoza pozytywna***
Duszność [10029433] + niepokój [10000477]	monitorowanie statusu (wydolności) oddychania [10012196] ocenianie statusu oddechowego z użyciem urządzenia monitorującego [10002799] pobieranie próbki[10004588] administrowanie lekiem [10025444] terapia tlenem [10039369] ocenianie niepokoju [10041745] zarządzanie niepokojem [10031711]			bez duszności [10029264] + zredukowany niepokój [10027858]

Problem pielęgnacyjny	*Cel planowanych działań pielęgniarskich*	*Planowane interwencje pielęgniarskie*	*Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej*	*Ocena realizowanych działań pielęgniarskich*
brak wiedzy w zakresie pielęgnacji tracheostomii.	Uzupełnie-nie deficytów wiedzy pacjenta w zakresie prawidło-wej pielęgnacji tracheosto-mii	-Ocena zakresu wiedzy chorego na temat pielęgnacji tracheostomii. - Ocena możliwości chorego w zakresie aktywnego udziału w procesie edukacji. -Edukacja pacjenta prawidłowej pielęgnacji tracheostomii tj. codzienna zmiana opatrunku wokół tracheostomii bądź w przypadku zabrudzenia po uprzednim wykonaniu oczyszczania drzewa oskrzelowego. -Motywowanie chorego do samodzielności, zapewnienie o stałym wsparciu	Planowane interwencje pielęgniarskie mają na celu naukę prawidłowej pielęgnacji miejsca założenia rurki tracheostomijnej [6].	Pacjent dysponuje wiedzą nt. prawidłowej pielęgnacji tracheotomii.
Diagnoza negatywna (+ kod ICNP)	***Interwencje***			***Diagnoza pozytywna***
brak wiedzy	ocenianie wiedzy o pielęgnacji			Adekwatna wiedza

[10000837]	rany [10046598] ocenianie gotowości do uczenia [10002781] nauczanie o pielęgnacji tracheostomii [10044888] nauczanie o pielęgnacji rany [10034961] ocenianie reakcji na nauczanie [10024279] wspieranie statusu psychologicznego[10019161] zapewnienie wsparcia emocjonalnego[10027051]			[10027112]
Problem pielęgnacyjny	***Cel planowanych działań pielęgniarskich***	***Planowane interwencje pielęgniarskie***	***Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej***	***Ocena realizowanych działań pielęgniarskich***
Depresja spowodowana zmianą wizerunku ciała po operacji.	Zminimalizowanie depresji, zaakcepto-wanie przez chorego wizerunku własnego ciała po operacji.	- Monitorwanie stanu emocjonalnego chorego -Zapewnienie kontaktu z rodziną, psychologiem, lekarzem - Zapewnienie o wsparciu. -Zachęcanie do uczęszczania na zajęcia terapeutyczne z zakresu radzenia sobie w nowo zaistniałej sytuacji. - Zachęcania do włączenia się w działania grupy wsparcia.	-Leczenie depresji przy pomocy terapii zajęciowej oraz psychologa pozwala uporać się z depresją spowodowaną problemami emocjonalnymi. Terapia pozwala znaleźć sposób na rozwiązanie problemów chorego. -Wparcie bliskich pozwala na szybszą rekonwalescencję chorego [5].	Poprawa postrzegania własnej osoby. Poprawa nastroju chorego.
Diagnoza negatywna (+ kod ICNP)	***Interwencje***			***Diagnoza pozytywna***
zaniepokojenie	ocenianie nastroju			pozytywny

wizerunkiem ciała [10001079]+ nastrój depresyjny [10022402]	depresyjnego[10026055] ocenianie wizerunku własnego [10027080] promowanie poczucia własnej wartości[10024455] kierowanie na terapię w grupie wsparcia [10024558] zapewnienie wsparcia emocjonalnego[10027051]		wizerunek własny [10027108] zmniejszony nastrój depresyjny [10027901]

Dyskusja

Obowiązkiem zarówno moralnym, jak i prawnym każdego lekarza jest wyjaśnienie pacjentowi proponowanej procedury leczniczej. W przypadku zawansowanej choroby nowotworowej jest całkowite usunięcie krtani. Pacjent powinien uzyskać adekwatną wiedzę na temat laryngektomii całkowitej, która usuwa zniszczony procesem nowotworowym generator mowy. Operacja nie pozbawia pacjenta możliwości komunikacji. W niewielkim stopniu zostaje upośledzony narząd głosu ale po odpowiedniej rehabilitacji pooperacyjnej zostaje wytworzony zastępczy generator głosowy na drodze konwencjonalnej lub z zastosowaniem przetoki głosowej[5].

Pozbawienie chorego krtani wywołuje przygnębienie, rozpacz, smutek z nowo zaistniałą sytuacją. Operacja pozostawia po sobie ślad w postaci tracheotomii i rurki tracheotomijnej. Osoba po usunięciu krtani powinna skorzystać z oferowanej pomocy i aktywnie włączyć się do pracy w stowarzyszeniu [5].

Szereg autorów przedstawia swoje badania, które wskazują na lepszą jakość życia pacjentów z rurką tracheotomijną względem osób u których stosowana była przedłużoną intubacja. Zaznacza się lepszą jakość komunikowania się, żywienie doustne jak i swobodny zakres ruchów. Ponadto podkreśla się efektywniejszą toaletę dróg oddechowych oraz rehabilitację oddechową u chorych. Goldenberg

podzielił powikłania na okołooperacyjne, wczesne pooperacyjne i późne. Do pierwszej grupy zaliczono: krwawienie, hipoksję, uszkodzenie nerwów krtaniowych wstecznych, przełyku,; wczesne pooperacyjne to: krwawienie (1-37%), odma opłucnowa i śródpiersiowa, odma podskórna, zakażenie rany. Do trzeciej grupy powikłań należą: ziarninowanie, zwężenie, przetoka tchawiczo - tętnicza (0,07%), przetoka przełykowo - tchawicza i tchawiczo - skórna [6].

Postępowanie w przypadku nowotworów krtani opiera się na monoterapii lub terapii skojarzonej, w zależności od rozległości nowotworu. Wybór metody leczenia czyli chirurgia, radioterapia, chemioterapia lub łączenie powyższych metod zależy od stopnia zaawansowania procesu nowotworowego. Chemioterapia indukcyjna obejmowała cisplatynę podawaną dożylnie w dawce 100 mg na metr kwadratowy powierzchni ciała w dniu 1, a fluorouracyl w dawce 1000 mg na metr kwadratowy co 24 godziny przez ciągłą infuzję dożylną przez 120 godzin, co trzy tygodnie na dwa kursy. Pacjenci poddawali ocenie przez pośrednią laryngoskopię i obrazowanie CT szyi. Jeśli badania wykazały całkowitą lub częściową odpowiedź guza pierwotnego oraz nie wystąpiła progresja w szyi, podano trzeci etap cisplatyny i fluorouracylu, a następnie zastosowano radioterapię. Pacjenci z mniejszym odcinkiem nowotworu pierwotnego lub z progresją w szyi poddawani są laryngektomii, a następnie stosowana jest u nich radioterapia adiuwantowa. Radioterapia z jednoczesną cisplatyną powinna być uważana jako pierwsza za standardową opiekę nad pacjentami z nowotworem krtani, u których nowotwór należy do kategorii chorób badanych w tym badaniu, a laryngektomia powinna być wykonywana jedynie jako terapia ratunkowa. Naukowcy uważają, że u większości pacjentów z rakiem krtani, choroba może być leczona bez podstawowego podejścia chirurgicznego [7].

Wnioski

1. Największe ryzyko powikłań pooperacyjnych po zabiegu laryngektomii dotyczy układu oddechowego oraz obniżenia nastroju chorego. Wskazany jest wzmożone monitorowanie stanu pacjenta.
2. Pielęgnacja skóry wokół rurki tracheostomijnej powinna odbywać się dwa razy dziennie (rano i wieczorem), co zapobiega wystąpieniu zakażenia.
3. W edukacji chorego w ramach przygotowania do samoopieki należy zwrócić uwagę na: ćwiczenia oddechowe, usuwanie wydzieliny z dróg oddechowych, nawilżanie dróg oddechowych, pielęgnację tracheostomii.

Bibliografia/Bibliography:

1. Wójtowicz P. Leczenie zwężeń części podgłośniowej krtani i szyjnej części tchawicy. Praca doktorska. Klinika Otolaryngologii Oddziału Stomatologii AM, Warszawa 2000.

2. Koper A. Pielęgniarstwo onkologiczne. Podręcznik dla studium medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012: 160-173.

3. Noszczyk W. Chirurgia. Repetytorium. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013: 90-300.

4. Ścisło L., Walewska E.2012. Procedury pielęgniarskie w chirurgii. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012: 347-353.

5. Studzińska K., Obrębowski A., Wiskirska - Woźnica B., Obrębowska Z. Problemy psychologiczne w rehabilitacji chorych po operacjach

całkowitego usunięcia krtani. Polski Przegląd Otorynolaryngologiczny 2012; 1(2): 124:128.

6. Gronkiewicz Z i wsp.. Przedłużona intubacja i tracheotomia w etiologii zwężeń krtani i tchawicy. Otorynolaryngologia. 2015; 14(3): 117-126.

7. Forastiere A.A. and all. Concurrent chemotherapy and radiotherapy for organ preservation in advanced laryngeal cancer. The New England Journal of Medicine. 2003; November 27, 349 (22): 2091-2098.

Artykuły poglądowe/Review

Małoinwazyjne metody w leczeniu przewlekłych dolegliwości bólowych kręgosłupa - udział pielęgniarki w zwalczaniu bólu

Minimally -invasive methods for the treatment of chronic spinal pain - participation of the nurse in fighting pain

ANNA RASZKA[1,3], AGNIESZKA KRÓLIKOWSKA[1], ANNA ANTCZAK-KOMOTERSKA[2,3]

[1]10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Bydgoszczy
[2] Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku, Instytut Nauk o Zdrowiu
[3] Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego CM w Bydgoszczy UMK w Toruniu, Studia doktoranckie

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2017.018
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:

Przewlekłe zespoły bólowe kręgosłupa w znacznej części wynikają ze zmian przeciążeniowo-zwyrodnieniowych. Przyczyną powstałego procesu są zarówno uwarunkowania genetyczne, anatomiczne jak również cywilizacyjne. Występowanie dolegliwości bólowych ma tendencje do zwiększania się szczególnie u osób w 4 i 5 dekadzie życia będąc jednocześnie najczęstszą przyczyną bólu kręgosłupa. Powstały proces patologicznych zmian w obrębie kręgosłupa ma charakter postępujący, jest przyczyną występowania zaburzeń zarówno w sferze fizjologicznej, psychologicznej jak i społecznej powodując zmniejszenie wydolności funkcjonalnej pacjentów, wycofanie się z pełnionych do tej pory ról społecznych i poczucie bezradności w postępującym bólu. Przewlekłe zespoły bólowe kręgosłupa lędźwiowego powstałe na tle zmian przeciążeniowo-zwyrodnieniowych są wskazaniem do zastosowania małoinwazyjnych procedur neurochirurgicznych, dzięki którym można uzyskać poprawę komfortu oraz wydolności funkcjonalnej pacjentów.

Artykuł ma na celu przedstawienie leczenia przewlekłych zespołów bólowych za pomocą termolezji lędźwiowej jako skutecznej metody mającej wpływ na zmniejszenie tych przykrych dolegliwości jakimi są bóle kręgosłupa oraz udziału pielęgniarki w zwalczaniu dolegliwości bólowych.

Słowa kluczowe: termolezja, kręgosłup lędźwiowy, ból, pielęgniarka, opieka

Abstract:

Chronic spine pain syndromes most often result from strain-degenerative changes. They are caused by genetic factors, anatomic condition as well as civilization changes . Pain is more severe among people in 4th and 5th decade of life and is the most frequent cause of spinal pain.

Pathological changes in the spine result in physiological , psychological and social disorders leading to reduced funcional capacity of patients , withdrawal from social roles and the feeling of helplessness in pain. Chronic pain syndromes of the lumbar spine relating to strain-degenerative changes indicate the application of minimally -invasive neurosurgical procedures, which will make it possible to improve patients' comfort and funcional capacity.

The article aims to disucss the teratment of chronic pain syndromes with the help of lumbar thermocoagulation as the effective method in reducing spinal pain together with nursing intervention in pain relief.

Key Words: thermocoagulation , lumbar spine, pain, nursing care

Wstęp

Przewlekłe dolegliwości bólowe kręgosłupa w większości przypadków spowodowane są zmianami zwyrodnieniowymi i przeciążeniowymi, na które mają wpływ uwarunkowania cywilizacyjne, czynniki genetyczne, styl życia, typ budowy kręgosłupa czy też właściwości tkanki łącznej. Kręgosłup człowieka jako centralna oś ciała pełni funkcję podporową. Krążki międzykręgowe pracują nieustannie wykonując największą pracę w pozycji siedzącej i stojącej, gdzie dźwigają masę tułowia, głowy, kończyn górnych jakże często pomnożone przez niewłaściwie podnoszone ciężary.

Nieustanna praca jaką wykonuje kręgosłup powoduje, iż krążek międzykręgowy poddawany jest ciągłym naciskom, obciążeniom i urazom działającym na różnych płaszczyznach, pod wpływem których ulega on ciągłej degeneracji, zmniejszeniu ulega jego uwodnienie, co w konsekwencji powoduje zaburzenia w prawidłowym jego funkcjonowaniu prowadząc do zmian zwyrodnieniowych.

Zbliżając się do podstawy kręgosłupa obciążenia mają tendencje do zwiększania się powodując największą ich kumulację w dolnym jego odcinku. Dotknięty procesem zmian przeciążeniowo-zwyrodnieniowych kręgosłup lędźwiowy jest jednym z najczęstszych źródeł bólu [1-3]. Kumulacja szeregu mikrourazów i ciągłych obciążeń skutkuje tym, iż powstały proces ma najczęściej charakter postępujący doprowadzając do szeregu zmian patologicznych. Anatomiczne struktury składowe kręgosłupa a przede wszystkim tylny schemat kręgowy są bardzo bogato unerwione, więc jakiekolwiek patologiczne zmiany powodują podrażnienie receptorów nocyceptywnych zakończeń nerwowych a tym samym wystąpienie szeregu objawów takich jak dolegliwości bólowe, deficyty neurologiczne np. mrowienia, drętwienia, zaburzenia czucia [4,5].

Nawroty dolegliwości bólowych i jakże olbrzymia kaskada związanych z nim negatywnych skutków przyczynia się do pogorszenia wydolności organizmu, wystąpienia deficytów w zakresie samoopieki i samopielęgnacji, a w konsekwencji do niepełnej sprawności, ograniczenia wydolności funkcjonalnej i pełnienia ról społecznych. Zazwyczaj początkowym etapem terapii bólu kręgosłupa jest leczenie zachowawcze mające na celu złagodzenie dolegliwości oraz zminimalizowanie dyskomfortu, które zazwyczaj jest skuteczne tylko przez pewien okres czasu [6,7].

Ze względu na duże cierpienie i zmiany dotyczące wszystkich aspektów życia pacjentów z bólem przewlekłym, ból taki wymaga kompleksowego i wielokierunkowego

postępowania. W przypadku braku poprawy leczenia zachowawczego (farmakoterapia, fizykoterapia) wiążącego się z niemożnością codziennego funkcjonowania rozważa się ewentualność zastosowania procedur neurochirurgicznych [8,9].

W przypadku, gdy występują przeciwwskazania do wykonania klasycznego zabiegu neurochirurgicznego lub nie ma wystarczających wskazań do jego wykonania rozważa się wykonanie małoinwazyjnych i nowoczesnych metod zwalczania przewlekłego bólu kręgosłupa jakimi są zabiegi termolezji. Wskazaniem do jej zastosowania są przewlekłe dolegliwości bólowe kręgosłupa w przebiegu zmian przeciążeniowo-zwyrodnieniowych stawów międzywyrostkowych kręgosłupa.

Przegląd literatury

Nawracające, uporczywe i przewlekłe dolegliwości bólowe kręgosłupa są problemem XXI wieku. Dolegliwości dotyczą sporej części osób w wieku produkcyjnym. Częstość występowania tych dolegliwości wzrasta u ludzi po 40 roku życia. Na podstawie badań socjodemograficznych stwierdzono, iż na przewlekły zespół bólowy kręgosłupa cierpi 38–74% mężczyzn oraz 14–23% kobiet. Mechanizmy powstawania bólu przewlekłego są przyczyną wystąpienia szeregu objawów somatycznych oraz problemów zarówno na płaszczyźnie fizjologicznej, psychologicznej jak i społecznej powodując przewlekłe dolegliwości bólowe kręgosłupa oraz obniżenie wydolności funkcjonalnej pacjentów [10-12]. Podejmując działania w zakresie zwalczania przewlekłych dolegliwości bólowych kręgosłupa lędźwiowego trzeba mieć na uwadze szerokie i wieloaspektowe postępowanie zarówno na etapie leczenia zachowawczego, psychoterapii czy programów rehabilitacyjnych ale również nowoczesnych technik. Zastosowanie termolezji jest małoinwazyjną i skuteczną metodą zwalczania dolegliwości bólowych kręgosłupa.

Przeprowadzone badania w latach 2009-2011roku w Poradni Leczenia Bólu w Warszawie potwierdziły skuteczność zabiegu termolezji jako metody leczenia bólu przewlekłego. Pozytywny efekt zabiegu zaobserwowano u zdecydowanej większości badanych pacjentów. Na podstawie analizy piśmiennictwa wywnioskowano, iż poprawnie zastosowana technika zabiegu termolezji lędźwiowej ma przewagę nad innymi metodami neurodestrukcji stosowanymi w zwalczaniu dolegliwości bólowych [13].

Pozytywne wyniki zabiegu termolezji uzyskano również u pacjentów z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa w odcinku szyjnym oraz piersiowym, u których miejscem powstawania dolegliwości są zmiany zwyrodnieniowe stawów międzywyrostkowych kręgosłupa.

Wstępne badania, które przeprowadzono w Klinice Neurochirurgii w 10 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką w Bydgoszczy w 2015 roku obejmowały 30 osobową grupę pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu termolezji stawów międzykręgowych w odcinku lędźwiowym. U badanych respondentów oceniano poziom odczuwanych dolegliwości bólowych z użyciem skali analogowo-wzrokowej VAS (*Visual Analogue Scale*) oraz jakość życia za pomocą kwestionariusza niesprawności Oswestry

Disability Questionaire (ODQ) w okresie przed zabiegiem oraz w pierwszym dniu po zabiegu, po pierwszym miesiącu, trzech miesiącach i po pół roku [14].

Na podstawie analizy przeprowadzonych badań stwierdzono zmniejszenie nasilenia odczuwanego bólu i niesprawności utrzymujące się zarówno w okresie wczesnym jak i późnym po wykonanym zabiegu termolezji lędźwiowej. Wywnioskowano, iż termolezja lędźwiowa jest skuteczną metodą leczenia bólu lędźwiowego pochodzenia stawowego oraz zmniejsza niepełnosprawność pacjentów w okresie wczesnym oraz późnym.

Według analizy piśmiennictwa ta małoinwazyjna metoda charakteryzuje się wysoką skutecznością (ok.70%) u większości leczonych pacjentów. Zabiegi neurodestrukcyjne mają również szerokie zastosowanie w leczeniu skojarzonym u chorych z bólem neuropatycznym. Wielokierunkowa terapia u chorych z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi, o której wspomina J. Dobrogowski nawiązuje do konieczności oraz skuteczności stosowania zarówno programów rehabilitacyjnych jaki i metod neurodestrukcyjnych, których celem jest redukcja przykrych doznań bólowych i jakże oczekiwana przez pacjentów poprawa jakości życia [15-17].

Badania kliniczne, których celem była ocena skuteczności zabiegu termolezji wykonywanej u pacjentów z neuralgią nerwu trójdzielnego opornych na leczenie farmakologiczne dowiodły, iż u 72,31% badanych efekt leczenia był dobry i bardzo dobry, natomiast u pozostałych chorych nie udało się uzyskać zmniejszenia dolegliwości [18].

Bardzo dobre efekty leczenia metodą termolezji zaobserwowano w obserwacjach przeprowadzonych przez Ruiz-Lopez i Erdine. Autorzy opisali skuteczność zabiegu termolezji u zdecydowanej większości leczonych. 98% pacjentów odczuło zmniejszenie dolegliwości bólowych. Nawroty dolegliwości zaobserwowano u 15% pacjentów po upływie 5 lat natomiast u 20% po 9 latach od wykonania zabiegu [19].

Zabiegi termolezji znalazły szerokie zastosowanie również u pacjentów z zespołami bólowymi głowy. Zauważono również pozytywne wyniki terapii oraz zmniejszenie dolegliwości w przypadku neuralgii nerwu trójdzielnego. Długotrwały efekt leczenia neuralgii nerwu trójdzielnego za pomocą małoinwazyjnej metody jaką jest termolezja zaobserwowano w badaniach przeprowadzonych przez Yoon i wsp. Skuteczność odległych wyników potwierdzono u osób, których nie poddawano innym procedurom inwazyjnym [20].

Realizując proces pielęgnowania wobec pacjenta z zespołem bólowym kręgosłupa w okresie okołooperacyjnym rola pielęgniarki jest znacząca ponieważ spędzając najwięcej czasu przy chorym mają możliwość zarówno prowadzenia wnikliwej obserwacji, jak również podejmowania skutecznych działań mających na celu rozpoznanie i zmniejszenie dolegliwości. Opiekując się pacjentem z zespołem bólowym należy pamiętać, że ból będąc subiektywnym doznaniem jest trudnym parametrem od oceny. Dla jednego pacjenta pewien poziom odczuwanego bólu może być odbierany przez innego pacjenta jako ból nie do zniesienia. Bardzo ważna w tym czasie jest czujność, identyfikacja pacjenta cierpiącego oraz obserwacja jego stanu, a czego brak może przyczynić się do przeoczenia

niepokojących dolegliwości i objawów, co w konsekwencji łączy się z nieodwracalnymi negatywnymi skutkami zarówno dla zdrowia jak i życia pacjenta.

Wnikliwa i dokładna obserwacja (również pozawerbalna) jest pomocna w rozpoznawaniu bólu np. u pacjentów nieśmiałych, zamkniętych w sobie i przygnębionych nową sytuacją, tych którzy niechętnie dzielą się swoimi odczuciami.

Najważniejszym a jednocześnie podstawowym elementem zwalczania bólu jest jego dokładny pomiar zarówno w spoczynku jak i podczas wykonywania czynności ruchowych za pomocą znanych i dostępnych skal oraz konieczność prowadzenia dokumentacji tego parametru, który jako piąty parametr życiowy zasługuje na uwagę.

Dzięki doskonałej współpracy całego zespołu terapeutycznego możliwe staje się całkowite wyeliminowanie bólu w okresie okołooperacyjnym z wykorzystaniem aktualnego stanu wiedzy, dostępnych metod oraz leków przeciwbólowych.

Podejmowanie tych czynności jest nierozłącznym elementem procesu terapeutycznego ponieważ nie możemy mówić o skutecznym uśmierzaniu bólu, jeżeli nie kontrolujemy jego natężenia czy też zmian tego parametru pod wpływem podawanych leków lub zastosowania innych działań terapeutycznych. Kontrola stopnia natężenia odczuwanego bólu przez pacjenta oraz efekt działania przeciwbólowego powinien odbywać przez całą dobę natomiast ocena natężenia bólu w tym okresie powinna obejmować również reakcję pacjenta na zaleconą terapię.

Prowadzenie przez pielęgniarkę dokładnej i zwięzłej dokumentacji leczenia bólu (*Pain Management Documentation - PMD*) jest zasadniczym elementem podejmowanych zadań wobec pacjenta i w wielu wypadkach jest jedyny obiektywnym miernikiem udzielonych mu świadczeń medycznych. Stanowi bowiem kluczowy wskaźnik w zapewnieniu wysokiej jakości opieki szczególnie w okresie okołooperacyjnym. Dokumentacja leczenia bólu jest bardzo użyteczny narzędziem koniecznym do wzajemnego komunikowania się lekarzy i pielęgniarek między sobą, którego celem jest zapewnienie ciągłości leczenia oraz zindywidualizowanie terapii wobec pacjenta i wykorzystanie uzyskanych informacji z pomiarów w procesie leczenia.

Udział pielęgniarki w farmakoterapii jest również istotny w okresie okołooperacyjnym. Ponieważ ból nieprawidłowo leczony jest przyczyną wielu powikłań pooperacyjnych i przedłużenia się pobytu pacjenta w szpitalu a tym samym dłuższego powrotu do zdrowia oraz obniżenia jakości jego życia. Zalecane leki powinny być podawane zgodnie z pisemnym zleceniem lekarskim w odpowiednich i regularnych odstępach czasu, gdzie dawka leku jest indywidualnie dobrana i dostosowana do stopnia natężenia bólu, a które wystarczyłyby żeby zapewnić możliwie najdłuższy okres bezbólowy [21,22]. Edukacja pacjenta w okresie okołooperacyjnym przyczyni się do redukcji stresu, a jego obniżony poziom wpłynie na skuteczniejsze oraz krótsze leczenie przeciwbólowe.

Podsumowanie

Wielowymiarowy charakter przewlekłych zespołów bólowych powinien być leczony wielodyscyplinarnie, natomiast skuteczne jego zwalczanie będzie miało miejsce wówczas, gdy będziemy opierać się na zrozumieniu wszystkich komponentów składowych bólu takich jak jego anatomia, fizjologia czy też psychologia. Wówczas możemy prawidłowo ocenić stan funkcjonalny pacjenta.

Zwalczanie przewlekłych dolegliwości bólowych kręgosłupa uznane jako podstawowe prawo pacjenta powinno być leczone zarówno we właściwy sposób jak i we właściwym czasie.

W związku z wydłużającym się wiekiem społeczeństwa przybywa pacjentów z uciążliwymi objawami przewlekłego zespołu bólowego kręgosłupa. Ból jako czynnik ograniczający samodzielność jest ważnym elementem mającym wpływ na wydolność funkcjonalną pacjentów. Zasadne jest bowiem podejmowanie działań mających na celu monitorowanie i ocenę jego natężenia, jak również udział w czynnościach oraz zabiegach mających na celu wyeliminowanie, uśmierzenie lub chociażby zminimalizowanie tego przykrego doznania, czego konsekwencją jest poprawa jakości życia pacjentów. Zarówno skuteczność małoinwazyjnych zabiegów jak i profesjonalna opieka pielęgniarska odnajdują swoje uzasadnienie w zwalczaniu przewlekłych dolegliwości bólowych kręgosłupa.

Bibliografia/Bibliography:

1. Janiszewski R., Nowakowska A. Patomechanizm bólów krzyża. Medycyna Manualna 2001;1-2:10-13.

2. Żytkowski A., Sosnowski S., Wrodycka B. Etiopatogeneza choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. Polski Merkuriusz Lekarski. 2006;XXI(125): 498-501.

3. Wordliczek J., Dobrogowski J. Patofizjologia bólu pooperacyjnego. Przegl. Lek. 2000; 57:201-210.

4. Domżał T.M. Bóle krzyża. Przew. Lek. 2001;4:104–110.

5. Morton M. Zespoły bólowe kręgosłupa. Przew. Lek. 2008;11:45–52.

6. Ortenburger D., Stawiarska-Lietzau M. Psychologiczne i medyczne aspekty bólu oraz uwarunkowania jego terapii. WSP, Częstochowa 2000;377-386.

7. Krasuski M. Algorytm postępowania diagnostyczno-leczniczego w zespołach bólowych kręgosłupa. Rehabilitacja Medyczna 2005:9(3):19-25.

8. Wordliczek J., Dobrogowski J. Leczenie bólu. Wydawnictwa Lekarskie PZWL. Warszawa 2007;271–283.

9. Dobrogowski J., Wordliczek J. Medycyna bólu. Wydawnictwo lekarskie PZWL. Warszawa 2004;283–293

10. Golec A, Dobrogowski J, Kocot M. Psychologiczne aspekty bólu pooperacyjnego. Przegl Lek 2000;57.

11. Dziak A. Bóle i dysfunkcje kręgosłupa. Medicina Sportiva. Kraków 2007; 403–414.

12. Styczyński T. Postępy w leczeniu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. Reumatologia. 2013;51,6:429-436.

13. Malec-Milewska M., Kolęda I., Sękowska A., Kucia H., Kosson D.. Zastosowanie termolezji w leczeniu bólu przewlekłego opornego na farmakoterapię. Postępy Nauk Medycznych. 5/2014;317-322.

14. Raszka A., Waliszewska R., Sokal P., Zieliński P., Harat M. Quality of Life In Patients after Lumbar Thermolesion. The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing 2016:5(2);76-80.

15. Dobrogowski J. Niefarmakologiczne metody leczenia bólu. Polski Przegląd Neurologiczny 2007:3(4);272-278.

16. Waldman S.D. (red.). Pain management. Saunders Elsevier. Philadelphia 2006;1281–1293.

17. Sluijter M.E. Radiofrequency. Część 1. Flivo Press SA, Meggen 2001;105–171.

18. Przeklasa-Muszyńska A., Dobrogowski J., Wordliczek J. Estimation of therapeutic value of radiofrequency lesion of Gasserian ganglion with an addition of pentoxyphilline and methylprednisolone. Polska Medycyna Paliatywna. 2006:5(1);14–20.

19. Ruiz Lopez W.S.P., Erdine S. Treatment of craniofacial pain with radiofrequency procedures. Pain Practice. 2002;2:206–213.

20. Yoon K.B., Wiles J.R., Miles J.B., Nurmikko T.J. Long termoutcome of percutaneous thermocoagulation for trigeminal neuralgia. Anaesthesia 1999;54:803–808.

21. Świerkot J. Bóle krzyża - etiologia, diagnostyka i leczenie. Przew. Lek. 2006;9:86–98.

22. Ostrzyżek A. Jakość życia w chorobach przewlekłych. Problemy Higieny i Epidemiologii. 2008:89(4);467-470.