Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

2(4)/2019

Włocławek 2019

Rada naukowa
dr hab. Mariusz Wysokiński
prof. dr hab. Joanna Rosińczuk
Assistant Professor, Ph.D. Mgr. Helena Kadučáková
Assistant Professor, Ph.D. Zuzana Hudáková
dr Ewa Barczykowska

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

Lista recenzentów publikowana jest na stronie czasopisma:

http://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 2016

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

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

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

Spis treści

Od Redakcji/Editorial……8

Artykuły oryginalne/Original

KATARZYNA GĘSICKA, MONIKA RYCHLEWSKA, TERESA SIEMIANOWSKA
Ocena jakości życia pacjentów z kolostomią ……..9

MAGDALENA ZAWIDZKA, AGNIESZKA PIERNIKOWSKA
Przygotowanie pacjenta przewlekle chorego do samoopieki jako efekt skutecznej edukacji zdrowotnej prowadzonej przez pielęgniarkę ……30

MARTA KAMIŃSKA, KLAUDIA DASZUTA
Wiedza i opinie studentów na temat transplantacji narządów ……53

Ş. DILEK GÜVEN*, AYLA ÜNSAL
The relatioship beetwen levels of altruism, empathy and assertiveness in nursing students ……71

Opis przypadku/Case Report

NATALIA PAWLAK, JULIA ROMANOWICZ, LENA SERAFIN, BOŻENA CZARKOWSKA-PĄCZEK
Aspekty pielęgniarskie pacjenta z zespołem kacheksja – anoreksja w opiece paliatywnej – studium przypadku w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® 92

Artykuły poglądowe/Review

BEATA PRZYSTAŚ, MONIKA SANDER-GRABOWSKA, MARZENA CHWIAŁKOWSKA
Aspekty promocji zdrowia i badań profilaktycznych w kontekście zachorowań i zgonów z powodu nowotworów w Polsce……..116

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).*

Zapraszamy do nadsyłania tekstów i zgłaszania sugestii dotyczących publikacji.

Z poważaniem
Redakcja

Ocena jakości życia pacjentów z kolostomią

The assesment of quality of life in patients with colostomy

KATARZYNA GĘSICKA[1], MONIKA RYCHLEWSKA[2], TERESA SIEMIANOWSKA[2]

[1] Podstawowa Opieka Zdrowotna „Pomed" Czernikowo
[2] Instytut Nauk o Zdrowiu Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej we Włocławku
[3] Odział Chirurgii Ogólnej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Bł. ks. J. Popiełuszki we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2019.007
ISSN:2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Pierwsze wzmianki dotyczące stomii jelitowej pochodzą sprzed trzech tysięcy lat. Z upływem czasu zmieniły się techniki, mechanizm jak i przyczyny wyłonienia kolostomii, lecz emocje towarzyszące jej wytworzeniu pozostały na porównywalnym poziomie. Wydawać by się mogło, że skoro szybki rozwój nauk medycznych dał możliwość efektywnego leczenia chorób wcześniej uznanych za nieuleczalne, to zmniejszy się również liczba osób z wyłonioną kolostomią. Niestety, w następstwie szybkiego rozwoju cywilizacyjnego zwiększa się liczba zachorowań na raka jelita grubego, co z kolei stanowi główną przyczynę wytworzenia stomii jelitowej.
W ostatnich latach, badania dotyczące oceny jakości życia znacznie zyskały na znaczeniu ze względu na holistyczne i interdyscyplinarne spojrzenie na sytuację chorego. Badania nad jakością życia są nie tylko przejawem troski o dobro pacjenta, lecz także wyrazem zaangażowania ludzi reprezentujących wiele zawodów, zarówno medycznych jak i humanistycznych.
Cel. Celem pracy jest analiza wybranych obiektywnych oraz subiektywnych czynników, wpływających na ocenę jakości życia osób z wyłonioną kolostomią.

Materiał i metody. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Jako technikę dla skonkretyzowania zamiarów badawczych wybrano ankietę. Za narzędzie badawcze posłużył charakterystyczny dla oceny jakości życia - kwestionariusz ankiety.
Do analizy statystycznej wykorzystano test niezależności chi – kwadrat (zwany inaczej testem Pearsona) służący sprawdzaniu hipotez. W opracowaniu danych wykorzystano również korelację rang Spearmana (rho – Spearmana). Badaną grupę stanowiły 82 osoby z kolostomią w różnym okresie po leczeniu operacyjnym, w tym 38 kobiet (46,34% ≈ 46%) i 44 (53,66% ≈ 54%) mężczyzn.
Wyniki. Na podstawie otrzymanych wyników i ich analizy stwierdzono, że jakość życia wśród respondentów jest niska. Czynniki socjodemograficzne takie jak: płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania są wprost proporcjonalne i wywierają na tę ocenę istotny wpływ. Analiza statystyczna wykazała również znaczący wpływ otrzymywanego wsparcia społecznego ma wpływ na ocenę jakości życia.
Wnioski. Osoby z wytworzoną kolostomią reprezentują obniżony poziom jakości życia. Na taki stan rzeczy, w takim samym stopniu, wywierają wpływ obiektywne czynniki społeczno – ekonomiczne, kliniczna ocena choroby jaki subiektywne poczucie jakości życia. Szczególne znaczenie wywiera przynależność chorych do Polskiego Towarzystwa Stomijnego oraz wsparcie otrzymywane od jego członków.

Słowa kluczowe: jakość życia, opieka, kolostomia

Abstract:
Introduction. The first mention of stoma dates back three tousand years. With time the techniques, mechanism as well as reasons for stoma have changed. The emotions and feelings that accompany the stoma remain unchanged. It may seem that the developments in health technologies and medical studies have given the opportunity to provide effective treatment in the case of diseases originally considered incurable and the number of people with stoma will decrease. Unfortunately, following the civillisation development the number of cases of colorectal cancer is growing, which constitues a major cause of stoma.

Studies devoted to the quality of life have grown in significance in recent years and this is due to holistic and interdisciplinary approach towards patients. Studies on the quality of life are not only about the dispaly of patietn care but also a sign of commitment of people representing different professions , both within the fields of humanities and medicine.

Aim. The aim of the study is to analyze selected objective and subjective factors affecting the quality of life in patients with stoma.

Material and Methods. The diagnostic survey togethether with a survey was used to make the study more specific. Also a questionnaire on the quality of life in patients wtih stoma was a research tool. A Chi- squere test (Pearson's test) was used in statistical analysis. The collected data were estimated using the Spearman rank correlation. The respondents consisted of 82 people with stoma at different stages after post-operative treatement, inlcuding 38 women (46,34% ≈ 46%) and 44 (53,66% ≈ 54%) man.

Results. The results obtained together with their analysis stated that thequality of life in respondets is low. Socio-demographic factors such as : gender, education and place of residence are directly proportional to the results and have a significant impact on the assesment of the respondents' quality of life. Statistical analisys showed that social support is of great importance to the respondents and contributes significantly to their assesment of the quality of life.

Conclusion. Patients with stoma have reduced quality of life. This is due to objective socio-economic factors, clinical evaluation of the disease as well as subjective assesment of quality of life . It is also particularly important if a patient is a member of Polish Ostomy Association and can rely on their support.

Keywords: quality of life, nursing care, stoma

Wstęp

Termin stomia wywodzi się z języka łacińskiego i oznacza usta, otwór czy przetokę. Nazwy tej używa się do określenia sztucznie wytworzonego połączenia pomiędzy narządem jamistym powierzchnią błony śluzowej lub skóry. Taki rodzaj połączenia wytwarza się w obrębie różnych układów np. moczowego,

pokarmowego czy oddechowego [1]. W przypadku kolostomii mówimy o połączeniu światła jelita grubego ze skórą powłok jamy brzusznej, które zostaje wykonane w czasie zabiegu chirurgicznego, w trybie nagłym lub planowym. Taki rodzaj stomii jelitowej nazywany jest również zewnętrzną przetoką jelitową, odbytem brzusznym, anusem brzusznym lub częściej sztucznym odbytem [2,3].

Kolostomia jest najczęściej wykonywanym rodzajem stomii jelitowej, która polega na wyprowadzeniu ponad powłoki brzuszne końca jelita grubego. Stanowi ona nowe ujście, przez które następuje wydalanie kału. Sytuacja taka ma miejsce wówczas, gdy zmiany chorobowe jelit uniemożliwiają prawidłowe funkcjonowanie układu pokarmowego i wymagają częściowej jego resekcji lub odbarczenia. Wyłonienie stomii bez względu na jej charakter oraz czas trwania pociąga jednak za sobą trudne do zaakceptowania przez pacjenta konsekwencje. Są to nie tylko skutki fizyczne, które związane są z wyglądem ciała, utratą kontroli nad wydalaniem stolca i gazów, ale również problemy emocjonalne, społeczne i psychiczne wynikające z konieczności adaptacji do nowej sytuacji spowodowanej chorobą oraz zabiegiem operacyjnym [4]. Wyłonienie kolostomii może stanowić trudne do zaakceptowania przez samego chorego okaleczenie, które nierzadko ma odzwierciedlenie w późniejszym jego funkcjonowaniu w różnych sferach życia. Zmianie ulega akceptacja własnego ciała, samoocena oraz często sytuacja życiowa [4]. Poza fizycznym przygotowaniem pacjenta do zabiegu, ważne jest zatem przygotowanie psychiczne, które rozpoczyna się z chwilą poinformowania chorego o konieczności przeprowadzenia operacji. Polega ono głównie na wyjaśnieniu wszelkich wątpliwości, udzieleniu wsparcia emocjonalnego, wysłuchaniu obaw chorego oraz pomocy w przygotowaniu się do samoopieki i samopielęgnacji. Istotne w przygotowaniu psychicznym jest poznanie oraz zrozumienie niepokojów i obaw pacjenta, zindywidualizowane traktowanie, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa oraz wskazanie i ułatwienie

kontaktu z osobami kompetentnymi w wyjaśnianiu wątpliwych kwestii [5].

Celem niniejszej pracy jest analiza wybranych obiektywnych oraz subiektywnych czynników wpływających na ocenę jakości życia osób z wyłonioną kolostomią.

Materiał i metody

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Jako technikę dla skonkretyzowania zamiarów badawczych wybrano ankietę. Za narzędzie badawcze posłużył charakterystyczny dla oceny jakości życia kwestionariusz ankiety autorstwa dr. med. Zbigniewa Banaszkiewicza i współautorow, na którego wykorzystanie otrzymano zgodę autora [8]. Ankieta ta zawiera 25 pytań. Na potrzeby bieżącej pracy dodano dwa pytania dotyczące otrzymywanego wsparcia oraz przynależności badanych do grupy zrzeszającej osoby z kolostomią. Końcowa wersja, jaką respondent otrzymał do wypełnienia zawierała zatem 27 pytań.

Pierwszą część kwestionariusza stanowiła metryczka zawierająca pytania, które dotyczyły: wieku, płci, wykształcenia, charakteru pracy, miejsca zamieszkania respondentów. Kolejne pytania odnosiły się do przyczyn wyłonienia kolostomii, przygotowania do samopielęgnacji, kontaktu z personelem ochrony zdrowia, oceny stanu zdrowia po zabiegu operacyjnym, ograniczeń w kontaktach osobistych i wykonywaniu czynności dnia codziennego w związku z wyłonieniem kolostomii. Pacjent odpowiadał również na zagadnienia dotyczące pracy zawodowej, zainteresowań, wyglądu zewnętrznego, relacji z rodziną i znajomymi, kontaktów towarzyskich, warunków ekonomicznych, występowania lęku, korzystania z rozrywek i wypoczynku oraz akceptacji kolostomii.

Badania miały charakter anonimowy. Warunkiem ich przeprowadzenia była dobrowolna zgoda pacjenta na udział w procedurze badawczej.

Wyniki badań poddane zostały szczegółowej analizie statystycznej za pomocą testu niezależności chi – kwadrat (zwany inaczej testem Pearsona). Ponadto wykorzystano również korelację rang Spearmana(rho – Spearmana).

Badaną grupę stanowiły 82 osoby z kolostomią w różnym okresie po leczeniu operacyjnym, w tym 38 kobiet (46,34% ≈ 46%) i 44 (53,66% ≈ 54%) mężczyzn.

Respondenci pozostawali w różnym przedziale wiekowym. Największą grupę respondentów stanowiły osoby w grupie wiekowej pomiędzy 50 a 60 rokiem życia (36,59% badanych). Na kolejnym miejscu pod względem liczebności znalazły się osoby między 61 a70 rokiem życia (25 ankietowanych - 30,49%). Tylko jeden respondent znajdował się w kategorii wiekowej pomiędzy 20 – 30 rokiem życia.

Kolejnym elementem różnicującym ankietowanych pacjentów było wykształcenie. Najwięcej, bo 30 osób posiadało wykształcenie średnie, 26 ankietowanych – zawodowe. Najmniej chorych, bo tylko 10 (20,2%) legitymowało się wykształceniem podstawowym. W pytaniu dotyczącym charakteru wykonywanej pracy chorzy wybierali właściwą dla siebie opcję pośród trzech możliwych: pracownika fizycznego, pracownika umysłowego oraz inne warianty aktywności zawodowej. Tylko dwie osoby nie podały czy są czynne zawodowo. Większość, bo aż 51 pacjentów (62,20%) przebywało na emeryturze a 9 osób (10,98%) na rencie. Pracę w charakterze pracownika umysłowego wykonywało 18 osób, a tylko 2 osoby były zatrudnione jako pracownicy fizyczni. Tak więc w grupie badanych 82 osób tylko 20 było czynnych zawodowo.

Zróżnicowane było również miejsce zamieszkania respondentów. Najliczniejsza, bo 34-osobowa grupa ankietowanych mieszkała w największych miastach (41,46%). Drugą pod względem wielkości grupę stanowili mieszkańcy wsi (24 osoby -29,27%). Najmniej – 9 osób - mieszkało w miastach 50 – 100 tysięcznych. Reasumując, w 82-osobowej grupie, aż 58 osób mieszkało w miastach.

Najwięcej respondentów mieszkało ze współmałżonkiem – 35 osób (około 43%). Z kolei 15 osób zamieszkiwało ze współmałżonkiem i dziećmi a 14 osób z dziećmi i wnukami. Samotne prowadzenie gospodarstwa domowego zadeklarowało 21,95% badanych (18 osób).

Badania przeprowadzono na terenie województwa kujawsko–pomorskiego, wśród pacjentów Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Pomed" w Czernikowie, Niepublicznego Zakładu Opieki Rodzinnej „ Na Złotej Górce" w Kikole, Szpitala Lipno Sp. z o. o., Bydgoskiego Oddziału POL – ILKO oraz ART – MED – u, sklepu medycznego realizującego zlecenia na zaopatrzenie stomijne z siedzibą w Toruniu.

Wyniki

Zdecydowanie jako najczęstszą przyczynę wytworzenia kolostomii respondenci wskazywali nowotwór jelita grubego. Z tego powodu wyłoniono stomię aż u 63 osób. Z kolei 7 pacjentom wyłoniono odbyt brzuszny w następstwie niedrożności mechanicznej. Na inną przyczynę nie uwzględnioną w ankiecie wskazało 6 respondentów (7,32%). W pojedynczych przypadkach, wskazanie do stomii stanowiły powikłania po zabiegu ginekologicznym, rak pęcherza moczowego, uchyłkowatość oraz polipowatość mnoga. W dwóch przypadkach respondenci nie podali przyczyny.

W momencie podjęcia decyzji o wyłonieniu kolostomii rozpoczyna się edukacja przedoperacyjna pacjenta. Jej celem jest oswojenie chorego z faktem posiadania nowego ujścia jelita oraz przygotowanie go do okresu pooperacyjnego. Po zabiegu wyłonienia przetoki, pielęgniarka najczęściej jako pierwsza uczy pacjenta zasad pielęgnacji oraz doboru odpowiedniego sprzętu i służy pomocą w dokonaniu jego właściwego wyboru. Przed opuszczeniem szpitala chory posiada podstawową wiedzę dotyczącą zasad właściwej pielęgnacji stomii. Ogrom przekazanych danych może jednak wpłynąć

na to, że pacjent nie jest w stanie zapamiętać uzyskanych informacji oraz zastosować ich w praktyce. Niezbędne wówczas okazują się działania edukacyjne podejmowane w poradniach specjalistycznych czy placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (poz). Część pacjentów uzupełnia wiedzę i rozwiewa swoje wątpliwości korzystając z literatury czy informacji dostępnych w Internecie. Szpital nadal jednak pozostaje tym miejscem, gdzie chory otrzymuje podstawową wiedzę niezbędną do prowadzenia samoopieki i samopielęgnacji. Tak też odpowiedzieli respondenci na zadane pytanie dotyczące przygotowania do pielęgnacji kolostomii. Zdecydowana większość, bo aż 84,15% (69 osób) otrzymała takie przygotowanie w szpitalu. Wśród pozostałych 13 osób, w 5 przypadkach była to przychodnia specjalistyczna (6,10%), w 3 – przychodnia w poz (3,65%). Z kolei 5 pacjentów (6,10%) przygotowało się samodzielnie na podstawie literatury.

Bardzo istotnym elementem decydującym często o losach osób z wytworzoną kolostomią jest możliwość dobrego kontaktu z personelem ochrony zdrowia. Pacjent z odbytem brzusznym, który pozostaje otoczony profesjonalną i zespołową opieką we wszystkich okresach swojej choroby, ma szanse na osiągnięcie wysokiej jakości życia po operacji. Wśród ankietowanych 17 osób oceniło swój kontakt z personelem jako bardzo łatwy, 13 pacjentów jako trudny a bardzo trudny - 5 osób. Zdecydowana większość, bo ponad 57%respondentów określiło ten kontakt jako łatwy. Wszystkie osoby, które określiły kontakt jako bardzo trudny, zamieszkiwały w dużych miastach powyżej 100 tys. mieszkańców. Wśród pacjentów deklarujących trudny i utrudniony kontakt z personelem większość, bo aż 60% zamieszkiwała na wsi.

Życie ze stomią wymaga od człowieka szerokiej wiedzy na temat choroby oraz zasad codziennego funkcjonowania w jej przebiegu. Pacjent, który posiada dostateczną wiedzę oraz zna pozytywne przykłady innych osób z kolostomią, w pełni cieszących się

życiem i aktywnie w nim uczestniczących, łatwiej przystosuje się do nowej sytuacji i ją akceptuje.

Wśród 82 respondentów, 26 w pełni akceptowało stomię, niezupełnie akceptowało powyższą sytuację 34 badanych, a niespełna co 4 pacjent całkowicie jej nie akceptował.

Przynależność do Polskiego Towarzystwa Stomijnego zadeklarowało blisko 32 % respondentów. Tylko 2 pacjentów należało do innych grup samopomocowych. Pozostałe 54 osoby nie zadeklarowały przynależności do żadnej grupy/stowarzyszenia. Wśród badanych należących do Towarzystwa Stomijnego, wszystkie osoby otrzymywały wsparcie od jego członków. W grupie tej zaobserwowano wysoki odsetek osób wskazujących na dobrą (73,08%) i bardzo dobrą jakość życia (23,08%). Tylko 1 osoby dotyczyła zła jakość życia (3,84%).

Ustalenie poziomu jakości życia jest skomplikowanym i trudnym do interpretacji procesem, ponieważ wiąże się zawsze z subiektywną oceną stanu zdrowia oraz samopoczucia chorego. Analiza danych z ankiety wykazała, że prawie co czwarty respondent (21 osób) źle ocenił swoją jakość życia. W grupie tej znalazło się 15 kobiet oraz 6 mężczyzn. Najniższa liczba punktów, jaka dotyczyła wspomnianych respondentów wynosiła 20 a najwyższa 30. Z kolei punktacja najliczniejszej grupy badanych (50 osób) znalazła się w przedziale 31 – 50 punktów, co odpowiadało deklaracji dobrej jakość życia. Wśród 50 ankietowanych było 19 kobiet oraz 31 mężczyzn. Najniższa liczba punktów jaką uzyskali respondenci w tej grupie to 32 a najwyższa 50.

Najmniej osób (11 ankietowanych), w tym 4 kobiety i 7 mężczyzn, uzyskało najwyższą punktację, co świadczyło o zakwalifikowaniu ich do grupy badanych z bardzo dobrą jakością życia. Respondenci otrzymali 51 – 54 punktów; żaden z nich nie uzyskał powyżej60 punktów.

Badani w teście satysfakcji osiągali minimum 20 punktów a maksymalnie 54 punkty, ze średnią M = 40 punktów (z odchyleniem standardowym 9,5 punktu).

Istotnym czynnikiem, determinującym zachowanie pacjenta ze stomią jest to, jak jest oceniany przez innych. Posiadanie kolostomii przeważnie nie upośledza funkcji organizmu, lecz świadomość jej społecznych skutków, negatywnych postaw otoczenia jest bardzo istotna. Chorzy bardzo często ograniczają lub wręcz wycofują się z pełnionych ról społecznych, życia towarzyskiego, aktywności, zainteresowań.

Wśród osób ze złą jakością życia tylko 3 respondentów (14,29%) wskazywało na utrzymywanie podobnego poziomu kontaktów towarzyskich jak przed wyłonieniem stomii. Pozostali badani (85,71%) oceniali ten aspekt swojego funkcjonowania jako nieco gorszy bądź znacznie gorszy. Z kolei w grupie pacjentów z dobrą i bardzo dobrą oceną jakości życia 47 osób (77,05%) wskazało, że kontakty towarzyskie utrzymują na podobnym poziomie. Natomiast 5 respondentów oceniło je jako lepsze, 8 badanych jako nieco gorsze a tylko 1 ankietowany określił je jako znacznie gorsze. Zdaniem ponad połowy badanych kontakty towarzyskie były zatem podobne lub lepsze, a tylko u nielicznych a nich - nieco gorsze.

Osoby ze złą jakością życia nisko oceniły swój stan zdrowia. Na 21 aż 11 respondentów oceniło zdrowie jako nieco gorsze, a 7 jako gorsze. Tylko pojedynczy pacjenci wskazali na podobny czy lepszy stan zdrowia. Wydaje się, że często ocena ta dokonywana była przez pryzmat bólu fizycznego, którego częste odczuwanie w tej grupie zadeklarowało 11 badanych (52,38%), rzadkie 10 osób (47,62%). Wraz ze wzrostem jakości życia respondenci deklarowali stan zdrowia na podobnym poziomie jak przed operacji lub jego poprawę. Natomiast 16 osób (76,19%) z niskim poziomem jakości życia zadeklarowało również częste ograniczenia w codziennych kontaktach osobistych, spowodowane obecnością stomii. Wraz ze wzrostem oceny poziomu jakości życia, przetoka stanowiła w tych kontaktach coraz

mniejszą przeszkodę dla badanych. Bardzo nisko respondenci oceniali swoje kontakty seksualne po wyłonieniu stomii. Tylko jedna osoba z bardzo dobrą jakością życia oceniła je jako lepsze. W przypadku zdecydowanej większości osób ze złą jakością życia (95,24%) były one znacznie gorsze. Równie nisko pacjenci oceniali swój wygląd zewnętrzny. Tylko w 3 przypadkach osób z dobrą jakością życia, własny wizerunek był oceniony jako lepszy, zdaniem 58,82% badanych jako podobny. Pozostali respondenci wskazywali, że ich wygląd zewnętrzny jest nieco bądź znacznie gorszy. W przypadku pacjentów reprezentujących niski poziom jakości życia, tylko 1 oceniła swój wygląd jako podobny do okresu przed operacją. Zdaniem 47,62% respondentów uległ on znacznemu pogorszeniu. Pozostali badani określili swój wizerunek jako nieco gorszy. Znacznie lepiej respondenci oceniali stosunek bliskich i znajomych do siebie (niezależnie od jakości życia). Tylko 2 badanych podało, że stosunek relacje te po wyłonieniu stomii są gorsze a 1 osoba wskazała, że znacznie gorsze. Według 2,53% respondentów ich relacje z bliskimi i znajomymi po operacji były dużo lepsze, w opinii 22,78% osób – lepsze. Pozostali badani wskazywali te relacje te są podobne jak przed wyłonieniem stomii.

Tylko w 3 badanych oceniło swoje warunki ekonomiczne po operacji jako lepsze. Przez pozostałych respondentów były one określane jako podobne lub nieco gorsze. Natomiast 8 respondentów ze złą jakością życia uznało, że ich sytuacja ekonomiczna jest znacznie gorsza. Opinie takie mogą wynikać z faktu pogorszenia stanu zdrowia, czasowej bądź stałej niezdolności do pracy, ponoszenia wydatków na sprzęt w ramach zaopatrzenia stomijnego, zakupu środków do pielęgnacji, kosztów dojazdu na badania kontrolne.

W 82-osobowej grupie respondentów znajdowało się 38 kobiet, wśród których 23 prezentowały dobrą i bardzo dobrą jakość życia. W grupie 44 mężczyzn takie oceny dotyczyła także 38 respondentów. Analiza statystyczna z wykorzystaniem testu niezależności chi-kwadrat wykazała istotne statystycznie różnice

w ocenie jakości życia przez badanych ($chi^2(2) = 7,04$; $p = 0,031$). Mężczyźni wyżej oceniali jakość swojego życia po wyłonieniu stomii w porównaniu do kobiet.

Kolejnym czynnikiem, który poddano analizie statystycznej była aktywność zawodowa badanych. Wśród 51 emerytów aż 41 osób prezentowało dobrą i bardzo dobrą jakość życia. W grupie 20 pacjentów czynnych zawodowo 13 z nich swoją jakość życia po operacji oceniło jako dobrą i bardzo dobrą. Wśród 9 rencistów czterech z nich określiło swoją jakość życia jako dobrą a 1 jako bardzo dobrą. Analiza testem niezależności chi-kwadrat nie wykazała istotnych statystycznie różnic w ocenie jakości życia pacjentów po wyłonieniu kolostomii z uwagi na ich aktywność zawodową ($chi^2(8) = 8,97$; $p = 0,262$). Zróżnicowanie ocen jakości życia osób w tej grupie pacjentów nie wynikało istotnie z ich aktywności zawodowej.

Dokonano także analizy ocen jakością życia osób z wyłonioną kolostomią w zależności od sposobu ich zamieszkiwania. Większość respondentów (64 osoby – 78,05%) mieszkało z bliskimi. Wśród 35 respondentów deklarujących zamieszkiwanie ze współmałżonkiem, 27 osób cieszy się dobrą i bardzo dobrą jakością życia. Natomiast spośród 15 osób mieszkających ze współmałżonkiem i dziećmi, tak wysokie oceny jakości życia wskazywało 14 badanych. Z kolei w grupie 14 respondentów zamieszkujących z dziećmi i wnukami, połowa z nich oceniała jakość swojego życia jako dobrą i bardzo dobrą. Natomiast wśród 18 osób (21,95%), które zadeklarowały samotne prowadzenie gospodarstwa domowego aż 13 wskazywało na dobrą i bardzo dobrą jakość życia. Przeprowadzona analiza testem niezależności chi-kwadrat nie wykazała istotnych statystycznie różnic w ocenie jakości życia respondentów w zależności od sposobu ich zamieszkania ($chi^2(6) = 8,59$; $p = 0,177$).

Wśród 10 respondentów z wykształceniem podstawowym tylko 4 z nich (40%) zadeklarowało dobrą i bardzo dobrą jakość życia po operacji. W grupie 26 ankietowanych z wykształceniem

zawodowym, równie wysoką ocenę jakości życia prezentowało 14 pacjentów (53,85%). Dobra i bardzo dobra jakość życia dotyczyła 19 respondentów (63,33%) z 30-osobowej grupy osób ze średnim wykształceniem. Natomiast wszyscy badani z wyższym wykształceniem (16 osób -100%) dokoali tak wysokiej oceny jakości życia. Analiza korelacji rho-Spearmana wykazała istotne statystycznie różnice pomiędzy poziomem jakości życia a wykształceniem pacjentów. Oznacza to, że istotnie wyższy poziom jakości życia prezentowali respondenci lepiej wykształceni.

Z grupy pacjentów mieszkających w miastach (58 osób-70,73%), aż 48 osób (82,76%) zadeklarowało dobrą i bardzo dobrą jakość życia. Taką samą ocenę wskazało 15 mieszkańców wsi (62,5%). Analiza korelacji rho-Spearmana wykazała istotne statystycznie różnice pomiędzy poziomem jakości życia respondentów a miejscem ich zamieszkania. Wyższy poziom jakości życia istotnie częściej dotyczył mieszkańców dużych miast.

Wsparcie społeczne jest rodzajem kontaktów społecznych, które zmierzają do przezwyciężenia trudności i problemów występujących u osoby wspieranej. Umożliwia ono zwiększenie samooceny, poczucia własnej wartości, co stanowi ważny czynnik motywujący do przezwyciężenia trudności. Wskazując źródła wsparcia respondenci podkreślali tutaj szczególnie udział rodziny (75,61% badanych) a także znajomych, pracowników ochrony zdrowia, członków grup samopomocowych i POL -ILKO. Analiza korelacji rho-pearmana wykazała wyższy poziom jakości życia respondentów, którzy otrzymywali wsparcie społeczne po wyłonieniu stomii.

Dyskusja

Jak wcześniej wspomniano, ustalenie poziomu jakości życia wiąże się zawsze z subiektywną oceną swojego stanu zdrowia oraz samopoczucia dokonywaną przez pacjenta. Jak zauważył w swojej pracy Jawień i wsp., uzyskanie wiarygodnych wyników byłoby

możliwe tylko dla podobnych grup chorych, z podobnie prowadzonym procesem leczenia oraz ze zbliżonymi stanami zaawansowania choroby [6]. Należy bowiem pamiętać, że podobne objawy mogą odmiennie wpływać na jakość życia osób różniących się stylem życia czy wiekiem. Z drugiej strony odczuwany przez chorych komfort życia z dolegliwościami o różnym nasileniu może być podobny [6]. Na zróżnicowanie oceny mają również wpływ narzędzia badawcze, których różnorodność może powodować trudności w porównywaniu wyników badań oraz uogólnieniu wniosków. Warto podzielić pogląd Jaracz, że nie ma dotychczas uniwersalnego, a zarazem doskonałego narzędzia badawczego do oceny jakości życia [7].

Liczne badania dowiodły, że u osób z wyłonioną kolostomią obserwuje się obniżoną jakość życia. Zjawisko to potwierdziły również badania własne, gdzie dobrą i bardzo dobrą jakość życia stwierdzono tylko u 74,39% respondentów. Posługując się tym samym kwestionariuszem Banaszkiewicz i wsp. w badaniach przeprowadzonych na przełomie 2002/2003 roku na 60-osobowej grupie chorych, wykazali, że taka ocena dotyczyła 86% respondentów [8]. Z kolei w badaniach Leyk i wsp. [9] średni poziom jakości życia badanych wahał się w granicach zaledwie 69%. Równie niski wynik otrzymały w swych badaniach Wrońska i Wiraszka [10], które posługiwały się tym samym narzędziem badawczym co Leyk.

Obawa przed ludzką niechęcią, społecznym odrzuceniem, prowadzi często do wycofania się z życia towarzyskiego, ograniczeń w pracy zawodowej i wykonywaniu codziennych czynności, zainteresowań, pasji czy korzystania z rozrywek. W badaniach własnych tylko nieliczne osoby, które charakteryzowała dobra czy bardzo dobra jakość życia wskazały na poprawę kontaktów towarzyskich po wyłonieniu stomii. Pozostali respondenci podkreślali, że nie zmieniły się one lub są na gorszym poziomie. Podobnie sytuacja dotyczy samoooceny stanu zdrowia, odczuwania bólu czy obecności stomii jako przeszkody w codziennych kontaktach osobistych. Im niższej oceny jakości życia dokonywali respondenci, tym mniej

punktowane odpowiedzi zostawały przez nich zaznaczane. Podobne wyniki uzyskał swoich badaniach Banaszkiewicz i wsp. [8].

W badaniach własnych wyższa ocena jakości życia po wyłonieniu kolostomii istotnie częściej dotyczyła mężczyzn. Również w badaniach Banaszkiewicza i wsp. zaobserwowano 3 – krotnie częściej bardzo dobrą jakość życia u mężczyzn, jednak w tym przypadku różnice nie były istotne statystycznie [8]. Lepsze wyniki mężczyzn w ocenie jakości życia potwierdzają również w swych badaniach Plata i Majewski [11] oraz Podgórska – Kowalczyk [12]. W piśmiennictwie dominuje pogląd, że mężczyźni łatwiej adaptują się do życia z kolostomią niż kobiety. Wynika to przede wszystkim z faktu, że dla samooceny kobiety jej wygląd zewnętrzny ma większe znaczenie niż dla płci przeciwnej [8].

W badaniach nie wykazano istotnych statystycznie różnic w ocenie jakości życia pacjentów po wyłonieniu kolostomii z uwagi na ich aktywność zawodową. W badaniach Banaszkiewicza i wsp. także nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie, chociaż w grupie osób wykonujących prace umysłową, odsetek badanych z najlepszą jakością życia był 2 – krotnie wyższy niż w pozostałych grupach [8].

Człowiek, u którego w efekcie choroby wytworzono stomię będzie musiał nauczyć się z nią żyć. Czy po powrocie do domu, jeśli będzie miał przy sobie na co dzień kogoś bliskiego łatwiej mu będzie zaakceptować siebie, swoją chorobę i jej następstwa? Wyniki badań własnych nie wykazała istotnych statystycznie różnic w ocenie jakości życia respondentów w zależności od sposobu ich zamieszkania. Jednak w badaniach Banaszkiewicza i wsp., podobnie jak w pracy własnej, stwierdzono wysoki odsetek pacjentów z dobrą/bardzo dobrą oceną jakości życia w przypadku wspólnego zamieszkania z liczną rodziną [8]. W grupie pacjentów żyjących samotnie nie stwierdzono osób z bardzo wysoką satysfakcją. Występujące różnice w obydwu badaniach wprawdzie nie były istotne statystycznie, ale wskazują, że obecność bliskich wpływa jednak pozytywnie na ocenę pacjentów

w zakresie przystosowania się do nowej sytuacji, zmodyfikowanej chorobą.

Choroba nowotworowa pozostaje w dalszym ciągu jedną z najczęstszych przyczyn wyłonienia stomii. Wśród 82 respondentów aż 63 osoby (76,83%) miały wyłonioną przetokę z tego powodu. W pozostałych przypadkach były to inne przyczyny. Nie potwierdzono w analizie statystycznej istotnej współzależności między jakością życia a przyczyną wytworzenia kolostomii, co potwierdzaja także badania Banaszkiewicza i wsp. W badaniach autorów wykazano bardzo podobny odsetek chorych, u których wyłoniono stomię z powodu raka jelita grubego (80%) [8]. Niższy poziom jakości życia pacjentów w badaniach w 2002 roku wykazała Wrońska i Wiraszka. Uczestniczyły w nich tylko osoby z wyłonioną definitywną kolostomią w następstwie choroby nowotworowej. Można przypuszczać, że rozpoznany rak jelita grubego oraz zmęczenie i wyniszczenie towarzyszące leczeniu uzupełniającemu (chemioterapia, radioterapia), stanowią dodatkową przyczynę obniżenia jakości życia pacjentów ze stomią [10].

Dokonując analizy jakości życia z uwzględnieniem wieku Banaszkiewicz i wsp. w grupie badanych po 60 roku życia stwierdzili 3 – krotnie więcej respondentów, którzy dokonywali bardzo dobrej oceny jakości życia. Różnice te nie były również istotne statystycznie [8]. Podgórska – Kowalczyk w swojej pracy wykazała jednak znaczące różnice i doszła do wniosku, że wiek jest istotnym czynnikiem determinującym jakość życia. Według autorki, osoby starsze wyżej oceniają swoje położenie życiowe niż badani w innych grupach wiekowych [12].

W badaniach własnych istotnie wyższy poziom jakości życia prezentowali respondenci lepiej wykształceni. W badaniach Banaszkiewicza i wsp., chociaż nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic, to zwrócono uwagę na fakt, że wśród osób z najniższym wykształceniem, połowa z nich prezentowała najgorsze oceny jakości

życia. Natomiast w grupie osób z wykształceniem wyższym nie było ani jednej osoby z taką oceną [8].

Z badań własnych wynika, że wyższy poziom jakości życia istotnie częściej dotyczył mieszkańców dużych miast. Podobnie wyniki uzyskano w badaniach przeprowadzonych przez Banaszkiewicza i wsp., gdzie 70% osób mieszkało w miastach i 30% na wsi. Pomimo, że nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności to ustalono, że w małych i średnich miastach odsetek pacjentów ze złą oceną jakości życia był większy [8]. Sytuacja taka wydaje się być związana z trudniejszym dostępem do poradni stomijnych zapewniających specjalistyczną opiekę pooperacyjną, klubów stomijnych, grup samopomocowych, klubów stomijnych czy wreszcie oddziałów towarzystw POL – ILKO. Placówki takie oraz siedziby stowarzyszeń znajdują się najczęściej w największych miastach. W naszym kraju istnieje niestety wciąż za mało poradni dla pacjentów ze stomią, które stanowią często jedyne miejsce uzyskania pomocy i wsparcia [8]. Niedostatek takich placówek przekłada się na różne aspekty jakości życia osób z wyłonioną stomią.

Wyniki badań własnych wskazują, że wyższy poziom jakości życia dotyczył respondentów, którzy otrzymywali wsparcie społeczne po wyłonieniu stomii. Należy także podkreślić, że wszystkie osoby deklarujące przynależność do Towarzystwa Stomijnego otrzymywały wsparcie od jego członków i tylko jednego respondenta z tej grupy dotyczyła zła ocena jakości życia. Wielu autorów publikacji także nie ma wątpliwości, co do potrzeby istnienia wsparcia w życiu człowieka, szczególnie tego, który znalazł się w trudnej sytuacji [14]. W badaniach Wojtyny i wsp. [15] udowodniono, że doznawanie wsparcia emocjonalnego wiąże się z niższym poziomem dystresu, depresji, odczuwanego bólu oraz może pozytywnie wpływać na przystosowanie pacjenta do choroby, przyspieszenie powrotu do zdrowia, a co za tym idzie na poziom odczuwanej satysfakcji [16,17]. Na rodzinę jako źródło wsparcia emocjonalnego zwrócili uwagę w swoich badaniach Ponczek, Nowicki, Zegarski i wsp. Potwierdzili

oni, że wsparcie otrzymywane od współmałżonka wpływa na poprawę funkcjonowania emocjonalnego chorego [18]. Również badania Leyk, Książek oraz Stangiewicza potwierdziły występowanie u pacjentów wysokiego poziomu wsparcia dostępnego (spostrzeganego przez nich), a równocześnie dowiodły, że poziom spostrzeganego wsparcia jest równy poziomowi wsparcia faktycznie otrzymywanego przez chorych [17]. Na istotną rolę wsparcia zwrócił również uwagę w swojej pracy Banaszkiewicz i wsp., który w kontakcie chorego z drugim człowiekiem upatruje pozytywnych zmian w sferze psychicznej [8].

Reasumując, pomoc i obecność osoby wspierającej pozwala otworzyć się na siebie, świat, innych ludzi. Wsparcie powoduje, że często egoistyczne skupienie się na własnym bólu, problemach zostaje zastąpione szacunkiem do siebie, że udało się przezwyciężyć kryzys [8].

Wnioski

1. Obniżony poziom jakości życia pacjentów z wytworzoną kolostomią może wynikać zarówno z obiektywnych czynników społeczno – ekonomicznych, klinicznej oceny choroby jak i subiektywnej oceny samopoczucia oraz zdolności do dalszego funkcjonowania w różnych dziedzinach życia.
2. Czynniki socjo – demograficzne takie jak: płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania wywierają istotny wpływ na ocenę jakości życia wśród pacjentów z wyłoniona kolostomią.
3. Wsparcie społeczne istotnie wpływa na oceną jakości życia pacjentów z kolostomią. Szczególne znaczenie ma przynależność pacjentów do Polskiego Towarzystwa Stomijnego oraz wsparcie otrzymywane od jego członków.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Częstotliwość i charakter relacji z pacjentem z wyłonioną kolostomią, stwarzają pielęgniarce okazję do udzielania różnych form wsparcia w ramach realizowanych świadczeń zdrowotnych. Wzmacnianie potencjału jego wiedzy i umiejętności z zakresu samoopieki w związku z wyłonioną kolostomią oraz towarzyszące wsparcie społeczne, będą sprzyjać adaptacji pacjenta do nowej sytuacji zdrowotnej i optymalizacji jakości jego życia.

Bibliografia/Bibliography:

1. Cierzniakowska K., Szewczyk M.T., Stodolska A., Banaszkiewicz Z., Jawień A. Zapobieganie powikłaniom skórnym wokół stomii, Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2005; 3:.33.

2. Banaszkiewicz Z., Jawień A. Stomie jelitowe. Przewodnik Lekarza. 2003;10:89.

3. Szewczyk M.T., Cierzniakowska K., Cwajda J., Stodolska A., Jawień A., Banaszkiewicz Z. Opieka nad chorym z raną wokół stomii. Przewodnik Lekarza. 2005; 4: 92–93, 95.

4. Michalak S., Cierzniakowska K., Banaszkiewicz Z., Szewczyk M.T., Jawień A. Ocena przystosowania się chorych do życia ze stomią jelitową. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne. 2008;3: 91 – 92.

5. Szewczyk J., Bajon A. Opieka pielęgniarska w okresie okołooperacyjnym nad pacjentem z wyłonioną stomią jelitową, Polski Merkuriusz Lekarski. 2009; XXVI: .575 – 576.

6. Jankowski M., Banaszkiewicz Z., Jawień A. Jakość życia osób ze stomią. Valentudinaria – Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej. 2004; (9)2: 125 – 126.

7. Chrobak A. Pielęgniarka jako edukator pacjentów z wyłonioną stomią jelitową. Polski Merkuriusz Lekarski. 2009; XXVI: 579 – 580.

8. Banaszkiewicz Z., Szewczyk M.T., Cierzniakowska K., Jawień A. Jakość życia osób ze stomią jelitową. Współczesna Onkologia. 2007;11: 17 – 23.

9. Leyk M., Książek J., Piotrkowska R., Terech S., Kruk A. Jakość życia osób z wyłonioną kolostomią. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne. 2007;3:77.

10. Wrońska I., Wiraszka G. Jakość życia chorych z rakiem jelita grubego i wytworzonym brzusznym odbytem. Psychoonkologia. 2003; 7: 37 – 39.

11. Plata K., Majewski W. Jakość życia pacjentów po zabiegu operacyjnym na jelicie grubym z wytworzeniem stomii i możliwości jej poprawy. Rocznik Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. 2008; 54; 2: 83.

12. Podgórska – Kowalczyk D. Ocena jakości życia chorego ze sztucznym odbytem brzusznym na podstawie wybranych czynników obiektywnych i subiektywnych. Zdrowie Publiczne. 2005;115(2):151 -153.

13. Glińska J., Hebda A., Dziki A. Wpływ opieki pielęgniarskiej na jakość życia pacjentów ze stomią jelitową. Proktologia. 2005; 6 (3):233.

14. Bazaliński D., Kózka M., Czupryna A. Występowanie późnych powikłań po wyłonieniu przetoki jelitowej (stomii). Pielęgniarstwo XXI wieku. 2006; 4(17):135 – 136.

15. Wojtyna E., Dosiak M., Życińska J. Wpływ wsparcia społecznego na przebieg zaburzeń depresyjnych u pacjentów w podeszłym wieku. Psychogeriatria Polska. 2007;4:17 – 26.

16. Kurowska K., Kościelna H. Orientacja życiowa a wsparcie społeczne u osóbz kolostomią wyłonioną z powodu raka jelita grubego. Współczesna Onkologia. 2008; 12(5):232.

17. Leyk M., Książek J., Stangiewicz M. Rodzina jako źródło wsparcia społecznego dla osób z wyłonioną kolostomi. Problemy Pielęgniarstwa.2010;18(1): 42 – 45.

18. Ponczek D., Nowicki A., Zegarski W. i wsp. Ocena jakości życia u chorych leczonych chirurgicznie z powodu raka odbytnicy w aspekcie czynników społeczno–demograficznych. Współczesna Onkologia. 2006; 10: 164 – 170.

Otrzymano: 25.04.2019r.
Zaakceptowano: 20.05.2019r.

Przygotowanie pacjenta przewlekle chorego do samoopieki jako efekt skutecznej edukacji zdrowotnej prowadzonej przez pielęgniarkę

Preparing a chronically ill patient for self – care as a result of effective health education conducted by a nurse

MAGDALENA ZAWIDZKA[1], AGNIESZKA PIERNIKOWSKA[2]

[1] Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku, opiekun Koła: dr Beata Haor
[2] Instytut Nauk o Zdrowiu Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej we Włocławku
[3] III Oddział Chorób Wewnętrznych i Nefrologii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Bł. ks. J. Popiełuszki we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2019.008
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Edukacja zdrowotna to proces kształtowania u ludzi nawyku dbania o swoje zdrowie. Zadaniem pielęgniarki jest przygotowanie pacjenta przewlekle chorego i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji na każdym etapie choroby, również w okresie terminalnym. Niezbędne jest kształtowanie umiejętności radzenia sobie z chorobą i niepełnosprawnością oraz udzielanie wsparcia psychicznego.
Cel. Celem badań była analiza opinii respondentów na temat wybranych aspektów edukacji zdrowotnej prowadzonej przez pielęgniarkę w odniesieniu do pacjenta przewlekle chorego.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród czynnych zawodowo pielęgniarek i pielęgniarzy. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania oraz autorski kwestionariusz ankiety.
Wyniki. Większość respondentów podkreśla konieczność systematycznych działań pielęgniarek podejmowanych przez pielęgniarkę w ramach edukacji zdrowotnej pacjenta przewlekle
chorego.
Wnioski. Zdecydowana większość pielęgniarek potwierdza, że edukacja zdrowotna pacjenta przewlekle chorego jest konieczna. Niezbędne jest jednak zwiększenie nacisku na profesjonalne przygotowanie pielęgniarek do roli edukatora w ramach kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego.

Słowa kluczowe. edukacja zdrowotna, choroba przewlekła, pacjent, pielęgniarka

Abstract:
Introduction. Health education is the process of shaping the habit of caring for your health. The nurse's task is to prepare a chronically ill patient and his family to self-care at every stage of the disease, also during the terminal period. It is necessary to develop skills in coping with illness and disability and providing mental support.
Aim. The aim of the research was to analyze the respondents' opinions on selected aspects of health education conducted by a nurse in relation to a hronically ill patient.
Material and methods. The research was conducted among professionally active nurses. The method of diagnostic survey, questionnaire technique and author's questionnaire was used.
Results. Most respondents emphasize the necessity of systematic actions of nurses taken by a nurse in the framework of health education of a chronically ill patient.
Conclusion. The vast majority of nurses confirm that health education of a chronically ill patient is necessary. However, it is necessary to increase the emphasis on professional preparation of nurses for the role of an educator in undergraduate and postgraduate education.

Keywords: health education, chronic disease, patient, nurse

Wstęp

Edukacja zdrowotna jest procesem, w którym człowiek winien jest wykorzystywać wiedzę w sposób jak najbardziej efektywny tzn. zastanawiając się, podejmując odpowiednie decyzje i działania, których następstwa będą miały znaczenie dla zarówno dla niego oraz dla społeczeństwa [1-3].

Edukacja zdrowotna ukierunkowana jest zatem do ludzi w różnym wieku oraz stanie zdrowia. Działania edukatora niezależnie od tego, czy osoba jest chora, zdrowa czy z niepełnosprawnością, skierowane są zawsze na wzmacnianie i potęgowanie zdrowia. Edukacja obliguje do działań między sektorami życia społecznego, które mają charakter interdyscyplinarny z powodu złożoności problematyki, której dotyczą oraz umiejętności osób, odpowiedzialnych za ich prowadzenie [2,4].

W ochronie zdrowia edukacja zdrowotna należy do działań obligatoryjnych, zarówno w odniesieniu do zadań zawodowych wykonywanych przez lekarza, pielęgniarkę, dietetyka, fizjoterapeutę oraz każdego innego członka wchodzącego w skład zespołu terapeutycznego, który zajmuje się pacjentem, a także jego rodziną. Edukacja zdrowotna pacjenta przewlekle chorego jest częścią składową postępowania terapeutycznego i powinna być obecna na każdym etapie leczenia. Umożliwia to pacjentowi podejmowanie świadomych decyzji dotyczących własnego zdrowia, zachęca do wykorzystywania posiadanej wiedzy oraz do dbania o własne zdrowie [2,4].

Edukacja zdrowotna jest nieodłącznym elementem opieki pielęgniarskiej realizowanej wobec pacjenta. To proces, którego ideą jest odpowiednie przygotowanie chorego do współdziałania w procesie pielęgnowania, leczenia, rehabilitacji, a także do świadczenia opieki nieprofesjonalnej. Stanowi zatem nieodłączny element przygotowania do samoopieki i samopielęgnacji. Pielęgniarki,

które realizują edukację zdrowotną koncentrują swoje działania na kształtowaniu indywidualnych zachowań zdrowotnych człowieka zdrowego, zagrożonego chorobą czy wreszcie chorego [5,6].

Celem badań była analiza opinii respondentów na temat wybranych aspektów edukacji zdrowotnej, prowadzonej przez pielęgniarkę w odniesieniu do pacjenta przewlekle chorego.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 184 pielęgniarek i pielęgniarzy z aktualnym prawem wykonywania zawodu. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania oraz autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki

Grupą badaną były pielęgniarki i pielęgniarze z aktualnym prawem wykonywania zawodu. Około 80% badanych stanowiły kobiety oraz mieszkańcy miasta (69%). Średnia wieku respondentów wynosiła 38,85 natomiast średni staż pracy to około 15 lat. Zdecydowana większość badanych jest zatrudniona w szpitalach na oddziałach zabiegowych (34,8%) i zachowawczych (38%) oraz podstawowej opiece zdrowotnej (21,2%); najmniej liczna zaś w: SOR i bloku operacyjnym (po 1,6%), poradniach specjalistycznych, DPS-ach, w działach epidemiologii oraz diagnostyki obrazowej (po 0,5%). Poniżej zaprezentowano wyniki badań własnych.

Tabela 1 przedstawia procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące konieczności prowadzenia edukacji zdrowotnej wobec pacjenta przewlekle chorego i jego rodziny.

Tabela 1. Opinie badanych na temat konieczności prowadzenia edukacji zdrowotnej wobec pacjenta przewlekle chorego i jego rodziny.

1.Czy uważa Pan/ Pani, że edukacja zdrowotna pacjenta przewlekle chorego i jego rodziny jest konieczna?	**Odpowiedzi**	
	%	**N**
Tak	81 %	149
Nie	19%	36

Źródło: wynik badań własnych

Jak wynika z tabeli 1 większość respondentów (81%) jest zdania, że edukacja pacjenta przewlekle chorego oraz jego najbliższych jest niezbędna. Natomiast 19% badanych uważa, że takie działanie nie jest konieczne.

W tabeli 2 zaprezentowano opinie badanych dotyczące przekazywania materiałów edukacyjnych przez pielęgniarkę w czasie edukacji zdrowotnej, realizowanej wobec pacjenta przewlekle chorego i jego rodziny, w dążeniu do przygotowania do samoopieki w warunkach środowiska domowego.

Tabela 2. Opinie badanych dotyczące przekazywania materiałów edukacyjnych przez pielęgniarkę w czasie edukacji zdrowotnej.

2.Czy w Pani/Pana ocenie, pielęgniarka w ramach przygotowania pacjenta przewlekle chorego i jego rodziny do samoopieki/samopielęgnacji w warunkach środowiska domowego powinna udostępniać materiały edukacyjne np. broszury, poradniki?	**Odpowiedzi**	
	%	**N**
Zawsze	53 %	98
Często	39%	71
Sporadycznie	8%	15

Źródło: wynik badań własnych

Jak wynika z tabeli 2 ponad połowa respondentów (53%) odpowiedziała, że pielęgniarka powinna zawsze przekazywać pacjentowi niezbędne materiały edukacyjne. Zdaniem 39 % badanych powinna robić to często a według 8% ankietowanych – tylko sporadycznie.

W tabeli 3 przedstawiono opinie respondentów dotyczące nawiązania przez pielęgniarkę partnerskiego kontaktu z pacjentem i jego rodziną w ramach działań związanych z przygotowaniem do samoopieki/samopielęgnacji.

Tabela 3. Opinie badanych dotyczące nawiązania przez pielęgniarkę partnerskiego kontaktu z pacjentem i jego rodziną w ramach prowadzonej edukacji zdrowotnej.

3.Czy w Pani/Pana ocenie, pielęgniarka w ramach przygotowania pacjenta przewlekle chorego i jego rodziny do samoopieki/samopielęgnacji w warunkach środowiska domowego powinna nawiązać partnerski kontakt z pacjentem i jego rodziną?	**Odpowiedzi**	
	%	**N**
Zawsze	42 %	77
Często	40%	73
Sporadycznie	18%	34

Źródło: wynik badań własnych

Zdaniem 42% ankietowanych należy zawsze nawiązać partnerski kontakt z pacjentem i jego rodziną w czasie przygotowania do samoopieki/samopielęgnacji. Natomiast 40% badanych twierdzi, iż należy często praktykować takie zachowanie. Zaledwie 18% respondentów uważa, że należy robić do sporadycznie.

W tabeli 4 zaprezentowano opinie respondentów dotyczące zachęcania przez pielęgniarki pacjentów do rezygnacji ze stosowania używek, środków psychoaktywnych oraz wspierania ich w podjęciu decyzji o leczeniu uzależnień.

Tabela 4. Opinie badanych dotyczące zachęcania pacjentów w ramach edukacji zdrowotnej do rezygnacji ze stosowania używek, środków psychoaktywnych oraz wspierania ich w podjęciu decyzji o terapii uzależnień.

4. Czy w Pani/Pana ocenie, pielęgniarka w ramach przygotowania pacjenta przewlekle chorego i jego rodziny do samoopieki/samopielęgnacji w warunkach środowiska domowego powinna zachęcać pacjenta do rezygnacji ze stosowania używek i stosowania środków psychoaktywnych oraz wspierać w podjęciu leczenia uzależnień?	**Odpowiedzi**	
	%	**N**
Zawsze	57 %	105
Często	29%	53
Sporadycznie	14%	26

Źródło: wynik badań własnych

Jak wynika z tabeli 4 ponad połowa badanych (57%) uważa, że pielęgniarka powinna zawsze zachęcać do podjęcia decyzji o zaprzestaniu przyjmowania środków psychoaktywnych oraz wspierać w podejmowaniu decyzji o podjęciu terapii uzależnień. Zdaniem 29% ankietowanych należy robić to często, natomiast 14% respondentów uważa, że tylko sporadycznie.

W tabeli 5 przedstawiono opinie respondentów dotyczące angażowania pacjentów do działań w ramach samokontroli przebiegu choroby przewlekłej.

Tabela 5. Opinie badanych dotyczące przygotowania pacjentów do samokontroli przebiegu choroby przewlekłej.

5.Czy w Pani/Pana ocenie, pielęgniarka w ramach przygotowania pacjenta przewlekle chorego i jego rodziny do samoopieki/samopielęgnacji w warunkach środowiska domowego powinna angażować pacjenta do samokontroli, np. pomiaru ciśnienia tętniczego?	**Odpowiedzi**	
	%	**N**
Zawsze	60 %	111
Często	22%	41
Sporadycznie	18%	32

Źródło: wynik badań własnych

Jak wynika z tabeli 5większość ankietowanych (60%) twierdzi, iż zawsze należy angażować pacjenta do działań w ramach samokontroli przebiegu choroby przewlekłej np. samodzielnego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi. Z kolei 22% respondentów jest zdania, że takie działania należy przeprowadzać często. Natomiast 18% badanych uważa, że można to ograniczyć do sporadycznego angażowania do samokontroli.

W tabeli 6 zaprezentowano opinie respondentów dotyczące mobilizowania przez pielęgniarkę pacjenta do zmiany trybu życia i podjęcia aktywności fizycznej w ramach prowadzonej edukacji zdrowotnej.

Tabela 6. Opinie badanych dotyczące mobilizowania pacjenta do zwiększenia aktywności fizycznej w ramach prowadzonej edukacji zdrowotnej.

6.Czy w Pani/Pana ocenie, pielęgniarka w ramach przygotowania pacjenta przewlekle chorego i jego rodziny do samoopieki/samopielęgnacji w warunkach środowiska domowego powinna mobilizować pacjenta do zmiany trybu życia i podjęcia aktywności fizycznej?	**Odpowiedzi**	
	%	**N**
Zawsze	56%	103
Często	34%	63
Sporadycznie	10%	18

Źródło: wynik badań własnych

Jak wynika z tabeli 6 ponad połowa badanych (56%) jest zdania, że zawsze należy zachęcać pacjenta do zmiany trybu życia oraz podjęcia aktywności fizycznej. Zdaniem 34% ankietowanych należy robić to często a w opinii 10% respondentów sporadyczna zachęta w tym zakresie jest wystarczająca.

W tabeli 7 przedstawiono opinie respondentów dotyczące informowania przez pielęgniarkę o czynnikach ryzyka powikłań choroby w ramach prowadzonej edukacji zdrowotnej.

Tabela 7. Opinie badanych dotyczące informowania przez pielęgniarkę o czynnikach ryzyka powikłań choroby przewlekłej w ramach prowadzonej edukacji zdrowotnej.

7.Czy w Pani/Pana ocenie, pielęgniarka w ramach przygotowania pacjenta przewlekle chorego i jego rodziny do samoopieki/samopielęgnacji w warunkach środowiska domowego powinna informować o czynnikach ryzyka powikłań w przebiegu choroby ?	**Odpowiedzi**	
	%	**N**
Zawsze	59%	109
Często	25%	45
Sporadycznie	16%	30

Źródło: wynik badań własnych

Jak wynika z tabeli 7 większość badanych (60%) uważa, iż należy zawsze informować pacjenta i jego rodzinę o czynników ryzyka dotyczących możliwych powikłań w przebiegu choroby przewlekłej. Natomiast 25% ankietowanych jest zdania, że należy robić to często. Zadaniem 16% badanych wystarczy robić to tylko sporadycznie.

W tabeli 8 zaprezentowano opinie ankietowanych dotyczące przekazywania przez pielęgniarkę informacji nt. zasad przyjmowania leków i ich interakcji z innymi lekami, ziołami oraz suplementami, z których pacjent korzysta bez zlecenia lekarskiego.

Tabela 8. Opinie badanych dotyczące przekazywania w czasie edukacji zdrowotnej informacji nt. zasad przyjmowania leków i ich interakcji z innymi lekami, ziołami oraz suplementami, z których pacjent korzysta bez zlecenia lekarskiego.

8.Czy w Pani/Pana ocenie w ramach przygotowania pacjenta przewlekle chorego i jego rodziny do samoopieki/samopielęgnacji w warunkach środowiska domowego, pielęgniarka powinna przekazać zasady przyjmowania leków oraz ich interakcji z innymi lekami, ziołami, suplementami diety, które pacjent przyjmuje bez zlecenia lekarskiego?	**Odpowiedzi**	
	%	**N**
Zawsze	53%	98
Często	29%	53
Sporadycznie	18%	33

Źródło: wynik badań własnych

Jak wynika z tabeli 8 ponad połowa ankietowanych (53%)uważa, że zawsze należy informować pacjenta o zasadach przyjmowania leków oraz ich możliwych działaniach niepożądanych. Natomiast 29% badanych twierdzi, że należy robić to często a 18% respondentów jest zdania, iż uświadamianie pacjenta w tym zakresie można ograniczyć do sporadycznego działania.

W tabeli 9 przedstawiono opinie ankietowanych dotyczące przedstawiania przez pielęgniarkę informacji nt. zasad pielęgnacji rany przewlekłej.

Tabela 9. Opinie badanych dotyczące przedstawiania informacji nt. zasad pielęgnacji rany przewlekłej w ramach edukacji zdrowotnej.

9.Czy w Pani/Pana ocenie w ramach przygotowania pacjenta przewlekle chorego i jego rodziny do samoopieki/samopielęgnacji w warunkach środowiska domowego pielęgniarka powinna przedstawiać zasady pielęgnacji rany przewlekłej ?	**Odpowiedzi**	
	%	**N**
Zawsze	61%	113
Często	28%	51
Sporadycznie	11%	20

Źródło: wynik badań własnych

Jak wynika z tabeli 9 większość badanych (61%) potwierdziło, że pielęgniarka powinna zawsze przedstawiać zasady pielęgnacji rany przewlekłej. Natomiast28%respondentów uważa, że należy robić to często. Zdaniem 11% ankietowanych takie informacje należy przekazywać sporadycznie.

W tabeli 10 zaprezentowano opinie ankietowanych dotyczące zachęcania pacjenta przez pielęgniarkę do skorzystania z porad i wsparcia, które jest udzielane w specjalistycznych poradniach, m.in. zdrowia psychicznego.

Tabela 10. Opinie badanych dotyczące zachęcania pacjenta do korzystania z porad i wsparcia oferowanych w specjalistycznych poradniach.

10.Czy w Pani/Pana ocenie w ramach przygotowania pacjenta przewlekle chorego i jego rodziny do samoopieki/samopielęgnacji w warunkach środowiska domowego pielęgniarka powinna zachęcać do skorzystania z porad i wsparcia udzielanego w specjalistycznych poradniach np. zdrowia psychicznego?	**Odpowiedzi**	
	%	**N**
Zawsze	46%	84
Często	34%	63
Sporadycznie	20%	37

Źródło: wynik badań własnych

Jak wynika z tabeli 10 zdaniem blisko połowy ankietowanych (46%)pielęgniarka zawsze powinna zachęcać pacjenta do korzystania zoferty wsparcia informacyjnego oferowanego w poradniach specjalistycznych. Około 34 % badanych twierdzi, że należy robić to często, zaś 20%ankietowanych jest zadania, że takie działania można wykonywać sporadycznie.

W tabeli 11 zaprezentowano opinie respondentów dotyczące uwzględniania w ramach edukacji zdrowotnej prowadzonej wobec pacjenta chorego przewlekle i jego rodziny informacji nt. przestrzegania zasad higieny.

Tabela 11. Opinie badanych dotyczące uwzględniania w ramach edukacji zdrowotnej informacji nt. przestrzegania zasad higieny.

11.Czy w Pani/Pana ocenie w ramach przygotowania pacjenta przewlekle chorego i jego rodziny do samoopieki/samopielęgnacji w warunkach środowiska domowego pielęgniarka powinna uwzględniać edukację nt. przestrzegania zasad higieny przez pacjenta?	**Odpowiedzi**	
	%	**N**
Zawsze	61%	113
Często	25%	45
Sporadycznie	14%	26

Źródło: wynik badań własnych

Jak wynika z tabeli 11 większość badanych (61%) wskazuje, iż zawsze należy uwzględniać w ramach edukacji zdrowotnej tematykę dotyczącą higieny osobistej. Natomiast 25% respondentów twierdzi, że omawianie zasad przestrzegania higieny trzeba przeprowadzać często. Z kolei 14% ankietowanych uważa, że takie działania można wykonywać sporadycznie.

W tabeli 12 przedstawiono opinie respondentów dotyczące zachęcania pacjenta przez pielęgniarkę do udziału w badaniach realizowanych w ramach programów profilaktycznych.

Tabela 12. Opinie badanych nt. zachęcania pacjenta w ramach edukacji zdrowotnej do udziału w badaniach realizowanych w ramach programów profilaktycznych.

12. Czy w Pani/Pana ocenie w ramach przygotowania pacjenta przewlekle chorego i jego rodziny do samoopieki/samopielęgnacji w warunkach środowiska domowego pielęgniarka powinna zachęcać pacjenta do udziału w badaniach realizowanych w ramach programów profilaktycznych?	**Odpowiedzi**	
	%	**N**
Zawsze	46%	85
Często	41%	75
Sporadycznie	13%	24

Źródło: wynik badań własnych

Jak wynika z tabeli 12 blisko połowa badanych (46%) jest zdania, że pielęgniarka zawsze powinna zachęcać pacjenta do udziału w programach profilaktycznych. Zdaniem 41% ankietowanych takie działanie powinno być częste a 13% badanych twierdzi, że tylko sporadyczne.

W tabeli 13 zaprezentowano opinie respondentów dotyczące posługiwania się przez pielęgniarkę prostym i zrozumiałym językiem dla pacjenta i jego rodziny w czasie prowadzonej edukacji zdrowotnej.

Tabela 13. Opinie badanych nt. posługiwania się prostym i zrozumiałym językiem dla pacjenta i jego rodziny w czasie prowadzonej edukacji zdrowotnej.

13.Czy w Pani/Pana ocenie w ramach przygotowania pacjenta przewlekle chorego i jego rodziny do samoopieki/samopielęgnacji w warunkach środowiska domowego pielęgniarka powinna posługiwać się prostym i zrozumiałym językiem dla pacjenta?	**Odpowiedzi**	
	%	**N**
Zawsze	67%	124
Często	20%	36
Sporadycznie	13%	24

Źródło: wynik badań własnych

Jak wynika z tabeli 13 większość ankietowanych (67%) jest zdania, że pielęgniarka zawsze w czasie prowadzonej edukacji zdrowotnej powinna się posługiwać się jeżykiem zrozumiałym dla pacjenta i jego rodziny. Zdaniem 20% badanych wystarczy, że robi to często. Natomiast 13% ankietowanych twierdzi, że sporadycznie należy używać zrozumiałej terminologii wobec pacjenta i jego rodziny.

W tabeli 14 przedstawiono opinie ankietowanych dotyczące przeprowadzania przez pielęgniarkę instruktażu w zakresie zasad zabezpieczenia i przystosowania środowiska zamieszkania do sytuacji zdrowotnej pacjenta chorego przewlekle.

Tabela 14. Opinie badanych nt. przeprowadzania w ramach edukacji zdrowotnej instruktażu w zakresie zasad zabezpieczenia i przystosowania środowiska zamieszkania do sytuacji zdrowotnej pacjenta chorego przewlekle.

14. Czy w Pani/Pana ocenie w ramach przygotowania pacjenta przewlekle chorego i jego rodziny do samoopieki/samopielęgnacji w warunkach środowiska domowego pielęgniarka powinna przeprowadzać instruktaż w zakresie zasad zabezpieczenia i przystosowania środowiska zamieszkania do sytuacji zdrowotnej pacjenta?	**Odpowiedzi**	
	%	**N**
Zawsze	52%	95
Często	32%	59
Sporadycznie	16%	30

Źródło: wynik badań własnych

Jak wynika z tabeli 14 ponad połowa ankietowanych (52%) jest zdania, że zawsze należy przeprowadzać stosowny instruktaż pacjenta i jego rodziny nt. optymalnego przygotowania bezpiecznego środowiska domowego dla potrzeb osoby chorej przewlekle. Natomiast 32% badanych uważa, że należy robić to często. Zdaniem 16% badanych takie działanie można wykonać sporadycznie.

Tabela 15 przedstawia procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące konieczności położenia szczególnego nacisku na przygotowanie pielęgniarek do roli edukatora zdrowia w ramach kształcenia przed- i podyplomowego.

Tabela 15. Opinie badanych nt. przygotowania pielęgniarek do roli edukatora zdrowia w ramach kształcenia przed- i podyplomowego.

15.Czy w Pani/Pana ocenie w kształceniu przed-oraz podyplomowym pielęgniarek należy położyć szczególny nacisk na ich przygotowanie do roli edukatora zdrowia?	**Odpowiedzi**	
	%	**N**
Tak	69 %	126
Nie	32%	58

Źródło: wynik badań własnych

Zdecydowana większość badanych (68,5%) uważa, iż należy położyć szczególny nacisk na przygotowanie pielęgniarek do roli edukatora zdrowia, zarówno w ramach kształcenia przed- i podyplomowego. Natomiast 31,5% ankietowanych twierdzi, że nie należy przykładać wagi do przygotowania personelu pielęgniarskiego do takiego zadania.

Dyskusja

Czynności realizowane przez pielęgniarkę w ramach edukacji zdrowotnej powinny być spójnie i logicznie powiązane w odpowiednie struktury. Niezbędnej jest zatem, aby były rozumiane i podejmowane jako proces działania zorganizowanego, który posiada odpowiednią strukturę czyli takie elementy jak: rozpoznanie, planowanie, realizacja oraz ocena [5].

Pielęgniarka jako aktywny edukator zdrowia powinna wykorzystać każdą sytuację do przekazania wiedzy pacjentowi oraz wdrożenia do prezentowania pozytywnych zachowań zdrowotnych. Niezbędna jest oczywiście w tym zakresie interdyscyplinarna

współpraca z członkami zespołu terapeutycznego. Dzięki systematycznej pracy z pacjentem i jego rodziną pielęgniarka może osiągnąć zadowalające wyniki edukacji zdrowotnej w krótkim czasie. Istotnym etapem tych działań jest ewaluacja procesu i wyniku. Aktualne podejście do edukacji zdrowotnej wskazuje, iż ważniejsze jest to, ile uzyskano w jej efekcie, a nie to, ile zostało zrobione [2].

Analiza badań własnych wykazuje, że w opinii zdecydowanej większości pielęgniarek i pielęgniarzy edukacja zdrowotna pacjenta przewlekle chorego i jego rodziny jest niezbędna do optymalnego przygotowania odbiorców świadczeń do opieki nieprofesjonalnej. Jednakże jest to nadal zaniedbywany obszar opieki pielęgniarskiej realizowanej wobec pacjenta, pomimo tego, że jest istotnym ogniwem poprawy jakości świadczeń medycznych [7].

Pielęgniarka realizująca funkcję wychowawczą wobec pacjenta i jego rodziny, odpowiedzialna jest za m.in. motywowanie chorego do zmian na rzecz własnego zdrowia oraz angażowania do samokontroli tak, aby umożliwić osiągnięcie zdolności do samoopieki. Wyniki badań prowadzone przez innych badaczy[8] wskazują, że połowa ankietowanych pacjentów twierdzi, że pielęgniarki prowadzą edukację zdrowotną dotyczącą zmiany nawyków żywieniowych oraz zachęcają do podjęcia aktywności fizycznej. Niestety wspomniani respondenci mają zastrzeżenia co do jakości przekazywanych informacji. Powyższe spostrzeżenie znajduje swoiste potwierdzenie w wynikach badań własnych. Około 13% badanych pielęgniarek było bowiem zdania, że używanie prostego i zrozumiałego języka dla pacjenta powinno być czynnością sporadyczną. Wg badań A. Jurkiewicz zaledwie 35% ankietowanych pacjentów wyraziło pozytywną opinię nt. jasności przekazywanych informacji przez pielęgniarkę [9]. Podstawą edukacji zdrowotnej jest zatem odpowiednia komunikacja między pacjentem a pielęgniarką [10].

W ocenie większości pielęgniarek/ pielęgniarzy w badaniach własnych przekazanie materiałów edukacyjnych jest koniecznym

elementem edukacji zdrowotnej, tak samo jak nawiązanie partnerskiego kontaktu z pacjentem i jego rodziną. Większość respondentów jest zdania, iż zawsze należy przekazywać pacjentom przewlekle chorym wiedzę nt. pielęgnacji ran przewlekłych oraz zasad przyjmowania leków. Niepokojącym zjawiskiem jest to, że kilkanaście procent pielęgniarek i pielęgniarzy uważa, że sporadyczne przekazywanie informacji o czynnikach ryzyka powikłań chorób przewlekłych czy okazjonalne zachęcanie do korzystania z programów profilaktycznych i poradni specjalistycznych jest wystarczające.

Wnioski

Zdecydowana większość pielęgniarek/pielęgniarzy potwierdza, że edukacja zdrowotna pacjenta przewlekle chorego jest konieczna w kontekście przygotowania do świadomej samoopieki i samopielęgnacji. Niezbędne jest jednak zwiększenie nacisku na profesjonalne przygotowanie pielęgniarek do roli edukatora w ramach kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Edukacja zdrowotna powinna być nieodłącznym elementem świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pielęgniarkę pacjentowi choremu przewlekle i jego rodzinie. Skuteczność takich działań jest uwarunkowana ich systematycznością, planowaniem i ewaluacją w wymiarze długoterminowym, przestrzeganiem zasad komunikacji interpersonalnej i terapeutycznej, doborem metod i środków edukacji zdrowotnej, adekwatnych do potrzeb odbiorców świadczeń.

Bibliografia / Bibliography:

1.Gregorowicz- Warpas D. Metody edukacji pacjentów i ich rodzin w zakresie profilaktyki oraz zwalczania zakażeń. Forum Zakażeń. 2018;9 (1):33 – 37.

2. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2017.

3. Andruszkiewicz A., Banaszkiewicz M. Promocja zdrowia. Teoretyczne podstawy promocji zdrowia. Tom 1. Czelej, Lublin 2008.

4. Pabiś M., Ślusarska B., Jarosz M.J., Zarzycka D., Dobrowolska B., Brzozowska A. Kompetencje pielęgniarek w zakresie edukacji zdrowotnej w polskim systemie opieki medycznej. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2010;3-4 (32 – 33):75-85.

5. Ciechaniewicz W. Pedagogika. PZWL. Warszawa 2008.

6. Rush K., Kee C., Rice M. Nurses as imperfect role models for health promotion. Western Journal of Noursing Research. 2005; 27 (2):166 – 183.

7. Ślusarz R. i wsp. Samoocena pielęgniarek neurochirurgicznych w zakresie wybranych aspektów opieki. W: Krajewska K.i wsp. (red.), Problemy terapeutyczno – pielęgnacyjne: od poczęcia do starości. AM w Białymstoku, Białystok 2007;123 – 128.

8. Glińska J. i wsp. Analiza poziomu jakości opieki w opinii pielęgniarek i pacjentów. Piel. Chir. Angiol. 2012;4:151 – 160.

9. Jurkiewicz A., Kobos E.Opinia pacjentów na temat pracy pielęgniarek. Pielęgniarstwo Polskie.2017, 3 (65):473 – 480.

10. Kler M. Komunikacja interpersonalna. Mag. Piel. Położ. 2015;11:40 – 41.

Otrzymano: 05.03.2019r.
Zaakceptowano: 11.04.2019r.

Wiedza i opinie studentów na temat transplantacji narządów

Knowledge and students opinions on organ transplantation

MARTA KAMIŃSKA[1], KLAUDIA DASZUTA[2]

[1] Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku, opiekun Koła: dr Beata Haor
[2] Instytut Nauk o Zdrowiu Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej we Włocławku
[3]koordynator pobierania i przeszczepiania narządów Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Bł. ks. J. Popiełuszki we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2019.009
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Transplantacja narządów, komórek i tkanek to uznana metoda leczenia pacjentów w ze schyłkową niewydolnością narządów.
Cel. Celem badań było porównanie wiedzy i opinii studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej we Włocławku oraz respondentów Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) na temat transplantacji narządów.
Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 80 studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej we Włocławku. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania oraz autorski kwestionariusz ankiety.
Wyniki. Studenci w większości deklarują gotowość oddania własnych narządów do transplantacji po swojej śmierci. Podobnie jak znaczny odsetek Polaków wykazują jednak niedostatki wiedzy na temat transplantacji narządów i regulacji prawnych.
Wnioski. Stosunek studentów PWSZ we Włocławku jak i większości Polaków wobec transplantacji narządów jest pozytywny. Istnieje potrzeba

propagowania idei transplantologii oraz wiedzy na temat zasad przeszczepiania narządów, tkanek i komórek.

Słowa kluczowe: transplantacja, wiedza, student

Abstract:
Introduction. Transplantation of organs, cells and tissues is a recognized method of treating patients with end-stage organ failure.
The aim. The aim of the study was to compare the knowledge and opinions of students of the State Higher Vocational School in Włocławek and respondents of the Center for Public Opinion Research (CBOS) on organ transplantation.
Material and methods. The research was conducted among 80 students of the State Higher Vocational School in Włocławek. The method of diagnostic survey, questionnaire technique and author's questionnaire was used.
Results. Most students declare their willingness to donate their organs for transplantation after their death. Similarly, a significant percentage of Poles show insufficient knowledge about organ transplantation and legal regulations.
Conclusions. The attitude of the PWSZ students in Włocławek and the majority of Poles towards organ transplants is positive. There is a need to promote the idea of transplantology and knowledge about the principles of transplantation of organs, tissues and cells.

Keywords: transplantation, knowledge, student

Wstęp

W ostatnich dekadach transplantologia stała się dynamicznie rozwijającą się dziedziną medycyny na świecie. W związku z tym, że często procedura transplantacji odbywa się na pograniczu śmierci dawcy oraz życia dawcy, działania te rodzą szereg dyskusji społecznych, wynikających z odrębności kulturowych i religijnych społeczeństw [1,2].

Transplantacja inaczej przeszczepianie narządów to metoda leczenia stosowana w celu ratowania życia osoby ze skrajnie niewydolną funkcją narządu. Metoda ta polega na wszczepieniu biorcy narządu lub tkanek pochodzących od dawcy. Niektóre narządy, takie jak nerki, wątroba lub tkanki - szpik kostny - można pobrać od osób żywych pod warunkiem, że dawca wyrazi na to zgodę, a jego życie nie będzie narażone na niebezpieczeństwo [3]. Większość narządów i tkanek do przeszczepienia pobiera się jednak ze zwłok osób, które za życia nie wyraziły sprzeciwu na ich pobranie po śmierci [1,3].

Celem badań było porównanie wiedzy i opinii studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej we Włocławku oraz respondentów Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) na temat transplantacji narządów.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w 2019 roku wśród 80 studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej we Włocławku. Wyniki zostały porównane z badaniami CBOS z 2016r. na reprezentatywnej próbie losowej 983 dorosłych mieszkańców Polski [4].

W aktualnych badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania oraz autorski kwestionariusz ankiety. Natomiast badanie CBOS przeprowadzono metodą wywiadów bezpośrednich (face-to-face) wspomaganych komputerowo (CAPI) [4].

Wyniki

W aktualnych badaniach uczestniczyło 80 studentów z kierunków: pielęgniarstwo (46,25%), pedagogika (16,25%), inżynieria zarządzania (17,5%), administracja (5%), finanse i rachunkowość (7,5%), nowe media i e – biznes (6,25%) i filologia angielska (1,25%). Większość badanych stanowiły kobiety (86,2%) oraz mieszkańcy miasta (67,8%). Średnia wieku respondentów wynosiła 25,4. Większość ankietowanych to panny i kawalerowie (65,5%), natomiast 3,4% respondentów to rozwódki i rozwodnicy. Poniżej zaprezentowano wyniki badań własnych.

Tabela 1 przedstawia procentowy rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie dotyczące subiektywnej opinii ankietowanych na temat pobierania narządów od zmarłych i przeszczepiania ich innym osobom.

Tabela 1. Opinia badanych na temat idei przeszczepiania narządów.

Czy uważa Pan/Pani za słuszne pobieranie narządów od osób zmarłych i przeszczepianie ich innym w celu ratowania życia lub przywracania zdrowia?	**Odpowiedzi**			
	PWSZ we Włocławku		**CBOS**	
	%	**N**	**%**	**N**
Zdecydowanie tak	76,2%	61	65%	639
Raczej tak	23,8%	19	28%	275
Raczej nie	-	-	3%	29
Zdecydowanie nie	-	-	1%	10
Trudno powiedzieć	-	-	3%	29

Źródło: wynik badań własnych

Wszyscy studenci uważają za słuszne pobieranie narządów od zmarłych i przeszczepianie ich innym osobom w celu ratowania życia. Zdecydowanie potwierdziło to 76,2% badanych a 23,8% udzieliło odpowiedzi „raczej tak". W badaniu CBOS po3% respondentów raczej nie uważało tego za słuszne lub wskazywało odpowiedź „trudno powiedzieć". Natomiast 1% ankietowanych zdecydowanie nie popierało tej idei.

Tabela 2 przedstawia procentowy rozkład odpowiedzi respondentów na temat wyrażenia zgody na pośmiertne pobranie narządów do przeszczepów.

Tabela 2. Opinia respondentów na temat wyrażenia zgody na pobranie narządów po śmierci.

Czy wyraziłby/wyraziłaby Pan/Pani zgodę na to, aby po śmierci pobrano od Pana/Pani narządy w celu przeszczepienia ich innym osobom?	**Odpowiedzi**			
	PWSZ we Włocławku		**CBOS**	
	%	**N**	**%**	**N**
Zdecydowanie tak	60%	48	52%	511
Raczej tak	28,7%	23	28%	275
Raczej nie	10%	8	7%	69
Zdecydowanie nie	1,3%	1	4%	39
Trudno powiedzieć	-	-	9%	88

Źródło: wynik badań własnych

Z tabeli 2 wynika, iż większość studentów (60%) zdecydowanie wyraziłoby zgodę na to, aby po śmierci pobrać od nich narządy do transplantacji a 28,7% badanych wskazało, że raczej zgodziłoby się na taka procedurę. Tylko 1 osoba (1,3%) była temu zdecydowanie przeciwna a 10% respondentów wskazało odpowiedź „raczej nie". Ponad połowa ankietowanych z badania CBOS (52%) zdecydowanie wyraziłaby zgodę na transplantację

a 28% badanych raczej podjęłoby taką decyzję. Sprzeciwiłoby się temu stanowczo 4% respondentów a 7% ankietowanych raczej nie zgodziłoby się na taką procedurę.

Tabela 3 obrazuje procentowy rozkład odpowiedzi badanych na temat rozmowy z członkami rodziny na temat przekazania narządów po śmierci do transplantacji.

Tabela 3. Odpowiedzi badanych nt. rozmowy z bliskimi o przekazaniu narządów po śmierci do transplantacji.

Czy rozmawiał/rozmawiała Pan/Pani ze swoimi członkami rodziny na temat przekazania Pana/Pani narządów po śmierci, aby przeszczepić je osobom czekającym na transplantację?	**Odpowiedzi**			
	PWSZ we Włocławku		**CBOS**	
	%	**N**	**%**	**N**
Tak, rozmawiałem/rozmawiałam	70%	56	25%	246
Nie, nie rozmawiałem/rozmawiałam	30%	24	75%	737

Źródło: wynik badań własnych

Zdecydowana większość studentów (70%) potwierdziło, że rozmawiało z członkami swojej rodziny na temat przekazania narządów po śmierci. Nie uczyniło tego 30% badanych. Natomiast w badaniu CBOS zaledwie 25% badanych podjęło taką rozmowę ze swoimi bliskimi a większość respondentów (75%) nie rozmawiało na ten temat.

W tabeli 4 przedstawiono procentowy rozkład odpowiedzi dotyczący oświadczenia woli, które pozwala potwierdzić zgodę na pobranie narządów w sytuacji śmierci.

Tabela 4. Odpowiedzi badanych na temat oświadczenia woli.

Czy słyszał/słyszała Pan/Pani o oświadczeniu woli, które pozwala w krytycznej sytuacji potwierdzić Pana/Pani zgodę na pobranie narządów?	**Odpowiedzi**			
	PWSZ we Włocławku		**CBOS**	
	%	**N**	**%**	**N**
Tak, słyszałem/słyszałam	97,5%	78	62%	609
Nie, nie słyszałem/słyszałam	2,5%	2	37%	364
Trudno powiedzieć	-	-	1%	10

Źródło: wynik badań własnych

Tylko 2,5% studentów nie słyszało o oświadczeniu woli, a z badania CBOS wynika, że sytuacja taka dotyczyło 37% respondentów. Natomiast 1% ankietowanych nie potrafiło jednoznacznie udzielić odpowiedzi na to pytanie.

W tabeli 5ukazano odpowiedzi respondentów dotyczące gotowości podpisania oświadczenia woli.

Tabela 5. Opinia badanych dotycząca udzielenia zgody na podpisanie oświadczenia woli.

Czy byłby/byłaby Pan/Pani gotowa podpisać oświadczenie woli?	**Odpowiedzi**			
	PWSZ we Włocławku		**CBOS**	
	%	**N**	**%**	**N**
Zdecydowanie tak	36,3%	29	38%	374
Raczej tak	36,3%	29	32%	315
Raczej nie	10%	8	10%	98
Zdecydowanie nie	1,2%	1	4%	39
Trudno powiedzieć	-	-	13%	128
Już podpisałem/podpisałam takie oświadczenie	16,2%	13	3%	29

Źródło: wynik badań własnych

Większość studentów zadeklarowała gotowość podpisania oświadczenia woli. Potwierdziło to zdecydowanie 36,3% ankietowanych a kolejnych 36,3% respondentów było raczej zdecydowanych. Podjęło takie działanie 16,2% studentów. Natomiast 10% osób wskazało, że raczej tego nie uczyni a 1 osoba podała, że zdecydowanie nie jest gotowa podjąć takiego działania. W badaniu CBOS zupełnie zdecydowanych podpisać takie oświadczenie było 38% respondentów a 32% raczej potwierdziło taką postawę. Tylko 3% ankietowanych wskazało, że podpisało już taki dokument. Raczej nie było przygotowanym na takie oświadczenie 10% badanych a 13% nie potrafiło udzielić odpowiedzi na powyższe pytanie. Zdecydowanie przeciwnym udzieleniu zgody było 4% ankietowanych.

W tabeli 6 zaprezentowano procentowy rozkład odpowiedzi dotyczący wyrażenia zgody na pobranie narządów po śmierci od bliskiej osoby w momencie, gdyby osoba ta za życia nie wyraziła sprzeciwu.

Tabela 6. Opinia badanych na temat wyrażenia zgody na pobranie od bliskiej osoby narządów do transplantacji po jej śmierci.

Czy w momencie śmierci bliskiej osoby wyraziłby/wyraziłaby Pan/Pani zgodę na pobranie od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, w sytuacji, gdy osoba ta nie miała nic przeciwko pobraniu od niej narządów?	**Odpowiedzi**			
	PWSZ we Włocławku		**CBOS**	
	%	**N**	**%**	**N**
Nie wyraziłbym/wyraziłabym zgody	2,5%	2	3%	29
Wyraziłbym/wyraziłabym zgodę	77,5%	62	89%	875
Trudno powiedzieć	20%	16	8%	79

Źródło: wynik badań własnych

Z tabeli 6 wynika, że większość studentów i respondentów badania CBOS wyraziłaby zgodę na pobranie narządów po śmierci bliskiej osoby w sytuacji, gdy nie wyraziła ona sprzeciwu za życia. Taką odpowiedź wybrało 77,5% studentów oraz 89% ankietowanych CBOS-u. Tylko 2,5% studentów i 3% ankietowanych z Polski udzieliło odpowiedzi negatywnej. Natomiast 20% respondentów z PWSZ we Włocławku i 8% badanych z Polski nie potrafiło udzielić jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie.

W tabeli 7 został przedstawiony procentowy rozkład odpowiedzi dotyczący wyrażenia zgody na pobranie narządów od bliskiej osoby w sytuacji, gdy osoba ta nie wypowiedziałaby się na ten temat i nie wiadomo, jakie miała zdanie.

Tabela 7. Opinia badanych na temat pobrania narządów od bliskiej osoby do transplantacji po jej śmierci w sytuacji, gdy nie wiadomo jakie przyjęła stanowisko w tym zakresie za życia.

Czy w momencie śmierci bliskiej osoby wyraziłby/wyraziłaby Pan/Pani zgodę na pobranie od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, w sytuacji, gdy osoba ta nie wypowiadała się na ten temat i nie wiadomo, jakie miała zdanie na ten temat?	**Odpowiedzi**			
	PWSZ we Włocławku		**CBOS**	
	%	**N**	**%**	**N**
Nie wyraziłbym/wyraziłabym zgody	23,8%	19	14%	138
Wyraziłbym/wyraziłabym zgodę	37,5%	30	69%	678
Trudno powiedzieć	38,7%	31	17%	167

Źródło: wynik badań własnych

Większość studentów (38,7%) nie udzieliła jednoznacznej odpowiedzi na to, czy wyraziłaby zgodę na transplantację narządu od bliskiej osoby po jej śmierci, nie znając jej stanowiska za życia w tym zakresie. Zgody udzieliłoby 37,5% badanych. Natomiast przeciwnych takiemu działaniu było 23,8% studentów. Większość respondentów CBOS (69%) była zdania, że wyraziłaby zgodę na transplantację narządów bliskiej osoby pomimo, że nie znała jej stanowiska za życia w tym temacie. Przeciwnych takiemu działaniu było 14% badanych, a 17% osób nie udzieliła jednoznacznej odpowiedzi.

Tabela 8 prezentuje procentowy rozkład odpowiedzi na temat wyrażenia zgody na pobranie narządów od bliskiej osoby w momencie wyrażenia przez nią sprzeciwu za jej życia.

Tabela 8. Opinia respondentów na temat pobrania narządów od bliskiej osoby w sytuacji, gdy osoba ta była przeciwna oddaniu narządów.

Czy w momencie śmierci bliskiej osoby wyraziłby/wyraziłaby Pan/Pani zgodę na pobranie od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, w sytuacji, gdy osoba ta była przeciwna oddaniu narządów?	**Odpowiedzi**			
	PWSZ we Włocławku		**CBOS**	
	%	**N**	**%**	**N**
Nie wyraziłbym/wyraziłabym zgody	67,5%	54	67%	659
Wyraziłbym/wyraziłabym zgodę	13,7%	11	22%	216
Trudno powiedzieć	18,8%	15	11%	108

Źródło: wynik badań własnych

Z tabeli 8 wynika, że większość badanych nie wyraziłaby zgody na pobranie narządów od bliskiej osoby w sytuacji, gdy osoba

ta za życia była przeciwna transplantacji. Takiej odpowiedzi udzieliło 67,5% studentów oraz 67% ankietowanych z badania CBOS-u. Zgody na transplantację udzieliłoby 13,7% respondentów z PWSZ we Włocławku oraz 22% badanych z Polski. Udzielić jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie nie potrafiło 18,8% studentów oraz 11% ankietowanych Polaków.

Tabela 9 przedstawia procentowy rozkład odpowiedzi dotyczący momentu, w którym u człowieka następuje śmierć.

Tabela 9. Opinia badanych na temat momentu, w którym dochodzi do śmierci człowieka.

W którym momencie Pana/Pani zdaniem następuje śmierć człowieka?	**Odpowiedzi**			
	PWSZ we Włocławku		**CBOS**	
	%	**N**	**%**	**N**
W momencie zatrzymania pracy serca	36,3%	29	40%	393
W momencie nieodwracalnego zniszczenia mózgu	60%	48	49%	482
Nie wiem	3,7%	3	11%	108

Źródło: wynik badań własnych

Z tabeli 9 wynika, że większość respondentów za moment śmierci uznało nieodwracalne zniszczenie mózgu. Takiej odpowiedzi udzieliło 60% studentów i 49%ankietowanych z badania CBOS. Zatrzymanie pracy serca jako moment śmierci człowieka wskazało 36,3%respondentów z PWSZ we Włocławku oraz 40% badanych
z Polski. Nie potrafiło udzielić odpowiedzi na to pytanie 3,7% studentów i 11% osób uczestniczących w badaniu CBOS.

Tabela 10 ukazuje procentowy rozkład odpowiedzi respondentów na temat optymalnych regulacji prawnych dotyczących pobierania narządów do transplantacji.

Tabela 10. Opinia badanych na temat optymalnych regulacji dotyczących pobierania narządów do transplantacji.

Na świecie istnieje wiele regulacji dotyczących pobierania narządów do przeszczepów. Który z wymienionych sposobów uważa Pan/Pani za lepszy:	**Odpowiedzi**			
	PWSZ we Włocławku		**CBOS**	
	%	**N**	**%**	**N**
Ten, w którym narządy można pobrać tylko od osób, które za życia wyraziły na to zgodę podpisując odpowiedni dokument	56,3%	45	43%	423
Ten, w którym narządy można pobrać od wszystkich, którzy nie wyrazili sprzeciwu za życia	30%	24	42%	413
Żaden nie jest dobry	2,5%	2	5%	49
Trudno powiedzieć	11,2%	9	10%	98

Źródło: wynik badań własnych

Regulacje dotyczące pobierania narządów do transplantacji tylko od osób, które za życia wyraziły na to zgodę podpisując odpowiedni dokument, wskazała większość studentów (56,3%) oraz ankietowanych z badania CBOS (43%). Pobranie narządów od osób, które nie wyraziły sprzeciwu za życia wskazało 30% badanych z PWSZ we Włocławku oraz 42% respondentów z Polski. Żadnej z wymienionych regulacji nie wybrało 2,5% studentów oraz 5% badanych Polaków. Jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie

nie potrafiło udzielić 11,2% ankietowanych osób z PWSZ oraz 10% respondentów z badania CBOS.

Tabela 11 obrazuje procentowy rozkład odpowiedzi respondentów dotyczący przepisów obowiązujących w Polsce związanych z pobieraniem narządów do transplantacji.

Tabela 11. Opinia badanych na temat przepisów regulujących transplantację narządów w Polsce.

Jakie przepisy według Pana/Pani wiedzy dotyczące pobierania narządów obowiązują w Polsce?	**Odpowiedzi**			
	PWSZ we Włocławku		**CBOS**	
	%	**N**	**%**	**N**
Nie orientuję się, jakie w Polsce obowiązują przepisy	31,2%	25	46%	452
Konieczne jest wyrażenie zgody za życia	12,5%	10	29%	285
Wystarczy nie wyrażenie sprzeciwu za życia	56,3%	45	20%	197
Trudno powiedzieć	-	-	5%	49

Źródło: wynik badań własnych

Z tabeli 11 wynika, że 31,2% studentów oraz 46% Polaków z badania CBOS nie orientowało się, jakie przepisy dotyczące transplantacji narządów obowiązują w naszym kraju. Ponad połowa respondentów z uczelni (56,3%) oraz 20% ankietowanych Polaków wskazała, że wystarczy nie wyrażenie sprzeciwu za życia. Natomiast konieczność wyrażenia takiej zgody za życia podkreśliło 12,5% studentów i 29% osób z badania CBOS. Nie udzieliło jednoznacznej odpowiedzi w tym zakresie 5% respondentów ankiety CBOS.

Dyskusja

Medycyna transplantacyjna w Polsce zaczęła rozwijać się od 1966r. Właśnie wtedy, w Warszawie dokonano pierwszego udanego przeszczepu nerki[5]. Szacuje się, iż co 5 dni w Polsce umiera pacjent, który oczekuje na transplantację narządu. Dzięki poprawie skuteczności procedur i regulacji prawnych, dotyczących przeprowadzanych transplantacji narządów i tkanek, powyższa metoda terapii staje się uznanym rozwiązaniem w leczeniu pacjentów w przebiegu schyłkowej niewydolności narządów [1,2]. Traktowana jest jako metoda ratowania życia

Idea transplantacji bywa nadal przedmiotem licznych dyskusji. Wyniki wielu badań, w tym także prowadzonych wśród studentów, wskazują, że jest akceptowana jako metoda terapeutyczna w sytuacji pobrania narządu od zmarłej osoby. Największe obawy dotyczą definicji śmierci mózgowej [9,10,11].

W licznych badaniach, w tym badaniach własnych, czy przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej zdecydowana większość respondentów uważa ideę pobierania narządów do transplantacji za słuszną [4,9,10,11]. Wśród studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej we Włocławku żadna z ankietowanych osób nie wyraziła dezaprobaty. Blisko 90% respondentów z Włocławka oraz około 80% badanych Polaków zgodziłaby się, aby po śmierci pobrano od niego narządy w celu przeszczepienia ich innym osobom [4].

Znaczące różnice uwidaczniają się w pytaniu dotyczącym rozmowy z członkami rodziny na temat przekazania narządów po śmierci osobom czekającym na transplantację. Większość respondentów z PWSZ we Włocławku (70%) deklaruje, że podjęła taką rozmowę ze swoimi najbliższymi. Z kolei rozmowy na ten temat nie zrealizowało 75% ankietowanych uczestniczących w badaniu CBOS [4].

Jak wynika z badań własnych, badań CBOS i innych autorów znaczna część polskiego społeczeństwa osób pomimo działań promujących nadal nie wie czym jest, bądź nie byłaby gotowa podpisać oświadczenia woli. Jest to dokument mający na celu stwierdzenie woli wyrażonej za życia a dotyczącej donacji tak, aby ułatwić decyzje rodzinie, lekarzom [3,10]. W badaniach własnych 2,5% studentów wskazało, że nie słyszało o takim oświadczeniu, a 11,2% nie byłaby gotowa podpisać takiego dokumentu. Spośród respondentów CBOS prawie 40% osób nie wiedziało, czym jest oświadczenie woli, a 27% Polaków nie zdecydowałaby się na jego podpisanie [4]. Badania wskazują, że nie zawsze deklaracje dotyczące zgody na transplantację narządów korespondują ze złożeniem oświadczenia woli [9,10].

Istotnym tematem poruszonym w aktualnych badaniach był moment śmierci człowieka. Respondenci mieli odpowiedzieć, kiedy ich zdaniem do niego dochodzi. Jedną z wymienionych odpowiedzi było stwierdzenie nieodwracalnych uszkodzeń mózgu. Przez dziesiątki lat rozpoznanie zgonu opierało się na nieodwracalnym ustaniu krążenia i czynności oddechowej. Współcześnie pomimo braku akcji oddechowej po przywróceniu krążenia, jest możliwe podtrzymywanie funkcji innych narządów takich jak nerki czy wątroba. Żadna forma terapii nie jest jednak skuteczna w sytuacji, gdy dochodzi do nieodwracalnego uszkodzenia mózgu. Śmierć mózgu jest jednoznaczna ze śmiercią człowieka [12,13]. Taką odpowiedź wybierało 60% respondentów PWSZ we Włocławku oraz 49% badanych przez CBOS. Przeszło jedna trzecia badanych studentów oraz Polaków uznała, iż człowiek umiera w momencie zatrzymania pracy serca [4]. Podobne kontrowersje co do momentu określenia śmierci człowieka potwierdzają także inne badania [9,11].

Aspekt przepisów regulujących pobieranie narządów w Polsce ukazuje podział opinii i różnice w wiedzy wśród respondentów biorących udział w aktualnym badaniu. Ponad 56% studentów wskazała, iż optymalną regulacją jest ta, wg której narządy można

pobrać tylko od osób, które za życia wyraziły na to zgodę, podpisując odpowiedni dokument. Tego samego zdania było 43% respondentów badania CBOS. Niestety ponad 31% studentów oraz 46% ankietowanych przez CBOS nie orientuje się, jakie w Polsce obowiązują przepisy w tym zakresie [4]. Potwierdzają ten fakt także wyniki innych polskich badań [9,10].

Wnioski

Stosunek studentów PWSZ we Włocławku jak i zdecydowanej większości Polaków wobec pobierania i transplantacji narządów jest pozytywny. Istnieje potrzeba propagowania idei transplantologii oraz wiedzy na temat zasad pobierania i przeszczepiania narządów i tkanek.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Propagowanie idei pobierania i transplantacji narządów to zadanie, w którym aktywny udział powinny brać pielęgniarki, jako członkowie interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego.

Bibliografia / Bibliography:

1. Czerwiński J., Małkowski P. Medycyna transplantacyjna dla pielęgniarek. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.

2. Kołodyński P., Drab P. Prawne regulacje pobierania i transplantacji narządów oraz tkanek w ujęciu europejskiej konwencji bioetycznej. Przegląd Europejski. 2016; 1(39): 52-65.

3. Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant". RetrievedJune 19, 2019, fromhttps://www.poltransplant.org.pl/.

4. Centrum Badania Opinii Społecznej. Postawy wobec transplantacji narządów. Komunikat z badań nr 119/2016. Warszawa 2016r.RetrievedJune 19, 2019, from https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_119_16.PDF.

5. Sieradza A. Tajemnice transplantacji. Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 2017.

6. Romanowska U, Lizak D, Jaśkiewicz J i wsp. Dawstwo i transplantacja narządów w opinii studentów pielęgniarstwa studiów uzupełniających pomostowych. Pielęg XXI w 2012; 4(41): 123–128.

7. Użdżalewicz Z, Mess E. Czynniki wpływające na stan wiedzy społeczeństwa na temat transplantacji narządów. Probl Pieleg 2016; 24(3–4): 232–237.

8. Wojczyk A. Stan wiedzy studentów opolskich uczelni wyższych na temat transplantacji narządów. Puls Uczelni 2013; 7(4): 34–38.

9. Juszczak K. i wsp.Analiza postaw i czynników wpływających na podjęcie decyzji o transplantacji narządów wśród społeczności wiejskiej. PielęgniarstwoChirurgiczneiAngiologiczne.2016;3:141-145.Retrieved June 19, 2019, from file:///C:/Users/ThinkPad/AppData/Local/Temp/PCIA_Art_28562-10-1.pdf.

10. Mazur A i wsp. Zachowania studentów dotyczące przeszczepiania narządów z uwzględnieniem czynnikówsocjodemograficznych. Hygeia Public Health 2018, 53(4): 371-376.

11. Lisowska D. i wsp. Wybrane zagadnienia związane z transplantacją w opinii studentów z uwzględnieniem czynników socjodemograficznych. MedOg Nauk Zdr. 2018; 24(1):65–69. Retrieved June 19, 2019, fromhttp://www.monz.pl/Wybrane-zagadnienia-zwiazane-z-transplantacja-w-opinii-studentow-z-uwzglednieniem,86585,0,1.html.

12. Rowiński W. Kiedy umiera człowiek? Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska. 2012; 2: 157-158.

13. Kubik T. Czym jest śmierć mózgu? Gabinet Prywatny.2008; 2: 27-31.

Otrzymano: 12.05.2019r.
Zaakceptowano: 01.06.2019r.

The relatioship beetwen levels of altruism, empathy and assertiveness in nursing students

Związek pomiędzy poziomem altruizmu, empatii a asertywnością wśród studentów pielęgniarstwa

Ş. DILEK GÜVEN [1], AYLA ÜNSAL [2]

[1] Nevşehir Hacı Bektaş Veli University Semrave Vefa Küçük Health School, Nursing Department
[2] Ahi Evran University, School of Health, Nursing Department Kırşehir

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2019.010
ISSN: 2451-1846

Abstract:
Intoduction. It is obvious that altruism, empathy and assertiveness have a direct relationship with the nursing profession. Moreover, altruism, empathy and assertiveness are the values that have to be fostered in nurses in their development of a professional identity during their education. Professional values and attitudes also promote development of professional characteristics including the definition of humanistic care and professional identity. The purpose of this study is to determine the relationship of altruism with empathy and assertiveness in nursing students.
Aim. The purpose of thisstudy is todetermine the relationship of altruism with empathy and assertiveness in nursing students.
Material and Methods: This is a descriptivestudy.This study was conducted with 659 nursing students in the Nursing Departments of the Health Colleges of two universities in the Central Anatolia Region of Turkey. The data were collected using a Personal Information Questionnaire, the Altruism Scale, Empathic Tendency Scale and Ruthus Assertiveness Inventory. In analyzing

the data, percentage distribution, mean standard deviation, correlation analysis, and confidence analysis were used.
Results: The students' mean altruism score was found to be 62.69±11.35, their mean empathic tendency score 66.25±11.05 and their mean Ruthus Assertiveness Inventory score 7.36±15.52. A positive linear and statistically significant correlation was found between the altruism and empathic tendencies of the students who took part in the study (r=0.181, p=0.000) and between their altruism and Ruthus Assertiveness Inventory levels (r=0.186, p=0.000).
Conclusion. As the students' empathic tendencies and assertiveness increase, the level of their altruism also increases.

Keywords: altruism, empathic tendency, assertiveness, nursing students

Streszczenie:
Wstęp. Oczywistym jest, że altruizm, współczucie i asertywność to pojęcia, które mają bezpośredni związek z zawodem pielęgniarki. Co więcej, altruizm, empatia i asertywność to wartości, które muszą być pielęgnowane przez pielęgniarki w rozwijaniu tożsamości zawodowej podczas ich edukacji. Profesjonalne wartości i postawy promują również rozwój cech zawodowych, w tym definicje opieki i tożsamości zawodowej. Celem tego badania jest określenie związku pomiędzy altruismem, empatią a asertywnością u studentów pielęgniarstwa.
Cel. Celem tego badania jest określenie związku pomiędzy altruizmem, empatią a asertywnością u studentów pielęgniarstwa.
Materiał i metody. Jest to badanie opisowe. Badanie zostało przeprowadzone wśród 659 studentów pielęgniarstwa na wydziałach pielęgniarskich kolegiów zdrowia dwóch uniwersytetów w regionie Centralnej Anatolii w Turcji. Dane zostały zebrane za pomocą kwestionariusza osobowego , skali altruizmu , Empathic Tendency Scale i Ruthus Assertiveness Inventory W analizie danych zastosowano rozkład procentowy, średnie odchylenie standardowe, analizę korelacji i analizę ufności.
Wyniki. Średni wynik oceny altruizmu studentów wynosił 62,69 ± 11,35,ich średnia skłonność do empatii/ średnia cena postawy empatycznej wynosi 66,25 ± 11,05, a ich średnia ocena Ruthus Aseriveness Inventory 7,36 ±

15,52. Stwierdzono dodatnią liniową i statystycznie istotną korelację między altruizmem a postawami empatycznymi/skłonnością do empatii studentów , którzy wzięli udział w badaniu (r = 0,181, p = 0,000) oraz między ich altruizmem a poziomem Assertiveness Inventory Ruthus (r = 0,186, p = 0,000).
Wnioski. Wraz ze wzrostem skłonności do empatii studentów i ich asertywności wzrasta również poziom ich altruizmu.

Słowa kluczowe: altruizm, tendencja empatyczna, asertywność, studenci pielęgniarstwa

Introduction

Altruism is defined as attention and care without any expectation other than the belief in helping and benefiting others or protecting them from harm [1]. The objective of the professionals whose fundamental values include altruism is to serve and help humans and to contribute to social development [2]. Nursing has been described throughout the history as one of the helping/altruist professions. It has been stated that altruism is at the foundation of nursing and people with a high level of altruism choose the profession of nursing because they wish to help people with a deep affection [2,3].

Despite some views defending that psychomotor skills lie at the root of nursing care, sources state that nursing care practices cannot be explained either mechanically or depending on the skills of the practitioner; the power behind these skills relate only to the creativity, sensitivity and communication competency of nurses. For this reason, besides improving their psychomotor skills, nurses are expected to be at a desired level in creativity, interpersonal sensitivity, empathy and communication skills [3].

The process is called empathy when someone puts himself in the place of the person he faces, looks at the events from their point

of view, understands and feels that person's emotions and thoughts correctly and conveys this to them. Empathic tendency is the potential of an individual to show empathy. Empathic tendency is reported to be the ability to understand the feelings of the client and being affected by their emotional experiences and the willingness to help [4]. Looking at them from this perspective, empathic tendencies produce positive impact on altruistic behavior and empathic tendency is used as a criterion in defining altruistic behavior [5]. Empathic capacity and tendency are reported to lead to altruistic behaviors to relieve the troubles of others [6,7]. People who have empathic tendencies help a person they perceive to be in need at a higher rate [8].

When an individual claims his personality, dignity and rights, expresses his views, feelings and thoughts honestly and directly, respecting the beliefs and needs of others as much as he respects his own beliefs and needs without being passive but without being aggressive either, this is called assertiveness [9]. The fact that nursing profession is totally people oriented, coordinated and actual, it follows that nurses have to be assertive [10]. Khalil has stated that people cannot help others because they are not assertive [11]. This implies that altruist behaviors can be seen more commonly in assertive people. Ismenand Yildizhave demonstrated in their study with teachers that assertive people are more altruistic compared to meek people [12]. Rushton, Fulker, Neale, NiasandEysenck[13]have found a positive correlation between assertiveness and altruism.

It is obvious that altruism, empathy and assertiveness have a direct relationship with the nursing profession. Moreover, altruism, empathy and assertiveness are the values that have to be fostered in nurses in their development of a professional identity during their education. Professional values and attitudes also promote development of professional characteristics including the definition of humanistic care and professional identity [14,15]. Altruism, empathy and assertiveness are necessary values for professional nursing practices. In this context, we believe that the results to be obtained from

examination of these values will provide guidelines for the training and practices towards assimilating these values and useful information for developing more effective strategies. For this reason, we aimed at determining the relationship of altruism level in nursing students with their empathy and assertiveness in the present study.

The purpose of this study is to determine the relationship of altruism with empathy and assertiveness in nursing students.

The study sought answers to the following questions:

- What are the altruism levels, empathic tendency levels and boldness levels of nursing students?
- Is there a relationship between the altruism, empathic tendency and boldness levels of nursing students?

Material and Methods

Design and Sample

The population of this descriptive study consisted of 1050 nursing students in the Nursing Departments of the Health Colleges of two universities in the Central Anatolia Region of Turkey. No sampling was attempted and the study was completed with 659 students due to absences and unwillingness to participate. The study data were collected from April to May 2015. The study data were collected using a Personal Information Questionnaire, the Altruism Scale, Empathic Tendency Scale and Ruthus Assertiveness Inventory. The questionnaire and scales were distributed by the investigators to the students in their classrooms and were collected after they were completed. Permissions were obtained before starting the study from the institutions where the study was conducted and from the students.

Instruments

Personal Information Questionnaire: The questionnaire consisted of 5questionsto determine the students' ages, genders, marital statuses, grades and satisfaction with their choice of profession.

Altruism Scale (AS): This was developed by London and Bower [16] and was tested for validity and reliability in Turkish by Akbaba[17]. The scale has 20 items. It is a likert-type scale where 1 stands for the lowest and 5 the highest. The points marked are summed to obtain the total score, the highest obtainable being 100 and the lowest 20. Higher scores indicate higher levels of altruism and lower scores lower levels of altruism. The scale's Cronbach Alpha value is 0.85. The scale's Cronbach Alpha value was calculated to be 0.81 in our study.

Empathic Tendency Scale (ETS):ETS was developed by Dokmen[18] tomeasure the empathizing potential of individuals in daily life. It is a likert-type scale consisting of 20 questions, each of which is scored from 1 to 5. The minimum score obtainable from the scale is 20 and the maximum is 100. A high score indicates a high empathic tendency and a low one a low empathic tendency. The scale's Cronbach Alpha value is 0.88. The scale's Cronbach Alpha value was calculated to be 0.81 in our study.

Rathus Assertiveness Inventory (RAI): It was developed by Spencer Rathus to measure assertiveness in interpersonal relationships and was tested for validity and reliability in Turkish by Voltan[19]. RAI consists of 30 items containing positive and negative statements. The assertiveness score is obtained by adding the numeric values of the positive statements and the numeric values of the negative statements separately. The responses to the positive statements (3, 6, 7, 8, 10, 18, 20, 21, 22, 25, 27, 28 and 29 – 13 items) are "very much like me" (+3 points), "rather like me" (+2 points), "somewhat like me" (+1 point), "somewhat unlike me" (-1 point), "rather unlike me" (-2

points), "very unlike me" (-3 points) and the responses to negative statements (1, 2, 4, 5, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 23, 24, 26 and 30 – 17 items) are "very much like me" (-3 points), "rather like me" (-2 points), "somewhat like me" (-1 point), "somewhat unlike me" (+1 point), "rather unlike me" (+2 points), "very unlike me" (+3 points). The total score obtainable ranges between -90 and +90. In scoring RAI, a score between -90.00 and +10.00 is assessed in the category of being meek/passive, a score between +11.00 and +70.00 as being assertive and a score between +71.00 and +90.00 as being aggressive. The scale's Cronbach Alpha value is 0.70. The scale's Cronbach Alpha value was calculated to be 0.60 in our study.

Data Analysis

The data were analyzed electronically in the study. Percentage distribution, mean standard deviation, correlation analysis and confidence analysis were used in the statistical analyses. A value of $p<0.05$ was accepted as significant in the statistical tests.

Results

From the students taking part in the study, 72.9% were female, 1.5% married, 36.4% were in their first year, 30.8% in their second year, 20.0% in their third year, and 12.7% in their fourth year. Their ages ranged between 17 and 35, with a mean age of 20.56±1.90. 53.7% of the students were graduates of ordinary high school and 88.5% of them had nuclear type families. The mothers of 62.4% of the students and the fathers of 47.2% of them were graduates of primary school; the mothers of 84.5% and the fathers of 28.5% were unemployed. 27.2% of the students had one sibling, 61.3% had 1-10 close friends, and 68.4% described him/herself as being a conformist/cheerful person. 50.8% of the students stated that they were pleased to have chosen the nursing profession.

Table 1. Students' mean scores of altruism, empathic tendency and RAI (n=659)

Variables	X±SD	Min	Max	Score Interval
Altruism	62.69±11.35	20	92	20-100
Empathic tendency	66.25±11.05	27	93	20-100
RAI	7.36±15.52	-33	72	-90-+90

Source: own research results

The students' mean altruism score turned out to be 62.69±11.35, mean empathic tendency score 66.25±11.05 and mean RAI score 7.36±15.52 (Table 1).

Table 2. Correlation between the students' altruism and their empathic tendency and RAI levels (n=659).

	Altruism		
	n	**r**	**p**
Empathic tendency	659	0.165	0.000
RAI	659	0.183	0.000

Source: own research results

We found a positive, linear and statistically significant correlation between the participating students' altruism and empathic tendencies (r=0.181, p=0.000) and their altruism and RAI levels (r=0.186, p=0.000) (Table 2).

Table 3. Comparison of certaincharacteristics of thestudentswiththemeanscores of Altruism, EmpathicTendencyand RAE(n=659).

Variables	Altruism range of points (20-100) X±SD	EmpathicTendency range of points (20-100) X±SD	RAE range of points (-90-+90) X±SD
Age Group			
Under 20	66.22±10.79	62.69±11.69	9.36±15.84
21-25	66.12±11.34	62.30±10.88	6.04±14.85
26-29	67.00±12.81	71.25±8.68	5.12±20.15
30-35	76.75±6.23	73.00±4.08	15.75±7.63
Test**	X^2=4.627 p=0.201	**X^2=9.168 p=0.027**	**X^2=13.699 p=0.003**
Gender			
Women	65.86±10.91	62.38±11.72	8.08±15.48
Men	67.46±11.38	63.68±10.06	7.06±15.71
Test*	Z=-1.525 p=0.303	Z=-1.030 p=0.127	Z=-0.619 p=0.536
Class of study			
1.	66.45±10.61	62.94±11.57	10.56±16.90
2.	65.81±11.66	63.46±10.74	7.78±15.16
3.	66.42±12.00	61.00±11.95	2.69±11.93
4.	66.46±9.00	62.79±11.11	9.23±15.46
Test**	X^2=0.085 p=0.994	X^2=2.969 p=0.396	**X^2=25.052 p=0.000**
Family type			
Nuclearfamily	66.08±11.14	62.75±11.47	8.16±15.50
Broadfamily	68.81±9.95	62.37±10.62	6.43±14.53
Brokenfamily	59.40±8.63	61.40±9.94	6.60±23.41

Test**	**X^2=8.374 p=0.015**	X^2=0.284 p=0.868	X^2=1.845 p=0.397
Described themselves			
Well-adjusted and joyful	67.21±10.99	62.99±11.45	10.13±15.62
Nervous-stressed	63.47±12.25	61.52±10.96	5.82±15.20
Hesitant-fragile	64.90±9.21	62.62±11.35	0.47±12.66
Test**	**X^2=11.597 p=0.003**	X^2=2.232 p=0.328	**X^2=38.610 p=0.000**
Pleased with their profession			
Not pleased	61.78±14.28	60.36±12.08	7.21±18.20
Middlingpleased	64.70±10.80	60.31±10.55	6.76±15.03
Pleased	68.15±10.35	64.99±11.45	9.06±15.50
Test**	**X^2=18.828p=0.000**	**X^2=30.398p=0.000**	**X^2=7.276 p=0.026**

*Mann Whitney U test
**Kruskal Wallis test
Source: own research results

A review of the mean overall Altruism Scale scores of the students (Table 3) showed that the students who lived in a broad family, described themselves as well-adjusted / joyful and were pleased with their profession had higher mean overall altruism scores; age, gender and the class in which they studied did not affect the mean overall scores (p<0.05). The mean emphatic tendency scores were higher in students aged between 30 and 35 and who were pleased with their profession; there were no statistically significant changes between the mean scores with respect to gender, the class in which they studied, self-description, and family type (p<0.05). The mean RAE scores were

higher in the students who were aged between 30 and 35, who studied in the first class, who described themselves as well-adjusted / joyful and who were pleased with their profession; there was no significant difference in the mean scores with respect to gender and family type ($p<0.05$).

Disscusion

Altruist behavior is quite valuable in the profession groups that provide healthcare services because altruist people act for the benefits of others rather than for their own interests [20]. Altruism is one of the professional values that form the basis of nursing practices and nursing has been defined as one of the most helpful/altruist occupations throughout its history [21,3,8]. Pehlivan and Lafçı [22] found in their study that the mean altruism score of nursing students was 66.28±10.29, indicating that they were altruist above the moderate level; Avcı, AydınandÖzbaşaran [23] found in their study that the mean altruism score of nursing students was 70.16±9.94, indicating that they were altruist above the moderate level; and Arpacı and Özmen[24] found in their study that the overall mean altruism score of nursing students was 72.85±8.18, again indicating that they were altruist above the moderate level [22]. As a result of our study, we also found that theoverall mean altruism score of nursing students was 62.69±11.35, showing that the students were altruist above the moderate level(Table 1). Based on this result of our study, which is similar to those of other studies, we can say that nursing students have the merit of altruism as one of the professional values of nursing, and having this merit, they will wish to help people with a deep affection.

The ability to empathize is significant in establishing sound interpersonal communication. Healthy communication enables understanding and being understood. For this reason, nurses should

have the skills to empathize their patients to be able to understand them. When nurses fail to empathize effectively, it will be impossible for them to understand the feelings and thoughts of their patients. Empathy and communication skills are important to achieve a good quality nursing care [25].

Avcı, Aydın andÖzbaşaran[23] reported in their study that the mean empathic tendency score of nursing students was 67.66±6.20. In their study to determine the effect of education on empathic tendency, Karaca, Açıkgöz and Akkuş [26]found that the pre-education mean empathic tendency score of nursing students was 163.6±29.03. The mean empathic tendency score of nursing students turned out to be X: 69.55 in the study of Tutuk, Al and Doğan[27] and 69.94±8.44 in the study of Arpacı and Özmen [24]. As in other studies made in Turkey, our study also showed that the empathic tendency of nursing students was at a moderate level (66.25±11.05)(Table 1). These results suggest that the necessary changes should be made and implemented in the nursing education programs to improve the empathic tendencies of nursing students beyond the moderate level they had during their education. People with higher empathic tendencies demonstrate more helping behavior [25]. It has been reported that nurses with a higher tendency to empathize have a better chance of identifying patient problems and helping them more effectively than those with a lower empathic tendency [28]. Arpacı and Özmen [24] have found in their study a positive but weak correlation between altruism and empathic tendency among nursing students. Mehrabian and Epstein [29] have found a positive correlation between helpfulness and empathic behavior. In their study investigating the relationship between empathy and altruism in nursing students, Avcı, Aydın andÖzbaşaran[23] have found a positive and statistically significant correlation between the empathic tendencies and altruism levels of students. We also found in our study a positive and statistically significant correlation between altruism and empathic tendency (Table 2). This result means that as the empathic tendencies of nursing

students increase, their altruism levels also increase. In the light of this result of our study, we think that providing nurses with education to develop their altruism and empathic tendency during their nursing education will contribute to the improvement of the relationship between altruism and empathy.

In order for health professionals to be able to provide quality healthcare services and be satisfied with the services they provide, they need to be bold type of persons [30]. We found in our study that the nursing students were timid/passive as evidenced by their mean RAE score (Table 2). Contrary to our study result, other studies made in Turkey have shown that nursing students are bold [30,31,32,33]. This result of our study suggests that the educational activities to improve the level of boldness of the nursing students in the schools where our study was carried out should be reviewed and improved. We also found in our study a statistically significant correlation in the positive direction between the altruism and RAE levels of the nursing students (Table 2). This result means that as the level of boldness increases in nursing students, the level of their altruism also increases. It also shows that increasing the boldness of nursing students during their education will lead to an increase in the level of their altruism.

It has been reported that tendency for altruism lies in the foundation of nursing practices and persons with a high tendency for altruism choose the nursing profession because they wish to help people with a deep affection [34]. The study results also showed that students who were pleased with their profession had higher mean altruism scale scores than those who were not pleased with their profession (Table 3). This result is important in determining the magnitude of the helping care that should be given by nurses to healthy and ill individuals/families, and the society so that they can provide more comprehensive and qualified care today and in the future.

Altruistic behavior is reported to take place as a result of learning and to improve in a supportive and coherent family

environment that will serve as a positive model [23]. The present study results showed that students living in broad family environment had higher mean altruism scores than those living in nuclear or broken families (Table 3). This result suggests that students with broken families had also less responsibility towards their family in the past compared to students with broad families and shows that a positive family model has an impact on altruism.

It has been reported in the literature that altruistic behavior makes a person happy and it is a type of behavior that suits the sense of duty [34]. The results of the present study also suggest that altruistic behavior increases happiness and makes one feel pleased as the students who described themselves as well-adjusted and joyful had higher scores of altruism (Table 3).

Empathy is known to lead to altruistic behaviors to relieve others' troubles and it forms the basis for altruistic behavior [23]. The results of the present study showed that the mean emphatic tendency scores of the students were higher between ages 30 and 35 (Table 3). Nazik and Aslan[35] have found in their study with nursing students that the empathic skills improve with advancing age. Increased tendency for empathy with advancing age shows that individual age is effective on the tendency for empathy.

The study results showed that the mean Emphatic tendency scores were higher in students who were pleased with their profession (Table 3). It was also found in the study of Arpacı and Özmen [24] that those who were pleased with studying in the nursing department had higher empathic tendency scores. These results are important in that they show, as in the literature, that persons who are pleased with their profession and have high Empathic tendencies will be more inclined to help the person they think is in need [23].

The finding in the study results that the students who were aged between 30 and 35, who described themselves as well-adjusted / joyful and who were pleased with their profession had higher mean RAE scores (Table 3) is important not only in the sense of educating

today's students as future nurses who are more extroverted, are able to establish healthy relationships, and have high levels of self-acceptance, self-confidence and self-respect, but also in the sense of personal fulfillment and professional satisfaction[25]. Their level of extroversion will also be influenced by their education life, adaptation to the university life, advancing age, increasing clinical skills, adaptation to hospital setting, learning and implementing the techniques for communication and coping with stress [32].

Looking at the mean RAE scores of the students with respect to their grades, we see that the students studying in the 1st class had higher mean scores than those studying in other classes (Table 3). Similar to our study results, some studies have also reported that nursing education as a pressuring and stressful experience affects the level of boldness in the students negatively with boldness scores dropping with advancing grades [32]. According to Begley and Glacken [36], pressure is felt by nurses in both their classes and clinics starting from their early years of education. Similar to our results, this situation is important as it may prevent care to be practiced at the desired level by affecting the quality of the services provided by nurses.

In conclusion, there was a statistically significant correlation in the positive direction between the altruism and empathic tendencies of the students and between their altruism and RAE levels. This follows that as the empathic tendencies and boldness levels of students increase, their altruism also improves.

Conclusions

We found in our study that as students' empathic tendencies and assertiveness levels increased, their altruism levels also went up.

Recommendations

The results of our study shows that in nursing education empathic tendency and assertiveness should be improved in students so that their professional altruistic values are also improved and there is a need to carry out the activities required to achieve this in nursing education.

Limitations

The present study covered the students of Nursing Department of the Health Collages of only two universities in the Central Anatolia Region of Turkey; therefore, the results obtained from the study cannot be generalized to all nursing students.

Bibliography/Bibliografia:

1.Ersanlı K., Çabuker N.D. Psychometric properties of the altruism scale. Electronic Journal of Social Sıences 2015; 14(52), 43-53. http://dx.doi.org/10.17755/esosder.70589

2.Öz F. Altitude in nursing (helping). Journal of Cumhuriyet University School of Nursing 1998; 2(1):53- 58.

3.Gormle K.J. Altruism: a framework for caringand providing care. International Journal of NursingStudies 1996; 33(6), 581-588. https://doi.org/10.1016/S0020-7489(96)00013-2

4.Dökmen Ü. Communication Conflicts and Empathy (İletişim Çatışmaları ve Empati) 2005; 5nd ed. İstanbul, Sistem Yayıncılık.

5.Eisenberg N., Fabes R.A., Spinrad T.L. Prosocialdevelopment, Damon W, Lerner RM (eds): Handbook of Child Psychology. 2006; John Wiley&Sons, Newyork, pp. 646–719.

6.Batso C.D. Altruismandprosocialbehavior, Weiner IB (ed): Handbook of SocialPsychology 2003; John Wiley&Sons, Inc., Newyork, pp. 463–485.

7.Eisenberg N. Distinctions among various modes of empathy-related reactions: A matter of importance in humans. Behavioraland Brain Sciences 2002; 25(1), 33-34. https://doi.org/10.1017/S0140525X02350015

8.McCamant K.L. Humanistic nursing, interpersonal relations theory, and the empathy-altruism hypothesis. Nursing Science Quarterly 2006; 19(4), 334-338.

9.Özcan A. Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim. 2nd ed. 2006; Ankara, Simtel Ofset.

10.Batmaz M., Buzlu S., Kutlu Y., Pektekin Ç. Investigation of the assertiveness leveland self-esteem of the senior students of Istanbul University Health Services Vocational School Nursing Program. Nursing Bulletin 1999; 11(43-44), 173-183.

11.Khalil E.L. What is altruism? Journal of Economic Psychology 2004; 25(1), 97-123. https://doi.org/10.1016/S0167-4870(03)00075-8

12.Ismen A.E., Yildiz S.A.The relationship between altruism, assertiveness and attitudes toward steaching profession. Educational Administration: Theory and Practice 2005; 42, 151-166.

13.Rushton J.P., Fulker D.W., Neale M.C., Nias D.K., Eysenck, H.J. Altruism and aggression: The heritability of individual differences. Journal of Personality and Social Psychology 1986; 50(6), 1192-1998. http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.50.6.1192

14.Hoyuelos S.B., Fraile C.L., Weis D., Urien E.D.L., Elsden C.A., Schank, M.J. Nursing profession a values: validation of a scale in a Spanishcontext. Nurse

Education Today 2010; 30(2), 107-112. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.05.010

15.Bang K. S., Kang J. H., Jun M. H., Kim H. S., Son H. M., Yu S. J., Known M.K., Kim J.S. Professional values in Korean undergraduate nursing students. Nurse EducationToday 2011; 31(1), 72-75.

https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.03.019

16.London P., Bower R.K. Altruism, extraversion, andmentalillness. The Journal of social psychology 1968 76(1), 19-30. http://dx.doi.org/10.1080/00224545.1968.9919819

17.Akbaba S.: Validity and reliability study of adaptation of the scale of Turkishness to Turkish. Erzincan University Journal of Education Faculty 2001; 3(2), 85-95.

18.Dökmen Ü.: Measuring empathy based on a model and improving it by psychodrama. Ankara University Journal of Faculty of Educatıonal Sciences 1998; 21(1-2), 155-190.

19.Voltan N. RathusAssertiveness Inventory validity and reliability study. Journal of TurkishPsychology 1980; 10, 23-25.

20.Kılınç E., Kılıç M., İpekçi N. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Öğrencilerinin Benlik Saygısı, Atılganlık ve Özgecilik Düzeyler ile Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi. Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi 2016; 8(15); 379-398.

21.Rognstad M.K., Nortvedt P., Aasland O. Helping motives in late modern society: values and attitudes among nursing students. Nursing Ethics 2004; 11(3), 227-239.

22.Pehlivan S., Lafçı D. Altruism levels of nursing students, Gaziantep Medical Journal 2014; 20(1), 29-34.

23.Avcı D., Aydın D., Özbaşaran F. The relation of empathy-altruism and the investigation of altruistic behaviour with regard to some variables of nursing

students. Balıkesir Healthand Sciences Journal 2013; (2), 108-113. https://doi.org/10.5505/bsbd.2013.04706

24.Arpacı P., Özmen D.: Levels of nursing students and the relationship between altruism and empathic tendencies. Journal of Nursing Education and Research 2014; 11(3), 51-57.

25.Cen H.T., Yilmaz F.T., Unuvar O.P., Demirkaya F.: Emphatic skill levels of primary health care workers. Journal of Psychiatric Nursing 2012; 3(1), 6-13. http://dx.doi.org/10.5505/phd.2012.09797

26.Karaca A., Açıkgöz F., Akkuş D.: Can empathy with empathic skill and empathic tendency be developed? A health care college example. Acıbadem University Journal of Health Sciences 2013; 4(3), 118– 122.

27.Tutuk A., Al D., Doğan S. Determining communication skills and emphatic levels of nursing students. Journal of Cumhuriyet University School of Nursing 2002; 6(2), 36-41.

28.Öz F. Altitude in nursing (helping). Journal of Cumhuriyet University School of Nursing 1998; 2(1):53- 58.

29.Mehrabian A., Epstein, N.A. Measure of emotional empathy. 1972; http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-6494.1972.tb00078.x/abstract

30.Adana F., Aktaş B., Erdağı S., Eliş S., Alkan H., Uluman Ö. Determining Assertiveness Level of Student Health Officering and Nursing. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences 2009; 12(2), 51-56.

31.İlhan N., Sukut Ö., Akhan L.U., Batmaz M. The effect of nurse education on the self-esteemand assertiveness of nursing students: A four-year longitudinal study. Nurse Education Today 2016; 39, 72-78. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.12.026

32.Dinçer F., Öztunç G. Self-esteemand assertiveness levels of nursing and midwifery students. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal 2009; 16(2), 22-33.

33.Kahriman İ. Examination of the self-esteemand assertiveness of the students at the School of Health at Karadeniz Technical University in terms of some. Journal of Cumhuriyet University School of Nursing 2005; 9(1), 24-32.

34.Banbal G. Altruism levels of nursing students. Istanbul University: Institute of Health Sciences, M.Sc. Thesis. İstanbul: 2010.

35.Nazik E., Arslan S.: Investigation of the relationship between empathy skills and self compassion of nursery students. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences 2011; 14(4),69-75.

36.Begley C.M., Glacken M. Irish nursing students' changing levels of assertiveness during their pre-registration programme. Nurse Education Today 2004; 24(7), 501-510. doi.org/10.1016/j.nedt.2004.06.002

Received: 12.05.2019r.
Accepted: 09.06.2019r.

Opis przypadku/Case report

Aspekty pielęgniarskie pacjenta z zespołem kacheksja – anoreksja w opiece paliatywnej – studium przypadku w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®

Nursing aspects of care in patient with cachexia-anorexia in palliative care - case study based on ICNP®

NATALIA PAWLAK[1], JULIA ROMANOWICZ[1], LENA SERAFIN [1], BOŻENA CZARKOWSKA-PĄCZEK[2]

[1]Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauki o Zdrowi, Warszawski Uniwersytet Medyczny
[2]Zakład Pielęgniarstwa Kliniczego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2019.011
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Opieka paliatywna ma na celu poprawę jakości życia uwzględniając wszystkie jego aspekty: psychiczny, fizyczny i duchowy, w momencie, kiedy odstępuje się od leczenia przyczynowego, a stosuje leczenie objawowe.

Zespól kacheksja-anoreksja występuje u około 75% pacjentów z chorobą nowotworową w stopniu zaawansowanym i stanowi zespół objawów, które mają istotny wpływ zarówno na kondycję fizyczną pacjenta, jak i jego funkcjonowanie psychospołeczne.

Cel pracy. Celem pracy jest przedstawienie problemów pielęgnacyjnych występujących u pacjentki z zespołem kacheksja-anoreksja leczonej paliatywnie.

Prezentacja przypadku. Pacjentka hospitalizowana w oddziale opieki paliatywnej w celu objawowego leczenia zdiagnozowanego wieloogniskowego nisko zróżnicowanego gruczolakoraka jajnika w IV stopniu zaawansowania klinicznego oraz kacheksji. Wśród licznych problemów pielęgnacyjnych jako najważniejsze wskazano: ból, problemy w komunikowaniu się z otoczeniem, ryzyko wystąpienia infekcji z powodu obecności portu donaczyniowego oraz odleżyny. Ponadto pacjentka prezentuje deficyt w zakresie samoopieki oraz samopielęgnacji. Obawia się o dalsze losy w procesie terapeutycznym.

Dyskusja. Wdrożenie działań zapobiegających rozwojowi problemów pielęgnacyjnych zdiagnozowanych u pacjentki stanowi wyzwanie dla zespołu terapeutycznego oraz rodziny. Zaproponowany plan opieki pielęgniarskiej miał przede wszystkim, zgodnie w priorytetem realizowanej opieki, podnieść jakość życia chorej. Najbardziej uciążliwym objawem występującym u opisywanej chorej był ból. Dolegliwość ta jest jednym z najczęstszych objawów diagnozowanych u pacjentów w opiece paliatywnej. W praktyce pielęgniarskiej bardzo istotna jest wnikliwa obserwacja czynników determinujących ból oraz ocena jego charakteru i nasilenia.

Wnioski. Zastosowanie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® w planowaniu opieki pielęgniarskiej nad pacjentką z zespołem kacheksja – anoreksja umożliwiło monitorowanie oraz poprawę efektywności oraz jakości udzielanych świadczeń w procesie terapeutycznym.

Słowa kluczowe: opieka paliatywna, zespół kacheksja – anoreksja, proces pielęgnowania, ICNP®

Abstract:
Introduction. Palliative care seeks to improve the quality of life considering all its aspects: psychological, physical and spiritual, at the moment when causal treatment is being withdrawn in favour of symptomatic treatment. Cachexia-anorexia occurs in 75% of patients with advanced cancer and is characterized by symptoms which have a significant influence on physical fitness and mental strengths.
Aim of the study. The aim of the study is to present nursing problems in patient with cachexia-anorexia in palliative care.
Case study. Patient hospitalized in the terminal ward for symptomatic treatment of diagnosed multifocal low-differentiated ovarian adenocarcinoma in stage IV and cachexia. Among numerous nursing problems, as most important, they pointed: pain, problems in communicating with the environment, the risk of the appearance of infection because of the presence of the intravascular harbor and bedsores were identified as the main problems. Moreover, the patient has deficits in self-care. She also fears the therapeutic process.
Discussion. The implementation of the actions of preventing nursing problems is a challenge for the therapeutic team and families. The suggested plan of nuring care , in line with the care carried out, aimed to raise the patient's quality of life . One of the most troublesome symptoms identified was pain. Severe pain and suffering is one of the most frequent symptoms diagnosed in patients in palliative care. Thorough observation of determinants of pain is of significant importance in nursing care.
Conclusions. Applying The International Classification for Nursing Practice ICNP® in the planning of nursing care for a patient with cachexia – anorexia enabled monitoring and improvement of the efficiency and quality of services provided in the therapeutic process.

Keywords: palliative care, cachexia syndrome – anorexia, nursing process, ICNP®

Wstęp

Główne założenia opieki paliatywnej polegają na realizacji świadczeń, które mają na celu niesienie ulgi w cierpieniu, uśmierzanie bólu i innych objawów somatycznych, łagodzenie problemów psychosocjalnych, duchowych oraz wsparcie bliskich osoby chorej. Działania te stanowią interdyscyplinarne postępowanie mające na celu poprawę jakości życia chorych z postępującą, zagrażającą życiu chorobą. W Polsce opieką paliatywną obejmowani są głównie pacjenci z chorobami nowotworowymi, które coraz częściej, ze względu na swój charakter, określane są jako przewlekłe [1].

Zespół kacheksja-anoreksja charakteryzuje się brakiem apetytu oraz zmniejszeniem masy ciała kosztem masy mięśniowej oraz tkanki tłuszczowej. Występuje ono u 75% chorych w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej [2]. Kacheksja jest jednym z najczęstszych zespołów metabolicznych u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową i wiąże się zograniczeniem aktywności fizycznej, gorszymi wynikami leczenia, gorszą jakością życia oraz zwiększeniem ryzyka zgonu [3]. Zespół kacheksja-anoreksja jest złożonym zespołem, który często definiuje się zarówno w kontekście przyczyn pierwotnych, jak i wtórnych. Pierwotne przyczyny są związane ze zmianami metabolicznymi i neuroendokrynnymi bezpośrednio wynikającymi z choroby podstawowej oraz towarzyszącego stanu zapalnego. Wtórnymi przyczynami są natomiast inne czynniki występujące w przebiegu choroby podstawowej, takie jak ból, duszność, zmęczenie, infekcja itp., które również przyczyniają się do utraty masy ciała [4].

Leczenie zespołu kacheksja – anoreksja koncentruje się na poprawie stanu odżywienia chorego, a jego podstawą jest wprowadzenie zbilansowanej diety. Jeśli to konieczne, stosuje się doustne suplementy pokarmowe, leki pobudzające apetyt lub nawet leczenie żywieniowe (dojelitowe lub pozajelitowe) [5]. Kluczowym aspektem terapii jest wczesne rozpoznanie i interwencja. Skierowanie

pacjentów zagrożonych wyniszczeniem do interdyscyplinarnej opieki paliatywnej powinno być pierwszym działaniem mającym na celu łagodzenie objawów oraz poprawę jakości życia [3].

Zespół kacheksja-anoreksja stanowi zespół objawów, które mają istotny wpływ zarówno na kondycję fizyczną pacjenta, jak i jego funkcjonowanie psychospołeczne. Łagodzenie objawów kacheksji pozwala na poprawę jakości życia chorego i jego najbliższych [6]. Postępowanie terapeutyczne powinno angażować wszystkich członków zespołu interdyscyplinarnego, w tym również pielęgniarki. Rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych oraz podejmowanie interwencji adekwatnych do objawów i potrzeb chorego, pozwalają minimalizować negatywne skutki choroby.

Dlatego celem pracy jest identyfikacja i prezentacja problemów pielęgnacyjnych występujących u pacjentki, z rozpoznaniem zespołu kacheksja – anoreksja w przebiegu choroby nowotworowej, będącej w trakcie leczenia paliatywnego. W planowaniu opieki pielęgniarskiej odwołano się zarówno do tradycyjnego modelu procesu pielęgnowania, jak również opracowano diagnozy oraz interwencje w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®.

Prezentacja przypadku

Pacjentka, lat 66, hospitalizowana była w oddziale opiekipaliatywnej w celu objawowego leczenia zdiagnozowanego w lutym 2018 roku wieloogniskowego, niskozróżnicowanego gruczolakoraka jajnika w IV stopniu zaawansowania klinicznego oraz kacheksji. Z uwagi na stopień zaawansowania choroby odstapiono od leczenia przyczynowego. W badaniu podmiotowym stwierdzono, że pacjentka przebyła dwa zabiegi operacyjne: tyreoidektomię (2015r.) oraz wycięcie macicy z przydatkami (2017r.). Neguje wypadki i urazy w przeszłości.

W grudniu 2018 roku chora przebyła udar niedokrwienny mózgu (lewostronny), czego skutkamisąniedowład prawostronny, który w znacznym stopniu ograniczył zdolności motoryczne pacjentki oraz afazja.Ze względu na trudność w przyjmowaniu posiłków drogą doustną, chora jest żywiona pozajelitowo (port donaczyniowy). Sygnalizuje nasilające się od kilku dni nudności. Jest uzależniona od nikotyny.

Przy przyjęciu chorej do oddziału opieki paliatywnej przeprowadzono badanie przedmiotowe ogólne oraz zbadano pacjentkę pod kątem stanu psychicznego (orientacja autopsychiczna oraz orientacja allopsychiczna), przytomności (Skala Glasgow)oraz mowy.

Badanie fiykalne w dniu przyjecia wykazałodwie odleżyny III (wg skali Torrence'a) na pośladku prawym (2,5cmx3cm) oraz kości ogonowej (2,5cmx2cm).

Z wywiadu przeprowadzonego z rodziną chorej wiadomo, że pacjentka niechętnie zmienia pozycję ułożeniową. Zaobserwowano dysfunkcje budowy ciała oraz stanu odżywienia chorej. Wzrost (1,67m) oraz waga (52kg) pacjentki świadczą o znacznej niedowadze (BMI 16,1). Zdiagnozowano również wodobrzusze III stopnia.

Ponadto, stan chorej został oceniony wg następujących skal: Skala Douglas (10 pkt.),Skala Barthel (10 pkt), Skala VAS (7pkt.),Skala Glasgow (12 pkt.).

Pacjentka prezentuje deficyt w zakresie samoopieki i samopielęgnacji. Obawia się o dalsze losy w procesie terapeutycznym.

W tabeli 1. zaprezentowano szczegółowe informacje charakeryujące opisywaną pacjentkę oraz wynik badań: podmiotowego i przedmiotowego.

Tabela 1. Arkusz indywidualnego opisu przypadku opracowanie na podstawie Lesińska-Sawicka M (2009) [7].

DANE SOCJODEMOGRAFICZNE	
Rok urodzenia: 1953r.	Płeć: kobieta
Stan cywilny: mężatka	Wykonywany zawód: księgowa (na emeryturze)
STAN OGÓLNY (podczas zbierania wywiadu)	
Temperatura: 36,7°C	
Tętno: (liczba / napięcie / rytm) 95/min/dobrze napięte/dobrze wyczuwalne	
Oddechy: 15/min	
Ciśnienie tętnicze: 123/92 mmHg	
Masa ciała: 52kg	
Wzrost: 167 cm	
WYWIAD RODZINNY	
Członkowie rodziny: mąż (65 lat), córka (31 lat), syn (27 lat) Ważne wydarzenia w rodzinie – ostatnie lata: nie podaje Choroby występujące w rodzinie: rak jelita grubego, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa serca Hobby/ zainteresowania: gotowanie, florystyka Formy spędzania czasu wolnego: nie podaje Nałogi w rodzinie: nikotynizm Błędy żywieniowe (jakościowe i ilościowe): nie podaje	

Ograniczenia/przeciążenia psychiczne/fizyczne: niedowład Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego: nie podaje

Źródło: wynik badań własnych

Tabela 2. Badanie fizykalne - opracowanie na podstawie Lesińska-Sawicka M (2009) [7].

Stan biologiczny podopiecznego				
UKŁAD ODDECHOWY				
liczba oddechów	typ oddechu	kaszel	inne objawy	
15/min	prawidłowy	brak	brak	
UKŁAD KRĄŻENIA				
ciśnienie	tętno	sinica	obrzęki	duszność
123/92mmHg	95/min.	brak	wodobrzusze	brak
UKŁAD POKARMOWY				
uzębienie	łaknienie	stolec	dieta	inne
bez protezy zębowej	obniżone	zmieniony formą, rozwodniony	Dieta ze szczególnym uwzględnienie: białka, płynów.	karmienie pozajelitowe
UKŁAD MOCZOWY				
objętość moczu	jakość	inne objawy	wyroby medyczne	

1600 ml	klarowny, barwy słomkowej bez domieszek krwi	nie podaje	Cewnik Foleya
UKŁAD PŁCIOWY			
cykl płciowy		inne cechy*	
adekwatny do wieku		brak	
UKŁAD NERWOWY			
świadomość wg skali Glasgow	niedowłady/ drżenia	mowa	inne objawy
12 pkt chory przytomny	niedowład prawostronny	afazja	brak

Źródło: wynik badań własnych

Diagnoza i interwencja pielęgniarska

Po przeprowadzeniu badania podmiotowego oraz przedmiotowego zdiagnozowano u chorej następujące problemy pielęgnacyjne: ból w obrębie jamy brzusznej, trudności w komunikowaniu się, ryzyko wystąpienia infekcji z powodu założonego portu donaczyniowego, ryzyko pogłębienia i zwiększenia odleżyny, wodobrzusze,deficyt samoopieki i samopielęgnacji w związku z niedowładem prawostronnym, nudności, obniżony nastrój spowodowany potrzebą hospitalizacji, lęk.

Poniżej zaprezentowano plan opieki pielęgniarskiej w odniesieniu do wybranych problemów pacjentki przedstawionej w opisie przypadku z wykorzystaniem ICNP® (Tabela 3.). Opieka nad chorą była realizowana przez dwa tygodnie.

Opieka została zrealizowana w oparciu o modele:

1. Callisty Roy – mechanizm ten opiera się na adaptacji pacjentki oraz rodziny w dążeniu do pożądanego efektu radzenia sobie ze chorobą.
2. Dorothy Orem (całkowicie kompensacyjny oraz wspierająco uczący) – ze względu na stan pacjentki wynikający z jednostki chorobowej oraz chorób współistniejących wymaga stałej kontroli masy ciała oraz podstawowych parametrów życiowych.

Poniżej zaprezentowano najważniejsze problemy pielęgnacyjne opisywanej chorejw sposób tradycyjny oraz z wykorzystaniem ICNP®.

Tabela 3.Proces pielęgnowania pacjentki z zespołem kacheksja – anoreksja w opiece paliatywnej z wykorzystaniem ICNP®.

Problem pielęgnacyjny I	**Diagnoza negatywna (+kod ICNP)**
Ból w obrębie jamy brzusznej	Ból [10023130], Ból brzucha [10043953].
Cel planowanych działań pielęgniarskich:	Brak dolegliwości bólowych lub odczuwanie bólu o słabym natężeniu.
Planowane interwencje pielęgniarskie:	**Interwencje pielęgniarskie ICNP®:**
• ocena poziomu bólu przy użyciu skali VAS (7/10 PKT);ocena czynników wywołujących/nasilających ból;określenie czasu trwania bólu, charakteru, nasilenia dolegliwości;	• Ocenianie bólu [10026119], Monitorowanie bólu [10038929], Identyfikowanie postawy wobec bólu [10009654], Ocenianie wiedzy o bólu [10039104],

• zastosowanie działań podwyższających próg czucia bólu (w tym łagodzenie lęku, niepewności, poczucia osamotnienia); • wyjaśnienie pacjentce przyczyny bólu oraz jego wpływu na organizm;ułożenie pacjentki w dogodnej dla niej pozycji ułożeniowej (m.in. Fowlera lub semi – Fowlera); • udział w farmakologicznym leczeniu bólu (zastosowanie farmakoterapii zgodnie z IKZL); zastosowanie okładu chłodzącego lub zimnego okładu żelowego na okolicę jamy brzusznej; • monitorowanie pod względem reakcji na zastosowane leczenie.	• Leczeni bólu kontrolowane przez pielęgniarkę [10039798], Zarządzanie bólem [10011660], Administrowanie lekiem przeciwbólowym [10023084], • Nauczanie zarządzania bólem [10019489], • Inicjowanie leczenia bólu kontrolowanego przez pielęgniarkę [10039808], Konsultowanie zarządzania bólem [10024331], Monitorowanie ryzyka negatywnej odpowiedzi na leczenie bólu prowadzone przez pielęgniarkę [10039896], • Ewaluacja odpowiedzi na zarządzanie bólem [10034053],
Ocena realizowanych działań pielęgniarskich: Dolegliwości bólowe zmniejszyły się; kontrolna ocena poziomu bólu przy użyciu skali VAS(4/10 pkt).	**Diagniza pozytywna ICNP:**Zredukowany ból [10027917]
Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej: W celu efektywnej terapii przeciwbólowej należy regularnie dokonywać oceny	

dolegliwości z uwzględnieniem natężenia, lokalizacji, czasu trwania oraz charakteru bólu [1].	
Problem pielęgnacyjny II	**Diagnoza negatywna (+kod ICNP)**
Trudność w komunikowaniu się spowodowana afazją.	Bariera komunikowania [10022332] + afazja [100022438].
Cel planowanych działań pielęgniarskich:	Efektywna komunikacja
Planowane interwencje pielęgniarskie:	**Interwencje pielęgniarskie ICNP®:**
• nawiązanie kontaktu z pacjentką, w celu zachęcenia jej do mówienia; • uczenie chorej potakiwania lub zaprzeczania (np. głową, ręką), wymawiania słów tak lub nie oraz wymawiania prostych słów i zdań dotyczących potrzeb oraz najbliższego otoczenia; • zapewnienie odpowiednich warunków podczas komunikacji z chorą; mówienie do pacjentki cicho, powoli i wyraźnie oraz krótkimi zdaniami; • okazywanie chorej zrozumienia, życzliwości, cierpliwości oraz chęci pomocy;zwracanie uwagi z uznaniem na uzyskane do tej pory efekty terapeutyczne;	• nawiązywanie relacji [10016678], Ułatwianie komunikowania potrzeb [10038196], Ocenianie reakcji na nauczanie [10024279], • Nauczanie o ćwiczeniach [10040125] + efektywna zdolność komunikowania [10014790], Identyfikowanie przeszkody w komunikacji [10009683], • Wspieranie procesu radzenia sobie rodziny [10032859] + zaburzone funkcje poznawcze

• kształtowanie prawidłowej postawy rodziny w opiece nad pacjentką z afazją poprzez realizację działań edukacyjnych dotyczących przyczyny oraz istoty choroby, reedukacji mowy oraz nawiązywania kontaktu;	[10012610]. • Ocenianie przestrzegania reżimu terapeutycznego [10045889], Ocenianie zdolności komunikowania werbalnego [10030515],
Ocena realizowanych działań pielęgniarskich: Brak zmiany w zakresie komunikacji werbalnej; nieznaczna poprawa w zakresie wysyłania sygnałów przekazu niewerbalnego.	**Diagniza pozytywna ICNP:**Zaburzona komunikacja werbalna [10025104]
Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej: Komunikacja niewerbalna stanowi zdecydowaną część przekazu komunikatu i jest często, efektywnie wykorzystywana w praktyce pielęgniarek w opiece paliatywnej [8,9].	
Problem pielęgnacyjny III	**Diagnoza negatywna (+kod ICNP)**
Ryzyko wystąpienia infekcji z powodu założonego portu donaczyniowego	Ryzyko infekcji [10015133] + podskórny port żylny [10041436].
Cel planowanych działań pielęgniarskich:	Brak infekcji. Zmniejszone ryzyko infekcji.
Planowane interwencje pielęgniarskie:	**Interwencje pielęgniarskie ICNP®:**
• ocena ryzyka wystąpienia powikłań w związku ze stałym, długoterminowym dostępem	• Ocenianie ryzyka ekspozycji na zakażenie [10044013],

centralnym; ocena stanu odżywienia i metabolizmu organizmu; • bezwzględne przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki na każdym etapie obsługi portu dożylnego; wykorzystywanie do nakłuwania portu wyłącznie igieł Hubera; • dobieranie odpowiedniej grubości igieł (do żywienia pozajelitowego grubości 18G–19G);wymiana igły co 24h (ze względu na podawanie emulsji tłuszczowych); • płukanie portu bezpośrednio po zakończeniu każdej iniekcji/ infuzji (minimum 20 ml 0,9% NaCl);zakładanie oraz usuwanie igły zgodnie z procedurą; • prowadzenie codziennej obserwacji miejsca wkłucia i odnotowywanie tego faktu w obowiązującej dokumentacji medycznej;zabezpieczanie portu przezroczystym, okluzyjnym, jałowym opatrunkiem (umożliwiającym obserwację miejsca wkłucia igły do portu).	• Monitorowanie odżywienia [10036032] + reżim żywienia pozajelitowego [10032215], Zarządzanie karmieniem pozajelitowym [10031908], • Administrowanie lekiem dożylnym [10045836], Implementacja żywienia pozajelitowego [10046184], Nauczanie rodziny o chorobie [10021719] • Pielęgnacja miejsca wprowadzenia urządzeń inwazyjnych [10031592] + odpowiedź na żywienie pozajelitowe [10017058], • Ocenianie obrzęku [10045177], Ocenianie skóry [10041126] + podskórny port żylny [1002894] + opatrunek na ranę [10021227] + dokumentowanie [10006173]

Ocena realizowanych działań pielęgniarskich: Brak objawów infekcji; drożność cewnika jest zachowana.	**Diagniza pozytywna ICNP:**Bez infekcji [10028945] + podskórny port żylny [10041436].
Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej: Żywienie pozajelitowe jest potencjalnie ratującym życie środkiem wspomagającym żywienie u pacjentów, u których niemożliwa jest alternatywna dojelitowa. Żywienie pozajelitowe powinno być ostrożnie inicjowane oraz monitorowane przez multidyscyplinarny zespół żywieniowy, aby zminimalizować potencjalne zagrażające życiu powikłanie [10]. Minimalizowanie ryzyka powikłań związnych z portem donaczyniowym to przede wszystkim przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki na każdym etapie obsługi portu [11].	
Problem pielęgnacyjny IV	**Diagnoza negatywna (+kod ICNP)**
Ryzyko pogłębienia się odleżyny	Odleżyna [10025798] ; Ryzyko odleżyny [10027337] + Kość krzyżowa [10017402] + Pośladek [10003792].
Cel planowanych działań pielęgniarskich:	Wygojenie odleżyny
Planowane interwencje pielęgniarskie:	**Interwencje pielęgniarskie ICNP®:**
• ocena ryzyka odleżyny (wg skali Douglas 11pkt.); ocena stopnia odleżyn wg skali Torrence'a - III◦; • zastosowanie zmiennociśnieniowego materaca p/odleżynowego; • zmiana pozycji ułożeniowej (co	• Planowanie opieki [10035915], Ocenianie skóry [10041126], Ocenianie odleżyny [10040847], • Prewencja odleżyny [10040224] + materac przeciwodleżynowy

2h z zastosowaniem techniki przenoszenia oraz obracania z pomocą sprzętu pomocniczego m.in. wałki, kliny, poduszki, podpórki pod pięty);	[10041560], • Asystowanie w mobilności w łóżku [10045472], Zapewnienie urządzenia wspierającego [10037367],
• pielęgnacja skóry pacjentki poprzez codzienną ocenę powłok skórnych – w szczególności najbardziej narażonych miejsc na wystąpienie odleżyny,higienę skóry (mycie ciepłą wodą z dodatkiem środków czystości z neutralnym pH) oraz dokładne osuszanie skóry,natłuszczanie oraz nacieranie powłok skórnych;	• Pielęgnacja skóry [10032757], Pielęgnacja odleżyny [10032420], Mycie pacjenta [10044803] + mydło [10018358] + płyn do nacierania [10011365] +maść [10013670],
• stosowanie bielizny osobistej oraz pościelowej z materiałów naturalnych i wymiana w razie potrzeby;	• Zapewnienie ciągłości opieki [10006966] + pościel [10003175] + ubranie [10002589],
• wyrównanie niedoborów oraz zaburzeń metabolicznych; stosowanie indywidualnej dokumentacji profilaktyki p/odleżynowej uwzględniającej działania profilaktyczne oraz terapeutyczne; pielęgnacja ran zgodnie ze strategią TIME;	• Terapia elektrolitowa [10039324], Zarządzanie reżimem diety [10023861],
• przemywanie ran lewaseptykiem; zastosowanie	• Zmiana opatrunku na ranie [10045131], Ocenianie

opatrunków specjalistycznych (hydrokoloioowych na rany; zmiana co 5-7 dni lub w razie potrzeby).	przestrzegania reżimu terapeutycznego [10045889] + dokumentowanie [10006173].
Ocena realizowanych działań pielęgniarskich: Odleżyna na pośladku prawym nie uległa pogłębieniu (nie zwiększyła powierzchni); odleżyna na kości krzyżowej nico zmniejszyła swoją wielkość (obecnie 2,5cmx2cm) Ryzyko pogłębienia się odleżyny utrzymuje się.	**Diagniza netywna ICNP:** Opóźniona regeneracja fizyczna [10037749]
Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej: Zapobieganie odleżynom należy włączyć do opieki nad pacjentem od samego początku hospitalizacji. Oceny ryzyka na poziomie oddziału oraz pielęgnacja skóry powinna być odpowiednia do zapobiegania odleżynom oraz pogłębiania ich [12].	

Źródło: wynik badań własnych

Dyskusja

Rak jest drugą co do częstości przyczyną zgonów na świecie. Według raportu Global Burden of Disease Cancer Collaboration (Globalnej Współpracy w Zwalczaniu Choroby Nowotworowej), w roku 2015 zdiagnozowano 17,5 mln. przypadków raka, natomiast zgonów w wyniku tej choroby były 8,7 mln. [13,14]. W chorobie nowotworowej obok objawów spowodowanych rozrostem nowotorowym w określonym narządzie lub tkance, występują także liczne objawy ogólne, takie jak zmęczenie, ból oraz jadłowstręt [14]. Objawy te mogą wtórnie prowadzić do kacheksji, która jest jednym z najczęstszych zespołów metabolicznych u pacjentów

z zaawansowaną chorobą nowotworową [3]. Kacheksji towarzyszy zmniejszenie aktywności i wydolności fizycznej, co powoduje wzrost względnego odczucia ciężkości wysiłku fizycznego. Wpływa to na pogorszenie jakości życia, co jest zauważalne u opisywanej pacjentki. Obniżony nastrój wynikał nie tylko z lęku o przyszłość, ale także z braku samodzielności oraz ograniczenia w obszarze komunikowania się z innymi.

Jednym z najbardziej uciążliwych objawów u opisywanej chorej był ból. Dolegliwość ta jest jednym z najczęstszych objawów diagnozowanych u pacjentów w opiece paliatywnej. Z uwagi na jego charakter oraz wielowymiarowość, ból u chorych na nowotwór jest często bólem wszechogarniającym [1]. W praktyce pielęgniarskiej bardzo ważna jest wnikliwa obserwacja czynników wywołujących ból. Ponadto należy regularnie dokonywać oceny dolegliwości z uwzględnieniem natężenia, lokalizacji, czasu trwania oraz charakteru bólu [1]. Stałe monitorowanie bólu oraz wdrażanie leczenia przeciwbólowego zgodnie z zasadami trójstopniowej drabiny analgetycznej opracowanej przez WHO (World Health Organization – Światowa Organizacja Zdrowia) oraz podjęte działania niefarmakologiczne pozwoliły zmniejszyć natężenie odczuwanego bólu podczas realizacji zaplanowanej opieki pielęgniarskiej.

Opanowanie umiejętności komunikacji stanowi podstawę dobrej współpracy między zespołem interdyscyplinarnym, a pacjentem w stanie terminalnym i jego rodziną [15]. Szczególnie w sytuacji, kiedy chory ma zaburzone możliwości wyrażania swoich potrzeb, ważne jest profesjonalne, oparte na wiedzy i doświadczeniu oraz wspierające podejście do problemu. W opiece paliatywnej szczególnego znaczenia nabiera forma komunikacji niewrbalnej. Szacuje sie, że zdecydowana większość komunikatu jest przekazywana w takiej formie [8]. W badaniu Kozłowskiej i Doboszyńskiej wykazano, że 48% pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej często, celowo wykorzystuje niewerbalne środki przekazu w swojej codziennej praktyce zawodowej. Najczęściej stosowane są wówczas dotyk, wyraz

twarzy oraz kontakt wzrokowy [9]. Należy także pamietać, że zarówno komunikacja, jak i inne umiejętności interpersonalne mają istotny wpływ na jakość opieki pielęgniarskiej [11].
W realizacji opieki nad opisywaną chorą, dużo uwagi zostało zwrócone na naukę świadomego wykorzystywania niewerbalnych środków przekazu w codziennej komunikacji. Niestety okazało się, że dwutygodniowy okres realizacji opieki był niewystarczający, aby uzyskaćoczekiwane, pozytywne efekty podjętych działań oraz zwiększyć efektywność komunikacji między chorą, a zespołem interdyscyplinarnym oraz najbliższymi. Zauważono jedynie niewielką poprawę w tym obszarze.

Według Argiles i współ., główne zmiany metaboliczne związane z rozwojem zespołu kacheksja-anoreksja to nietolerancja glukozy, niedobór tłuszczy i hiperkatabolizm białek mięśniowych. Podejście wielopłaszczyznowe wydaje się niezbędne w terapiach, które powinny obejmować połączenie zarówno wsparcia żywieniowego, leków, jak i odpowiedniego programu ćwiczeń fizycznych, w celu złagodzenia zarówno anoreksji, jak i zmian metabolicznych związanych z kacheksją [16]. Żywienie pozajelitowe jest potencjalnie ratującym życie środkiem wspomagającym żywienie u pacjentów, u których niemożliwa jest droga dojelitowa [10]. W opisywanym przypadku stosowano żywienie pozajelitowe przy użyciu portu donaczyniowego, co pozwoliło na dostarczanie optymalnej ilości poszczególnych składników odżywczych. Niemniej w trakcie realizacji świadczeń pielęgnacyjnych, takich jak karmienie drogą pozajelitową, należy pamiętać o zasadach obowiązujących podczas obsługi portu donaczyniowego, których głównym celem jest uniknięcie infekcji oraz zapewnienie drożności cewnika. Chcąc zapewnić chorej bezpieczeństwo oraz najwyższą jakość realizowanych świadczeń, obsługa portu była realizowana zgodnie z Procedurą obsługi zaimplantowanego portu dożylnego rekomendowaną przez Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych [7].

Zmiany skórne występujące u pacjentów w opiece paliatywnej

znacznie utrudniają właściwą kontrolę pozostałych objawów, a przez to wpływają istotnie na pogorszenie jakości życia chorych [1]. Szacuje się, że odleżyny występują u co najmniej 1/3 chorych w opiece paliatywnej [17]. Zapobieganie odleżynom należy włączyć do opieki nad pacjentem od samego początku hospitalizacji [12]. Ważne w codziennej pielęgnacji są działania profilaktyczne oraz uważna obserwacja skóry chorego. Analizowany przypadek chorej, wymagał nie tylko podjęcia działań profilaktycznech, ale także zaopatrzenia oraz pielęgnacji istniejących już ran. Należy pamiętać, że jedną z najważniejszych zasad pielęgnacji odleżyn jest utrzymanie wilgotnego środowiska rany. Ułatwia to proces gojenia oraz zmniejsza dolegliwości bólowe, które często występują wśród chorych objętych opieką paliatywną [17]. Zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran, pielęgnacja ran była realizowana w oparciu o algorytm TIME [1]. Dodatkowo wdrożenie działań profilaktycznych oraz pielęgnacja ran przy użyciu lewaseptyku i opatrunku specjalistycznego (hydrokoloid) pozwoliły na zahamowanie rozwoju rany, a także niewielkie zmniejszenie zmienionego obszaru w okolicy kości krzyżowej.

Wdrożenie działań zapobiegających rowojowi problemów pielęgnacyjnych pacjentki stanowi wyzwanie dla zespołu terapeutycznego oraz rodziny. Zaproponowany plan opieki pielęgniarskiej miał przede wszystkim, zgodnie w priorytetem realizowanej opieki, podnieść jakość życia chorej. Dokonanie mapowania interwencji z wersji tradycyjnego planu opieki pielęgniarskiej zgodnie ze standardami Międzynarodowej Rady Pielęgniarek na wersje ICNP® prowadziło do poprawy jakości wykonywanych świadczeń w zakresie pielęgnacji pacjentki w opiece paliatywnej.

Wnioski

Zaburzenia metaboliczne, dolegliwości bólowe, trudności w komunikowaniu się oraz liczne inne problemy zdiagnozowane u pacjentki stanowiły wyzwanie dla pielęgniarki w zakresie ich oceny oraz ustalaniu hierarchii podczas formułowania planu opieki. Odpowiednio szybkie diagnozowanie problemów oraz podejmowanie efektywnych interwencji przełożyło się jednak na poprawę funkcjonowania chorej. Ważnym aspektem prowadzonej terapii było także skuteczne wsparcie żywieniowe.

Holistyczny model opieki polega na systematycznej ocenie ogólnego stanu zdrowia oraz monitorowaniu efektywności pojmowanych działań, a nieodłącznym jego elementem jest również ocena jakości życia. Wśród zadań realizowanych przez pielęgniarkę należy uwzględniać również edukowanie najbliższych chorej, co zwiększa ich świadomość czynnego udziału w procesie terapeutycznym.

Zastosowanie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® w planowaniu opieki pielęgniarskiej nad pacjentką z zespołem kacheksja – anoreksja umożliwiło monitorowanie oraz poprawę efektywności oraz jakości udzielanych świadczeń w procesie terapeutycznym.

Bibliografia/Biblography:

1.Kaptacz A., Walden- Gałuszko K. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2016.

2.Bączyk M., Gorzelińska L., Łuczak J., Sowiński J,: Zespół wyniszczenia nowotworowego. Wpływ leczenia na wybrane parametry kliniczne i biochemiczne. Doniesienie wstępne. Polska Medycyna Paliatywna 2005, 4, 1, 11–16.

3.Hui D. Cancer Cachexia. It Takes a Team to Fix the Complex Machinery. Clinical Review 2016; 12 (11): 1172-1174.

4.Buduhan V., Cashman R., Cooper E. Symptom Management Guidelines: ANOREXIA and CACHEXIA. BC Cancer Agency 2014.

5.Grabiec, K., Burchert, M., Milewska i wsp. Ogólnoustrojowe i miejscowe mechanizmy prowadzące do kacheksji w chorobach nowotworowych. Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej 2013, 67: 1397-1409.

6.Modlińska A., Wyszadko A. Zespół wyniszczenia w przebiegu choroby nowotworowej z uwzględnieniem leczenia octanem megestrolu. Medycyna Paliatywna. 2012; 2: 67–74.

7.Jobda B., Pasek M (red.). Procedura obsługi zaimplementowanego portu dożylnego. Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych. Warszawa 2015.

8.Pease A. Mowa ciała. Jak odczytać myśli innych ludzi z ich gestów. Jedność, Kielce 2001:10.

9.Kozłowska L., Doboszyńska A. Nurses' nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase. International Journal of palliativeNursing. 2012; Vol 18, No1: 40-46.

10.Ghosh D., Neild P.,: Parenteral nutrition. ClinMed (Lond). 2010 Dec; 10(6): 620–623.

11.Lesińska-Sawicka M (red.). Metoda Case Study w pielęgniarstwie. Borgis Wydawnictwo Medyczne 2009.

12.MuntlinAthlin Å.,EngströmM.,Gunningberg L.,Bååth C., Heel pressure ulcer, prevention and predictors during the care delivery chain – when and where to take action? A descriptive and explorative study. Scand J Trauma ResuscEmergMed 2016; 24: 134.

13.Fitzmaurice C., Allen C., Barber RM., et al. Global, regional, and National Cancer Incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and

disability-adjusted life-years for 32 Cancer groups, 1990 to 2015. JAMA Oncol. 2017;3(4):524–548.

14.Zhang F., Shen A.,Jin Y.,Qiang W.The management strategies of cancer-associated anorexia: a critical appraisal of systematic reviews. BMC Complement Altern Med. 2018; 18: 236.

15.Kleja J., Filipczak-Bryniarska I., Wordliczek J. Komunikacja w opiece paliatywnej. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2010; 4, 2, 81–85.

16.Argilés JM., Busquets S., López-Soriano FJ. Cancer cachexia, a clinical challenge. Curr Opin Oncol 2019 Mar 18.

17.Kepma S., Klich D., Zaporowska-Stachowiak I., Soptara M. Odleżyny u pacjentów w terminalnej fazie choroby. Leczenie Ran. 2016;13(4):147–155.

Otrzymano: 13.03.2019r.
Zaakceptowano: 21.04.2019r.

Artykuły poglądowe/Review

Aspekty promocji zdrowia i badań profilaktycznych w kontekście zachorowań i zgonów z powodu nowotworów w Polsce

Aspects of health promotion and preventive examinations in the context of diseases and deaths due to cancer in Poland

BEATA PRZYSTAŚ[1], MONIKA SANDER-GRABOWSKA[1], MARZENA CHWIAŁKOWSKA[2]

[1]Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku, opiekun Koła: dr Beata Haor
[2] Instytut Nauk o Zdrowiu Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej we Włocławku
[3]Oddział Pulmonologii, Diagnostyki i Leczenia Raka Płuca, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Bł. ks. J. Popiełuszki we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2019.012
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Późna diagnostyka i antyzdrowotny styl życia mają wpływ na wzrost zachorowań na choroby nowotworowe.
Cel. Celem artykułu jest zwrócenie uwagi na rolę promocji zdrowia, badań profilaktycznych i innych działań prewencyjnych w zmniejszeniu zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych.
Materiał i metody. W pracy wykorzystano metodę analizy piśmiennictwa, w tym dane statystyczne z Krajowego Rejestru Nowotworów.
Wyniki. W Polsce wśród kobiet dominuje zachorowalność na nowotwory piersi i płuca, a wśród mężczyzn nowotwory płuca i prostaty.

Wnioski. 1. Zachorowalność na nowotwory w polskiej populacji wykazuje nadal tendencję wzrostową. 2. Niezbędne są rozwiązania systemowe, które przyczynią się do lepszej skuteczności aktualnie realizowanych programów i badań profilaktycznych oraz działań z zakresu promocji zdrowia.

Słowa kluczowe: promocja zdrowia, nowotwory, badania profilaktyczne

Abstract:
Introduction. Late diagnosis and anti-health lifestyle have an impact on the increase in the number of cases of cancer.
Aim. The aim of this article is to draw the attention to the role of health promotion, preventive care and other preventive actions in the reduction of morbidity and mortality due to cancerous diseases.
Materials and methods. The work uses a method of literature analysis, including statistical data from the National Cancer Register.
Results. In Poland, the incidence of breast and lung cancer in women is higher whereas in men lung and prostate cancer.
Conclusions. 1. The incidence of cancer in the Polish population is on the increase . 2. It is necessary to provide systemic solutions that improve the effectiveness of current preventive programmes, preventive care and health promotion measures.

Keywords: health promotion, cancer, preventive care

Wstęp

Choroby nowotworowe to jedna z głównych przyczyn zgonów Polaków. Nowotwór to niekontrolowany rozrost komórek własnych organizmu, które podlegają zmianom zarówno morfologicznym jak i czynnościowym w związku z modyfikacjami w zakresie kodu genetycznego. Nowotwory dzielimy na łagodne i złośliwe [1].

Zachorowalność na nowotwory wzrasta wraz z wiekiem. Mają na to wpływ czynniki:

a) zewnętrzne (egzogenne), wśród których wymienić należy: promieniowanie nadfioletowe, przemysł (zanieczyszczenie

środowiska, chemia), pożywienie (niewłaściwa dieta, używki), wirusy, bakterie;

b) wewnętrzne (endogenne), do których należą: wiek, dziedziczność (onkogeny), hormony (estrogeny i hormony syntetyczne), układ immunologiczny (niska odporność), psychika (stres) [2].

Kancerogeny dzieli się na trzy typy:

a) fizyczne:
   - promieniowanie UV, ekspozycja na słońce (czerniak),
   - promieniowanie fotonowe X (raki i mięsaki o różnym umiejscowieniu),
   - azbest (międzybłoniak, rak płuca),
   - długotrwałe drażnienie (rak wargi u palaczy fajki),

b) chemiczne:
   - produkty smoły tytoniowej (płuca, rak skóry, nowotwory głowy i szyi, rak piersi),
   - hormony i czynniki wzrostu (rak pochwy, rak trzonu macicy, rak piersi),
   - leki – cyklofosfamid (rak pęcherza i białaczki), azatiopryna (rak skóry), fenacetyna (rak pęcherza moczowego), torofrast (rak wątroby),

c) biologiczne:
   - Papilloma virus (rak szyjki macicy),
   - wirus Epsteina-Barr (chłoniak Burkitta, ziarnica złośliwa),
   - wirus WZW typu B i typu C (rak wątroby),
   - Helicobacter Pylori (rak żołądka),
   - Schistosoma haematobium (rak pęcherza moczowego),
   - Opistorchis, Clonorchis (rak dróg żółciowych) [3].

W Polsce od wielu lat zauważalna jest tendencja wzrostowa w zakresie zachorowalności na nowotwory. Sytuacja ta nie poprawia się pomimo podejmowanych działań mających na celu polepszenie stanu zdrowia społeczeństwa. Wśród nich wymienić należy Narodowy

Program Zdrowia (NPZ) na lata 2016-2020 i Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024 [4].

Celem strategicznym NPZ na lata 2016-2020 jest wydłużenie życia Polaków, poprawa jakości ich życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu. Cele operacyjne programu obejmują między innymi:

- zwiększenie aktywności fizycznej i poprawę sposobu żywienia ludności;
- zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu, spożycia alkoholu oraz ograniczenie używania substancji psychoaktywnych;
- zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia;
- usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów złośliwych szyjki macicy i sutka;
- zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy;
- zwiększenie dostępności i usprawnienie podstawowej opieki zdrowotnej [5].

Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024 ma na celu promowanie zdrowego stylu życia, prowadzanie regularnych badań u obywateli oraz zakup wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego służącego leczeniu chorób nowotworowych. Działania te mają przybliżyć Polskę do wskaźników europejskich w zakresie 5-letnich przeżyć chorych na nowotwory z największym udziałem w strukturze zgonów w Polsce. Celami szczegółowym Programu są:

- poprawa stanu wiedzy społeczeństwa na temat postaw prozdrowotnych przeciwdziałających i zapobiegających zachorowaniom na nowotwory, w szczególności stanu wiedzy dzieci i młodzieży do lat 25.

- zwiększenie zgłaszalności na badania profilaktyczne, ze szczególnym uwzględnieniem badań w kierunku: raka szyjki macicy kobiet w wieku 25–59, raka piersi kobiet w wieku 50–69, raka jelita grubego w zależności od stosowanego systemu przeprowadzania badań [4].

Prowadzone są również kampanie społeczne, które mają na celu edukację oraz wsparcie chorych i ich rodzin. Przykładem takiej kampanii jest „Servier- wyłącz raka". Jest to kampania ogólnopolska profilaktyczno-edukacyjna poświęcona rakowi jelita grubego. Jej celem jest promocja profilaktyki przeciwnowotworowej oraz podnoszenie świadomości społecznej Polaków w zakresie czynników ryzyka i zagrożeń wynikających z chorób nowotworowych. Uczestnikom tej mobilnej kampanii oferowane są bezpłatne konsultacje i badania [6].

Pomocą chorym i ich rodzinom służy także utworzona przez Magdalenę Prokopowicz Fundacja Rak'N'Roll, która dąży do zmiany schematów myślenia o chorobie nowotworowej oraz działa na rzecz poprawy jakości życia chorych na raka [7]. Projekty Fundacji obejmują:

- pomoc kobietom w ciąży dotkniętych chorobą nowotworową (opieka medyczna, psychologiczna, rehabilitacyjna);
- promowanie oddawania włosów na peruki dla kobiet w trakcie chemioterapii;
- warsztaty makijażu i rękodzieła;
- propagowanie aktywności fizycznej, podróżowania i pokonywania własnych ograniczeń, jako motywacji do walki z rakiem;
- zmiana wizerunku poczekalni w przychodniach onkologicznych;
- wyposażenie oddziałów onkologicznych w książki;
- sprzedaż zdjęć z przeznaczeniem dochodu na wsparcie terapii pacjentów z nowotworem;
- prowadzenie charytatywnej wytwórni muzycznej;

- oswajanie z doświadczaniem terminalnego etapu choroby nowotworowej;
- wsparcie dla osób po przebytej chorobie nowotworowej [7].

Według WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) najważniejsze czynniki mające wpływ na zdrowie to: styl życia – 50%, środowisko – 20%, czynniki genetyczne – 20%, opieka zdrowotna – 10% [8]. W dążeniu do zmniejszenia liczby zachorowań i zgonów z powodu chorób nowotworowych szczególne znaczenie będzie odgrywało promowanie zachowań prozdrowotnych. Wśród nich wymienić należy aktywność fizyczną oraz zmianę diety na bardziej urozmaiconą, wykluczając żywność modyfikowaną genetycznie, ograniczając spożycie soli i tłuszczów zwierzęcych. Istotne jest także przyjmowanie witamin A, C, E. Zmniejszenie ekspozycji na kancerogeny może wydłużyć życie człowieka o 10-20 lat [9].

Wczesne wykrycie choroby nowotworowej daje szansę na jej całkowite wyleczenie. Jest to możliwe dzięki regularnym badaniom profilaktycznym, takim jak: samobadanie piersi, USG piersi, mammografia, cytologia, badanie per rectum, kolonoskopia oraz specjalistycznym badaniom zalecanym przy podejrzeniu zmiany nowotworowej np. gastroskopia, histeroskopia, tracheobronchoskopia, biopsja, RTG klatki piersiowej, TK, PET-CT, badanie markerów nowotworowych oraz DNA [3].

Materiał i metody

W artykule zastosowano metodę analizy piśmiennictwa. Analizowane dane pochodzą z Krajowego Rejestru Nowotworów 2015 oraz International Agency for Research on Cancer (Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem).

Wyniki

Tabela 1 przedstawia szacunkowe wskaźniki zgonów na choroby nowotworowe na świecie w 2012.

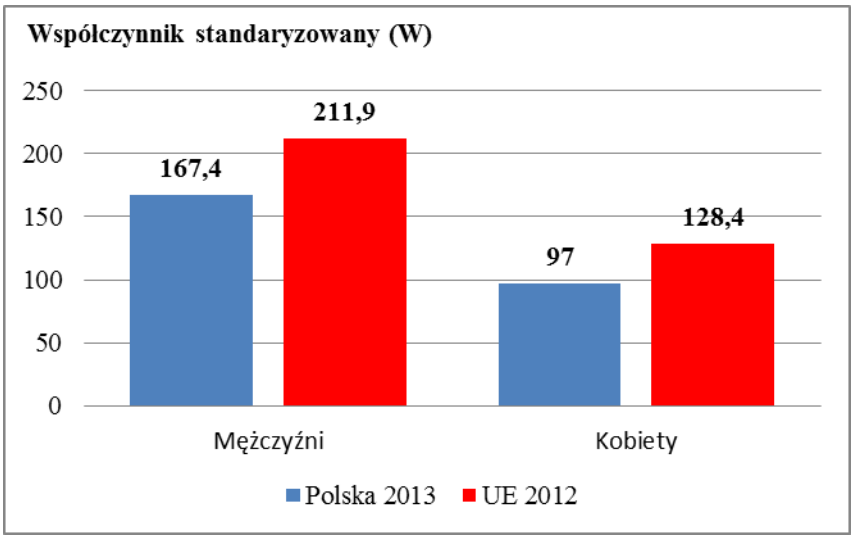
Tabela 1. Szacunkowe wskaźniki zgonów z powodu nowotworów na świecie i w Europie w 2012r.

Świat i Europa:	Zobrazowanie procentowe zachorowalności:
Chiny	26.9%
Europa	21.4%
Wschodnia i Centralna Azja	17.3%
Ameryka Północna	8.4%
Indie	8.3%
Ameryka Łacińska i Karaiby	7.4%
Afryka Subsaharyjska	5.5%
Afryka Wschodnia i Północna	4.1%
Oceania	0.7%

Źródło: IARC Biennial Report 2012-2013, International Agency of Research on Cancer, France, 2013:8.

Zgodnie z danymi z Międzynarodowego Rejestru Nowotworów w 2012 r. najwyższy wskaźnik zarejestrowanych zgonów z powodu nowotworów odnotowano w Chinach (26,9%). W Europie wskaźnik ten wynosił 21,4%. Najniższą umieralność odnotowano w Oceanii (0,7%) [10].

Polska znajduje się poniżej średniej Unii Europejskiej dotyczącej umieralności z powodu nowotworów, co ilustruje rycina 1 [11].

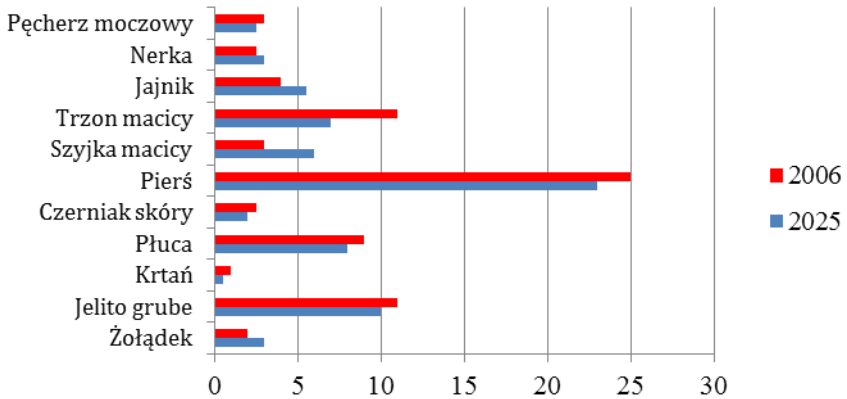


Rycina 1. Porównanie umieralności z powodu nowotworów złośliwych ogółem w Polsce i w krajach Unii Europejskiej.
Źródło: http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-ogolem-2/

Współczynnik standaryzowany umieralności na nowotwory złośliwe dla Polski wynosi 167,4 dla mężczyzn i 97 dla kobiet. W krajach Unii Europejskiej wynosi on odpowiednio dla mężczyzn 211,9, a dla kobiet 128,4. Znacznie wyższa umieralność na raka występuje wśród płci męskiej zarówno w Polsce, jak i w krajach Unii Europejskiej. Ogółem na nowotwory w Polsce w 2016 r. zmarło 99 965 osób (kobiet 44 712, mężczyzn 55 253) [12].

W 2016 r. w Polsce odnotowano 164 140 przypadków zachorowań na nowotwory złośliwe [15]. Według prognoz do roku 2025 liczba nowych zachorowań zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet będzie rosła [13].

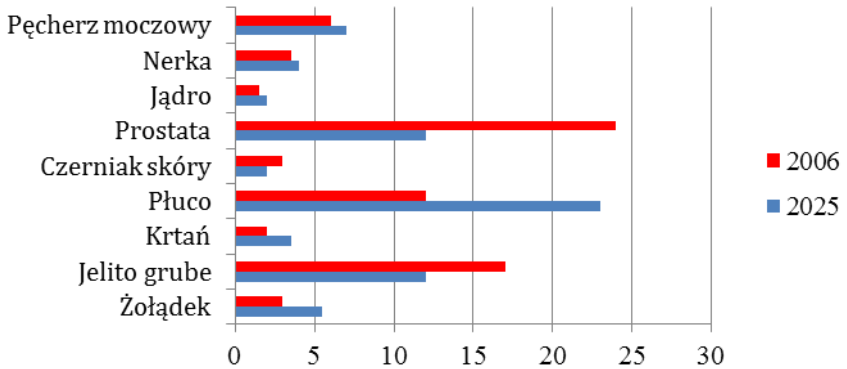
Rycina 2 prezentuje strukturę zachorowań na nowotwory w Polsce wśród kobiet na przestrzeni lat 2006-2025.



Ryc. 2. Struktura zachorowań kobiet na nowotwory w Polsce w latach 2006 i 2025r.
Źródło: Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. Prognozy zachorowań i zgonów na wybrane nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 r. Krajowy Rejestr Nowotworów. Warszawa 2009.

Jak wynika z ryciny 2 najczęściej występującym nowotworem wśród kobiet w 2006 r. był rak piersi. Prognozy wskazują, ze w 2025 r. tendencja ta będzie także się utrzymywać, wykazując niewielki spadek. Wzrostowa tendencja zachorowań będzie z kolei dotyczyć nowotworów: szyjki macicy, jajnika, żołądka i nerki. Prognozowany spadek zachorowań można zauważyć w odniesieniu do raka trzonu macicy [13].

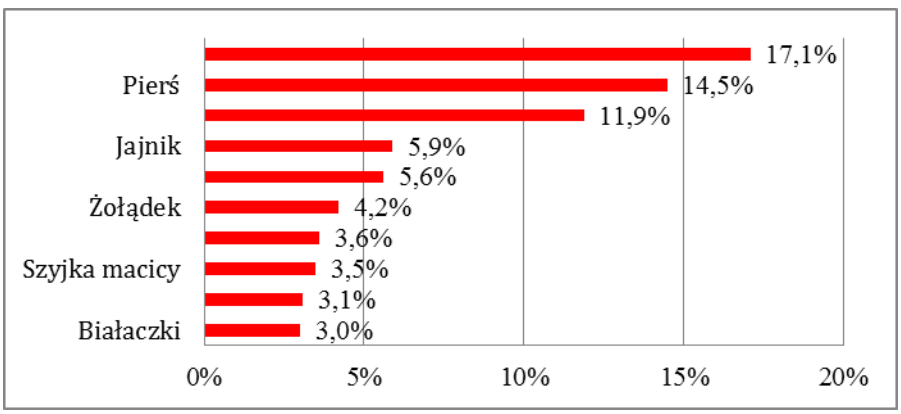
Na rycinie 3 przedstawiono strukturę zachorowań mężczyzn w 2006 roku oraz prognozy na 2025 rok. Wśród mężczyzn zachorowalność na raka płuc będzie miała wyraźnie wzrostową tendencję. Wzrost zachorowań będzie dotyczył nowotworu: żołądka, krtani, pęcherza moczowego, nerki i jądra. Prognozowany jest z kolei spadek zachorowań na raka prostaty, raka jelita grubego oraz na czerniaka skóry [13].



Ryc. 3. Struktura zachorowań mężczyzn na nowotwory w Polsce w latach 2006 i 2025r.

Źródło: Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. Prognozy zachorowań i zgonów na wybrane nowotwory złośliwe w Polsce do 2025r. Krajowy Rejestr Nowotworów. Warszawa 2009

Rycina 4 przedstawia strukturę zgonów na nowotwory złośliwe wśród kobiet w Polsce w 2016 roku.

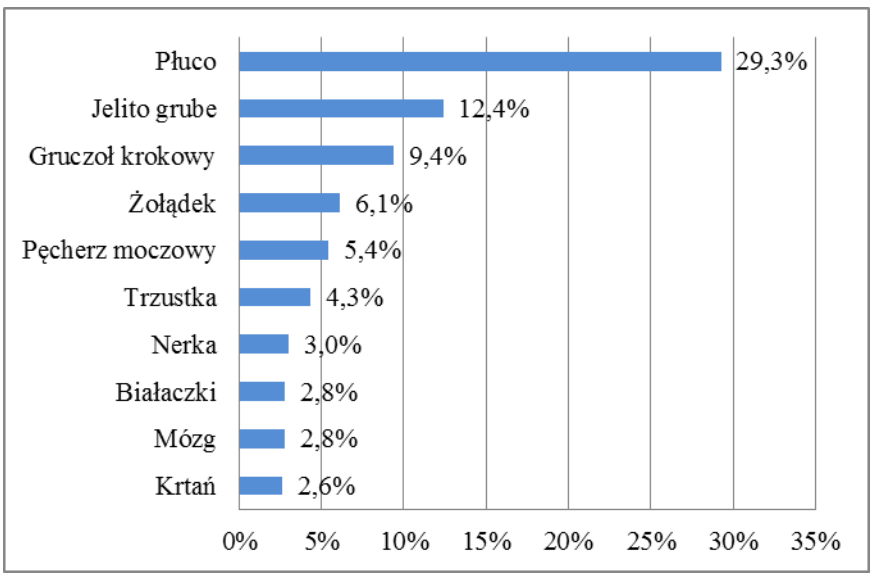


Ryc. 4. Struktura zgonów na nowotwory złośliwe kobiet w Polsce w 2016 r.

Źródło: Wojciechowska U., Czaderny K., Ciuba A., Olasek P., Didkowska J. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2016 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów. Warszawa 2018

Wśród kobiet najwięcej zgonów w 2016r. odnotowano z powodu raka płuca (17,1%), piersi (14,5%) i jelita grubego (11,9%). Natomiast najmniejszy odsetek stanowiły zgony z powodu białaczek (3,0%) [12].

Na rycinie 5 przedstawiono strukturę zgonów na nowotwory złośliwe wśród mężczyzn w Polsce w 2016 roku.



Ryc. 5. Struktura zgonów na nowotwory złośliwe mężczyzn w Polsce w 2016 r.

Źródło: Wojciechowska U., Czaderny K., Ciuba A., Olasek P., Didkowska J. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2016 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów. Warszawa 2018

W grupie mężczyzn w Polsce w 2016r. na pierwszym miejscu przyczyn zgonów z powodu nowotworów (podobnie jak i u kobiet), znajdowały się zgony z powodu raka płuc (29,3%), dalej raka jelita grubego (12,4%) oraz gruczołu krokowego (9,4%). Najmniej zgonów odnotowano z powodu raka krtani (2,6%) [12].

Dyskusja

Z przeprowadzonej analizy danych, w oparciu o Krajowy Rejestr Nowotworów wynika, że wskaźniki zachorowalności i umieralności na nowotwory w Polsce są niższe niż w krajach Unii Europejskiej, ale wciąż jednak za wysokie [14].

Na wzrost liczby zachorowań na choroby nowotworowe wpływa wzrastająca długość życia i przyrost liczby ludności powyżej 65 r. życia. To efekt rozwoju cywilizacji i zmian w stylu życia. Wpływ na przyczynę takiego stanu rzeczy mają: stres, siedzący tryb życia, zanieczyszczone środowisko, niewłaściwe odżywianie, szkodliwe warunki pracy. Zasadniczą rolę w profilaktyce odgrywa środowisko, w związku z czym działania promujące zdrowie muszą być podejmowane na różnych obszarach takich, jak: rodzina, szkoła, grupa rówieśnicza, miejsce zamieszkania [2].

Aby zmniejszyć liczbę zachorowań na nowotwory należy podejmować działania profilaktyczne. Należą do nich badania skrinningowe, które mają na celu zmniejszenie umieralności i zachorowalności na nowotwory złośliwe, poprzez ich wczesne wykrycie i wdrożenie leczenia przeciwnowotworowego. Stosuje się je w przypadku tych nowotworów, które mają długą fazę bezobjawową, dające odległe przerzuty po stosunkowo długim czasie (przykładem może być rak piersi) lub w przypadku tych nowotworów, które poprzedzane są długim stanem przedrakowym (rak jelita grubego, szyjki macicy). Mają one sens w przypadku nowotworów, które można leczyć i występują często w danej populacji. Najczęściej przeprowadzane testy przesiewowe to skrinning raka piersi, szyjki macicy, jelita grubego i gruczołu krokowego [2].

Narodowy Fundusz Zdrowia opracował „Program profilaktyki raka piersi (mammografia)" adresowany do kobiet w wieku 50-69 lat, które spełniają choć jedno z poniższych kryteriów:

- nie miały wykonywanej mammografii w ciągu ostatnich dwóch lat;
- otrzymały w ramach programu profilaktyki raka piersi pisemne wskazanie do wykonania ponownej mammografii po 12 miesiącach z powodu obciążenia następującymi czynnikami ryzyka: rak piersi wśród członków rodziny (matka, siostra, córka), mutacja w obrębie genów BRCA1 lub BRCA2; nie miały wcześniej stwierdzonej zmiany nowotworowej piersi o charakterze złośliwym [15].

Drugim z programów jest „Program profilaktyki raka szyjki macicy (cytologia)" adresowany do kobiet 25-59 lat, które nie miały wykonanej cytologii w ciągu ostatnich trzech lat, lub obciążonymi czynnikami ryzyka (HIV, HPV, przyjmujące leki immunosupresyjne) i nie miały wykonanej cytologii w ciągu ostatniego roku [15]. Szczepienia przeciw HPV zapobiegają zakażeniom ludzkiego wirusa brodawczaka. Obok regularnych badań cytologicznych stanowią element profilaktyki przeciwnowotworowej.

Ministerstwo Zdrowia opracowało także „Program profilaktyki raka jelita grubego". Na kolonoskopię mogą zgłosić się osoby w wieku 50-65 lat, które nie miały wykonywanego tego badania w ciągu ostatnich 10 lat. Osoby w przedziale 25-49 lat, u których w pierwszej linii pokrewieństwa wykryto raka jelita grubego również mogą zgłosić się do powyższego programu [16].

W 2015 roku Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził tak zwaną „zieloną kartę DiLO", mającą na celu usprawnienie leczenia raka w Polsce. Program szybkiej terapii onkologicznej przeznaczony jest dla pacjentów, u których podejrzewa się lub u których wykryto nowotwór, bądź też są w trakcie leczenia. Zielona karta diagnostyki i leczenia onkologicznego obejmuje:

- skrócenie kolejek do specjalisty (do 7 tygodni),
- zniesienie limitów na badania diagnostyczne i leczenie nowotworów,
- wprowadzenie funkcji asystenta pacjenta,

- możliwość zakwaterowania w hostelach na czas chemioterapii, czy radioterapii [17].

Wnioski

1. Zachorowalność na nowotwory w polskiej populacji wykazuje nadal tendencję wzrostową.

2. Niezbędne są rozwiązania systemowe, które przyczynią się do lepszej skuteczności aktualnie realizowanych programów i badań profilaktycznych oraz działań z zakresu promocji zdrowia

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Pielęgniarka zgodnie ze swoimi kompetencjami zawodowymi powinna prowadzić wśród odbiorców świadczeń działania z zakresu promocji zachowań prozdrowotnych, w tym korzystania z możliwości udziału w badaniach profilaktycznych.

Bibliografia/Bibliography:

1.Jeziorski A., Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek. Warszawa 2015: 11.

2.Kulik T., Latarski M. Zdrowie publiczne. Lublin 2009: 16, 28, 105.

3.Kułakowski A., Skowrońska- Gardas A. Onkologia. PZWL, Warszawa 2014: 30,40-48.

4.Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024 https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-zwalczania-chorob-nowotworowych-na-lata-2016-2024 (dostęp z dnia 31.03.2019)

5.Program Zdrowia na lata 2016-2020 https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-zdrowia1 (dostęp z dnia 30.03.2019).

6.https://www.wylaczraka.pl/o-kampanii/ii-edycja-2018 (dostęp z dnia 02.03.2019).

7.https://www.raknroll.pl/ (dostęp z dnia 02.03.2019).

8.Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf (dostęp z dnia 30.03.2019).

9.Holford P. Rakowi powiedz nie. Filar, Warszawa 2011: 24.

10. IARC Biennial Report 2012-2013, International Agency of Research on Cancer, France, 2013: 8.

11.http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-ogolem-2/ (dostęp z dnia 30.03.2019).

12.Wojciechowska U., Czaderny K., Ciuba A., Olasek P., Didkowska J. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2016 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów. Warszawa 2018: 10,68.

13.Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. Prognozy zachorowań i zgonów na wybrane nowotwory złośliwe w Polsce do 2025r. Krajowy Rejestr Nowotworów. Warszawa 2009: 11,96.

14.Krajowy Rejestr Nowotworów http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-ogolem-2/ (dostęp 30.03.2019).

15.http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/(dostęp 30.03.2019).

16.https://www.gov.pl/web/zdrowie/profilaktyka-raka-jelita-grubego1(dostęp 31.03.2019).

17.http://www.nfz.gov.pl/dla-swiadczeniodawcy/pakiet-onkologiczny/(dostęp 31.03.2019).

Otrzymano: 12.02.2019r.
Zaakceptowano: 27.04.2019r.