Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

2(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 – sekretarz redakcji

dr Maciej Krzemiński; mgr Marta Lisowska – redaktorzy językowi

Lista recenzentów publikowana jest na stronie czasopisma:
http://www.wyd.edu.pl/index.php/ innowacje-w-pielegniarstwie-i-naukach-i-zdrowiu/o-czasopismie

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 2017

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

MARIA ŻYGOWSKA, GRAŻYNA CHOJNACKA-KOWALEWSKA
Człowiek w obliczu choroby nowotworowej i śmierci 11

MONIKA RYCHLEWSKA, LEOKADIA REZMERSKA
Jakość opieki medycznej w opinii chorych ze stomią jelitową 53

KAMILA BOROWSKA - SZCZEPUCHOWSKA, MARIA POSŁUSZNA - OWCARZ, ANNA ANTCZAK
Analiza zmiennych u pacjentów kardiologicznych 70

ANGELIKA NAWROCKA, MAGDALENA ZAWIDZKA, ELŻBIETA NAZAR, KAMILA WITKOWSKA, ALEKSANDRA MICHALAK, EWELINA PACEK, BEATA HAOR
Preferencje żywieniowe studentów kierunku pielęgniarstwo w zależności od wieku 80

Opis przypadku/Case Report

AGNIESZKA PIERNIKOWSKA
Postępowanie pielęgniarskie wobec pacjentki z ostrym zespołem bólowym kręgosłupa lędźwiowego 98

Artykuły poglądowe/Review

EUGENIA MINASIDOU, THEODORA KAFKIA, ALICE DIMITRIADOU, THOMAI KALLIA, MICHAEL KOURAKOS
Osobowość typu D i choroba sercowo-naczyniowa: przegląd literatury 117

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).* Dzięki bezpłatnemu dostępowi on-line mają Państwo 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

Człowiek w obliczu choroby nowotworowej i śmierci

Human facing cancerous disease and death

MARIA ŻYGOWSKA[1],GRAŻYNA CHOJNACKA-KOWALEWSKA[2,3]

[1]Hospicjum im. J Popiełuszki w Bydgoszczy
[2]Instytut Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku,
[3]Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im .J. Popiełuszki we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2017.007
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:

Wstęp. Aktualna definicja WHO z 2002 roku mówi, że opieka paliatywna jest sposobem postępowania poprawiającym jakość życia pacjentów i ich rodzin stojących wobec problemów związanych z chorobą zagrażającą życiu, poprzez zapobieganie i łagodzenie cierpienia, wczesną identyfikację problemów, jak najlepszą ocenę i leczenie bólu oraz innych problemów fizycznych, psychosocjalnych i duchowych.

Opieka paliatywna opiera się w niewielkim stopniu na dowodach naukowych, ponieważ wiąże się to z licznymi problemami praktycznymi, etycznymi i emocjonalnymi. Istnieje etyczny nakaz świadczenia pacjentom najlepszej opieki. Jedynym jednak sposobem faktycznego poprawienia jakości opieki jest prowadzenie takich badań oraz wyciągnięcie odpowiednich wniosków celem poprawy tejże opieki nad chorym, a co za tym idzie poprawy jakości jego życia. W pracy przybliżono pojęcie choroby nowotworowej, scharakteryzowano niektóre problemy występujące w zaawansowanej chorobie nowotworowej, opisano charakter i zakres

opieki paliatywnej, a także przybliżono problem jakości opieki nad chorymi przebywającymi na oddziałach paliatywnych, znacząco wpływający na jakość życia chorych.

Cel. Celem niniejszej pracy jest ocena jakości opieki na oddziale stacjonarnym hospicjum oraz zorientowanie się jakie czynniki mają wpływ na poprawę jakości życia chorych, a także wyciągnięcie odpowiednich wniosków celem poprawy jakości życia chorych i poprawy jakości opieki.

Wyniki. Analiza badań własnych dotyczy oceny jakości opieki na oddziale hospicjum, oraz wpływu tej opieki na jakość życia chorych.

Materiał i metody. W badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym była ankieta własnej konstrukcji. Badaniem objęto dwie grupy osób. Pierwszą stanowiły rodziny chorych pacjentów przebywających na oddziale stacjonarnym hospicjum (50 osób). Drugą grupę stanowiła grupa wolontariuszy (52 osoby).

Wnioski. Na poprawę jakości opieki oraz jakości życia chorych wpływa sprawne i szybkie działanie całego zespołu interdyscyplinarnego, szybka reakcja na dolegliwości i problemy chorego w którego skład wchodzi: lekarz, pielęgniarka, ksiądz, psycholog, rehabilitant oraz wolontariusz

Analiza przeprowadzonych badań wykazała, że jakość opieki na oddziale stacjonarnym hospicjum jest na wysokim poziomie. Warto utrzymać nadal taki poziom opieki, ponieważ wpływa on w dużym stopniu na jakość życia chorych i ich lepsze funkcjonowanie w trudnej sytuacji życiowej.

Słowa kluczowe: opieka paliatywna, jakość życia, nowotwór

Abstract:

Introduction. Current definition by WHO from 2002 defines palliative care as a way of acting that aims at enhancing the quality of patients' and their families' lives who face problems concerning a life-threatening disease. Those actions include: preventing and soothing pain, early identification of any problems, the best possible assessment and pain healing combined with curing other physical, psycho-social and mental problems.

Palliative care is only to a small extent based on scientific evidence as it is associated with numerous practical, ethical and emotional problems. There is an ethical imperative to provide patients with the best possible care. Nonetheless, the only possible way to improve the quality of palliative care is to conduct such scientific research and draw right conclusions that would

consequently lead to the improvement of patient care and therefore to the improvement of patients' lives. The paper describes the nature of cancer, characterizes particular issues occurring at its advanced stage and defines the character and scope of palliative care. It also covers the quality of medical care at the palliative wards which significantly affects lives of the patients who are treated there.

Aim. This paper is aimed at evaluating the quality of palliative care provided at a full-time ward of a hospice and defining the factors that are crucial for improving the quality of life of the sick as well as drawing right conclusions which will then result in improving palliative care and the quality of patients' lives.

Results. The analysis of our research regards the assessment of the quality of medical care at the hospice ward and its effect on the quality of patients' lives.

Material and methods. The research was based on a survey with the use of a questionnaire prepared by the author. The research included two groups of patients. The first group consisted of relatives of the patients treated at the full-time ward of the hospice (50 people). The second one consisted of volunteers (52 people).

Conclusions. The improvement of the quality of care as well as of patients' lives is affected by efficient and fast work of an interdisciplinary team that consists of a doctor, a nurse, a priest, a psychologist, a physiotherapist and a volunteer. The team is supposed to react quickly to the patient's complaints and problems.

The research analysis has indicated that the quality of the medical care at the full-time hospice ward is high level one. Such a high level is worth being sustained as it significantly affects patients' quality of lives and their better functioning in a difficult life situation.

Keywords: palliative care, quality of life, cancer

Wstęp

Żadna choroba nie wywołuje chyba takiego lęku jak rak. Przez społeczeństwo uważany jest za podstępną chorobę prowadzącą do degradacji organizmu i bolesnej, powolnej agonii. Wielu ludzi diagnozę raka odbiera jako wyrok śmierci, pomimo tego, że osiągnięto w medycynie znaczące postępy w badaniach nad opracowaniem metod terapii i usuwania raka [1]. Pełnoobjawowy nowotwór

rozwinie się wtedy, gdy wystąpią kolejne mutacje genetyczne, których efektem będzie stopniowe powiększenie populacji komórek nowotworowych i nabywanie przez nie kolejnych atrybutów umożliwiających wzrost miejscowy, a potem ekspansję na otaczające tkanki rozsiew i zasiedlania odległych obszarów tkankowych (przerzutowania). Proces uzyskiwania wszystkich tych cech określamy mianem progresji nowotworu [2].

Krajowy konsultant w dziedzinie onkologii klinicznej - profesor Maciej Krzakowski zwraca uwagę, że dzięki badaniom genetycznym można stosować terapie dobrane indywidualnie dla konkretnego chorego i podtypu nowotworu [3].

Zaawansowana choroba nowotworowa niesie z sobą wiele dolegliwości, które są uciążliwe dla chorego i bardzo obniżają jakość jego życia. Tutaj wielką rolę odgrywa opieka paliatywna, która ma na celu poprawę jakości życia chorych i ich rodzin stających przed problemami związanymi z chorobą ograniczającą życie przez zapobieganie i łagodzenie cierpienia dzięki wczesnemu wykrywaniu, ocenie i leczeniu bólu i innych objawów fizycznych oraz problemów psychosocjalnych i duchowych (WHO, 2002) [4].

Chory jest osobą, do której należy decyzja jak chce przemierzyć, bez utraty godności, długą i trudną drogę prowadzącą do końca życia. Często uczucia i potrzeby chorego są odległe od naszych oczekiwań, modeli organizacyjnych i sposobów postępowania leczniczego.

Zapewnienie opieki paliatywnej chorym w terminalnym okresie choroby, który definiowany jest jako czas, w którym z dnia na dzień następuje pogorszenie stanu zdrowia, zwłaszcza utraty siły, apetytu i świadomości[5]. To wyzwanie dla opiekującego się nimi personelu także z psychologicznego punktu widzenia[6].

Ciężka choroba nowotworowa, umieranie i śmierć bliskich są wymieniane w badaniach socjologicznych jako sytuacje najbardziej trudne i stresujące w życiu człowieka. Ludzie nie radzą sobie

z długotrwałym stresem wywołanym ciężką chorobą, nie radzą sobie również z nawarstwiającymi się codziennymi problemami.

Wśród bliskich jest duże zapotrzebowanie na rozmowy na temat cierpienia, umierania i śmierci. Rodziny chorych oczekują szeroko pojętego wsparcia od personelu medycznego, który sprawuje bezpośrednią opiekę nad chorym. Najsilniejszym źródłem wsparcia jest rodzina [7].

Chorym w przystosowaniu, przyjęciu do wiadomości, że pozostało już tylko leczenie objawowe pomagają mechanizmy obronne organizmu. W tej trudnej sytuacji dają one czas na oswojenie się, zaadoptowanie i poprawę stanu emocjonalnego, są także warunkiem dobrej lub lepszej jakości życia. Bardzo trudno jest sprecyzować granice między byciem chorym a umierającym. Umieranie jest ostatnią fazą choroby, w której stan się systematycznie pogarsza i nie ma szans na poprawę, natomiast śmierci można się spodziewać w ciągu kilku dni do kilkunastu miesięcy. Każdy człowiek ma swoją własną drogę ku śmierci. Mimo rozróżniania różnych faz umierania i śmierci może się okazać, że w żaden sposób nie można do chorego dotrzeć. Chory jest przygnębiony, skoncentrowany na przeszłości, ma ostre stany lękowe, wzmożoną drażliwość, nie interesuje go teraźniejszość i przyszłość. Takiemu choremu możemy dać wsparcie przez swoją troskliwą obecność, pamięć o nim w różnych sytuacjach. Bardzo ważne są tutaj relacje po prostu człowiek- człowiek [8].

Kiedy chory umiera, rozpoczyna się okres żałoby, który tak naprawdę rozpoczął się w dniu postawienia diagnozy: choroba nowotworowa.

Z badań przeprowadzonych przez M. Krasuską i wsp. wynika, że rodziny chorych nowotworowo oczekują od personelu medycznego szeroko pojętego wsparcia. Bardzo ważne są dla nich rozmowy na tematy śmierci i umierania.

Sytuacja chorego jest sytuacją beznadziejną, a rodzina potrzebuje wsparcia. Chce panować nad sytuacją i mieć wpływ na to co dzieje się wokół chorego, żeby radzić sobie z odczuciami, nabywać

wiedzę odnośnie aktualnej sytuacji, móc lepiej wspierać chorego. Z badań tych wynika, że istnieją duże niedociągnięcia w edukacji chorego i rodziny, dlatego też warto zwrócić na to szczególną uwagę [7].

W świetle reformy służby zdrowia problemy jakości opieki medycznej, w tym także paliatywnej nabierają szczególnego znaczenia. Procedury przyjęte i realizowane poprzez poszczególne jednostki służby zdrowia, będące konkretną formą świadczonych usług, wyznaczają konieczność ich sprawdzenia tak pod względem włożonych kosztów jak i uzyskanych efektów. Właściwym „efektem" usług medycznych jest dobra jakość opieki [9].

Istotnym czynnikiem efektywności opieki jest satysfakcja chorego ze sprawowanej opieki. Można ją opisać jako wartość określającą różnice między oczekiwaniami pacjenta, a stopniem ich zaspokojenia. Jeżeli różnica ta jest duża– poczucie satysfakcji jest niskie [10].

Udział rodziny w świadczeniu opieki paliatywnej jest bardzo ważny. Dobra współpraca z personelem medycznym również warunkują jakość opieki. Członkowie rodziny często lepiej dostrzegają potrzeby chorego i możliwości ich zaspokajania[11].Ważnym elementem opieki paliatywnej jest wolontariat, który w Polsce funkcjonuje od początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku [12].

Nazwa „wolontariat" pochodzi od łacińskiego słowa voluntas- dobra wola, dobrotliwość. Wolontariuszem nazywamy człowieka, który zdecydował się na bezinteresowne niesienie pomocy drugiemu człowiekowi. Wolontariusz to osoba, która chętnie i bez wynagrodzenia wykonuje pracę na rzesz danej instytucji czy organizacji. Wolontariat hospicyjny jest uzupełnieniem pracy pracowników hospicjum[13].

Człowiek, który znajdzie się w sytuacji bez wyjścia, dla którego diagnoza brzmi: choroba nowotworowa w zaawansowanym stadium bez możliwości dalszego leczenia, gdzie zostało tylko leczenie objawowe, powinien zostać objęty fachową, profesjonalną opieką

hospicjum domowego lub stacjonarnego. To bardzo trudna sytuacja i czas dany człowiekowi na oswojenie się z chorobą, zaadoptowanie do nowej sytuacji oraz poprawę stanu emocjonalnego. Czynniki te są także warunkiem dobrej lub lepszej jakości życia. Każde życie człowieka jest wartością i zasługuje na traktowanie go z szacunkiem i poszanowaniem godności osobistej.

Podnoszenie jakości opieki w ośrodkach medycznych jest ważnym wyznacznikiem lepszej jakości życia chorych.

Celem pracy jest ocena jakości opieki na oddziale stacjonarnym hospicjum oraz zorientowanie się, jakie czynniki mają wpływ na poprawę jakości życia chorych, a także wyciągnięcie odpowiednich wniosków, celem poprawy jakości życia chorych i poprawy jakości opieki.

Dla celów analizy założono, że na jakość życia chorych wpływa podniesienie opieki pielęgniarskiej, lekarskiej i duchowej oraz psychologa, rehabilitanta i wolontariusza, a także umiejętność szybkiego i dostatecznego łagodzenia objawów, natomiast miernikiem poprawy jakości życia chorych jest podniesienie jakości opieki.

Materiał i metody

Badania były przeprowadzone na oddziale stacjonarnym Hospicjum im. J Popiełuszki w Bydgoszczy wśród wolontariuszy oraz rodzin chorych przebywających na oddziale hospicjum. Rozprowadzono 52 ankiet do wolontariuszy i uzyskano zwrot 52, oraz 50 ankiet wśród rodzin chorych i uzyskano zwrot 50 ankiet. Osoby te wyraziły zgodę na udział w badaniu.

Badane osoby to osoby w większości wykształcone. Dominuje wykształcenie średnie – 30 osób (60,0%) i wykształcenie wyższe – 14 osób (38,0%).

Zarówno w grupie wolontariuszy jak i rodzin przewagę stanowiły kobiety, odpowiednio 78,8% i 64%.

Zdecydowanie najliczniejszą grupę stanowili wolontariusze w wieku 61 – 80 lat (61,5%), podobnie wśród rodzin najliczniejsza grupę stanowiły osoby w wieku 51-70 lat (62,0%).

W czasie prowadzonych badań posłużono się kwestionariuszami ankiet własnej konstrukcji oraz dokonując analizy pytań kwestionariusza ankiety poddano go weryfikacji ze względu na zmienne socjodemograficzne, do których wytypowano płeć, grupy wiekowe i wykształcenie. W przypadku zmiennych grupa wiekowa i wykształcenie zastosowano test korelacji Spearmana, do zmiennej płeć zastosowano test U Manna- Whitneya.

Wyniki

Przedstawione wyniki opracowano na podstawie badań własnych i dokonano korelacji w zależności od badanych czynników socjodemograficznych.

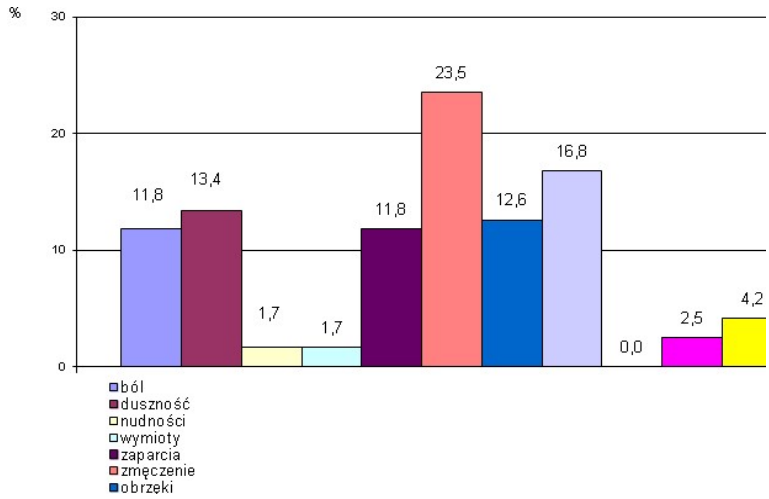
Analiza kwestionariusza –rodzina

Tabela 1. Dolegliwości na które skarży się bliski chory.

Dolegliwości	n	%
ból	14	11,8
duszność	16	13,4
nudności	2	1,7
wymioty	2	1,7
zaparcia	14	11,8
zmęczenie	28	23,5

obrzęki	15	12,6
lęk	20	16,8
wypadanie włosów	0	0,0
kaszel	3	2,5
Inne	5	4,2
Razem	119	100,0

Źródło: opracowanie własne



Rycina 1. Rozkład dolegliwości u chorych.
Źródło: opracowanie własne

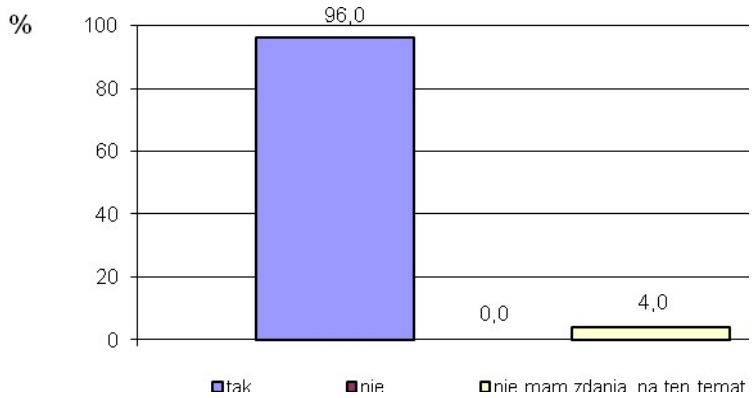
Badane rodziny miały prawo wymienić więcej niż jedna dolegliwość na jaką cierpi badany. Łącznie zebrano 119 odpowiedzi. Najczęściej wymienianą dolegliwością okazało się zmęczenie, które

wymieniło 28 osób a odpowiedź ta stanowiła 23,5% wszystkich udzielonych odpowiedzi. W dalszej kolejności znalazł się lęk – 20 osób (16,8%). Nieco mniej badanych wymieniło duszność – 16 osób (13,4%), obrzęki – 15 osób (12,6%) oraz ból i zaparcia – po 14 osób (po 11,8%). Najmniej osób wskazało na nudności i wymioty – po 2 osoby (po 1,7%). Nikt z badanych nie wymienił wypadania włosów. Wśród dolegliwości pod pozycją „inne" znalazły się odpowiedzi: po jednej osobie – biegunki i brak kontaktu z chorym oraz w trzech przypadkach depresja.

Tabela 2. Dostateczne łagodzenie dolegliwości chorego.

Odpowiedź	n	%
tak	48	96,0
nie	0	0,0
nie mam zdania na ten temat	2	4,0
Razem	50	100,0

Źródło: opracowanie własne



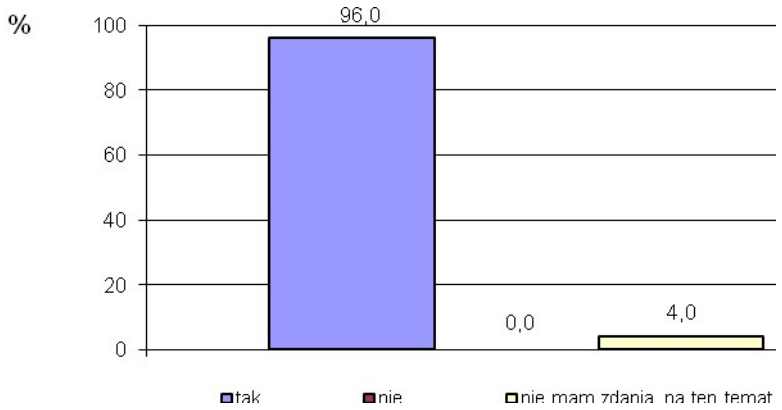
Rycina 2. Rozkład zdania o dostatecznym łagodzeniu dolegliwości u chorego.
Źródło: opracowanie własne

Dolegliwości chorego są dostatecznie łagodzone. Pozostali, byli w tym temacie zgodni twierdząc – „tak". Zaledwie 2 osoby (4,0%) nie potrafiły ustosunkować się do tego stwierdzenia.

Tabela 3. Dostatecznie szybkie łagodzenie dolegliwości.

Odpowiedź	n	%
tak	48	96,0
nie	0	0,0
nie wiem	2	4,0
Razem	50	100,0

Źródło: opracowanie własne



Rycina 3. Rozkład szybkiego łagodzenia dolegliwości u chorego.
Źródło: opracowanie własne

Identyczną opinię wyrazili w kwestii szybkości łagodzenia dolegliwości u chorego. Zaledwie 2 osoby (4,0%) nie potrafiły ustosunkować się do tego stwierdzenia. Pozostali byli w tym temacie zgodni twierdząc – „tak".

Tabela 4. Wystarczająca i fachowa opieka pielęgniarska.

Odpowiedź	n	%
tak	50	100,0
nie	0	0,0
Razem	50	100,0

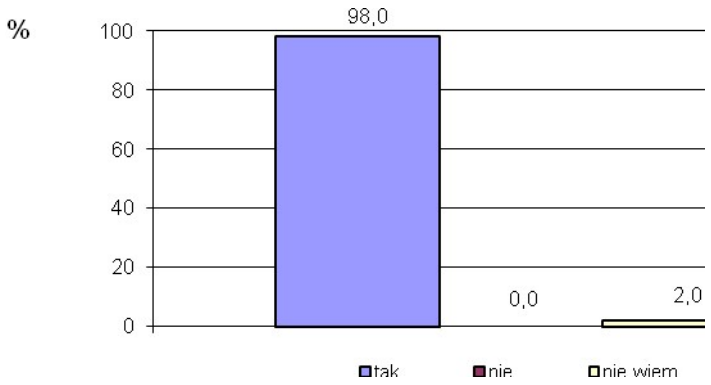
Źródło: opracowanie własne

Wszystkie rodziny były zgodne, że opieka pielęgniarska jest wystarczająca, fachowa i odpowiedniej jakości.

Tabela 5. Wystarczająca, fachowa, odpowiedniej jakości opieka lekarska.

Odpowiedź	n	%
tak	49	98,0
nie	0	0,0
nie wiem	1	2,0
Razem	50	100,0

Źródło: opracowanie własne



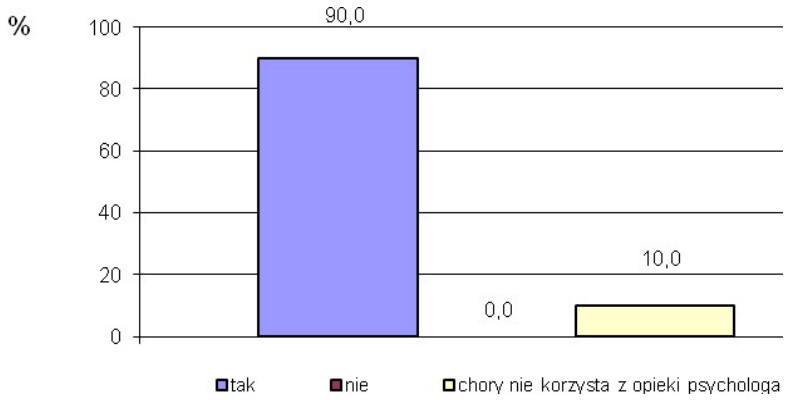
Rycina 4. Rozkład wystarczającej, fachowej i odpowiedniej jakości opieki lekarskiej.
Źródło: opracowanie własne

Podobnie jest z opieka lekarską. Poza jedną z osób, która nie potrafiła się do tego pytania ustosunkować zaznaczając odpowiedź – „nie wiem".

Tabela 6. Wystarczająca, fachowa, odpowiedniej jakości opieka psychologa.

Odpowiedź	n	%
tak	45	90,0
nie	0	0,0
chory nie korzysta z opieki psychologa	5	10,0
Razem	50	100,0

Źródło: opracowanie własne



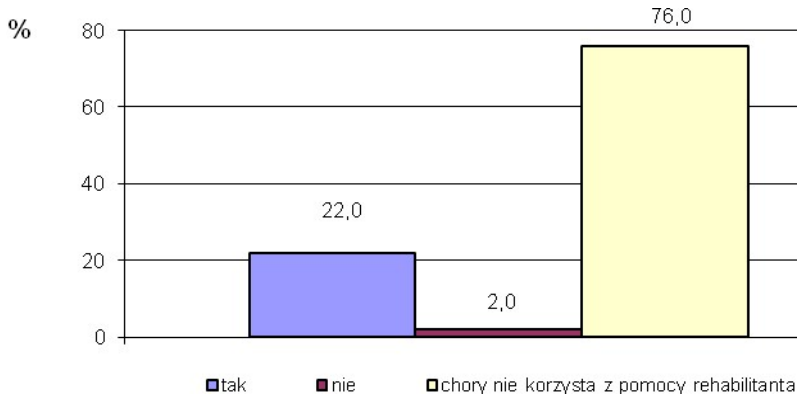
Rycina 5. Rozkład wystarczającej, fachowej, odpowiedniej jakości opieki psychologa.
Źródło: opracowanie własne

Podobnie jest z opieką psychologa poza 5 osobami (10,0%), które stwierdziły, że chory nie korzysta z opieki psychologa.

Tabela 7. Wystarczająca, fachowa, odpowiedniej jakości opieka rehabilitanta.

Odpowiedź	n	%
tak	11	22,0
nie	1	2,0
chory nie korzysta z pomocy rehabilitanta	38	76,0
Razem	50	100,0

Źródło: opracowanie własne



Rycina 6. Rozkład wystarczającej, fachowej, odpowiedniej jakości opieki rehabilitanta.
Źródło: opracowanie własne

W przypadku opieki rehabilitanta większość z badanych twierdziła, że chory nie korzysta z opieki rehabilitanta – 38 osób (76,0%). Z pozostałych osób jedna (2,0%) stwierdziła, że opieka nie jest wystarczająca, fachowa i odpowiedniej jakości. Nie podała jednak podłoża takiej oceny.

Tabela 8. Wystarczająca opieka duchowa.

Odpowiedź	n	%
tak	50	100,0
nie	0	0,0
Razem	50	100,0

Źródło: opracowanie własne

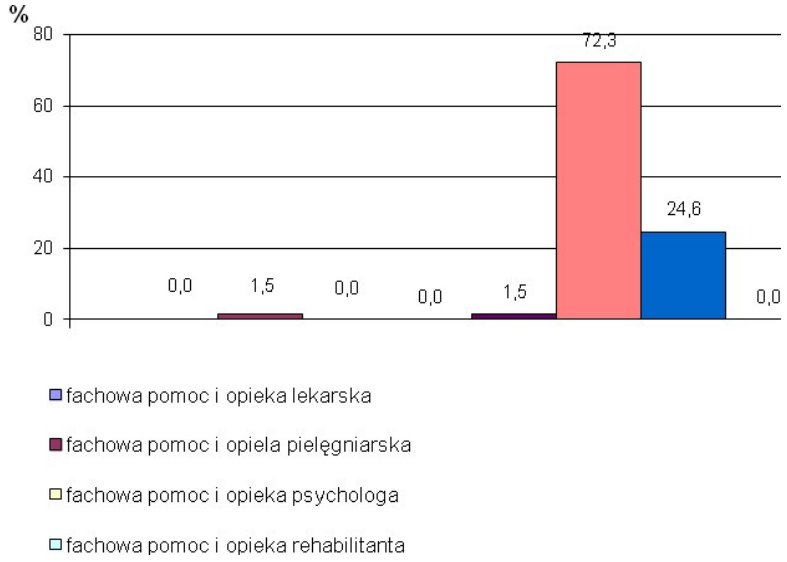
Pełna zgodność, co do oceny duchowej. Wszyscy twierdzili, że jest ona wystarczająca.

Tabela 9. Wpływ na lepszą jakość opieki nad chorym.

Czynnik	n	%
fachowa pomoc i opieka lekarska	0	0,0
fachowa pomoc i opiela pielęgniarska	1	1,5
fachowa pomoc i opieka psychologa	0	0,0
fachowa pomoc i opieka rehabilitanta	0	0,0
pomoc i opieka duchowa	1	1,5

fachowa pomoc całego zespołu, w którego skład wchodzą ksiądz, lekarz, pielęgniarka, psycholog, rehabilitant, pracownik socjalny, wolontariusz	47	72,3
szybka reakcja na problemy i dolegliwości chorego całego zespołu opiekującego się chorym	16	24,6
inna opinia	0	0,0
Razem	65	100,0

Źródło: opracowanie własne



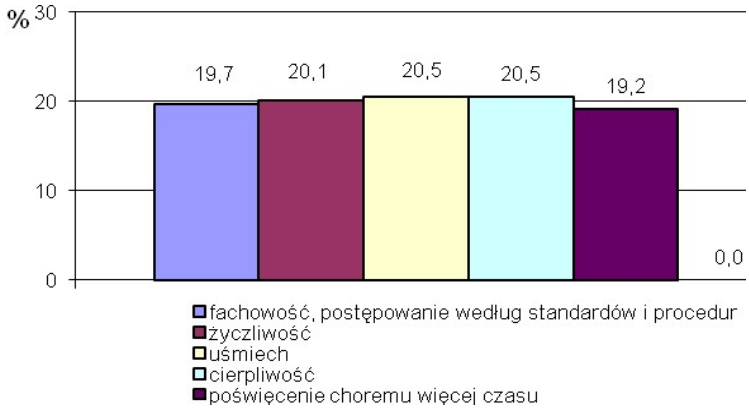
Rycina 7. Rozkład czynników wpływających na lepszą jakość opieki nad chorym.
Źródło: opracowanie własne

Odpowiadając na pytanie, o czynniki mające wpływ na jakość opieki nad chorym zebrano łącznie 65 odpowiedzi. zdecydowana większość badanych twierdziła, że fachowa pomoc całego zespołu, w którego skład wchodzą: ksiądz, lekarz, pielęgniarka, psycholog, rehabilitant, pracownik socjalny, wolontariusz – 47 osób, a odpowiedź ta stanowiła 72,3% wszystkich udzielonych odpowiedzi. W dalszej kolejności znalazło się stwierdzenie – szybka reakcja na problemy i dolegliwości chorego całego zespołu opiekującego się chorym – 16 osób (24,6%). Pozostałe to odpowiedzi epizodyczne.

Tabela 10. Cechy osób pozytywnie wpływające na samopoczucie chorego i jego lepszą jakość życia w ciężkiej chorobie.

Odpowiedź	n	%
fachowość, postępowanie według standardów i procedur	46	19,7
Życzliwość	47	20,1
Uśmiech	48	20,5
cierpliwość	48	20,5
poświęcanie choremu więcej czasu	45	19,2
inne	0	0,0
Razem	234	100,0

Źródło: opracowanie własne



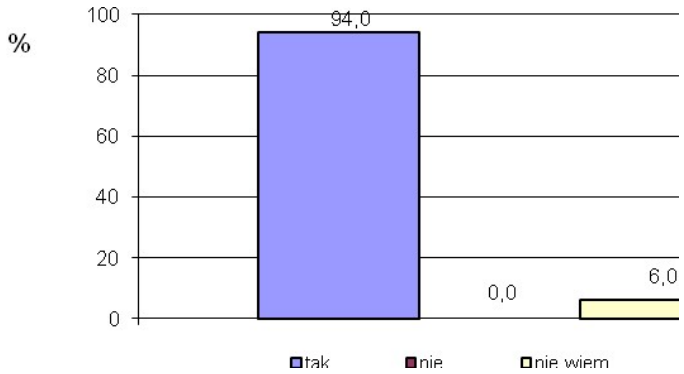
Rycina 8. Rozkład cech pozytywnie wpływających na samopoczucie i lepszą jakość życia chorego.
Źródło: opracowanie własne

W pytaniu tym badani mieli zhierarchizować cechy pozytywnie wpływające na samopoczucie chorego i przez to na jego lepszą jakość życia w chorobie. Niestety hierarchii takiej dokonało zaledwie 21 osób. Z pośród tych osób najwyżej oceniono uśmiech– średnia 3,6. W dalszej kolejności znalazła się życzliwość – średnia 3,3; cierpliwość – średnia 2,5; poświęcanie choremu więcej czasu – średnia 1,8 i fachowość, postępowanie według standardów i procedur – średnia 1,2. Biorąc pod uwagę wszystkie udzielone odpowiedzi, co znalazło swoje odzwierciedlenie w tabeli, zebrano łącznie 234 odpowiedzi. Najwięcej osób wymieniało właśnie uśmiech i cierpliwość – po 48 osób a odpowiedzi te stanowiły po 20,5% wszystkich udzielanych stwierdzeń. Najmniej razy wymieniono poświęcanie choremu więcej czasu – 45 osób (19,2%).

Tabela 11. Lepsze samopoczucie chorego dzięki opiece dobrej jakości.

Odpowiedź	n	%
tak	47	94,0
nie	0	0,0
nie wiem	3	6,0
Razem	50	100,0

Źródło: opracowanie własne



Rycina 9. Rozkład lepszego samopoczucia chorego dzięki dobrej opiece chorego.
Źródło: opracowanie własne

Badani w zdecydowanej większości uważali, że dzięki opiece dobrej jakości chory może czuć się lepiej– 47 osób (94,0%). Pozostali nie mieli zdania w tym temacie.

Tabela 12. Ewentualne zmiany i udoskonalenia wniesione do opieki nad chorym.

Odpowiedź	n	%
wprowadzenie terapii zajęciowej	1	2,0
opieka jest wspaniała	1	2,0
nie jestem kompetentna	1	2,0
nie mam zastrzeżeń	1	2,0
wszystko w należytym porządku	1	2,0
jestem bardzo zadowolona z opieki	1	2,0
mają dobra opiekę	1	2,0
jestem pełna uznania	1	2,0
należy utrzymać obecny stan opieki	1	2,0
żadnych	1	2,0
opieka bardzo dobra, pełna poświęcenia	1	2,0
brak odpowiedzi	39	78,0
Razem	50	100,0

Źródło: opracowanie własne

Generalnie podając możliwość udoskonalenia opieki nad chorym, badani nie podali żadnej z możliwych zmian do

wprowadzenia. Wszystkie udzielone odpowiedzi, to słowa pochwalne na temat opieki już istniejącej. Nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie 39 osób (78,0%).

Tabela 13. Ocena sprawowania opieki nad chorym w hospicjum.

Ocena	n	%
1	0	0,0
2	0	0,0
3	0	0,0
4	10	20,0
5	40	80,0
Razem	50	100,0

Źródło: opracowanie własne

Oceniając sprawowanie opieki nad chorym w hospicjum istniały tylko dwie oceny – „4" i „5". Najwięcej osób wystawiło ocenę „5" – 40 osób (80,0%).

Tabela 14. Wystarczająca, fachowa, wystarczającej jakości opieka psychologa ze względu na wykształcenie.

Wykształcenie	podstawowe/ zawodowe		średnie		wyższe	
Odpowiedź	n	%	n	%	n	%
tak	4	66,7	27	90,0	14	100,0

nie	0	0,0	0	0,0	0	0,0
chory nie korzysta z opieki psychologa	2	33,3	3	10,0	0	0,0
Razem	6	100,0	30	100,0	14	100,0

Źródło: opracowanie własne

Stosunkowo najwięcej osób, którymi nie opiekuje się psycholog jest wśród badanych z wykształceniem podstawowym/ zawodowym– 2 osoby (33,3%). Wśród badanych z wykształceniem wyższym wszyscy korzystają z pomocy psychologa.

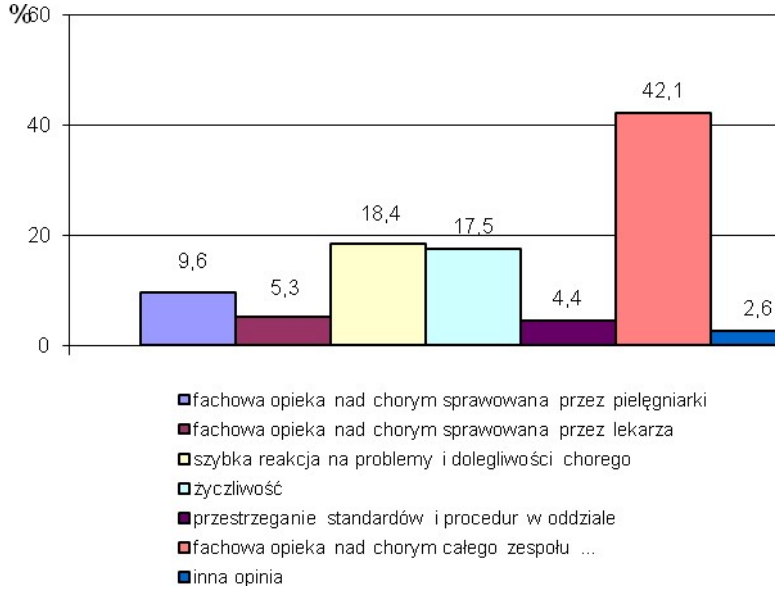
Analiza kwestionariusza-wolontariusz

Tabela15. Rozumienie pojęcia dobrej jakości opieki.

Odpowiedź	n	%
fachowa opieka nad chorym sprawowana przez pielęgniarki	11	9,6
fachowa opieka nad chorym sprawowana przez lekarza	6	5,3
szybka reakcja na problemy i dolegliwości chorego	21	18,4
Życzliwość	20	17,5
przestrzeganie standardów i procedur w oddziale	5	4,4
fachowa opieka nad chorym całego zespołu w którego skład wchodzą lekarze, pielęgniarki, ksiądz, psycholog, rehabilitant, opiekunki, pracownicy gospodarczo-socjalni, wolontariusze	48	42,1

inna opinia	3	2,6
Razem	114	100,0

Źródło: opracowanie własne



Rycina 10. Rozkład rozumienia pojęcia dobrej jakości opieki.
Źródło: opracowanie własne

Odpowiadając na pytanie, o rozumienie pojęcia dobrej jakości życia zebrano łącznie 114 odpowiedzi. Zdecydowana większość wolontariuszy twierdziła, że poprzez dobrą jakość opieki rozumie przede wszystkim fachową pomoc całego zespołu, w którego skład wchodzą ksiądz, lekarz, pielęgniarka, psycholog, rehabilitant, pracownik socjalny, wolontariusz – 48 osób, a odpowiedź ta stanowiła 42,1% wszystkich udzielonych odpowiedzi. W dalszej kolejności

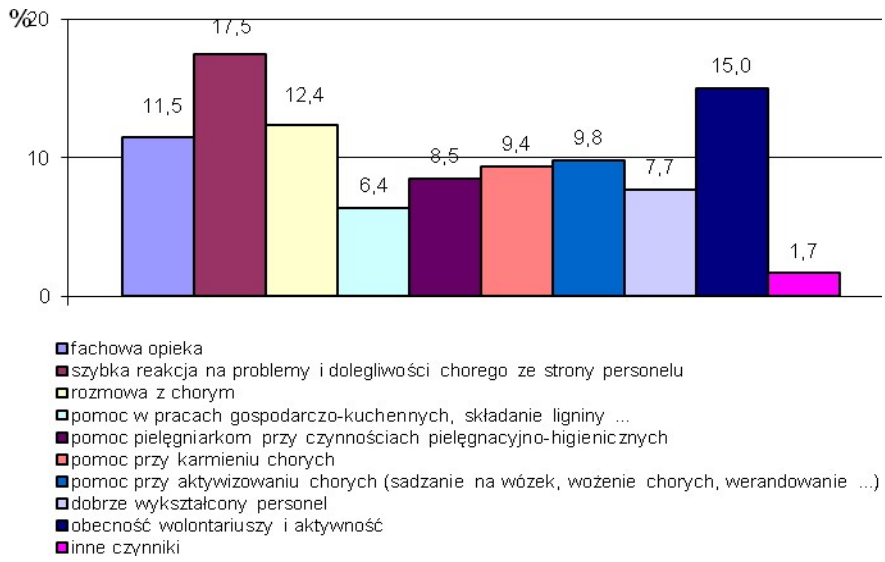
znalazło się stwierdzenie – szybka reakcja na problemy i dolegliwości chorego – 21 osób (18,4%) oraz życzliwość – 20 osób (17,5%). W najmniejszym stopniu przestrzeganie standardów i procedur w oddziale – 5 osób (4,4%).

Tabela 16. Czynniki wpływające na jakość opieki w hospicjum.

Odpowiedź	n	%
fachowa opieka	27	11,6
szybka reakcja na problemy i dolegliwości chorego ze strony personelu	41	17,6
rozmowa z chorym	29	12,4
pomoc w pracach gospodarczo- kuchennych, składanie ligniny ...	15	6,4
pomoc pielęgniarkom przy czynnościach pielęgnacyjno-higienicznych	20	8,6
pomoc przy karmieniu chorych	22	9,4
pomoc przy aktywizowaniu chorych (sadzanie na wózek, wożenie chorych, werandowanie ...)	23	9,9
dobrze wykształcony personel	18	7,7
obecność wolontariuszy i aktywność	35	15,0
inne czynniki	3	1,3

Razem	233	100,0

Źródło: opracowanie własne



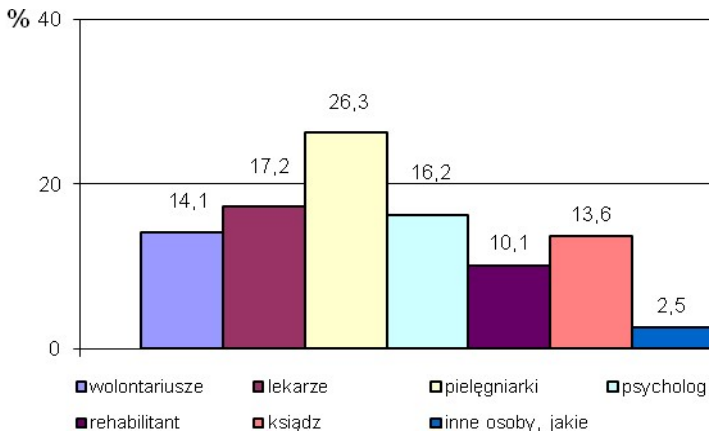
Rycina 11. Rozkład czynników wpływających na jakość opieki w hospicjum.
Źródło: opracowanie własne

Odpowiadając na pytanie o czynniki wpływające na jakość opieki w hospicjum zebrano łącznie 234 odpowiedzi. Zdecydowana większość wolontariuszy twierdziła, że czynnikiem, który najbardziej wpływa na jakość opieki w hospicjum jest szybka reakcja na problemy i dolegliwości chorego ze strony personelu – 41 osób, a odpowiedź ta stanowiła 17,6% wszystkich udzielonych odpowiedzi. W dalszej kolejności znalazło się stwierdzenie – obecność wolontariuszy i aktywność – 35 osób (15,0%) oraz rozmowa z chorym – 29 osób (12,4%).

Tabela 17. Osoby mające największy wpływ na podnoszenie jakości opieki nad chorym.

Osoba	n	%
wolontariusze	28	14,1
lekarze	34	17,2
pielęgniarki	52	26,3
psycholog	32	16,2
rehabilitant	20	10,1
ksiądz	27	13,6
inne osoby	5	2,5
Razem	198	100,0

Źródło: opracowanie własne



Rycina 12. Rozkład osób mających największy wpływ na podnoszenie jakości opieki nad chorym.
Źródło: opracowanie własne

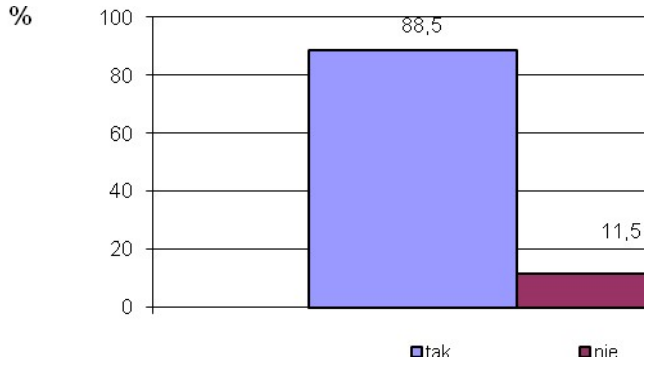
Odpowiadając na pytanie o osoby, które mają największy wpływ na podnoszenie jakości opieki nad chorym zebrano łącznie 198 odpowiedzi. Zdecydowanie i w jednoznacznym stopniu wolontariusze wskazali na pielęgniarkę jako osobę, od której w największym stopniu zależy podnoszenie jakości opieki nad chorym – 50 osób, a odpowiedź ta stanowiła 26,3% wszystkich udzielonych odpowiedzi. W dalszej kolejności znalazł się lekarz– 34 osoby (17,2%) oraz psycholog – 32 osoby (16,2%). W najmniejszym stopniu wskazano na rehabilitanta – 20 osób (10,1%). Pod pojęciem „inna osoba" badani wolontariusze stwierdzili: pracownik socjalny i rodzina. Dwie osoby nie sprecyzowały odpowiedzi.

Tabela 18. Spełnianie pozytywnej roli przez wolontariuszy.

Odpowiedź	n	%
tak	46	88,5

nie	6	11,5
Razem	52	100,0

Źródło: opracowanie własne



Rycina 13. Rozkład spełniania swojej roli przez wszystkich wolontariuszy w hospicjum.
Źródło: opracowanie własne

Nie wszyscy wolontariusze z hospicjum spełniają swoją rolę zdaniem 6 badanych (11,5%). Swoje uzasadnienie podały tylko trzy osoby: często wolontariusze szukają drogi dla siebie, wyobrażenie jest inne, inna rzeczywistość, nie każdy wolontariusz nadaje się do tego by sprawować opiekę nad chorym i ingerują w sprawy, które nie leżą w ich kompetencjach.

Tabela 19. Zmiany polepszające opiekę nad chorym.

Zmiany	n	%
kursy i rozmowy z psychologiem co do postępowania z pacjentem trudnym, np ograniczonym, lub jak rozmawiać z rodziną	1	1,9
mniej papierkowej pracy	1	1,9
można zorganizować szkolenie dla rodzin pacjentów w hospicjum, aby bliżej zapoznały się z zagadnieniem choroby nowotworowej, wiedza na temat objawów, opieki w chorobie, umierania	1	1,9
nie mam zdania w związku z wciąż nikłym doświadczeniem	1	1,9
nie wiem, nie zauważyłam, żeby chorym czegoś brakowało	1	1,9
nie zastanawiałem się	2	3,8
osoby odbywające szkolenie w wolontariacie powinny obowiązkowo odpracować większa ilość godzin, szczególnie chodzi o młodzież	1	1,9
podnosić kwalifikacje wolontariuszy	1	1,9
potrzeba spotkań z chorymi, żeby chorzy mieli na nich zajęcia, żeby czuli sie potrzebni	1	1,9
rozmowy na korytarzu powinny być wyciszone, przeszkadza to chorym, winny być zawieszone napisy "zachowuj ciszę", przy każdym łóżku winno być krzesło dla odwiedzającego, trzeba je szukać po innych pokojach	1	1,9
trzeba się głębiej pochylić nad łóżkiem chorego (jak św. Franciszek), trzeba z sobą przynosić więcej miłości, pokory	1	1,9

i cierpliwości		
więcej czasu poświęcić na wymianę doświadczeń z personelem i chorymi w miarę możliwości	1	1,9
więcej pielęgniarek, wolontariuszy i opiekunek	3	5,8
właściwa współpraca pomiędzy pielęgniarkami a wolontariuszami	1	1,9
wyodrębnić miejsce o charakterze świetlica, duży TV, projektor, duże akwarium, rośliny	1	1,9
zbyt rutynowe podejście pielęgniarki, może większa selekcja przy zatrudnieniu, może szkolenie dla pielęgniarek przez psychologa	1	1,9
życzliwość i atmosfera w hospicjum jest najwyższej jakości, sądzę, że ciągła obecność 1 - 2 wolontariuszy na oddziale usprawnia prace pielęgniarkom, dlatego byłoby dobrze gdyby ktoś z nich był	1	1,9
brak odpowiedzi	32	61,5
Razem	52	100,0

Źródło: opracowanie własne

Odpowiedzi na pytanie dotyczące ewentualnych zmian jakie można wprowadzić, żeby jakość opieki nad chorym była jeszcze lepsza udzieliło zaledwie 20 osób (38,5%). Z pośród tych osób 2 badanych (3,8%) stwierdziło iż nie mają zdania w związku z wciąż nikłym doświadczeniem oraz nie wiem, nie zauważyłam, żeby chorym czegoś brakowało. Kolejne 2 osoby (3,8%) twierdziły, że się nie zastanawiały nad zmianami, a następne 3 osoby (5,8) twierdziły, że należy zwiększyć ilość pielęgniarek, opiekunek i wolontariuszy.

Pozostałe to odpowiedzi jednostkowe wynikające z indywidualnych spostrzeżeń i nie można dopatrzeć się wśród nich zbieżności, czy prawidłowości.

Tabela 20. Ocena jakości opieki w hospicjum.

Ocena	n	%
1	0	0,0
2	0	0,0
3	0	0,0
4	18	34,6
5	34	65,4
Razem	52	100,0

Źródło: opracowanie własne

Oceniając jakość opieki nad chorym w hospicjum wolontariusze stawiali tylko dwie oceny – „4" i „5". Najwięcej osób wystawiło ocenę „5" – 34 osoby (65,4%).

Dyskusja

Człowiek w kontekście choroby nowotworowej, znajdujący się w hospicjum to osoba znajdująca się w bardzo trudnym położeniu. Badania jakości życia chorych oraz jakości opieki zajmują szczególne miejsce w opiece paliatywnej i w onkologii. W związku z faktem, że chorzy w opiece paliatywnej znajdują się w zaawansowanym stadium choroby, gdzie poszczególne fazy choroby wiążą się z ogromem emocji, lękiem, cierpieniem fizycznym i psychicznym, a także z bólem egzystencjalnym, w badaniach własnych badaniu poddano nie samych

chorych, ale najbliższą rodzinę chorego oraz osoby posługujące chorym w ramach wolontariatu. Rodziny chorych i wolontariusze to często dobrzy obserwatorzy, którzy bardzo trafnie oceniają jakość opieki i rozwiązania, które mogłyby mieć wpływ na jej polepszenie. Z badań własnych wynika, że największą rolę w podnoszeniu jakości opieki na oddziale stacjonarnym hospicjum odgrywają pielęgniarki. Zdecydowanie i w jednoznacznym stopniu wolontariusze wskazali na pielęgniarkę jako osobę od której w największym stopniu zależy podnoszenie jakości opieki nad chorym – 50 osób, a odpowiedź ta stanowiła 26,3% wszystkich udzielonych odpowiedzi. Również w badaniach Krasuckiej M. i innych, jeżeli chodzi o opiekę i wsparcie dla chorych były to pielęgniarki. Tak twierdziło 18 badanych rodzin, co stanowiło 60% badanych. Jest to bardzo dobrze świadczący fakt o tej grupie zawodowej [7].

Jednym z bardzo uciążliwych objawów dla chorych onkologicznie jest zmęczenie. Pyszora A. w swoim artykule przedstawia aktualny stan wiedzy, oparty na wynikach badań klinicznych dotyczących wykorzystania i efektywności procedur fizjoterapeutycznych jako jednego z elementów nie farmakologicznego leczenia zmęczenia, które związane jest z chorobą nowotworową[14].

Jak twierdzi Davis i wsp., występuje ono u 20-30% wyleczonych osób z długoletnim przeżyciem oraz u 80-90% chorych leczonych przeciwnowotworowo lub w zaawansowanym stadium choroby [15].

Badania opublikowane na internetowej stronie czasopisma New England Journal of Medicine trwały trzy lata. Wzięło w nich udział 151 osób. Były to osoby z rakiem płuc ze szpitala w Massachusetts General. Część pacjentów poddano tylko leczeniu onkologicznemu, część leczeniu onkologicznemu połączonemu z opieką paliatywną. Opieka paliatywna polegała na podawaniu środków przeciwbólowych , a także innych środków, które miały poprawić jakość życia chorych. Chorzy od początku poddani opiece paliatywnej byli szczęśliwsi i mniej przygnębieni. W badaniach brano

pod uwagę: ból, mdłości, aktywność, zmartwienie i inne problemy. Chorzy poddani opiece paliatywnej żyli około trzech miesięcy dłużej niż poddani standardowej opiece. Teoria autorów badań brzmi: jednym z czynników skracającym życie jest depresja, a pacjenci, których ból jest leczony śpią lepiej, lepiej jedzą i więcej rozmawiają z krewnymi, dzięki temu jakość ich życia jest lepsza [16].

Z badań własnych wynika, że najczęściej wymienianą dolegliwością okazało się zmęczenie, które wymieniło 28 osób, a odpowiedź ta stanowiła 23,5% wszystkich udzielonych odpowiedzi. W dalszej kolejności znalazł się lęk – 20 osób (16,8%). Nieco mniej badanych wymieniło duszność – 16 osób (13,4%), obrzęki – 15 osób (12,6%) oraz ból i zaparcia – po 14 osób (po 11,8%). Najmniej osób wskazało na nudności i wymioty – po 2 osoby (po 1,7%). Nikt z badanych nie wymienił wypadania włosów. Wśród dolegliwości pod pozycją „inne" znalazły się odpowiedzi: po jednej osobie – biegunki i brak kontaktu z chorym oraz w trzech przypadkach depresja.

Wydawałoby się, że dominującymi dolegliwościami w chorobie nowotworowej jest ból i depresja. Te objawy jednak bliscy chorych wymieniają w dalszej kolejności. Można z tego wysnuć wniosek, że na oddziale hospicjum objawy te są łagodzone w sposób prawidłowy.

Na pytanie czy objawy chorobowe są dostatecznie i szybko łagodzone 48 osób (96%) pytanych odpowiedziało - „tak". Ten fakt wpływa również na lepszą jakość życia chorych.

Dobra współpraca z personelem medycznym również warunkuje lepszą jakość opieki. Członkowie rodziny często lepiej dostrzegają potrzeby chorego i możliwości ich zaspokajania.

Z badań A. Przyłuskiej- Fiszer oraz A. Wójcik wynika, że chorzy poddawani rehabilitacji wyrażali werbalnie swoje zadowolenie z lepszego poziomu sprawności,

w danym momencie prezentowali duży poziom wewnętrznej nadziei. Analizując wyniki badań należy jednak wziąć pod uwagę, że w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej sam wzrost sprawności nie jest w stanie zatrzymać postępu choroby [17]. Myślę, że

warto jednak dla okresowej poprawy jakości życia chorych podjąć się rehabilitacji.

W badaniach własnych w przypadku opieki rehabilitanta większość z badanych twierdziła, że chory nie korzysta z opieki rehabilitanta – 38 osób (76,0%). Wynikało to z faktu ciężkiego stanu chorych.

W badaniach własnych w odpowiedziach na pytanie bliskich chorych, o czynniki mające wpływ na jakość opieki nad chorym, zebrano łącznie 65 odpowiedzi. zdecydowana większość badanych twierdziła, że fachowa pomoc całego zespołu, w którego skład wchodzą ksiądz, lekarz, pielęgniarka, psycholog, rehabilitant, pracownik socjalny, wolontariusz– 47 osób a odpowiedź ta stanowiła 72,3% wszystkich udzielonych odpowiedzi. Również wolontariusze byli w większości zgodni co do takiej odpowiedzi. Było to 48 osób, a odpowiedź ta stanowiła 42,1% wszystkich udzielonych odpowiedzi.
Oliver D. w swoim artykule twierdzi, że zespół interdyscyplinarny jest podstawą opieki paliatywnej. Jeżeli pracuje prawidłowo, w znacznym stopniu poprawia jakość opieki nad pacjentem i jego rodziną[18].

Rodziny chorych oceniając sprawowanie opieki nad chorym w hospicjum staniały tylko dwie oceny – „4" i „5". Najwięcej osób wystawiło ocenę „5" – 40 osób (80,0%). Ocena średnia ze sprawowania opieki to 4,8. Bliscy chorych uważali, że w opiece nie należałoby nic zmieniać, że jest najwyższej jakości. Jedna tylko z badanych stwierdziła, że dobrze byłoby wprowadzić terapię zajęciową dla poprawy samopoczucia chorych. Wolontariusze oceniając jakość opieki nad chorym w hospicjum stawiali tylko dwie ocen – „4" i „5". Najwięcej osób wystawiło ocenę „5 – 34 osoby (65,4%).

Tabela 21. Zmiany polepszające opiekę nad chorym.

Zmiany	n	%
kursy i rozmowy z psychologiem co do postępowania z pacjentem trudnym, np ograniczonym, lub jak rozmawiać z rodziną	1	1,9
mniej papierkowej pracy	1	1,9
można zorganizować szkolenie dla rodzin pacjentów w hospicjum, aby bliżej zapoznały się z zagadnieniem choroby nowotworowej, wiedza na temat objawów, opieki w chorobie, umierania	1	1,9
nie mam zdania w związku z wciąż nikłym doświadczeniem	1	1,9
nie wiem, nie zauważyłam, żeby chorym czegoś brakowało	1	1,9
nie zastanawiałem się	2	3,8
osoby odbywające szkolenie w wolontariacie powinny obowiązkowo odpracować większa ilość godzin, szczególnie chodzi mi o młodzież	1	1,9
podnosić kwalifikacje wolontariuszy	1	1,9
potrzeba spotkań z chorymi żeby chorzy mieli na nich zajęcia, żeby czuli sie potrzebni	1	1,9
rozmowy na korytarzu powinny być wyciszone, przeszkadza to chorym, winny być zawieszone napisy "zachowuj ciszę", przy każdym łóżku winno być krzesło dla odwiedzającego, trzeba je szukać po innych pokojach	1	1,9
trzeba się głębiej pochylić nad łóżkiem chorego(jak św Franciszek), trzeba z sobą przynosić więcej miłości, pokory i cierpliwości	1	1,9
więcej czasu poświęcić na wymianę doświadczeń z personelem i chorymi w miarę możliwości	1	1,9
więcej pielęgniarek, wolontariuszy i opiekunek	3	5,8
właściwa współpraca pomiędzy pielęgniarkami a wolontariuszami	1	1,9

wyodrębnić miejsce o charakterze świetlica, duży TV, projektor, duże akwarium, rośliny	1	1,9
zbyt rutynowe podejście pielęgniarki, może większa selekcja przy zatrudnieniu, może szkolenie dla pielęgniarek przez psychologa	1	1,9
życzliwość i atmosfera w hospicjum jest najwyższej jakości, sądzę, że ciągła obecność 1 - 2 wolontariuszy na oddziale usprawnia prace pielęgniarkom, dlatego byłoby dobrze gdyby ktoś z nich był	1	1,9
brak odpowiedzi	32	61,5
Razem	52	100,0

Źródło: opracowanie własne

Warto się nad nimi zastanowić pomimo faktu, że są to pojedyncze opinie wolontariuszy.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań i analizie uzyskanych wyników wysunięto następujące wnioski:

1. Główny wpływ na podnoszenie jakości opieki na oddziale stacjonarnym hospicjum ma pielęgniarka. Ze względu na to, że właśnie ona poświęca choremu najwięcej czasu, potrzebne jest jej wsparcie psychologa celem uniknięcia wypalenia zawodowego. Opieka jest wystarczająca, fachowa odpowiedniej jakości.
2. Opieka lekarska na oddziale stacjonarnym hospicjum jest wystarczająca, fachowa, odpowiedniej jakości.
3. Opieka duchowa na oddziale stacjonarnym hospicjum jest wystarczająca, fachowa, odpowiedniej jakości.
4. Opieka psychologa na oddziale stacjonarnym hospicjum jest wystarczająca, fachowa, odpowiedniej jakości, w zdecydowanej jednak większości korzystają z niej osoby wykształcone - należałoby włożyć więcej wkładu w edukację zarówno samych

chorych jak i ich rodzin, osób z wykształceniem niższym, celem poprawy jakości życia chorych..

5. Opieka rehabilitanta na oddziale stacjonarnym hospicjum jest wystarczająca, fachowa, odpowiedniej jakości, jednak z powodu specyfiki oddziału oraz ciężkości stanu chorych korzysta z tej opieki niewielu chorych.
6. Opieka wolontariusza jest odpowiedniej jakości, jednak potrzeba więcej szkoleń oraz selekcji podczas przyjmowania na wolontariusza.
7. Objawy chorobowe są dostatecznie i szybko łagodzone.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Opieka nad chorym w terminalnej fazie choroby nowotworowej stanowi olbrzymie wyzwanie zarówno dla personelu medycznego jak i dla jego rodziny.

Znajomość idei opieki paliatywnej i przestrzeganie jej zasad stanowczo podnoszą jakość tej opieki. Dlatego pogłębianie wiedzy, nauka zachowań w stosunku do chorych i ich rodzin, a także ich edukacja są istotą uzyskania wysokiej jakości opieki sprawowanej przez personel medyczny.

Bibliografia/Bibliography:

1. Bishop G.: Psychologia Zdrowia. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.

2. Biernat W.: Podstawy genetyki molekularnej nowotworów [w:] Kordek R. (red.) Onkologia podręcznik dla studentów i lekarzy. Via Medica, Gdańsk 2007;7.

3. Meder J.: Od 5 do 10 procent chorób nowotworowych jest uwarunkowana genetycznie, http://www.monej.pl/ archiwum/wiadomości 2011- 03- 12.

4. Krajnik M. Buczkowski K.: Definicja i filozofia opieki paliatywnej [w:] Buczkowski K. Krajnik M. (red.)Opieka paliatywna. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2009; 10.

5. Miler J. Zgorzelak B.: Laureaci Złotego Stetoskopu. Biuletyn Informacyjny. Okręgowa Izba Pielęgniarek Położnych. 2010; (2): 26-27.

6. Tanneberger S.: Opieka paliatywna w zaawansowanej chorobie nowotworowej [w:] Catane R. i inni (red.) Podręcznik postępowania w zaawansowanej chorobie nowotworowej. MediPage, Warszawa 2007; 5, 6 – 7.

7. Krasuska M. i wsp.: Wsparcie pacjenta i rodziny w chorobie, cierpieniu i śmierci. Psychoonkologia 2002; 6, (3): 65, 67, 67 – 69.

8. Adamczyk A. i wsp.: Opieka paliatywna. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2009.

9. De Walden– Gałuszko K., Majkowicz M.: Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych. Akademia Medyczna, Gdańsk 2001.

10. Trzebiatowska I.: Satysfakcja jako element oceny jakości opieki. [w:] de Walden- Gałuszko, Majkowicz (red.) Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce. Akademia Medyczna, Gdańsk 2001;.20.

11. Lecouterier J. ,Jacoby A.: Lay carers satisfaction with community palliative care: results of postal survey. Palliat. Med.,13, s. 275 - 283.

12. Krawczyk M.: Mapa Kujawsko-Pomorskiego wolontariatu: Biuro Doradztwa Inwestycyjnego „Europejczyk", Bydgoszcz 2010, s. 6 - 13

13. Mieszkuć -Mieszkowska Cz.: Hospicjum im. J. Popiełuszki informator. Pejzaż 2009 s. 5- 21, 31- 32.

14. Pyszora A.: Efektywność fizjoterapii stosowanej u pacjentów cierpiących z powodu zmęczenia związanego z choroba nowotworową. Medycyna Paliatywna w Praktyce. 2008 2; (4): 164 - 165.

15. Davis M.P., Khoshknabi D., Yue G.H.: Mangementof fatigue in cancer patients.Curr. Pain and Headache Reports 2006; 10:260 – 269.

16. Donald G., McNail Jr., Palliative Care Extends Life, Study Finds, http://www.nytimes.com/2010/08/19/health/19care.html?ref=ne wenglandjournalofmedicine, 30.04.2011.

17. Przyłuska-Fiszer A., Wójcik A.: Problemy metodologiczne badań naukowych w opiece paliatywnej. Diametros 2009, 19: 119-131.

18. Oliver D.: Jak działa zespół interdyscyplinarny? Polska Medycyna Paliatywna. 2003; 3 (2): 191 – 192.

Jakość opieki medycznej w opinii chorych ze stomią jelitową

The quality of medical care in the opinion of patients with intestinal stoma

MONIKA RYCHLEWSKA[1] , LEOKADIA REZMERSKA[2]

[1] Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku, Oddział Chirurgii Ogólnej
[2] Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku, Instytut Nauk o Zdrowiu

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2017.008
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:

Wstęp. Zapewnienie wysokiej jakości świadczeń medycznych jest niezbędnym warunkiem dla osiągnięcia celów ochrony zdrowia i prawidłowego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Jakość opieki wpływa nie tylko na zadowolenie i satysfakcję pacjenta ale również decyduje o poziomie zdrowia lub życia człowieka. Wykonanie stomii jelitowej zawsze jest dla pacjenta poważnym i bardzo obciążającym zabiegiem. Z tego powodu pacjenci oczekują profesjonalnej i wysokiej jakości opieki medycznej.
Cel. Celem pracy była ocena jakości opieki medycznej w opinii chorych ze stomią jelitową.
Materiał i metody. Badaniem objęto 60 osób, którzy były pacjentami Poradni Chirurgicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Włocławku. Badania wykonano w okresie od czerwca 2016 roku do marca 2017 roku. Badanymi osobami w większości były kobiety, a dominujący wiek osób badanych to 61-80 lat. Do badania 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 i na wykresach wraz z ich opisem.
Wnioski. 1. Ocena poziomu opieki medycznej zależy istotnie od stanu cywilnego i wykształcenia osób ze stomią jelitową. 2. Ocena poziomu opieki medycznej zależy istotnie od korzystania przez chorych z pomocy psychologa oraz od zrozumiałości treści szkoleń realizowanych przez personel. 3. Ocena poziomu opieki medycznej zależy istotnie od przydatności wiedzy na temat stomii, szkolenia chorych w zakresie pielęgnacji stomii, zapoznania chorych ze sprzętem stomijnym, poinformowania chorych o refundacji kosztów sprzętu stomijnego.
Słowa kluczowe: jakość opieki medycznej, chory, stomia jelitowa

Abstract:
Introduction. Ensuring high quality of medical service is an indispensable requirement to achieve medical care goals as well as appropriate functioning of medical care system. The care quality affects not only patients experience and satisfaction but also it is crucial for human life and health level. Carrying out intestinal stoma is always a very serious and burdensome surgery. For that reason patients expect professional and high quality medical care.
Aim. The purpose of this research was to evaluate the quality of medical care in the opinion of patients with intestinal stoma.
Material and methods. The research included 60 patients of Surgery Clinic of the Provincial Specialist Hospital in Wloclawek. The study was carried out between June 2016 and March 2017, the respondents being mostly women, whereas prevailing age ranged61-80 years. Diagnostic survey method was applied with survey as a research technique. The research tool consisted of the survey questionnaire prepared by the author.
Results. The results of the research were analyzed also statistically and then included in tables and graphs along with their description.
Conclusions. 1. The assessment of the level of medical care depends on the marital and education status of patients with stoma. 2. The assessment of the level of medical care depends largely on the use of the psychologist's help and on the comprehension of the content of the training provided by the

staff. 3. The assessment of the level of medical care depends largely on the usefulness of the knowledge on stoma, stoma care training, patients' familiarity with ostomy equipment, informing the patients about the cost of ostomy equipment.
Keywords: medical care quality, patient, intestinal stoma

Wstęp

W Polsce żyje około 40 tysięcy osób ze stomią, a co roku przeprowadza się około 4,5 tysiąca operacji wytworzenia przetok. Wykonanie stomii zawsze jest zabiegiem ratującym życie lub poprawiającym stan fizyczny pacjenta. Słowo „stomia" pochodzi z języka greckiego i używane jest do określenia sztucznie wytworzonego połączenia układu pokarmowego z powierzchnią ciała. Inne używane nazwy to przetoka jelitowa, sztuczny odbyt, anus, brzuszny odbyt. Pierwsze planowe stomie wykonywano lecząc wady rozwojowe jelita grubego, niedrożność jelit lub następstwa urazów brzucha. Najstarszą wykonaną stomią była kolostomia. Pierwszy opis kolostomii wykonanej jako przemyślane postępowanie lecznicze pochodzi z 1710 roku kiedy to doktor medycyny i anatomii Alexis de Littre wykonał stomię w lewej okolicy pachwinowej u noworodka z zarośniętym odbytem [1].

W jelicie grubym anatomicznie wyróżniamy okrężnicę, odbytnicę, odbyt. We wszystkich częściach jelita grubego mogą rozwijać się nowotwory. Nowotworami łagodnymi jelita grubego są gruczolaki zwane potocznie polipami jelita grubego. Występują u prawie 40% osób powyżej 60. roku życia. Mogą stanowić one punkt wyjścia dla raka jelita grubego. Przyjmuje się, że większość raków jelita grubego rozwija się na podłożu gruczolaków. Ryzyko transformacji polipów w nowotwór złośliwy zależy od wielkości polipa, budowy histologicznej oraz obecności dysplazji. Polipy jelita grubego mogą występować pojedynczo lub w postaci mnogich polipów [2, 3].

Rak jest najczęstszym nowotworem złośliwym jelita grubego. Wywodzi się z nabłonka jelitowego pokrywającego błonę śluzową. Rak jelita grubego występuje najczęściej w dystalnej części jelita czyli okrężnicy esowatej i odbytnicy. Zachorowalność na raka jelita grubego wzrasta po 40. roku życia, ze szczytem przypadającym na siódmą dekadę. W Polsce szanse 5-letniego przeżycia wynoszą 24-33%. Rak jelita grubego stanowi drugą przyczynę zachorowań i drugą przyczynę zgonów z powodu nowotworów złośliwych. Do czynników ryzyka rozwoju raka jelita grubego zaliczamy: występowanie raka jelita grubego u krewnych pierwszego stopnia, występowanie polipów jelita grubego, choroby zapalne jelit, napromieniowanie jelita grubego, wrodzone predyspozycje, otyłość, duże spożycie czerwonego mięsa, dieta ubogo resztkowa [4].

Objawy raka jelita grubego zależą od wielkości guza pierwotnego, jego lokalizacji oraz obecności przerzutów odległych. Dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego występują w zależności od położenia guza pierwotnego. W przypadku guza umiejscowionego w prawej połowie jelita grubego najczęściej chory skarży się na ogólne osłabienie, zmęczenie, złą tolerancję wysiłku, bóle brzucha i utratę masy ciała. Rak lewej połowy jelita grubego powoduje zaburzenia w oddawaniu stolca w postaci zaparć na przemian z biegunkami. Częściej pojawiają się bóle brzucha, wzdęcia, okresowe zaburzenia drożności przewodu pokarmowego oraz jawne kliniczne krwawienia do światła przewodu pokarmowego. Gdy guz jest zlokalizowany w odbytnicy, towarzyszą mu zaburzenia w oddawaniu gazów i stolca, uczucie nagłego parcia lub niepełnego wypróżnienia, bóle przy oddawaniu stolca. Objawy krwawienia świeżą krwią mogą występować niezależnie od oddania stolca lub może pojawić się śluzowo-krwisty wyciek z odbytnicy. Objawy w postaci rozlanych bólów brzucha, wodobrzusza, zażółcenia powłok skórnych towarzyszą najczęściej rozsianej chorobie nowotworowej i są czynnikiem niepomyślnym w rokowaniu [5].

Badaniem, które służy do wczesnego wykrycia raka jelita grubego jest badanie endoskopowe nazywane kolonoskopią. Stosowane jest jako badanie przesiewowe czyli skriningowe i pozwala na wykrycie wczesnych postaci nowotworu u osób bez objawów klinicznych choroby. Podczas badania oceniany jest wygląd powierzchni błony śluzowej jelita grubego oraz elastyczność jego ściany. Podczas kolonoskopii jest możliwość pobrania do badania histopatologicznego wycinka ze stwierdzonej zmiany oraz w przypadku polipów usunięcie ich w całości. Coraz szersze zastosowanie ma kolonoskopia wirtualna oparta na technice tomografii komputerowej. Jej zaletą jest szybkość badania ale wadą brak możliwości weryfikacji zmiany poprzez pobranie wycinka. Tomografia jamy brzusznej jest przydatna w ocenie powiększonych węzłów chłonnych i miąższu wątroby. Badaniem komplementarnym jest ultrasonografia narządów jamy brzusznej. W raku jelita grubego wykonywanym badaniem laboratoryjnym jest oznaczanie markeru nowotworowego (CEA) w celu monitorowania leczenia operacyjnego i wykrywania wznowy lub rozsiewu choroby nowotworowej [6].

Stomia w obrębie przewodu pokarmowego najczęściej wykonywana jest na jelicie krętym (ileostomia) lub okrężnicy (kolostomia). Biorąc pod uwagę czas jaki stomia ma funkcjonować wyróżniamy stomię czasową lub stałą. Stomia może zawierać jedno światło lub oba światła pętli doprowadzającej i odprowadzającej. Prawidłowo wykonana stomia pozwala na zachowanie dobrej jakości życia chorych, u których konieczne było wyłonienie jelita na powłoki brzuszne. Bardzo ważnym elementem dobrego funkcjonowania pacjenta jest właściwa pielęgnacja stomii. Współczesny sprzęt stomijny pozwala chorym na odpowiednie dopasowanie do własnych potrzeb. W opiece niezwykle ważne jest odpowiednie szkolenie chorych ze stomią. Jakość życia pacjenta z brzusznym odbytem zależy od profesjonalnej opieki lekarza chirurga, pielęgniarki, psychologa. Zespół terapeutyczny wraz z pacjentem mają znaczący wpływ na to,

aby „dobra stomia" towarzyszyła pacjentowi od dnia operacji przez całe życie [7, 8, 9].

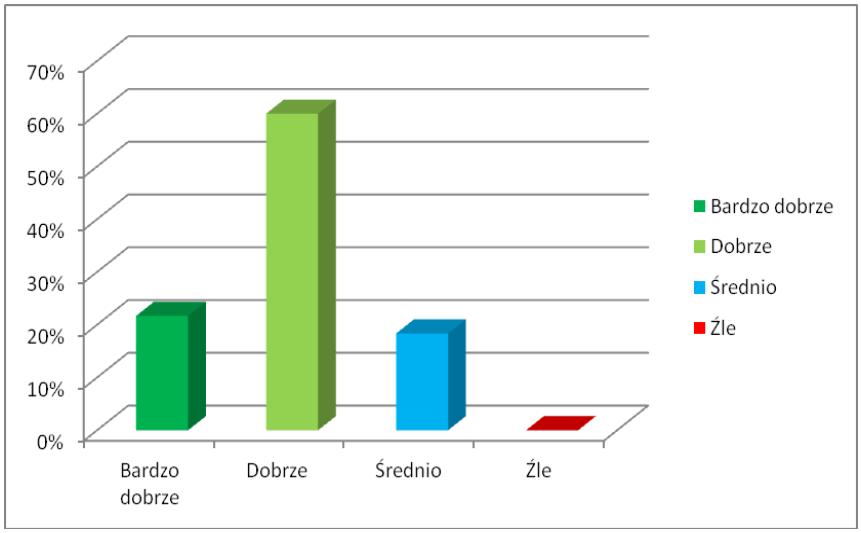
Celem pracy była ocena jakości opieki medycznej w opinii chorych ze stomią jelitową.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Poradni Chirurgicznej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku w okresie od czerwca 2016 roku do marca 2017 roku. Na wykonanie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Kujawsko – Pomorskiej Okręgowej Izbie Lekarskiej w Toruniu – OIL - 67/KB/149/2016. Grupę badaną stanowiło 60 pacjentów z wytworzoną stomią jelitową, zarówno kobiety jak i mężczyźni w wieku 21-80 lat. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Jako narzędzie badawcze zastosowano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji. Obliczenia matematyczne, statystyczne i graficzne wykonane zostały za pomocą arkuszy kalkulacyjnych programu Microsoft Excel. Dla opracowania statystycznego wyników badań zastosowano test chi-kwadrat oraz współczynnik korelacji V-Cramera. Wartość prawdopodobieństwa $p<0,05$ uznano za statystycznie istotną.

Wyniki

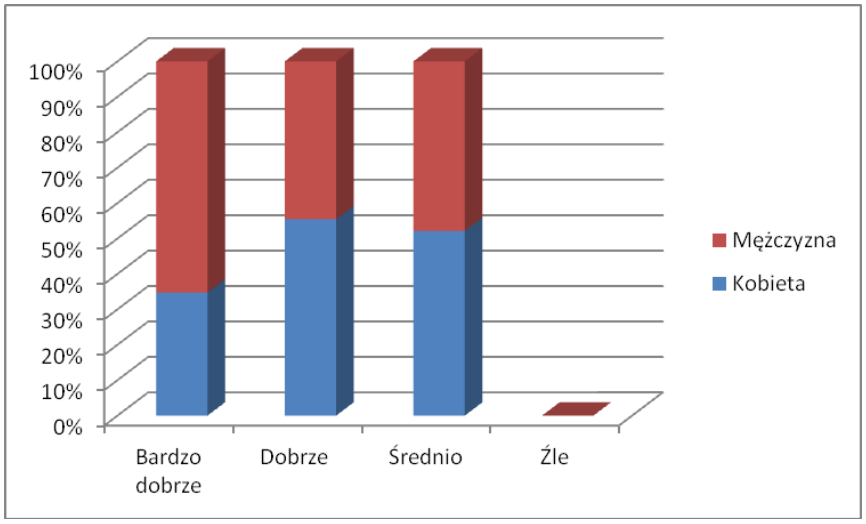
Uzyskane wyniki z badań własnych dotyczące ogólnej oceny poziomu opieki medycznej w okresie pooperacyjnym u chorych ze stomią jelitową przedstawia poniższa rycina 1.



Rycina 1. Rozkład ocen poziomu jakości opieki medycznej w opinii pacjentów.
Źródło: opracowanie własne.

Jakość opieki medycznej w okresie pooperacyjnym oceniona została przez pacjentów pozytywnie. Bardzo dobrze jakość opieki ocenia 22% pacjentów, dobrze aż 60%, średnio – 18% pacjentów, a nikt nie ocenił jakości opieki źle (rycina 1).

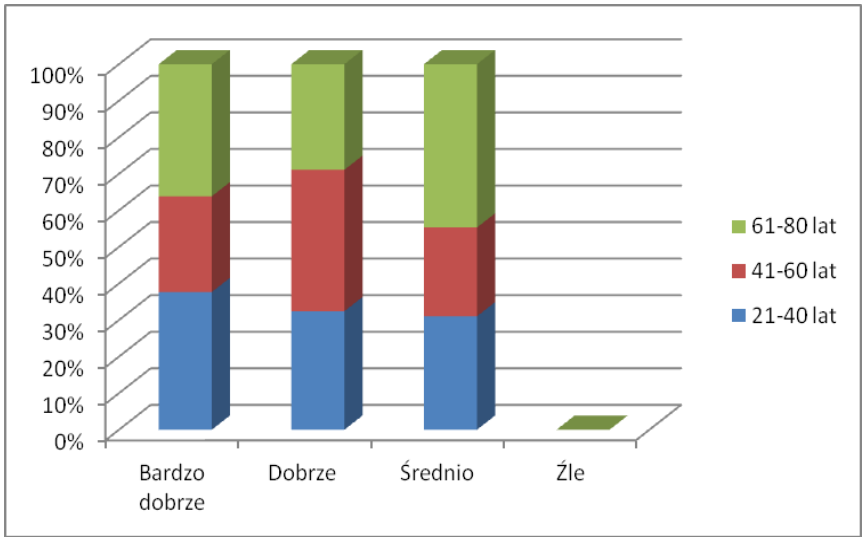
Poniższa rycina 2 prezentuje skumulowany rozkład wyników badań dotyczący oceny jakości opieki medycznej w zależności od płci pacjentów uczestniczących w badaniach.



Rycina 2. Rozkład ocen opieki medycznej w zależności od płci osób badanych.
Źródło: opracowanie własne

Na rycinie 2 rozkłady graficzne opinii o jakości pracy personelu medycznego i związanej z tym opieki w szpitalu dla obu płci mają podobny charakter, ale jednak widać, że mężczyźni generalnie lepiej oceniają opiekę medyczną. Znacząco wyższy jest dla mężczyzn udział ocen bardzo dobrych. Ilość osób oceniających pracę personelu medycznego jako średnią jest podobna. Ocena jakości opieki medycznej nie zależy od płci osób badanych ($p>0,05$). Potwierdza to prezentowana rycina 2 nie zawierająca żadnego trendu dla zmiennych.

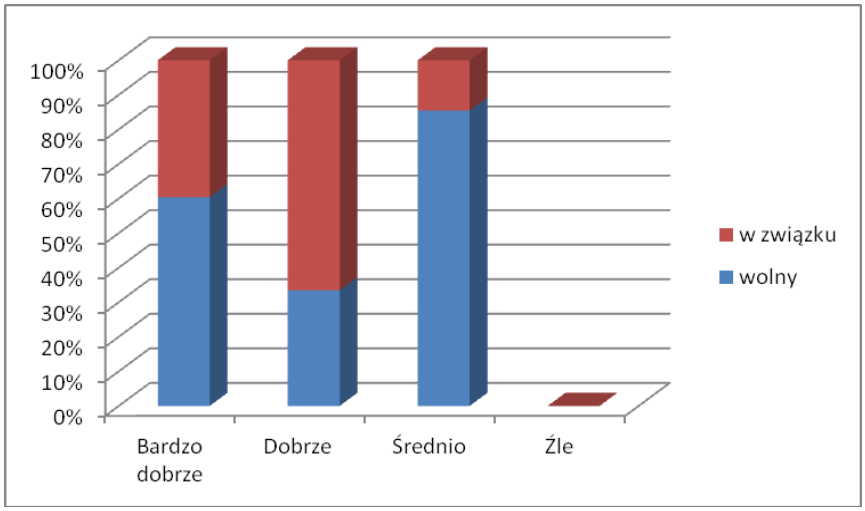
Poniższa rycina 3 pokazuje skumulowany rozkład wyników badań dotyczący oceny jakości opieki medycznej w zależności od wieku ankietowanych pacjentów.



Rycina 3. Rozkład ocen jakości opieki medycznej w zależności od wieku osób badanych.
Źródło: opracowanie własne

Tak jak w przypadku płci osób badanych tak również i dla analizy statystycznej odnoszącej się do wieku osób ankietowanych ocena jakości opieki medycznej nie zależy od wieku osób badanych ($p>0,05$). Rozkłady dla każdej grupy wiekowej mają inny przebieg zależny od specyfiki tych grup pacjentów, ale skumulowane wartości nie pokazują związku między zmiennymi (rycina 3).

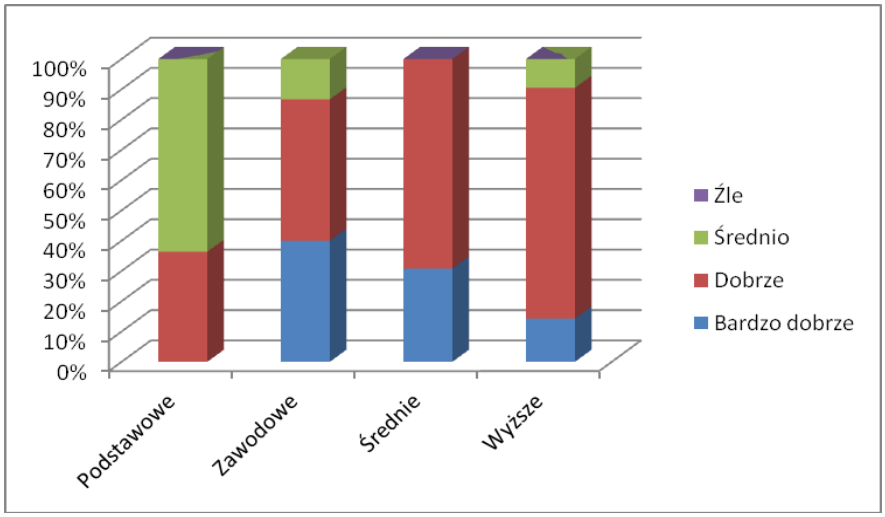
Na poniższej rycinie 4 zamieszczony został skumulowany rozkład wyników badań dotyczący oceny jakości opieki medycznej w zależności od stanu cywilnego ankietowanych pacjentów.



Rycina 4. Rozkład ocen jakości opieki medycznej w zależności od stanu cywilnego osób badanych.
Źródło: opracowanie własne

Biorąc pod uwagę stan cywilny osób badanych stwierdzono związek istotny statystycznie z wyrażanymi opiniami o jakości pracy personelu medycznego. Uzyskana wartość statystyki chi-kwadrat jest większa od wartości krytycznej a więc mamy podstawę do stwierdzenia, że udowodniony został związek między zmiennymi. Przy współczynniku korelacji V=0,42 możemy dodatkowo stwierdzić, że związek ten jest dość silny. Rycina 4 przedstawia polaryzację ocen o jakości opieki medycznej w szpitalu w odniesieniu do badanego czynnika.

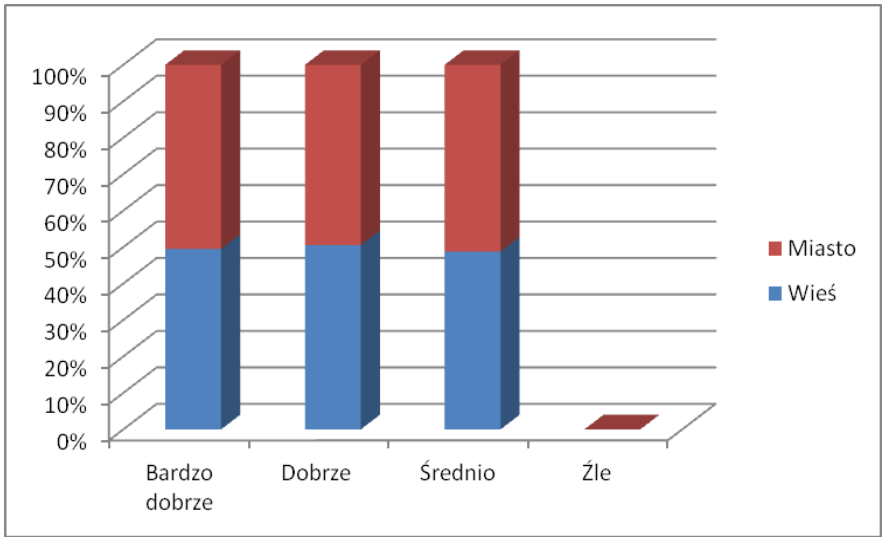
Poniżej na rycinie 5 zaprezentowany został skumulowany rozkład wyników badań dotyczący oceny jakości opieki medycznej w zależności od wykształcenia badanych pacjentów.



Rycina 5. Rozkład ocen jakości opieki medycznej w zależności od wykształcenia osób badanych.
Źródło: opracowanie własne

Badając zależność ocen jakości opieki medycznej od wykształcenia chorych uzyskano dużą różnicę między wyliczonym chi-kwadrat a granicą statystyki odczytaną z tablic. Wnioskować należy, że oceny jakości zależą od wykształcenia osób badanych. Siła tego związku nie jest jednak duża – V=0,37. Rycina 5 zawiera wyraźny trend dla ocen bardzo dobrych i dobrych. Przebieg statystyki dla oceny przeciętnej nie jest wyraźny co rzutuje na niższy współczynnik korelacji.

Poniżej rycina 6 obrazuje skumulowany rozkład wyników badań dotyczący oceny jakości opieki medycznej w zależności od miejsca zamieszkania badanych pacjentów.



Rycina 6. Rozkład ocen jakości opieki medycznej w zależności od miejsca zamieszkania osób badanych.
Źródło: opracowanie własne

Po wykonaniu testu hipotezy dotyczącej poziomu ocen w zależności od miejsca zamieszkania nie znajdujemy związku między zmiennymi. Prawie płaski przebieg funkcji na rycinie 6 potwierdza brak zależności między miejscem zamieszkania osób z wyłonioną stomią, a ich oceną jakości pracy personelu medycznego w trakcie pobytu w szpitalu.

Dyskusja

Postawione w badaniach problemy i hipotezy badawcze dotyczyły analizy zależności oceny jakości opieki medycznej świadczonej w szpitalu w zależności od czynników socjodemograficznych chorych ze stomią jelitową. Wykonana analiza wyników badań pozwoliła stwierdzić, że zdecydowana większość pacjentów ocenia ogólnie jakość pracy personelu medycznego w oddziale chirurgicznym dobrze (60%) i bardzo dobrze (22%), a tylko

18% spośród pacjentów ocenia opiekę jako średnią. Ocen negatywnych nie było.

W ankiecie wzięło udział więcej kobiet niż mężczyzn. Tak duża dysproporcja może być związana z różną przeciętną długością wieku zależną od płci. Większa ilość kobiet może także świadczyć o większej ich dbałości o swoje zdrowie. Z analizy wyników możemy wnioskować, że mężczyźni generalnie lepiej oceniają opiekę medyczną. Wyższy jest dla mężczyzn udział ocen bardzo dobrych. Wynika to prawdopodobnie z różnego poziomu oczekiwań w zakresie standardu opieki między kobietami a mężczyznami. Przeprowadzony test statystyczny jednak nie wykazał związku istotnego między płcią badanych, a ich ocenami jakości opieki medycznej świadczonej w szpital

W grupie ankietowanych przeważały osoby w wieku powyżej 60 lat, jednak zbliżony ilościowo był udział osób w przedziale wiekowym 41-60 lat. Zaskakująco wysoki był udział osób w wieku 40 lat i mniej. Zauważyć więc można występowanie poważnych chorób skutkujących wyłonieniem stomii u coraz młodszych pacjentów. Więcej młodych osób ocenia opiekę jako bardzo dobrą, natomiast dla wyższych grup wiekowych podziały opinii są wyrównane. Tak jak w przypadku płci badanych dla analizy statystycznej odnoszącej się do wieku osób ankietowanych nie mamy podstaw do stwierdzenia występowania zależności między wiekiem chorych, a ich oceną opieki medycznej.

Badanie oceny jakości opieki medycznej w zależności od stanu cywilnego chorych pokazało, że duża ilość osób żyjących ze stomią nie przebywa w związkach i musi z tego powodu sama radzić sobie z codziennym funkcjonowaniem. Jest to dodatkowa trudność dla tych osób, stąd dodatkowe wymagania w stosunku do służby zdrowia. Wyniki badań pokazują, że o ile dla osób przebywających w związkach podział opinii o jakości pracy personelu medycznego jest w ogólnym zakresie zgodny z opinią ogólną badanych, to dla osób w stanie wolnym jest znaczący udział opinii o średniej czyli przeciętnej jakości opieki

medycznej jakiej doświadczyli. W przypadku przebywania chorego w związku lub w stanie wolnym znajdujemy związek statystyczny z wyrażanymi opiniami o jakości pracy personelu medycznego. Uzyskana wartość statystyki chi-kwadrat jest większa od wartości krytycznej. Udowodniony został dość silny związek między tymi zmiennymi.

Biorąc pod uwagę wykształcenie w badanej grupie, widzimy że ponad 50% osób, które uczestniczyły w ankiecie posiada wykształcenie średnie i wyższe. Osoby wyżej wykształcone wykazują większą dbałość o zdrowie i uzyskują lepszy dostęp do zabiegów medycznych. Osobom wyżej wykształconym łatwiej jest przyswoić sobie zasady życia ze stomią i uzyskać możliwości wsparcia w chorobie. Chorzy ze stomią z niższym wykształceniem oczekują większego wsparcia i opieki od personelu medycznego. Wśród osób z wykształceniem podstawowym nie ma ocen bardzo dobrych. Ponad 60% osób z tej grupy uznało jakość opieki za przeciętną. Im wyższe wykształcenie tym udział ocen dobrych rośnie, ale też z drugiej strony rosnące wykształcenie powoduje większą krytyczność w samej ocenie stąd spadająca ilość ocen bardzo dobrych. Badając zależności oceny jakości opieki od wykształcenia chorych uzyskano wyraźną zależność statystyczną.

Chorzy zgłaszający się do Poradni Chirurgicznej są zarówno mieszkańcami miasta jak i wsi. Uzyskane wyniki dowodzą, że ocena jakości pracy personelu medycznego jest zbliżona zarówno dla mieszkańców miasta jak i wsi. Analiza statystyczna nie stwierdziła związku między tymi zmiennymi.

Niniejsze wyniki badań pokazują, że czynniki socjodemograficzne mają zróżnicowany wpływ na ocenę poziomu jakości opieki medycznej w okresie pooperacyjnym u chorych ze stomią jelitową. Ocena jakości opieki medycznej uwarunkowana jest także innymi specyficznymi czynnikami, które również należy wziąć pod uwagę w kontynuacji badań na ten temat.

Wnioski

1. Ocena poziomu jakości opieki medycznej świadczonej w szpitalu wobec chorych ze stomią jelitową zależy od stanu cywilnego i wykształcenia osób badanych.
2. Ocena poziomu jakości opieki medycznej świadczonej w szpitalu wobec chorych ze stomią jelitową nie zależy od płci, wieku i miejsca zamieszkania osób badanych.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

W opiece nad pacjentami ze stomią jelitową należy kontynuować wysoki poziom opieki medycznej zarówno we wczesnym jak i późnym okresie pooperacyjnym. W opiece tej należy uwzględnić także zaangażowanie i aktywność pacjentów wraz z członkami ich rodzin oraz grupami wsparcia. Interdyscyplinarna i kompleksowa opieka świadczona wobec pacjentów ma znaczący wpływ na satysfakcję i jakość życia chorych ze stomią jelitową.

Bibliografia / Bibliography:

1. Szczepkowski M., Bielecki K., Stomia na przestrzeni wieków. Polski Przegląd Chirurgii. 1996;68:742-746.

2. Banaszkiewicz Z., Jarmocik P., Jawień A., Stomie jelitowe - przyczyny i zasady wyłonienia. Valetudinaria. Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej. 2004;9(2):106-109.

3. Wełnicki M., Leczenie raka jelita grubego - lepsze wrogiem dobrego. Służba Zdrowia. 2009;23(03):53.

4. Stachowiak M., Rak jelita grubego. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2007;11:36-37.

5. Fibak J. (red.), Chirurgia. Podręcznik dla studentów. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2007;496-497.

6. Floch M., Gastroenterologia. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner. Wrocław 2010;357-359.

7. Głuszek S., Adaptacja chorego ze stomią do nowej sytuacji zdrowotnej. Proktologia. 2003;numer specjalny:37-41.

8. Podgórska-Kowalczyk D., Jakość życia chorego ze stomią. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2002;11:20.

9. Czajka H., Rusak B., Pielęgnacja chorego ze stomią. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2005;2:18-23.

Analiza zmiennych u pacjentów kardiologicznych

Analysis of variables in cardiologic patients

KAMILA BOROWSKA-SZCZEPUCHOWSKA[1], MARIA POSŁUSZNA – OWCARZ[2], ANNA ANTCZAK[3]

[1] Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie

[2] Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu

[3] Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku, Instytut Nauk o Zdrowiu

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2017.009
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:

Wstęp. Według danych najczęstszymi przyczynami zgonów w Polsce są choroby układy krążenia. Rozwój technologii wpływa znacząco na zachorowalność kardiologiczną. Jednak jednoznacznie znaczny wpływ na umieralność w chorobach układu krążenia mają schorzenia związane z rozwojem miażdżycy tętnic należy do nich głównie choroba niedokrwienna serca, która jest przyczyną wielu przedwczesnych zgonów, które wystąpiły przed 65 rokiem życia. Wśród czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca znajduje się czynnik związany ze stylem życia (dieta wysokokaloryczna obfitująca w tłuszcze nasycone i cholesterol, palenie tytoniu, nadmierne spożycie alkoholu, mała aktywność fizyczna).

Cel. Celem badań była ocena prowadzenia zdrowego stylu życia oraz kontroli stanu zdrowia przed i po zachorowaniu u pacjentów Oddziału Kardiologii i Pododdziału Intensywnej Opieki Kardiologicznej.
Materiał i metody. Badania przeprowadzono w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie. Grupę badaną stanowiło 70 pacjentów przebywających w Oddziale Kardiologii i Pododdziale Intensywnej Opieki Kardiologicznej. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji.
Wyniki. Przeprowadzone badania pokazują, że przed zachorowaniem ok. 57% badanych prowadziło zdrowy styl życia. Obecnie odsetek osób przyznających się do prawidłowych zachowań wzrósł aż do 87%. Jednocześnie wyraźnie spadła liczba osób, które po zachorowaniu prowadza niezdrowy styl życia. Przed zachorowaniem co trzeci badany kontrolował swój stan zdrowia. Obecnie robią to prawie wszyscy pacjenci – 93%. Wyraźnie spadał liczba osób, które obecnie, w porównaniu do czasu sprzed wystąpienia choroby nie kontrolowały swojego zdrowia. Obecnie jedynie 7% pacjentów tego nie robi.
Wnioski. Prowadzenie zdrowego stylu życia oraz kontrola stanu zdrowia uległy poprawie po wystąpieniu choroby. Zebrany materiał badawczy stanowi podstawę do potwierdzenia hipotezy, że pacjenci w znacznej większości po wystąpieniu choroby zmieniają styl życia na bardziej prozdrowotny.
Słowa kluczowe: zdrowy styl życia, zachorowalność, choroby kardiologiczne

Abstract:

Introduction. According to data, the most common causes of death in Poland are cardiovascular diseases. Technology development has a significant impact on cardiovascular morbidity. It is clear however, that mortality in cardiovascular diseases largely results from diseases related to atherosclerosis mainly due to ischemic heart disease, which is the cause of many premature deaths that occurred before the age of 65. The risk factors for ischemic heart disease include: the risk factor associated with lifestyle

(high-calorie diet rich in saturated fats and cholesterol, smoking, excessive use of alcohol, low physical activity).
Aim. The purpose of the study was to evaluate healthy lifestyle and health status before and after treatment in patients of Cardiology and Intensive Care Unit.
Material and methods. The study was conducted in the Specialized Provincial Hospital in Ciechanów. The study group consisted of 70 patients staying in the Cardiology Ward and Intensive Care Unit. The study was conducted with the use of the diagnostic survey method. As a research tool, our own survey questionnaire was used.
Results. The study has shown that before the illness, approximately 57% of the patients led healthy lifestyle. Currently, the percentage of people admitting to right behavior has risen to 87%. At the same time, the number of people who suffer from unhealthy lifestyles has dropped significantly. Prior to the disease, every third of the respondents controlled their health. Currently, almost all patients are doing this - 93%. The number of patients who currently do not control their health compared to the period before the onset of illness was clearly down. Currently, only 7% of patients do not do that.
Conclusions.
Keeping a healthy lifestyle and health check improved after the onset of the disease. The collected research material is the basis for confirming the hypothesis that patients in the majority after the onset of the disease change their lifestyle to a more healthy one.
Keywords: healthy lifestyle, morbidity, cardiac diseases

Wstęp

Według danych najczęstszymi przyczynami zgonów w Polsce są choroby układy krążenia. Rozwój technologii wpływa znacząco na zachorowalność kardiologiczną. Jednak jednoznacznie znaczny wpływ na umieralność w chorobach układu krążenia mają schorzenia związane z rozwojem miażdżycy tętnic, należy do nich głównie choroba niedokrwienna serca, która jest przyczyną wielu przedwczesnych zgonów, które wystąpiły przed 65 rokiem życia. Wśród czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca znajduje się

czynnik związany ze stylem życia (dieta wysokokaloryczna obfitująca w tłuszcze nasycone i cholesterol, palenie tytoniu, nadmierne spożycie alkoholu, mała aktywność fizyczna) [1].

Takie czynniki ryzyka jak: palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze i wysokie stężenie cholesterolu odpowiadają za 25% zgonów w tej grupie chorób. Palenie tytoniu powoduje zaburzenia gospodarki lipidowej: podwyższa stężenie triglicerydów i cholesterolu frakcji LDL, a obniża stężenie frakcji HDL, co nasila rozwój miażdżycy w naczyniach wieńcowych. Skurcze tych naczyń powodowane nikotyną oraz dodatkowo związanie części hemoglobiny przez tlenek węgla zmniejszają dowóz tlenu do mięśnia sercowego. Wypalenie 10 papierosów dziennie podwaja, a ponad 20 papierosów potraja zachorowalność na chorobę wieńcową. Mała aktywność fizyczna powoduje zaburzenia odporności ustroju na stresy i infekcje co sprzyja otyłości i przedwczesnemu starzeniu się oraz gorszej sprawności i intelektualnej. Jest czynnikiem ryzyka miażdżycy i choroby wieńcowej [2]. Ostre reakcje emocjonalne (lęk, złość) energicznie mobilizują katecholaminy, co powoduje zwiększone zapotrzebowanie mięśnia serca na tlen i może prowadzić do groźnych dla życia zaburzeń rytmu serca i do nadkrzepliwości. Reakcje stresowe mają znamienny wpływ na ukrwienie serca u osób z zaawansowaną miażdżycą tętnic wieńcowych [3]. W stylu życia duża rola przypada promocji zdrowia, dzięki której można kształtować zachowania, aby wpływały na poprawę stanu zdrowia, jednostki i całych grup społecznych [4].

Celem badań była ocena prowadzenia zdrowego stylu życia oraz kontroli stanu zdrowia przed i po zachorowaniu u pacjentów Oddziału Kardiologii i Pododdziału Intensywnej Opieki Kardiologicznej.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie. Grupę badaną stanowiło 70 pacjentów

przebywających w Oddziale Kardiologii i Pododdziale Intensywnej Opieki Kardiologicznej.

Ankietowani pacjenci, którzy wzięli udział w badaniu to najczęściej osoby w przedziale wiekowym 51-60 lat. Osoby w tym wieku są częstszymi pacjentami oddziału kardiologicznego, niż osoby z innych grup wiekowych. W badanej populacji stanowili oni ponad połowę grupy (55%). Opisując grupę badaną pod względem wykształcenia, można zauważyć zróżnicowanie w tym zakresie. 29% ankietowanych posiada wykształcenie średnie. Niewiele mniej bo 27% grupy to osoby posiadające wykształcenie zawodowe. Co czwarty uczestnik badania posiada wykształcenie podstawowe, a jedynie co piąty (20%) wykształcenie wyższe.

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji.

Wyniki

Przedstawione wyniki opracowano na podstawie badań własnych i dokonano analizy prowadzenia zdrowego i antyzdrowego stylu życia oraz jego kontrola przed i po zachorowaniu .

Postawiono pytanie ankietowanym na czym polega w ich odczuciu „zdrowy styl życia", respondenci mogli wskazać kilka odpowiedzi, dlatego rozkład procentowy nie sumuje się do 100%. Ponad połowa ankietowanych wskazała na odpowiednią dietę oraz aktywność ruchową jako elementy wskazujące na prowadzenie zdrowego stylu życia. Dla ponad 40% istotnym elementem zdrowego stylu życia okazały się też regularne posiłki (42,86%), unikanie używek (42,86%) oraz profilaktyka zdrowotna (47,63%). W kategorii „inne" badani nie wskazali o jakich innych działaniach myślą. Te dane chociaż wydają się optymistyczne można zinterpretować w sposób przeciwny. Ponad połowa nie wybrała odpowiedzi „regularne posiłki, „uniknie używek" czy „stosowanie profilaktyki zdrowotnej" nie

uwzględniając tych form aktywności jako elementy zdrowego stylu życia.

W kolejnym pytaniu pacjenci mieli określić jak interpretują pojęcie „antyzdrowego stylu życia". Ponad połowa badanych wskazała, że ich zdaniem niezdrowy styl życia przejawia się przede wszystkim w braku systematycznej kontroli stanu zdrowia. Kolejne najczęściej wybierane odpowiedzi to „nieodpowiednie jedzenie", "używki" oraz „brak ruchu".

Łatwiej wskazać zmiany w sposobie życia analizując tabelę 1. Pokazuje ona, że przed zachorowaniem ok 57% badanych prowadziło zdrowy styl życia. Obecnie odsetek osób przyznających się do prawidłowych zachowań wzrósł aż do 87%. Jednocześnie wyraźnie spadła liczba osób, które po zachorowaniu prowadza niezdrowy styl życia.

Tabela 1. Rozkład zmiennych pomiędzy prowadzeniem zdrowego stylu życia przed zachorowaniem a obecnie.

Odpowiedź	Przed zachorowaniem		Obecnie	
	n	%	n	%
Prowadzenie zdrowego stylu życia	35	57%	54	87%
Prowadzenie niezdrowego stylu życia	26	43%	8	13%
Razem	61	100%	62	100%

Źródło: opracowanie własne

Znaczące zmiany zaszły wśród respondentów pod względem kontroli swojego stanu zdrowia. Warto dodać, że w tym przypadku zapytano pacjentów o systematyczne kontrolowanie stanu zdrowia, a nie jedynie okazjonalne wykonywanie badań w przypadku potrzeby

hospitalizacji. Przed zachorowaniem co trzeci badany kontrolował swój stan zdrowia. Obecnie robią to prawie wszyscy pacjenci – 93%. Wyraźnie spadał liczba osób, które obecnie, w porównaniu do czasu sprzed wystąpienia choroby nie kontrolowały swojego zdrowia. Obecnie jedynie 7 % pacjentów tego nie robi.

Tabela 2. Kontrola stanu zdrowia przed i po wystąpieniu choroby.

Odpowiedź	Przed zachorowaniem		Obecnie	
	n	%	n	%
Kontrolowanie swojego stanu zdrowia	18	30%	55	93%
Niekontrolowanie swojego stanu zdrowia	42	70%	4	7%
Razem	60	100%	59	100%

Źródło: opracowanie własne

Dyskusja

Przeprowadzone badania na temat oceny przedchorobowego stylu życia pacjentów kardiologicznych i ich analiza wykazały, że częstszymi pacjentami oddziału kardiologicznego są osoby w przedziale wiekowym 51-60 lat (55%).

Analizując wyniki badań niniejszej pracy można wywnioskować, że wykształcenie, miejsce zamieszkania, sytuacja materialna pacjenta mają wpływ na przedchorobowy styl życia. Można porównać to założenie z wynikami Andrzeja Wojtczaka, który ukazuje zależność pomiędzy poziomem wykształcenia,a zachowaniami jednostki oraz pozycją zdrowia w jej hierarchii wartości. Wykształcenie jest najbardziej znaczącym czynnikiem kształtującym zachowania zdrowotne ludzi. Posiadana wiedza zwiększa świadomość istoty przestrzegania i wpływa to bezpośrednio na stan zdrowia. Również czynniki społeczno-ekonomiczne wpływają na liczbę

zachorowań. Zła sytuacja materialna i niski poziom wykształcenia są największym zagrożeniem [2].

Z wyników przeprowadzonych badań niniejszej pracy wynika, że pacjenci po wystąpieniu choroby zmieniają styl życia na bardziej prozdrowotny. Przed zachorowaniem (57%) pacjenci prowadzili zdrowy styl życia, a do prawidłowych zachowań wzrósł on do 87%.

Temat zmiany stylu życia również porusza Violetta Korporowicz w książce „Promocja zdrowia kształtowanie przyszłości". Osoby zmieniają swą postawę wobec swojego stanu zdrowia często w wyniku negatywnego doświadczenia zdrowotnego. Dopiero wtedy stosują posiadaną wiedzę prozdrowotną. W skrajnych przypadkach dokonują analizy stylu życia i rezygnują z preferowanych wcześniej zachowań. Obniżona sprawność organizmu zmusza do poszukiwania odpowiedniego stylu życia, które może pomóc zmniejszyć lub wyeliminować zagrożenia obniżające stan zdrowia [5].

Z analizy wyników badań także można stwierdzić, że pacjenci kardiologiczni nie znają negatywnych skutków antyzdrowotnego stylu życia. 63% ankietowanych odpowiedziało, że nie są ich świadomi. Co trzeci badany stwierdził, że są mu znane.

Włodzimierz Piątkorski opisuje, że ludzie często nie dbają o swoje zdrowie, świadczy o tym nie tylko brak zachowań prozdrowotnych, ale także to, że świadomie postępujemy w sposób szkodliwy dla zdrowia, a przy tym nie robimy nic lub nie wiele, aby zmienić taki stan rzeczy. Ponad 42% to zachowania generalnie niekorzystnie wpływające na zdrowie, a kolejne 6% nie potrafi dokonać oceny ich wpływu. 62% osób swoje antyzdrowotne zachowania uzasadniały przede wszystkim przyzwyczajeniem, 56% przyjemnością z nich płynącą, niechęcią do ograniczania się (54%), brakiem refleksji nad zdrowotnymi skutkami własnych działań (52%), wynikającymi z nich poczuciem odprężenia (52%), czy przekonaniem, że zdrowiu bardzo szkodzą inne rzeczy niż takie zachowania (47%). Czynniki w dużej mierze zależne od jednostek, a więc wyjaśniane nimi zachowania są przedmiotem względnie nieskrępowanego wyboru [6].

Wnioski

Przeprowadzona analiza materiału badawczego pozwala porównać prowadzenie zdrowego stylu życia oraz kontrola stanu zdrowia przed i po wystąpieniu choroby u pacjentów kardiologicznych.

Rozważania teoretyczne oparte na dostępnej literaturze przedmiotu oraz uzyskane wyniki w procesie badawczym wraz z analizą doprowadziły do wniosków:

- Kontrola stanu zdrowia u pacjentów kardiologicznych uległa poprawie po wystąpieniu choroby.
- Zebrany materiał badawczy stanowi podstawę do potwierdzenia hipotezy, że pacjenci po wystąpieniu choroby zmieniają styl życia na bardziej prozdrowotny

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Przedstawiona praca miała na celu wskazanie problemu nie przestrzegania zdrowego stylu życia przed i po rozpoznaniu choroby kardiologicznej. Należy zwrócić uwagę na konieczność zastosowania profilaktyki. Istotą sprawy jest także ukazanie konieczności prowadzenia przez pielęgniarki edukacji zdrowotnej pacjentów, którą powinno się prowadzić zarówno przed jak i po zachorowaniu. W konsekwencji mogłaby ona zapobiec wystąpienia możliwych powikłań choroby kardiologicznej.

Bibliografia / Bibliography:

1. Kulik T.B., Latalski M.: Zdrowie publiczne Wydawnictwo Czelej Lublin 2002, 94-104.

2. Wojtczak A.: Zdrowie publiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2009, 115,124-125,77.

3.

4. Kuński H.: Promowanie zdrowia Podręcznik dla studentów wychowania fizycznego i zdrowotnego Wydanie II uzupełnione Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego Łódź 2000, 159.

5. Siciński A., Styl życia- problemy pojęciowe i teoretyczne, Warszawa, PWN 1976, 15.

6. Korporowicz V.: Promocja zdrowia kształtowanie przyszłości Szkoła Główna Handlowa w Warszawie- oficyna wydawnicza Warszawa 2008, 123.

7. Jabłońska T.E.: Profilaktyka uzależnień tytoń, alkoholizm, narkomania Pielęgniarka i Położna 2004, 11-12.

Preferencje żywieniowe studentów kierunku pielęgniarstwo w zależności od wieku

Nutritional preferences of nursing students according to age

ANGELIKA NAWROCKA [1], MAGDALENA ZAWIDZKA[1], ELŻBIETA NAZAR[1], KAMILA WITKOWSKA[1], ALEKSANDRA MICHALAK[1], EWELINA PACEK[1], BEATA HAOR[2]

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

[2] Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku, Instytut Nauk Zdrowiu PWSZ we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2017.010
ISSN: 2451-1846

Streszczenie

Wstęp. Cukrzyca typu 2 jest chorobą przewlekłą, rozwija się często bezobjawowo, nie wykazując problemów klinicznych, natomiast często po rozpoznaniu towarzyszą już jej powikłania mikronaczyniowe i makronaczyniowe. Przewlekła choroba zmienia obraz świata, przewartościowuje życie większości osób, które zmuszone są do zmiany swoich życiowych celów. W zależności od zaistniałej sytuacji każdy człowiek inaczej reaguje na chorobę. Jedni ludzie akceptują ten stan, inni nie mogą pogodzić się z faktem choroby.
Cel. Celem badań było wskazanie zależności między zaakceptowaniem przez pacjentów cukrzycy typu 2, a jakością ich życia. Jednocześnie na

podstawie przeprowadzonych badań można ocenić przystosowanie się do życia z chorobą.
Materiał i metody. W badaniach wzięło udział 80 osób ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2. Byli to pacjenci hospitalizowani w Oddziale Chorób Wewnętrznych i zarejestrowani w Poradni Diabetologicznej Zespołu Opieki Zdrowotnej w Chełmnie. Jako narzędzie badawcze zastosowano Kwestionariusz Oceny Jakości Życia SF-36 oraz kwestionariusz AIS. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę powyższej placówki oraz Komisji Bioetycznej.
Wyniki. Średni wartość punktowa jakości życia wyniosła wśród badanych - 78,64 punktu. Wynik ten wskazuje, że badane to grupa o przeciętnym poziomie jakości życia, na granicy poziomu wysokiego. Największy negatywny wpływ na poziom jakości życia badanych miało ogólne poczucie zdrowia. Ze wszystkich obszarów akceptacji choroby, najwyżej ocenili badani poczucie - myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby - średnia3,74 punktu oraz mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym - średnia 3,64 punktu.
Wnioski. 1. Pacjenci wykazujący wyższy stopień akceptacji lepiej funkcjonują w sferze emocjonalnej i fizycznej, a co za tym idzie mogą realizować się w sferze zawodowej oraz społecznej. 2. Pacjenci wykazujący wyższy stopień akceptacji choroby łatwiej przystosowali się do ograniczeń narzuconych przez chorobę. 3. Pacjenci wykazujący wyższy stopień akceptacji choroby czują się ludźmi pełnowartościowymi.

Słowa kluczowe: żywienie, studenci, pielęgniarstwo

Abstract:

Introduction. Eating preferences depend on the respondent's age. Healthy diet determines the health condition.
Aim. The aim of the research was to analyze nutritional preferences of students of the nursing faculty and determine the correspondence between students' age and healthy diet.
Material and methods. The research was conducted among Bachelor degree nursing students. The diagnostic survey method was applied, whereas the Health Behaviour Inventory served as a research tool.

Results. The research has shownthat age affects students' food preferences. Best food preferences were declared by students aged 31 or more, slightly worse behaviour in this respect refers to students aged 19 or younger and to those aged 20-25. Healthy eating habits included: eating vegetables and fruit, wholemeal bread, appropriate nutrition. However, a high level of sugar, salt, animal fat and canned salty food consumption among the youngest group of students(aged 19 and under or 20-25 years) is a matter of concern.
Conclusions. Nursing students have good nutritional preferences. Nutritional preferences depend on age of the students.
Keywords: nutrition, students, nursing

Wstęp

Istnieje wiele definicji terminu zdrowie. Najbardziej trafnymi wydają się te, które traktują zagadnienie holistycznie, tj. jako sumę prawidłowo funkcjonujących sfer: biologicznej, psychologicznej i społecznej człowieka. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (1948) zdrowie jest stanem pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego, a nie wyłącznie brakiem choroby lub niedomaganiem [1]. W literaturze specjalistycznej różnych dziedzin zdrowie jest opisywane jako stan, dyspozycja, proces oraz wartość. Zgodnie z typologią wartości Ossowskiego zdrowie może być wartością odczuwaną, uznawaną, odświętną lub codzienną [2]. Bez względu na przyjętą teorię zdrowie jest czynnikiem determinującym jakość ludzkiego życia.

Jednym ze sposobów dbania o zdrowie są tzw. zachowania prozdrowotne. Zgodnie z definicją Sicińskiego jest to zespół codziennych zachowań, swoistych dla danej zbiorowości lub jednostki, charakterystyczny sposób bycia, odróżniający daną zbiorowość lub jednostkę od innych, lub inaczej, bardziej lub mniej świadomie przyjmowana strategia życia [3]. W koncepcji Lalonde'a z 1974 roku wśród determinantów zdrowia na pierwszym miejscu znalazł się styl życia z wynikiem pięćdziesięciu procent. Na dalszych miejscach Lalonde wymienił środowisko i czynniki genetyczne. Na ostatnim miejscu w polach zdrowia pojawiła się organizacja opieki zdrowotnej.

Również w modelu ekosystemu człowieka, tzw. mandalach zdrowia, styl życia został wymieniony jako istotny czynnik, wpływający na zdrowie człowieka [4].

Prozdrowotny styl życia jest według Cockerhama wzorem świadomych zachowań związanych ze zdrowiem, będących efektem wyborów dokonywanych przez ludzi na podstawie dostępnych, determinowanych ich sytuacją życiową alternatyw [5]. Przykładem zachowania prozdrowotnego jest przestrzeganie zasad zdrowej diety, co jest bardzo ważne w czasach z dominacją wysoko przetworzonej żywności. Inne zachowania prozdrowotne to m.in. dbałość o ciało, aktywność fizyczna, sen, wsparcie społeczne, unikanie nadmiaru stresu, radzenie sobie z problemami i stresem, działania prewencyjne, unikanie stosowania używek [6].

Promowanie zachowań prozdrowotnych powinno być nadrzędnym celem polityki zdrowotnej każdego kraju. Choroby cywilizacyjne, których przyczyną jest m.in. nieprawidłowe odżywianie, dotyczą znaczącego odsetka Światowej populacji, a według specjalistów zachorowalność te na jednostki chorobowe będzie wzrastać. Nieprawidłowa dieta jest bowiem przyczyną zwiększonej zachorowalności na choroby układu krążenia oraz nowotworowe, stanowiące najczęstszą przyczynę zgonów w krajach europejskich [7].

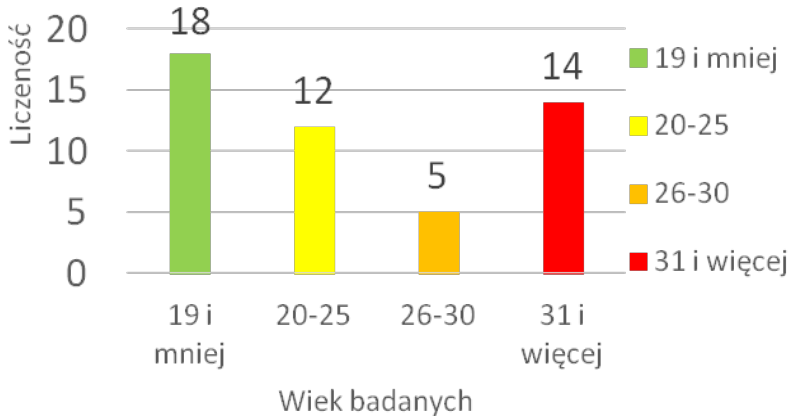
Celem badań przedstawionych w opracowaniu była analiza nawyków żywieniowych wśród studentów kierunku pielęgniarstwa.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 49 studentów pierwszego roku kierunku pielęgniarstwo, realizujących stacjonarne studia pierwszego stopnia w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej we Włocławku. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, metodę szacowania, technikę ankietowania i technikę skali szacunkowej. Narzędziem badawczym był kwestionariusz Inwentarza Zachowań Zdrowotnych, którego treść

stanowiły pytania dotyczące m.in. spożywania warzyw, owoców i pieczywa pełnoziarnistego, dbania o prawidłowe odżywianie, ograniczenia spożywania tłuszczów zwierzęcych, cukru, soli, silnie solonej żywności, unikania spożywania żywności z konserwantami [8].Kwestionariusz IZZ został zakupiony w Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa a na potrzeby aktualnych badań uzupełniony o metryczkę z danymi socjodemograficznymi respondentów.

Udział w badaniach było dobrowolny i anonimowy. Po wstępnej weryfikacji kompletności i prawidłowości wypełnienia kwestionariuszy ankiet, nastąpił etap szczegółowej analizy wyników ankiety. Na początku badaną grupę przeanalizowano na podstawie wieku, a następnie wykonano analizę pod względem nawyków żywieniowych, istotnych z punktu widzenia przeprowadzonego badania. Wyniki zaprezentowano za pomocą wykresów, przedstawiających procentowy udział poszczególnych grup wiekowych w wybranych zagadnieniach. Rycina 1 prezentuje charakterystykę wieku badanych.

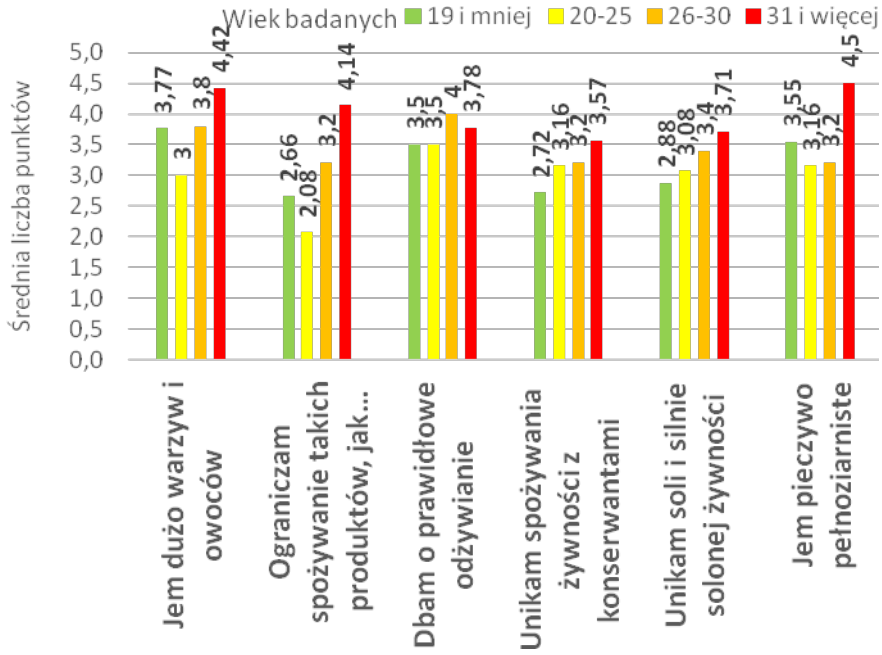


Rycina 1. Charakterystyka badanych ze względu na wiek.
Źródło: opracowanie własne

Respondenci zostali podzieleni na cztery przedziały wiekowe: 19 lat i mniej, 20-25 lat, 26-30 lat, 31 lat i więcej. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 19 lat i mniej (36,7%). Kolejne miejsce zajęła grupa w wieku 31 lat i więcej (28,6%). Trzecią grupą były osoby w wieku 20-25 lat, a najmniej liczną osoby w wieku 26-30 lat.

Wyniki

W kwestionariuszu IZZ respondenci oceniali każde zagadnienie według pięciopunktowej skali, gdzie: 1 – prawie nigdy, 2 – rzadko, 3 – od czasu do czasu, 4 – często, 5 – prawie zawsze. Rycina 2 prezentuje nawyki żywieniowe studentów.

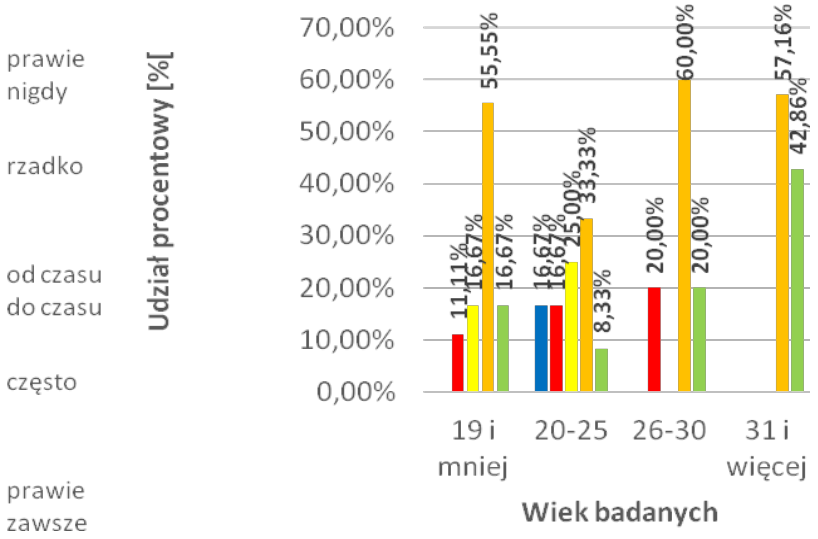


Rycina 2. Nawyki żywieniowe.
Źródło: opracowanie własne

Powyższa rycina 2 prezentuje końcową liczbę punktów poszczególnych zagadnień z podziałem na wiek respondentów.

Największą liczbę punktów zdobyła grupa badanych w wieku 31lat i więcej, co oznacza, że w największym stopniu zwraca uwagę na tak istotne aspekty zdrowej diety jak: spożywanie warzyw, owoców, pieczywa pełnoziarnistego oraz ograniczanie soli, cukru, tłuszczów zwierzęcych i żywności konserwowanej. Dobre nawyki żywieniowe zadeklarowała także grupa badanych w przedziale wiekowym 26-30. Najsłabsze wyniki osiągnęły najmłodsze grupy wiekowe, które w mniejszym stopniu ograniczają spożycie niezdrowych cukru, soli, żywności z konserwantami, tłuszczów zwierzęcych. Na uwagę zasługuje jednak deklarowane w najmłodszych grupach wysokie spożycie warzyw i owoców oraz pieczywa pełnoziarnistego.

Rycina 3 prezentuje wyniki studentów w zakresie spożywanie warzyw i owoców. Niemal każda grupa zadeklarowała wysoki poziom spożycia tych produktów.

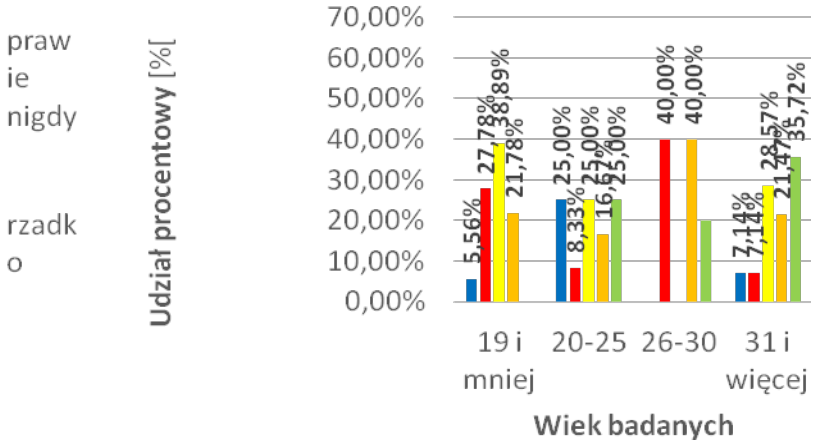


Rycina 3. Spożywanie warzyw i owoców.
Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z ryciny 3 spożycie warzyw i owoców jest zadowalające w każdej z grup. Najczęściej uwzględnianie ich w diecie

zadeklarowała grupa osób w wieku 31 lat i więcej, oceniając je jako „często" lub „prawie zawsze" uwzględniane w jadłospisie. Najmniejsza ilość warzyw znajduje się w diecie osób w wieku 20-25 lat, gdzie ponad 60% badanych „prawie nigdy", „rzadko" lub tylko „od czasu do czasu" włącza warzywa i owoce do diety. Porównywalne spożycie warzyw występuje w grupach osób w wieku 19 lat i mniej oraz 26-30 lat.

Na rycinie 4 zaprezentowano wyniki dotyczące ograniczenia spożywania następujących produktów: tłuszczów zwierzęcych oraz cukru.

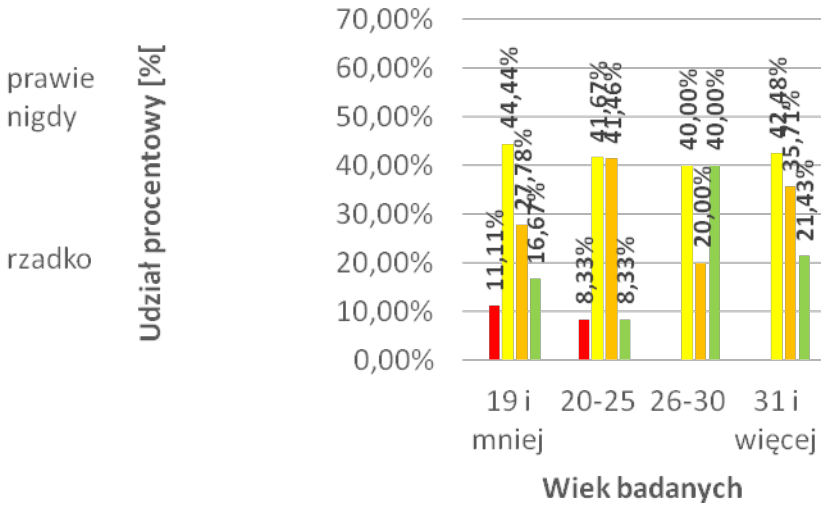


Rycina 4. Spożywanie tłuszczów zwierzęcych i cukru.
Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z powyższej ryciny 4 respondenci dwóch grup zadeklarowali niezadowalający poziom ograniczenia podaży tłuszczów zwierzęcych oraz cukru. Około 70% osób w grupach 19 lat i mniej lat oraz 20-25 lat nie ogranicza lub ogranicza, ale od czasu do czasu spożycie tłuszczów zwierzęcych i cukru. W grupie 26 -30 lat ten sam odsetek respondentów, tj. 40%, zadeklarował rzadkie i częste ograniczanie spożywania wymienionych produktów. Najlepszy wynik uzyskała badani w wieku 31 i więcej lat, gdzie przeszło połowa

studentów często lub prawie zawsze eliminuje wymienione składniki pokarmowe z diety.

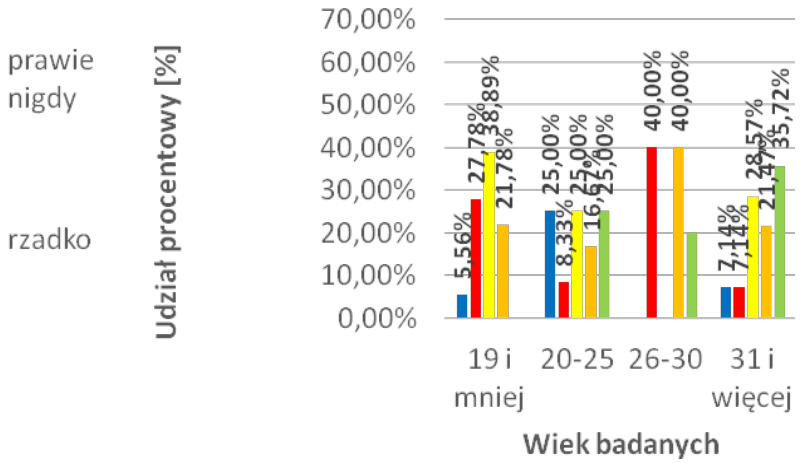
Na rycinie 5 znajdują się dane dotyczące dbania o prawidłowe odżywianie.



Rycina 5. Dbałość o prawidłowe odżywianie.
Źródło: opracowanie własne

Z powyższej ryciny 5 wynika, że w każdej z grup około 40-50% osób deklaruje, że rzadko lub tylko od czasu do czasu dba o prawidłowe odżywianie. Bardzo dobry wynik dotyczył badanych w wieku 26-30 lat, gdzie 60% respondentów zadeklarowało częste lub prawie zawsze dbanie o prawidłowe odżywianie. Nieco gorszy wynik uzyskali studenci w wieku 31 i więcej (około 57%).

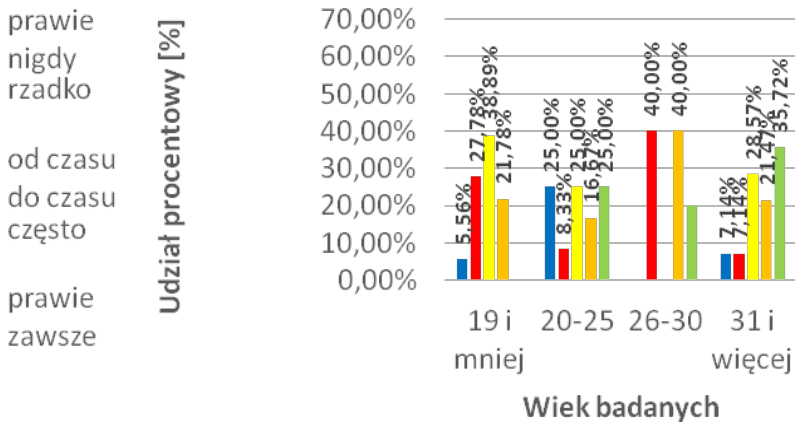
Na rycinie 6 zaprezentowano stopień spożywania żywności z konserwantami wśród studentów kierunku pielęgniarstwo.



Rycina 6. Spożywanie żywności z konserwantami.
Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z ryciny 6 spożycie żywności z konserwantami jest najwyższe w grupie studentów w wieku 19 lat i mniej. Ponad 72% respondentów tej grupy prawie nigdy, rzadko lub tylko od czasu do czasu unika żywności konserwowanej. Niezadowalający wynik prezentuje również grupa w wieku 20-25 lat, gdzie blisko 60% ankietowanych również prawie w ogóle nie ogranicza spożycia wymienionych produktów. Zadowalające wyniki uzyskały grupy osoby w wieku 26-30 lat oraz 31 lat i więcej, w których około 60% badanych zadeklarowało unikanie żywności konserwowanej.

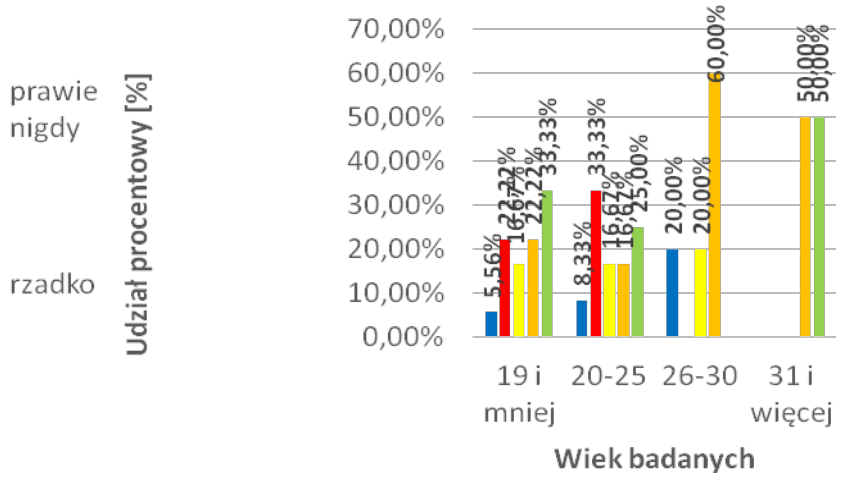
Na rycinie 7 znajdują się wyniki dotyczące spożycia soli.



Rycina 7. Spożycie soli i silnie solonej żywności.
Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z ryciny 7 spożycie soli i silnie solonej żywności jest najwyższe w grupie osób w wieku 19 lat i mniej – aż 80% respondentów zadeklarowało rzadkie ograniczanie popularnej substancji konserwującej. Wysoki odsetek spożycia soli i produktów solonych dotyczył grupy w wieku 20-25 lat (około 60%) i 26-30 lat (40%). W grupie wiekowej 31lat i więcej blisko 60% respondentów zadeklarowało ograniczenie ilości soli w diecie.

Na rycinie 8 podano wyniki dotyczące spożywania pieczywa pełnoziarnistego.



Rycina 8. Spożycie pieczywa pełnoziarnistego.
Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z ryciny 8 spożycie pieczywa pełnoziarnistego w najwyższym odsetku dotyczyło najstarszej grupy respondentów, w której w równym stopniu wybierano odpowiedź często i prawie zawsze (po 50%). Częste spożycie pieczywa pełnoziarnistego zadeklarowała grupa wiekowa 26-30 lat (60%). Najmniej o tę kwestię dba grupa w wieku 20-25 lat, gdzie blisko 60% badanych zadeklarowało rzadkie spożywanie pieczywa pełnoziarnistego. Zdecydowanie lepszy wynik odnotowała grupa osób w wieku 19 lat i mniej, w której pond 55% osób wybrało częste spożywanie pieczywa pełnoziarnistego.

Dyskusja

Wyniki badań przeprowadzonych wśród studentów kierunku pielęgniarstwo PWSZ we Włocławku wskazują na satysfakcjonującą jakość nawyków żywieniowych. Wyniki ankiety wskazują na związek między sposobem odżywiania a wiekiem respondentów. Najzdrowsze nawyki żywieniowe deklarowała najczęściej grupa osób w wieku

31 i więcej lat. Niepokojące wyniki odnotowano wśród badanych w wieku 19 lat i mniej oraz 20-25 lat. Jednak na podstawie wyników ankiety można przypuszczać, że wraz z wiekiem należy liczyć na zmianę preferencji żywieniowych studentów, co pozwoli uniknąć w przyszłości niepożądanych konsekwencji zdrowotnych.

Zdrowe odżywianie jest nieodłącznym elementem prozdrowotnego stylu życia, który obecnie jest świadomym wyborem wielu osób. W różnego rodzaju instytucjach oraz mediach temat właściwego sposobu odżywiania jest niemal ciągle poruszany, gdyż zakres wiedzy na ten temat ciągle się poszerza. Można jednak zaobserwować, co jest niestety niepokojące, że moda na zdrowe odżywianie często przybiera skrajne postacie, zwłaszcza wśród młodych, podatnych na wpływy osób, głównie kobiet. Zdrowe odżywianie bywa przez nie utożsamiane wyłącznie ze znacznym ograniczeniem ilości spożywanych pokarmów, co w wielu przypadkach może doprowadzać do ciężkich chorób, np. anoreksji. Z drugiej strony, mimo odpowiedniej polityki zdrowotnej, wielu kampanii społecznych, obecności programów profilaktycznych w szkołach, w Polsce rośnie odsetek osób z nadwagą i otyłością. Według danych GUS z 2009 roku aż 64% mężczyzn oraz 49% kobiet żyjących w Polsce ma nadwagę lub dotyczy ich otyłość[9]. Ten niepokojący trend obserwuje się również wśród uczniów szkół podstawowych i gimnazjów – już około 23% ma nadwagę lub otyłość [10]. Dlatego ważna jest promocja zdrowych nawyków żywieniowych, zwłaszcza przez osoby pracujące w środowisku medycznym.

Jak pokazują wyniki badań własnych, studenci kierunku pielęgniarstwa preferują następujące nawyki żywieniowe: wysoką podaż warzyw i owoców oraz pieczywa pełnoziarnistego, ograniczenie spożywania produktów zawierających sól, cukier, konserwanty, eliminację tłuszczów zwierzęcych. Preferencje żywieniowe studentów zależą od ich wieku. Zgodnie z wynikami przeprowadzonego badania zasady prawidłowej diety są w większym stopniu przestrzegane przez osoby w wieku 31 lat i więcej.

Wnioski

Przeprowadzone badania i analiza wyników wskazują na to, że:
1. Preferencje żywieniowe studentów pielęgniarstwo są poprawne.
2. Należy ograniczyć podaż soli, cukru i konserwantów w młodszych grupach wiekowych.
3. Preferencje żywieniowe wyraźnie zależą od wieku respondentów.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Przestrzeganie przez studentów kierunku pielęgniarstwo zasad zdrowego żywienia może wpływać na kształtowanie prawidłowych wzorców wśród odbiorców usług medycznych, tj. na zachęcenie ich do rezygnacji z niezdrowych produktów i składników odżywczych. Propagowanie wśród pacjentów zasad prawidłowego odżywiania wymaga przyjęcia właściwej postawy przez członków zespołu terapeutycznego.

Bibliografia/Bibliography:

1. Constitution of the World Helath Organization. 22 czerwca 1946. http://apps.who.int./gb/gov/assets/constitution-en.pdf. Data dostępu: 10.06.2017.

2. Ossowski S.: Dzieła: Z zagadnień psychologii społecznej. Tom 3. Polskie Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1967.

3. Siciński A. Style życia w miastach polskich (u progu kryzysu). Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk, Wrocław 1988.

4. Borzucka-Sitkiewicz K. Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006.

5. Ostrowska A. Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia. Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1999.

6. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.

7. Dane statystyczne dotyczące przyczyn zgonu. Źródło: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics/pl. Data dostępu:10.06.2017.

8. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2009.

9. Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych. Stan ludności Polski w 2009r. Warszawa 2011. http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2009-r,6,5.html. Data dostępu: 10.06.2017.

10. Badanie przeprowadzone przez Instytut Żywności i Żywienia w ramach projektu: „Zapobieganie nadwadze i otyłości oraz chorobom przewlekłym poprzez edukację społeczeństwa w zakresie żywienia i aktywności fizycznej (KIK/34)" współfinansowanego przez Szwajcarię w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej. Dane za 2013r. Kierownik projektu: prof. Mirosław Jarosz. http://www.zdrowie.gov.pl/opis-399-kik_34_zachowaj_rownowage.html. Data dostępu: 10.06.2017.

Opis przypadku/Case report

Postępowanie pielęgniarskie wobec pacjentki z ostrym zespołem bólowym kręgosłupa lędźwiowego

Nursing care for patients with acute lumbar spine pain

AGNIESZKA PIERNIKOWSKA[1] , JANUSZ OSTROWSKI[1]

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

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2017.011
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:

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

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

Abstract:

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

Keywords: transplantology, transplant coordinator, organ donation

Wstęp

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

W pracy przedstawiono studium przypadku opieki nad pacjentką z bliżej nieokreślonymi bólami kręgosłupa, w procesie diagnozowania guza piersi, z depresją. Trudności pacjentki z poruszaniem się, brak wiedzy na temat choroby, niepewność przyszłości, uniemożliwienie funkcjonowania młodej kobiet

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

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

Prezentacja przypadku

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

NZK-brak, objawy oponowe ujemne, drgawki – brak, afazja – brak, wymioty – brak, biegunka – brak, krwawienie – brak, obrzęki – brak, zasłabnięcie – nie wystąpiło.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

bez nadziei na jakąkolwiek poprawę [4]. Możemy posługiwać się skalą VAS (pacjent zaznacza swój ból na odcinku 100 mm^2), skalą NRS (pacjent określa swój ból podając cyfry 0 – 10), skalą werbalną VRS, Likerta (chory określa swój ból poprzez stopniowanie jako lekki, średni, silny i nie do zniesienia, zapisując numerycznie 0 – 4), skalą obrazkową McGratha (czyli tak zwany rysunek buźki, skala ta stosowana jest u dzieci i pacjentów z zaburzeniami poznawczymi) [4]. Bardzo ważnym narzędziem do określenia bólu jest kwestionariusz McGilla – Melzacka, gdzie pacjent podaje ocenę nasilenia bólu w chwili badania, a następnie średniego i maksymalnego natężenia w ostatnich 4 tygodniach. Kwestionariusz ocenia także głębokość bólu oraz wprowadza ocenę jakościową, odnoszącą się do określeń podawanych przez pacjenta. Może on określić ból jako świdrujący, przeszywający, tętniący, wrzynający się, zgniatający, tępy, maltretujący, łamiący, uporczywy, straszny, mdlący, piekący, męczący, rozłupujący, parzący. W diagnozowaniu bólu trzeba wziąć pod uwagę jego charakter, lokalizację, promieniowanie, czynniki wyzwalające i zmniejszające dolegliwości a także dotychczasowe leczenie i jego skuteczność [4]. Celem interwencji pielęgniarskich będzie zniwelowanie lub wyeliminowanie bólu [5].

Działania pielęgniarskie będą polegać na:

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

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

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

Interwencje pielęgniarskie będą obejmowały:

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

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

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

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

Planowane interwencje pielęgniarskie będą obejmowały :

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

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

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

Działania pielęgniarskie to przede wszystkim:

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

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

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

Dyskusja

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wnioski

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

Bibliografia/Bibliography:

1. Hepp W.R. Debrunne H.U. Diagnostyka w ortopedii, Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2008: 125 – 133.

2. Talarska D. Zozulińska – Ziółkiewicz D. Pielęgniarstwo Internistyczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2009: 17 – 35, 59 – 61.

3. Prusiński A. Neurologia praktyczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2005: 75 – 83.

4. Pakosz A. Rozpoznanie bólu przewlekłego. Kwalifikacja do farmakoterapii bólu. Współczesne zasady leczenia bólu przewlekłego. Świat Medycyny i Farmacji. 2015; 7(170):72-84.

5. Kózka M. Płaszewska – Żywko L. Procedury pielęgniarskie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2009: 294 – 296.

6. Polok A. O profilaktyce – czy kręgosłup musi boleć? Ogólnopolski Przegląd Medyczny. 2004; (7): 44 – 45.

7. Ślusarz R., Kruszyna K., Beuth W.: Postępowanie pielęgniarskie wobec pacjenta z zespołem bólowym kręgosłupa leczonym operacyjnie [w:] Ślusarz R., Szewczyk M.,T. (red.) Pielęgniarstwo w neurochirurgii Wydawnictwo Medyczne Borgis Warszawa 2006, 23-33.

8. Braczkowski R. Zubelewicz B. Klakla K. Depresja czynnikiem zagrożenia chorobą nowotworową – ciągle hipoteza czy już udowodniony fakt. Przegląd Lekarski. 1999; 56 (9):608 – 612.

9. Jabłońska R. Beuth W. Subiektywne wyznaczniki jakości życia chorych z dyskopatią. Pielęgniarstwo Polskie. 2008; 1(27), 29 – 34.

10. Radziszewski K.R. Stan funkcjonalny pacjentów z dyskopatią kręgosłupa lędźwiowego leczonych wyłącznie zachowawczo bądź operowanych. Wiadomości Lekarskie. 2008; 61 (1 – 3): 23 – 29.

11. Kurowska K. Żbikowska A. Depresyjność a poczucie koherencji u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa. Nowiny Lekarskie. 2011; 80 (6):441 – 446.

12. Pużyński S. Wiórka J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD - 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków – Warszawa 1997:107.

13. Święcicki Ł. Depresja. Zwykła choroba? Elsevier Urban & Partner. Wrocław 2010:103 – 113.

14. Domżał T. M. Neurologiczne postępowanie w bólach krzyża – standardy i zalecenia. 29.11.2016. http://ppn.viamedica.pl//

15. Klimaszewska K. Krajewska – Kułak E. Kondzior D. Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Problemy Pielęgniarstwa. 2011; 19 (1):47 – 54.

Artykuły poglądowe/Review

Osobowość typu D i choroba sercowo-naczyniowa: przegląd literatury

Personality D type and cardiovascular disease: a literature review

EUGENIA MINASIDOU[1], THEODORA KAFKIA[2], ALICE DIMITRIADOU[3], THOMAI KALLIA[4], MICHAEL KOURAKOS[5]

[1]RN, MSc, PhD, Assistant professor, Department of Nursing, Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki, Greece
[2]RN, MSc, PhD, Clinical Lecturer, Department of Nursing, Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki, Greece
[3]RN, PhD, Associate professor, Department of Nursing, Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki, Greece
[4]CM, MSc, PhD, Clinical Lecturer, Department of Midwifery, Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki, Greece
[5]RN, MSc, PhD, Director of Nursing Department, General Hospital of AsklepeionVoulas, Athens, Greece

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2017.012
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:

Na przestrzeni lat naukowcy skupili się na określeniu specyficznych cech osobowości związanych z konkretnymi objawami choroby. Zdrowie psychiczne i stan psychiczny oraz cechy osobowościowe zostały zbadane i zidentyfikowane jako niektóre z czynników prognostycznych choroby sercowo-naczyniowej, jak i fizyczne, takie jak nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia i cukrzyca. W tym artykule skupiono się na charakterystyce osobowości typu D oraz sposobie jego wpływu na początek choroby sercowo-naczyniowej, rokowania i jakość życia pacjentów. Osoby o różnych cechach osobowości różnią się w zależności od choroby. Dokładniej mówiąc, u pacjentów z osobowością typu D stwierdzono, że mają słabe zdrowie ogólne i cierpią z powodu różnych stanów zagrażających życiu. Typowa osobowość typu D i psychiczne cierpienia są ogólnie sugerowane jako przyczyny złego rokowania u chorych na choroby sercowo-naczyniowe, ponieważ pacjenci są mniej przyzwyczajeni do terapii i mają wiele niezdrowych nawyków związanych ze stylem życia, takich jak palenie tytoniu i niskie poziomy aktywności. Wydaje się, że należy zwrócić uwagę na cechy psychiczne i typy osobowości, jako czynniki ryzyka lub czynniki chroniące chorobę układu sercowo-naczyniowego.

Słowa kluczowe: rodzaje osobowości, osobowość D, choroby sercowo-naczyniowe

Abstract:

Over the years, researchers have focused on identifying specific personality traits associated with specific disease manifestations. Mental health and psychological status, as well as personality

characteristics, have been studied and identified as some of the prognostic factors of cardiovascular disease, along with physical ones, such as hypertension, hyperlipidemia and diabetes mellitus. This article focuses on Type D personality characteristics and the way it may affect the onset of cardiovascular disease, the prognosis and quality of life of patients. People with different personality characteristics adjust differently to disease. More specifically, people with type D personality have been found to have poor general health and suffer for a variety of health-threatening situations. Type D personality and psychological distress, in general, have been suggested as causes for poor prognosis for patients with cardiovascular disease, as these patients are less adherent to their therapy and have a number of unhealthy lifestyle habits, such as smoking and low activity levels. It seems necessary that attention should be paid to psychological characteristics and personality types, as risk or protective factors for cardiovascular disease.

Keywords: personality types, personality D, cardiovascular disease

Introduction

Cardiovascular diseases are the major cause of death and disability in the western world as it has been stated by World Health Organization [1]. In 2012, worldwide, the 31% of deaths were attributed to cardiovascular diseases[1]. The in creasing trend in deaths due to cardiovascular diseases has been attributed to the continuous ageing of the population. By the year 2030 more than 23.600.000 people are expected to die of coronary disease [1].

Research on cardiovascular disease risk factors is focusing on biologic and lifestyle factors. Hypertension, hyperlipidemia and diabetes mellitus seem to be the main reasons for the onset of cardiovascular disease[2]. Psychologic and social factors, such as social beliefs about health, personal relationships and personality types are stated as important prognostic indicators for health and illness. Moreover, acute and chronic psychological burnout and stress have been incriminated for cardiovascular diseases as well [3].

The role of psychological status and mental health disorders as causative factors, or the ones affecting the onset, development and therapy of cardiovascular diseases, has been proven[4-7].Personality characteristics has been also studied in these surveys. It has been found that there are differences in the way people, with different personalities, perceive and explain disease symptoms and seek for advice from healthcare professionals [9,10].

It is since the early 1970s that researchers have been focusing on the effect of type A personality on cardiovascular diseases [11]. The oppression, suppression and avoidance of emotion expression have been also found to be connected with cardiovascular diseases [8,9]. In the last decades, however, it is becoming more and more common to relate cardiovascular disease to a new type of personality, called personality type D[12-15]. More specifically, poor clinical prognosis, physical and mental status have been associated with type D personality in patients with cardiovascular disease [16]. In addition, other studies have shown that type D personality has been detected in a significant proportion

of patients with cardiovascular disease, reaching from 24% to 37% [17,18]. This is why type D personality has been added to the classic risk factors for developing cardiovascular disease [17-19].

The purpose of this literature review is to describe the characteristics of personality type D and their relationship to the manifestation and progression of cardiovascular diseases, aiming at improving the delivery of care of patients.

Review

Personality types

For many years, researchers have focused on identifying specific personality traits associated with specific disease manifestations. Major scholars of the psychosomatic school, as it was named, such as Dunbar and Alexander, created the "personality profile" which seemed to be associated with chronic conditions like peptic ulcer or asthma[10].

Five types of personality have been identified based on their main characteristics[personality A, B, C, D and H]. This classification is not referring to pathological personalities. People with type A personality are described as outgoing, ambitious, competitive, aggressive, impatient, hyperactive, workaholics, even during vacation time, with increased sense of control and unrealistic perception of real urgency [11,13,20]. Studies have shown that type A personality is associated with hypertension, higher incidences of arrhythmia and major coronary heart diseases [21-24]. Type B individuals are the opposite of type A's. They experience lower stress levels, enjoy achievement regardless of winning or losing, they are more relaxed, creative and reflective. On the other hand, type C personalities are lonelier, less assertive but with high levels of stress, difficult in expressing emotions, and more vulnerable to depression. This type of personality tends to be controlling for others as well as themselves and has been linked to cancer [25].

Type D personality is similar to type A, with negative feelings and social isolation added to the already mentioned characteristics. Denollet [12] was the first to introduce the term personality D, where D stands for the word Distressed, and it was originally used to study the influence of various personality characteristics on people with coronary artery disease. In the 2000s, the term was used in order to assess bad physical and mental health [26]. Personality D, in clinical psychology, is described as the one characterized by negative emotions such as anxiety, irritability and depression [27]. Individuals with personality D have two main features: negative affectivity and social inhibition. They are experiencing negative emotions and the tendency of not revealing them due to fear of rejection or disapproval from others. People with type D personality are prone to depression and experience difficulties in accepting and utilizing social support and coping [27-30]. Furthermore, they are more likely to smoke more, have higher level of plasma glucose, cholesterol and C-reactive protein [31,32].

Finally, people with type H personality have a deep sense of commitment to their personal values and beliefs; they are in control of their lives, they are challenged by any problem or difficulty and do not give up easily [13,28-30].

Negative emotions

People with negative emotions have high levels of stress and frustration regardless the period of time or situation in which they are evolved, even if it is not threatening. In general, it is believed that people with negative emotions are mainly focused on the negative side of things [33].They tend to complain quite often and constantly blame themselves and others for everything [10]. Moreover, they experience more intensive feelings of distress, physical symptoms and have low self-esteem. It is not unusual for them to report mild or intense chest pain, with or without actual coronary artery disease.

Social inhibition

People with social inhibition are characterized by passivity. Their main feature is isolation, shyness and emotional seclusion during social interactions [29]. They refuse to share their feelings and are overwhelmed by fears of disapproval and rejection [10]. They are people superficially calm that avoid interpersonal conflicts. This calmness is interrelated with excessive self-control, which characterize type D personality. In fact, social inhibition reflects the way in which the person faces negative emotions [29].

Social activities for these people are causing insecurity, anxiety and other negative emotions leading to hyper secretion of cortisol in any social activity [34] causing adverse effects on cardiovascular system, such as high blood pressure and/or increased pulse rates and perspiration[35].

The combination of negative emotions and social inhibition may be viewed as a form of stress that can cause or aggravate various health problems [12,35].

Cardiovascular disease and type D personality

Type D personality was originally defined in order to identify patients with cardiovascular disease who had an increased risk of emotional and personal disorders, such as post-traumatic stress, anxiety, depression and exhaustion. It seems that it is associated with increased morbidity [37], poor quality of life [37], poor prognosis and mortality [38] in patients with cardiovascular diseases [28,39,40]. In addition, people with type D personality have poor general health and a lot of health-threatening situations [41-43]. In general, type D personality ranges from 13% to 25% in general population, whereas in patients with cardiovascular disorders it reaches 26% to 53% [29,44,45].

Literature data show that type D personality is positively associated with high morbidity and mortality in coronary artery disease patients and negatively with health related quality of life [46]. People with type D personality seem to react differently in any cardiovascular stress. In particular, secretion of cortisol is particularly high in those

individuals leading to high blood pressure. In addition, increased rate of infections is also quite common. Patients with cardiovascular disease and type D personality are usually neglecting regular blood tests and their medical visits leading to delayed diagnosis and treatment of any medical problems. Type D personality is also associated with lifestyle risk factors, such as smoking, metabolic syndrome and low activity level which can partly explain the relationship with risk of cardiovascular diseases [16,39,47].

Metabolic syndrome and unhealthy lifestyle habits are major risk factors for cardiovascular disease and diabetes mellitus. Metabolic syndrome is a combination of risk factors including central fat deposition, glucose intolerance or insulin resistance, dyslipidemia and hypertension which progressively contribute to atherosclerotic process due to cardiovascular diseases and diabetes. Factors such as smoking, excessive alcohol consumption, unhealthy diet and insufficient physical activity are also associated with cardiovascular disease [48]. Steca et al [11] reported that individuals with metabolic syndrome were at higher cardiovascular risk. Moreover, Svansdottir et al [40] stated that patients with cardiovascular disease and type D personality had high levels of depression and unhealthy habits, such as smoking. In the mid-1990s, Denollet et al[13] reported that not only biological factors play an important role in five-year survival in patients with is chaemic stroke but personality D also. In another study by the same main researcher, it was found that mortality or myocardial infraction in cardiovascular patients with personality D was four times higher [39].

In a study by Pelle et al [49] in patients with coronary heart disease it was found that individuals with type D personality had a lower general health than those with other types of personality. In another study by Yu et al [17] it was demonstrated that patients with type D personality had lower morale and were in more severe condition as compared to those with other personality types. Moryś et al [10] concluded that 52% of patients with coronary artery disease had also the specific personality type.

In addition, Borsoi et al [50] in a study of patients undergoing dynamic ultrasonography with dobutamine-atropine, have shown that people with type D personality complained more frequently of chest pain than individuals who did not have the previously mentioned personality. Finally, in a study of Mommersteeg et al [51]it was stated that patients with the personality type under study, reported poor health with emotional distress and chest pain. Similar were the results in Greek patients [52]. An increased risk of atrial fibrillation occurrence was reported by Kelpis et al [52]. In conclusion, Williams et al [53] stated that patients with the above described characteristics had low adherence to medication therapy.

Conclusions

Cardiovascular diseases are one of the leading causes of death and disability in modern western societies. Most studies on risk factors are focusing on biological and lifestyle issues, but acute and chronic psychological stress has been also implicated for the

pathogenesis of cardiovascular disease, as it was reported by studies on the role of psychologic factors and mental health.

In recent literature, there are references to connection of cardiovascular disease to a new personality type, type D, which characteristics are a tendency to depression and difficulties of acceptance and use of social support. Type D personality is associated with morbidity and mortality in coronary artery disease patients and is adversely affecting their quality of life. Lifestyle, such as smoking, metabolic syndrome, low level of activity and non-adherence to medication are, also, associated to type D personality. Further and more detailed research on the potential connection of cardiovascular manifestations is needed.

Bibliografia/Bibliography:

1. World Health Organization. [2015]. *Cardiovascular diseases[CVDs]*. Retrieved from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/.

2. Go A.S., Mozaffarian D., Roger V.L., Benjamin E.J., Berry J.D., Blaha M.J., et al. Heart disease and stroke statistics–2014 update: A report from the American heart association. Circulation. 2014;129[3]:e28-292.

3. Lagraauw H, Kuiper J, Bot I. Acute and chronic psychological stress as risk factors for cardiovascular disease: insights gained from epidemiological, clinical and experimental studies. Brain, Behavior and Immunity. 2015;50:18-30.

4. Litchman J., Bigger T., Blumenthal J., Frasure-Smith N., Kaufmann P., Lesperance F., et al. Depression and coronary heart disease: Recommendations for screening, referral and treatment. A science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. Circulation. 2008;118[17]:1768-1775.

5. Player M., Peterson L. Anxiety disorders, hypertension and cardiovascular risk: a review. InternationalJournal of Psychiatry in Medicine. 2011;41[4]:365-377.

6. Schwartz B., French W., Mayeda G., Burstein S., Economides C., Bhandari A., et al. Emotional stressors trigger cardiovascular events. International Journal of Clinical Practice. 2012;66[7]:631-639.

7. Tully P., Cosh S., Baune B. A review of the affects of worry and generalized anxiety disorder upon cardiovascular health and coronary heart disease. Psychology, Health & Medicine. 2013;18[6]:627-644.

8. Kubzansky L.D., Kawachi I. Going to the heart of the matter: do negative emotions cause coronary heart disease? Journal of Psychosomatic Research. 2000;48[4-5]:323-337.

9. Molloy G., Perkins-Porras L., Strike P., Steptoe A. Type-D personality and cortisol in survivors of acute coronary syndrome. Psychosomatic Medicine. 2008;70[8]:863-868.

10. Moryś J., Bellwon J., Jezewska M., Adamczyk K., Gruchala M. The evaluation of stress coping styles and type D personality in patients with coronary artery disease. KardiologiaPolska. 2015;73[7]:557-566.

11. Steca P., D'Addario M., MagrinM.E., MigliorettiM.,Monzani D., Pancani L., et al.. A Type A and Type D Combined Personality Typology in Essential Hypertension and Acute Coronary Syndrome Patients: Associations with Demographic, Psychological, Clinical, and Lifestyle Indicators. PLoS ONE. 2016;11[9]:1-28.

12. Denollet J., Sys S.U., Brutsaert D.L. Personality and mortality after myocardialinfarction. Psychosomatic Medicine. 1995;57[6]:582-91.

13. Denollet J., Sys S.U., Stroobant N., Rombouts H., GillebertT.C., Brutsaert D.L. Personality as independent predictor of longterm mortality in patients with coronary heart disease. Lancet. 1996;347[8999]:417-421.

14. Denollet J. Type D personality-A potential risk factor refined. Journal of Psychosomatic Research. 2000;49[4]:255-266.

15. Denollet J., Vaes J., Brutsaert D.L. Inadequate response to treatment in coronary heart disease: Adverse effects of Type-D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. Circulation. 2000;102[6]:630-635

16. Grande G., Romppel M., Barth J. Association between type D personality and prognosis in patients with cardiovascular diseases: A systematic review and meta-analysis. Annals ofBehavioural Medicine. 2012;43[3]:299-310.

17. Yu X., Zhang J., Liu X. Application of the type D scale [DS14] in Chinese coronary heart disease patients and healthy controls. Journal of Psychosomatic Research. 2008;65[6]:595-601.

18. Kupper N., Pedersen S.S., Hofer S., Saner H., Oldridge N., Denollet J. Cross-cultural analysis of type D [distressed] personality in 6222 patients with ischemic heart disease: A study from the international HeartQoL project. International Journal ofCardiology. 2013;166[2]:327-333.

19. Vukovic O., Tosevski D.L., Jasovic-Gasic M., Damjanovic A., Zebic M., Britvic D., et. al. Type D personality in patients with coronary artery disease. PsychiatricaDanubina. 2014;26[1]:46-51.

20. Xu X., Chen Z., Zhang J., Liu X. Coping mediates the association between type D personality and perceived health in Chinese patients with coronary heart disease. International Journal ofBehavioural Medicine. 2011;18[3]:277-284.

21. Al-Asadi N. Type Abehaviour pattern: is it a risk factor for hypertension? East Mediterranean Health Journal. 2010;16[7]:740-745.

22. Aronowitz R. The Framingham Heart Study and the emergence of the risk factors approach to Coronary Heart Disease, 1947-1970. Revue d'historie des sciences. 2011/2;64[2]:263-295.

23. Sharma A. Hypertension: Psychological Fallout of Type A, Stress, Anxiety and Anger. Advances in Asian Social Sciences. 2012;3[4]:751-758.

24. Bokenberger K., Pedersen N., Gatz M., Dahl A. The type A behavior pattern and cardiovascular disease as predictors of dementia. Health Psychology. 2014;33[12]:1593-1601.

25. Temoshok L., Dreher H. The type C connection: the behavioral links to cancer and your health. Random House, New York. 1992.

26. Aquarius A.E., Denollet J., Hamming J.F., De Vries J. Role of disease status and Type D personality in outcomes in patients with peripheral arterial disease. American Journal of Cardiology. 2005;96[7]:996-1001.

27. Du J., Zhang D., Yin Y., Zhang X., Li J., Liu D., et al. The personality and psychological stress predict major adverse cardiovascular events in patients with Coronary Heart Disease after percutaneous coronary intervention for five years. Medicine [Baltimore]. 2016;95[15]:e3364-3370.

28. Denollet J., Brutsaert D.L. Personality, disease severity, and the risk of long-term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. Circulation. 1998;97[2]:167-73.

29. Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, andType D personality. Psychosomatic Medicine. 2005;67[1]:89-97.

30. Denollet J., Kupper N. Stress and the heart: the role of type D personality in personalized care. European Heart Journal. 2015;36[28]:1783-1785.

31. Van Gestel Y., Pedersen S., van de Sande M., de jaegere P., Serruys P., Erdman R., et al. Type-D personality and depressive symptoms predict anxiety 12 months post-percutaneous coronary intervention. Journal of Affective Disorders. 2007;103[1-3]:197-203.

32. Whitehead D.L., Perkins-Porras L., Strike P.C., Magid K., Steptoe A. Cortisol awakening response is elevated in acute coronary syndrome patients with type-D personality. Journal of Psychosomatic Research. 2007;62[4]:419-425.

33. Sher L. Type-D personality: the heart, stress, and cortisol. QJM. 2005;98[5]:323-329

34. Watson D., Pennebaker J. Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. PsychologyReviwe. 1989;90[2]:234-254.

35. Rosmond R., Bjorntorp P. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity as a predictor of cardiovascular disease, type 2 diabetes and stroke. Journal of InternalMedicine. 2000;247[2]:188-197.

36. Kupper N., Denollet J. Type D personality as a prognostic factor in heart disease: Assessment and mediating mechanisms. Journal of Personallity Assessment. 2007;89[3]:265-76.

37. Van den Broek K.C., Nyklicek I., van der Voort P.H., Alings M., Meijer A., Denollet J. Risk of ventricular arrhythmia after implantable defibrillator treatment in anxious type D patients. Journal of American College of Cardiology. 2009;54[6]:531-537.

38. Pedersen S.S., Denollet J. Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. European Journal of Cardiovascular Prevention &Rehabilitation. 2003;10[4]:241-248.

39. Denollet J., Pedersen S.S., Vrints C.J., Conraads V.M. Usefulness of type D personality in predicting 5-year cardiac events above and beyond concurrent symptoms of stress in patients with coronary heart disease. American Journal of Cardiology. 2006;97[7]:970-973.

40. Svansdottir E., van den Broek K.C., Karlsson H.D., Gudnason T., Denollet J. Type D personality is associated with impaired psychological status and unhealthy lifestyle in Icelandic cardiac patients: A cross-sectional study. BMC Public Health. 2012;12:42-52.

41. Mols F., Oerlemans S., Denollet J., Roukema J., van de Poll-Franse L. Type D personality is associated with increased comorbidity burden and health care utilization among 3080 cancer survivors. General Hospital Psychiatry 2012;34[4]:352-359.

42. Schoormans D., Mulder B., van Melle J., Pieper E., van Dijk A., Sieswerda G. et al. Patients with a congenital heart defect and type D personality feel functionality more impaired, report a poorer health status and quality of life, but use less healthcare. European Journal of Cardiovascular Nursing 2012;11[3]:349-355

43. Starrenburg A., Kraaier K., Pedersen S., van Hout M., Scholten M., van der Palen J. Association of psychiatric history and type D personality with symptoms of anxiety, depression, and health status prior to ICD implantation. International Journal ofBehavioural Medicine 2013;20[3]:425-433

44. Pedersen S.S., Denollet J. Validity of the Type D personality construct in Danish post-MI patients and healthy controls. Journal of Psychosomatic Research. 2004;57[3]:265-272.

45. Conraads V.M., Denollet J., De Clerck L.S., Stevens W.J., Bridts C., Vrints C.J. Type D personality is associated with increased levels of tumour necrosis factor [TNF]-alpha and

TNF-alpha receptors in chronic heart failure. International Journal of Cardiology. 2006;113[1]:34-8.

46. O'Dell K., Masters K., Spielmans G., Maisto S. Does type-D personality predict outcomes among patients with cardiovascular disease? A meta-analytic review. Journal of Psychosomatic Research. 2011;71[4]:199-206.

47. Mommersteeg P.M., Pouwer F. Personality as a risk factor for the metabolic syndrome: A systematic review. Journal of Psychosomatic Research. 2012;73[5]:326-333.

48. Mommersteeg P., Kupper N., Denollet J. Type D personality is associated with increased metabolic syndrome prevalence and an unhealthy lifestyle in a cross-sectional Dutch community sample. BMC Public Health. 2010;10:714-725.

49. Pelle A., Erdman R., Van Domburg R., Spiering M., Kazemier M., Pedersen S. Type D patients report poorer health status prior to and after cardiac rehabilitation compared to non-type D patients. Annals ofBehavioural Medicine 2008;36[2]:167-175.

50. Borsoi R., Sabatoski V.V., Ogawa A.P.H., Fontana A., Baroncini L.A.V., de Souza A.M., et al. Occurrence of Myocardial Ischemia in Patients Undergoing Pharmacologic Stress Echocardiography: The Impact of Type-D Personality. International Journal of Preventive Medicine. 2014;5[7]:895-899.

51. Mommersteeg P.M., Pot I., Aarnoudse W., Denollet J., Widdershoven J.W. Type D personality and patient-perceived health in nonsignificant coronary artery disease: the TWeestedenmIldSTenosis[TWIST] study. Quality of Life Research. 2013;22[8]:2041-2050.

52. Kelpis T.G., Anastasiadis K., Nimatoudis I., Kelpi M.G., Hadjimiltiades S., Papakonstantinou C. Prevalence of "Distressed" Personality in Patients with Coronary Artery Disease and Its Correlation with Morbidity After Coronary Surgery. Hellenic Journal of Cardiology. 2013;54[5]:362-367

53. Williams L., O'Connor R.C., Grubb N.R., O'Carroll R.E. Type D personality and illness perceptions in post-myocardial infarction patients. Journal of Psychosomatic Research. 2011;70[2]:141-144.