

Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Sączu

**Jakość życia pacjentów
wyznacznikiem opieki pielęgniarstwa**

pod redakcją
Bogumiły Lubińskiej-Żądło

Nowy Sącz 2024

Redaktor Naukowy

dr n. med. Bogumiła Lubińska-Żądło

Recenzja

dr n. med. i n. o zdr. Renata Mroczkowska

Redaktor Techniczny

dr Tamara Bolanowska-Bobrek

© Copyright by Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Sączu
Nowy Sącz 2024

ISBN 978-83-67661-43-0

Wydawca

Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Sączu
ul. Staszica 1, 33-300 Nowy Sącz
tel.: +48 18 443 45 45, e-mail: sog@ans-ns.edu.pl
www.ans-ns.edu.pl

Adres redakcji

Wydawnictwo Naukowe Akademii Nauk Stosowanych w Nowym Sączu
ul. Staszica 1, 33-300 Nowy Sącz
tel.: +48 18 443 45 45, e-mail: wn@ans-ns.edu.pl, tbolanowska@ans-ns.edu.pl
wydawnictwo.ans-ns.edu.pl

Druk

Wydawnictwo i drukarnia NOVA SANDEC s.c.
Mariusz Kałyniuk, Roman Kałyniuk
ul. Lwowska 14, 33-300 Nowy Sącz
tel.: +48 18 441 02 88, e-mail: biuro@novasandec.pl

Spis treści

Wstęp	5
Ocena jakości życia i analiza uwarunkowań dolegliwości bólowych u chorych w okresie pooperacyjnym cholecystektomii laparoskopowej (Dorota Poręba, Jan Maślanka, Stanisława Talaga, Dominika Kamińska)	7
Ocena jakości życia pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa obrazowanych metodą rezonansu magnetycznego (Dominika Kamińska, Ewelina Aleksander, Dorota Poręba, Stanisława Talaga).....	30
Jakości życia a występowanie depresji podczas hospitalizacji pacjentów oddziału kardiologicznego (Alicja Niepsuj, Bogumiła Lubińska-Żądło, Dorota Poręba, Anna Fornal)	50
Jakość życia pacjentów po endoprotezoplastyce stawu biodrowego (Bożena Załubska, Dominika Kogut, Anna Fornal, Stanisława Talaga)	67
Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem geriatrycznym z wielochorobowością – studium przypadku (Anna Fornal, Iwona Mika, Bożena Załubska)	75
Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem po amputacji kończyny dolnej w przebiegu powikłanego zespołu stopy cukrzycowej – studium przypadku (Magdalena Sokańska, Anna Fornal, Dorota Poręba, Stanisława Talaga).....	88

Wstęp

Pielęgniarki/pielęgniarze w praktyce zawodowej skupiają się na wypełnianiu zadań wynikających z ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej, dążąc do poprawy stanu zdrowia pacjenta. Niniejsza monografia zawiera doświadczenia praktyczne pielęgniarek, które wzbogacone zostały o ocenę jakości życia szczególnie uwarunkowanej stanem zdrowia. Dla pielęgniarek/pielęgniarzy ocena jakości życia jest istotna w odniesieniu do procesu opieki pielęgniarskiej, która powinna skutkować polepszeniem oceny przez pacjenta własnej jakości życia.

Pojęcie „jakość życia” do medycyny wprowadzono w latach 70. XX wieku i od tego czasu jej znaczenie wciąż rośnie – jak pokazują badania, w istotny sposób obrazują wszystkie aspekty życia człowieka chorego. Definicja HRQOL – jakości życia zależnej od stanu zdrowia, opiera się na definicji zdrowia według WHO, która mówi, że zdrowie to dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby. Każdy człowiek, bez względu na rasę, religię, przekonania polityczne, warunki ekonomiczne czy socjalne, ma prawo do najlepszego możliwego stanu zdrowia. Ocena stanu zdrowia zależy od wielu czynników, takich jak płeć, wiek, wykształcenie, status ekonomiczny i społeczny, a także wpływy kulturowe.

Szczególne znaczenia nabiera ocena jakości życia u pacjentów z chorobami przewlekłymi i nieuleczalnymi, które niosą ze sobą konsekwencje ujemnie wpływające na różne wymiary życia chorego i mogą mieć charakter tymczasowy lub stały. To te choroby wpływają na różnorodne wymiary życia, powodując konieczność zmiany dotychczasowego trybu życia często do końca życia. W przypadku takich chorych zachodzą procesy, które powodują, że ich subiektywna ocena stanu zdrowia może się bardzo różnić od oceny obiektywnej: z jednej strony efekt etykietowania – „osoba chora”, a z drugiej adaptacja do ograniczeń związanych z chorobą i przyzwyczajanie się do „bycia chorym”. Silny wpływ ma postrzeganie choroby przez pacjenta, na które składają się: postrzeganie i ocena objawów choroby, radzenie sobie z ich następstwami fizycznymi, psychicznymi i społecznymi, ocena możliwości funkcjonowania czy rozpoznanie metod umożliwiających uzyskanie kontroli nad chorobą. Duże znaczenie posiadają także: osobowość pacjenta oraz warunki środowiskowe.

Ogromne zainteresowanie problemem jakości życia, a jednocześnie jego subiektywny charakter (gdyż ocena jakości życia ukazuje subiektywne postrzeganie sytuacji życiowej uwarunkowanej stanem zdrowia z punktu widzenia pacjenta) spowodowały, że powstało wiele narzędzi pomiaru jakości życia, najczęściej w postaci kwestionariuszy lub skal analogowych.

Niezależnie od tego, jaki kwestionariusz zostanie zastosowany, należy pamiętać, że jakość życia jest odczuwana indywidualnie i zmienia się w czasie. Przykładem jest The World Health Organization Quality Of Life – BREFF (Kwestionariusz Światowej Organizacji Zdrowia – wersja skrócona) (WHOQOL-BREF), który służy zarówno do oceny jakości życia osób chorych w celach poznawczych i klinicznych, jak też do oceny osób zdrowych. Narzędzie to składa się z czterech obszarów, które zawierają w sobie następujące główne elementy i ich składowe: somatyczna, psychologiczna,

socjalna, środowiskowa oraz subiektywnego poczucia zadowolenia z jakości swojego życia i zadowolenia ze swojego zdrowia. Im wyższa wartość punktowa po przeliczeniu według określonego schematu, tym wyższa jakość życia zależna od stanu zdrowia.

Badania jakości życia mają też na celu poprawę jakości opieki pielęgniarskiej nad pacjentami, szczególnie z chorobami przewlekłymi i nieuleczalnymi, stanowiąc cenne uzupełnienie badania lekarskiego.

Jako redaktor, oddając do Państwa rąk niniejszą monografię naukową, chciałabym gorąco podziękować wszystkim autorom, którzy podjęli się opracowania poszczególnych części tej publikacji w formie pogłębionej analizy najważniejszych elementów związanych z aspektami jakości życia. To dzięki ich wiedzy, doświadczeniu zawodowemu oraz uprzejmości ta monografia nabrała ostatecznego kształtu.

Bogumiła Lubińska-Żądło

Ocena jakości życia i analiza uwarunkowań dolegliwości bólowych u chorych w okresie pooperacyjnym cholecystektomii laparoskopowej

(Dorota Poręba¹, Jan Maślanka², Stanisława Talaga³, Dominika Kamińska)

Wprowadzenie

Dolegliwości bólowe towarzyszące procesom chorobowym, a także niektórym procedurom medycznym klasyfikują się w czołówkach obaw pacjentów, których one dotyczą. Niejednokrotnie są przyczyną wydłużenia okresu hospitalizacji i powrotu do zdrowia, a także złej kondycji psychicznej pacjentów. Opisany stan rzeczy wpływa na jakość życia pacjentów, a w myśl nowoczesnego pielęgniarstwa oraz profesjonalnego podejścia do zawodu – niezbędne jest utrzymanie jakości życia pacjenta na możliwie najwyższym poziomie. Celem badań była analiza uwarunkowań dolegliwości bólowych u chorych poddawanych cholecystektomii laparoskopowej, a także zbadanie i ocena jakości ich życia po zabiegu. Zebranie danych i wyciągnięcie wniosków pozwoli na ewentualne zmiany w opiece nad chorymi po zabiegu cholecystektomii.

Obecnie jedną z najczęstszych chorób w obrębie jamy brzusznej jest kamica żółciowa (cholelithiasis). Schorzenie to zdecydowanie bardziej dotyka kobiet, ok. 3-4 razy częściej niż mężczyzn. Kamica pęcherzyka żółciowego może prowadzić m.in. do ostrego lub przewlekłego zapalenia pęcherzyka żółciowego (Ścisło, 2020). Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu definiuje to zjawisko jako negatywne, przykre doświadczenie zmysłowe, powstające pod wpływem bodźców (tzw. nocycyptywnych). Szczególnym rodzajem bólu jest ból pooperacyjny, który powstaje w związku ze śródoperacyjnym uszkodzeniem tkanek oraz narządów i ma ostry charakter. Ból występujący po zabiegu operacyjnym w znacznym stopniu przyczynia się do obniżenia jakości życia pacjenta, a w rezultacie może przełożyć się na dłuższą hospitalizację i utrudniony powrót do zdrowia. Obecnie dąży się do oceny bólu jako jednego z parametrów życiowych, zaliczając go do grona pomiarów tak ważnych, jak: tętno, ciśnienie tętnicze czy oddech (Misiólek, Zajączkowska, Daszkiewicz, 2018).

Jednym z podstawowych zadań zespołu interdyscyplinarnego jest ocena kliniczna chorego z bólem, a następnie efektywna terapia przeciwbólowa. U pacjenta operowanego odpowiednia walka z bólem przekłada się bezpośrednio na szybszą rekonwalescencję, zwiększenie komfortu i znaczną poprawę jakości życia po zabiegu operacyjnym. Trudności z odpowiednią oceną doznań bólowych pacjenta zawierają się już w jego definicji, a są to: wielowymiarowość i subiektywne doznanie chorego. W tym wypadku należy tworzyć charakterystykę zjawiska na podstawie opisu pacjenta i obserwacji jego zachowania. Pośród metod oceny bólu wyróżnić należy: wywiad, skale oceny bólu (numeryczna, słowna, skala VAS), badanie fizykalne, kwestionariusze oceny bólu

¹ Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu, Instytut Medyczny.

² Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Szpital w Krynicy.

³ Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Sączu, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu.

(MPQ, BPI), badania pomocnicze (np. ilościowa ocena bólu QST, badania obrazowe), testy analizy farmakologicznej (Grochans, Hyrcza, Kuczyńska, 2011; Wypyszewska, Kopański, Kulesa-Mrowiecka, 2018).

Cel i przedmiot badania

Celem niniejszej pracy była analiza uwarunkowań dolegliwości bólowych u chorych poddawanych cholecystektomii laparoskopowej, a także zbadanie i ocena jakości ich życia po zabiegu. Przeznaczeniem badania jest odpowiedź na pytanie, co wpływa na odczuwanie dolegliwości bólowych po zabiegu cholecystektomii laparoskopowej i jak zmienia się jakość życia pacjenta po zabiegu.

Metody i narzędzia badawcze, przebieg badania

W niniejszej pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Badanie przeprowadzono techniką bezpośredniego ankietowania. Wykorzystano kwestionariusz własnej konstrukcji, kwestionariusz SF-36, skalę VAS, skrócony kwestionariusz McGill i kwestionariusz oceny układowej pacjenta własnego autorstwa. Wszyscy respondenci byli badani w dobie zabiegu operacyjnego. Zastosowano kwestionariusz w formie papierowej, uzupełniany na sali pooperacyjnej. Badania zostały przeprowadzone w oddziale Chirurgii Ogólnej po uzyskaniu zgody od dyrekcji oraz świadomej zgody pacjentów. Udział w badaniu był dobrowolny. Wykluczono osoby, u których stosowano śródoperacyjne metody analgezji. Rozpoczęcie badań miało miejsce w grudniu 2021 roku, a zakończone zostały w kwietniu 2022 roku. Liczba respondentów wyniosła 150.

Kwestionariusz SF-36 przeznaczony jest do subiektywnej oceny stanu zdrowia. Zawiera 11 pytań, które obejmują 36 stwierdzeń pozwalających określić 8 elementów, tj.: funkcjonowanie fizyczne, ograniczenia z powodu zdrowia fizycznego, odczuwanie bólu, ogólne poczucie zdrowia, vitalność, funkcjonowanie socjalne, funkcjonowanie emocjonalne i zdrowie psychiczne. Ogólna ocena stanu zdrowia jest możliwa dzięki sumie punktów z 8 skali jakości życia. Maksymalna liczba punktów to 171, z czego 103 obejmuje aspekt fizyczny, a 68 aspekt mentalny. Najwyższa wartość punktowa odpowiada najmniejszemu stopniu jakości życia, a najniższa – najwyższemu poziomowi jakości życia.

Skala VAS to skala wzrokowo-analogowa, przeznaczona do oceny natężenia dolegliwości bólowych. Opiera się na linii ze specjalnymi oznaczeniami, odpowiadającymi stopniom od 0 (całkowity brak bólu) do 10 (ból nie do wytrzymania). Stopniom liczbowym odpowiadają na tej skali kolory, zaczynając do 0 – kolor zielony, przechodząc przez żółty, aż do 10 – kolor czerwony. Ważne jest, by pacjent, oceniając ból, patrzył na skale.

Kwestionariusz Oceny Bólu McGill (wersja skrócona) jest narzędziem, które daje możliwość oceny bólu w ujęciu ilościowym oraz jakościowym. Zadaniem tego kwestionariusza jest stworzenie opisu bólu. Typuje on wskaźniki sensoryczne i afektywne. Skrócona wersja składa się z 14 przymiotników opisujących doznania bólowe oraz 4 wariantów opisujących natężenie każdego przymiotnika. Do wyboru są warianty: 0 – brak, 1 – łagodny, 2 – umiarkowany oraz 3 – silny. Kwestionariusz służy do uzyskania: liczby wybranych słów – liczby wszystkich zaznaczonych przez badanego określeń dotyczących bólu, wskaźnik oceny bólu oparty na wartościach – suma wszystkich wartości średnich (odszukuje się je w tabeli) dla zaznaczonych przez badanego słów, wskaźnik oceny bólu oparty na wartościach rangowych – suma wartości rangowych

(każdemu słowu w kategorii przypisywana jest kolejno cyfra od 0 do 5) określić zaznaczonych przez badanego, aktualna intensywność bólu – punkt na sześciostopniowej skali, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 5 to ból nie do wytrzymania.

Pytania własnego autorstwa mają za zadanie określić obecną sytuację pacjenta na sali pooperacyjnej, a także wstępnie określić jego wiedzę związaną z dolegliwościami bólowymi. Dane zebrane za ich pomocą pozwalają również wstępnie ocenić opiekę nad pacjentem po zabiegu cholecystektomii laparoskopowej i zdiagnozować jego ewentualne obawy. Pytania zawierają też ocenę obaw pacjenta przed powrotem do codzienności po okresie hospitalizacji. Jest to ważne ujęcie w aspekcie stanu psychicznego pacjenta, który może wpływać na nasilenie dolegliwości bólowych. Personel pielęgniarski powinien stworzyć pacjentowi warunki komfortu psychicznego i fizycznego, dotyczącego organizacji pracy i sali chorych (mikroklimatu, ciszy), a także udzielać pomoc w zajęciu odpowiedniej pozycji ciała czy spełnianiu potrzeb pacjenta. Część pytań odnosi się do terapii analgetycznej. Pacjent powinien znać zaplanowaną dla niego terapię i jej zasady tak, aby mógł w niej świadomie uczestniczyć. Wyszczególnione zostały też pytania o ogólny stan samopoczucia po zabiegu operacyjnym.

Kwestionariusz do oceny układowej własnego autorstwa pozwala rozpoznać pacjentów z wielochorobowością, a także stwierdzić poziom wskaźnika BMI oraz określić ewentualny związek z natężeniem bólu i jakością życia. Zawiera się w nim tryb przyjęcia do szpitala (planowy lub ostry), ogólny stan psychiczny, ewentualne nałogi i alergię, a także podstawowe parametry życiowe mierzone w chwili przeprowadzania badania. W tej części kwestionariusza należy wskazać również choroby współistniejące spośród: cukrzycy, nadciśnienia tętniczego krwi, nadczynności lub niedoczynności tarczycy, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, wrzodów żołądka lub dwunastnicy, otyłości, refluksu żołądkowo-przełykowego, zaburzeń krzepnięcia krwi i chorób serca. Następnie zawarta jest podstawowa ocena układów, wśród których znajdują się: układ kostno-mięśniowy, układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ moczowo-płciowy, układ pokarmowy i narządy zmysłów. Kwestionariusz ten pozwala wstępnie określić ogólny stan zdrowia pacjenta i wskazać na czynniki mogące wpływać na odczucia bólowe po zabiegu cholecystektomii laparoskopowej.

Metody analizy statystycznej danych

Dane demograficzne i medyczne, a także wyniki kwestionariusza własnego oceniającego doznania bólowe badanych pacjentów po zabiegu cholecystektomii laparoskopowej przedstawiono w tabelach w formie liczności i częstości występowania wyrażonej w procentach. Wyniki badania kwestionariuszami SF-36 i kwestionariusza oceny bólu McGilla ukazano za pomocą parametrów rozkładu (średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe, mediana oraz minimum i maksimum) zarówno dla wyników surowych, jak też przeliczonych do skali procentowej.

Wpływ wybranych czynników na poziom dolegliwości bólowych przedstawiono za pomocą korelacji liniowej Pearsona i testu t-Studenta lub jednoczynnikowej analizy wariancji (ANOVA). Korelację liniową Pearsona wykorzystano również do badania współzależności pomiędzy poziomami jakości życia i dolegliwości bólowych.

Ponieważ badana grupa 150 pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej jest duża ($n > 50$), w interpretacji współczynnika korelacji r oceniano siłę związku, przyjmując jej interpretację następująco: brak korelacji – $r = 0,0$; korelacja bardzo słaba $r < 0,2$; korelacja

słaba – $0,2 \geq r \leq 0,3$, korelacja wyraźna – $0,3 > r \leq 0,5$, korelacja silna – $0,5 > r \leq 0,7$, korelacja bardzo silna – $0,7 > r \leq 1,0$ i korelacja idealna – $r = 1$. Za istotny statystycznie przyjęto poziom $p \leq 0,05$. Analizę wyników przeprowadzono z użyciem pakietu statystycznego STATISTICA 13 PL.

Charakterystyka badanej grupy

Badaniu poddano 150 pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej w wieku od 19 do 82 lat. Średnia wieku w badanej grupie pacjentów wynosiła 41,7 lat. Najmniej, gdyż 9,3%, było pacjentów w wieku powyżej 60 lat. Wśród badanych były 103 kobiety (68,7%) i 47 mężczyzn (31,3%). W mieście mieszkało 82 osób (54,7%), a na wsi 68 badanych (45,3%). Większość badanych posiadała wykształcenie zawodowe (42%) i wyższe (42,7%). Aktywnych zawodowo było 119 osób (71,3%) (tabela 1).

Tabela 1

Charakterystyka socjodemograficzna badanych pacjentów

Czynniki socjodemograficzne	Liczba	Procent
	Średnia $\pm$ odch. std (min-max)	
Wiek (lata)	41,7 $\pm$ 13,1 (19-82)	
Do 30 lat	36	24,0
31-40 lat	34	22,7
41-50 lat	40	26,7
51-60 lat	26	17,3
>60 lat	14	9,3
Płeć		
Kobiety	103	68,7
Mężczyźni	47	31,3
Miejsce zamieszkania		
Miasto	82	54,7
Wieś	68	45,3
Wykształcenie		
Podstawowe	2	1,3
Zawodowe	63	42,0
Średnie	21	14,0
Wyższe	64	42,7
Zatrudnienie		
Umowa o pracę	95	63,3
Własna działalność	24	16,0
Bezrobotny	9	6,0
Uczeń/student	6	4,0
Emeryt/rencista	16	10,7

Źródło: własne.

Wskaźnik BMI badanych pacjentów zawierał się w przedziale od 17,6 kg/m² do 37,1 kg/m². Średnia wartość wskaźnika BMI wynosiła 26 kg/m². W badanej grupie pacjentów wskaźnik BMI w normie występował u 62 badanych (41,3%). Nadwaga występowała u 58 osób (38,7%), a otyłość u 28 badanych (18,7%).

Obciążonych chorobami współistniejącymi było 67 badanych pacjentów (44,7%). Obciążenie jedną chorobą dodatkową występowało u 29 osób (19,35), 2 chorobami – u 22 osób (14,7%), a większą liczbą chorób towarzyszących obciążonych było 16 badanych (10,7%). Najczęściej występującymi chorobami współistniejącymi były: nadciśnienie tętnicze (19,3%) i cukrzyca (17,3%).

W badanej grupie 57 osób (38%) nałogowo paliło papierosy. Tylko jeden badany (0,7%) był w złym stanie psychicznym, a 15 osób (10%) było alergikami.

W trybie planowym przyjęto 92% badanych, a w ostrym 8% osób (tabela 2).

Tabela 2

Ocena pacjenta przy przyjęciu do zabiegu cholecystektomii

Ocena pacjenta przy przyjęciu	Liczba	Procent
	Średnia ± odch. std (min-max)	
BMI (kg/m²)	26,0 ± 4,0 (17,6-37,1)	
Niedowaga	2	1,3
BMI w normie	62	41,3
Nadwaga	58	38,7
Otyłość	28	18,7
Choroby towarzyszące		
Cukrzyca	26	17,3
Nadciśnienie tętnicze	29	19,3
Choroby tarczycy	16	10,7
Wrzody pp.	5	3,3
Otyłość	26	17,3
Refluks	16	10,7
Choroby serca	8	5,3
Liczba chorób towarzyszących	0,8 ± 1,2 (0-5)	
Bez chorób dodatkowych	83	55,3
1 choroba	29	19,3
2 choroby	22	14,7
Więcej niż 2 choroby	16	10,7
Nałogi		
Alkohol	0	0,0
Narkotyki	0	0,0
Tytoń	57	38,0
Stan psychiczny		
Dobry	149	99,3
Zły	1	0,7
Alergie		
Tak	15	10,0
Nie	113	75,3
Nie wiem	22	14,7
Tryb przyjęcia		
Planowy	138	92,0
Ostry	12	8,0

Źródło: własne.

W tabeli 3 przedstawiono wyniki wywiadu prowadzonego przez pielęgniarki w ocenie układowej.

Tabela 3

Ocena układowa pacjenta w dobie zabiegu w badanej grupie pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej

Ocena układowa	Liczba	Procent
Układ nerwowy		
Neuropatie	1	0,7
Układ krążenia		
Choroby serca	9	6,0
Zapalenia naczyń krwionośnych	3	2,0
Układ oddechowy		
Choroby układu oddechowego	1	0,7
Alergie	1	0,7
Układ pokarmowy		
Choroby układu pokarmowego	9	6,0
Układ moczowo-płciowy		
Miesiączka regularna	59	39,3
Miesiączka nieregularna	22	14,7
Nie dotyczy	69	46,0
Narządy zmysłów		
Zaburzenia wzroku	17	11,3
Zaburzenia słuchu	4	2,7

Źródło: własne.

Nadciśnienie tętnicze w dobie zabiegu stwierdzono u 7 pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej, co stanowiło 31,3%. Tętno w badanej grupie wynosiło średnio 79,5 uderzeń na minutę (od 60 do 112), a saturacja wynosiła średnio 97,6 (od 92 do 100) (tabela 4).

Tabela 4

Stan pacjenta w dobie zabiegu w badanej grupie pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej

Stan pacjenta w momencie zabiegu	Liczba	Procent
	Średnia $\pm$ odch. std (min-max)	
Nadciśnienie	47	31,3
Tętno	79,5 $\pm$ 9,1 (60-112)	
Saturacja	97,6 $\pm$ 1,7 (92-100)	

Źródło: własne.

Wyniki

Analizowano odczucia badanych pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej dotyczące bólu po zabiegu na podstawie kwestionariusza własnego autorstwa.

Przed zabiegiem dolegliwości bólowe odczuwało 134 badanych (89,3%). Aż 106 osób (70,7%) twierdziło, że podawane środki przeciwbólowe po zabiegu były wystarczające, a 31 (20,7%) uważało, że podawane środki przeciwbólowe nie przynosiły ulgi w odczuwaniu bólu. Z kolei 45 badanych (30%) twierdziło, że po zabiegu wymagało dużej ilości środków przeciwbólowych, aby odczuć komfort. Natomiast 48 badanych (32%) twierdziło, że po zabiegu z niecierpliwością oczekiwało kolejnej dawki środków przeciwbólowych (tabela 5).

Tabela 5

Odczucia badanych pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej dotyczące bólu po zabiegu na podstawie kwestionariusza własnego autorstwa

Pytania dotyczące występowania bólu	Zdecydowanie się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Nie mam zdania	Zgadzam się	Zdecydowanie się zgadzam
Czy przed zabiegiem odczuwał/a Pan/Pani jakieś dolegliwości bólowe?	2 1,3%	5 3,3%	9 6,0%	96 64,0%	38 25,3%
Czy środki przeciwbólowe podawane po zabiegu są wystarczające?	3 2,0%	28 18,7%	13 8,7%	90 60,0%	16 10,7%
Czy wymaga Pan/Pani dużej ilości środków przeciwbólowych, aby czuć się komfortowo?	25 16,7%	40 26,7%	40 26,7%	38 25,3%	7 4,7%
Czy z niecierpliwością wyczekuje Pan/Pani kolejnej dawki leków przeciwbólowych?	34 22,7%	44 29,3%	24 16,0%	38 25,3%	10 6,7%

Źródło: własne.

Analizowano również odczucia badanych po cholecystektomii laparoskopowej po zabiegu na podstawie kwestionariusza własnego autorstwa.

Tabela 6

Odczucia badanych pacjentów po zabiegu cholecystektomii laparoskopowej na podstawie kwestionariusza własnego autorstwa

Pytania dotyczące odczucia po zabiegu oraz wiedzy na temat walki z bólem	Zdecydowanie się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Nie mam zdania	Zgadzam się	Zdecydowanie się zgadzam
Czy pozytywnie ocenia Pan/Pani swoje samopoczucie w tym momencie?	5 3,3%	48 32,0%	21 14,0%	69 46,0%	7 4,7%
Czy ma Pan/Pani obawy przed powrotem do codzienności po hospitalizacji?	22 14,7%	42 28,0%	13 8,7%	59 39,3%	14 9,3%
Czy zostały stworzone Panu/Pani komfortowe warunki odpoczynku?	0 0,0%	5 3,3%	14 9,3%	114 76,0%	17 11,3%
Czy ma Pan/Pani opory przed wezwaniem personelu i zgłoszeniem dolegliwości bólowych?	23 15,3%	78 52,0%	19 12,7%	25 16,7%	5 3,3%
Czy uzyskał/a Pan/Pani wiedzę, przed zabiegiem operacyjnym na temat dolegliwości bólowych, jakie potencjalnie mogą wystąpić?	0 0,0%	13 8,7%	15 10,0%	114 76,0%	8 5,3%
Czy posiada Pan/Pani wiedzę z zakresu nefarmakologicznej walki z bólem?	6 4,0%	45 30,0%	49 32,7%	50 33,3%	0 0,0%

Źródło: własne.

Analiza natężenia bólu po zabiegu cholecystektomii laparoskopowej oceniana w skali VAS wskazuje, że średnie natężenie wynosiło 6 pkt. (od 3 pkt. do 9 pkt.). Ból łagodny występował u 16 osób (10,7%), ból o średnim nasileniu u 108 badanych (72%), a silny u 26 osób (17,3%) (tabela 7).

Tabela 7

Natężenie bólu po zabiegu oceniane w skali VAS w badanej grupie pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej

Dane dotyczące nasilenia bólu po zabiegu	Liczba	Procent
	Średnia ± odch. std (min-max)	
Nasilenie bólu w skali VAS	6,0 ± 1,6	
	(3-9)	
Ocena nasilenia bólu		
Ból łagodny	16	10,7
Ból średni	108	72,0
Ból silny	26	17,3

Źródło: własne.

Dokonano analizy charakteru doznań bólowych według kwestionariusza McGill po zabiegu, przedstawionych w wynikach surowych i przeliczonych do skali procentowej w badanej grupie pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej.

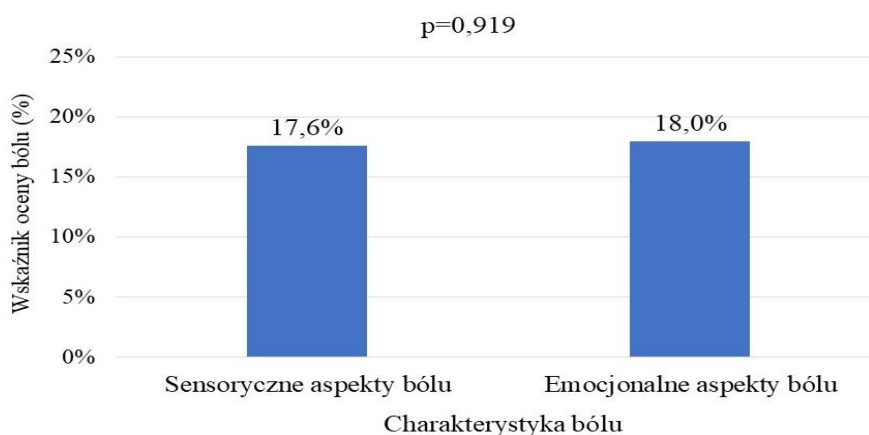
Tabela 8

Charakter doznań bólowych według kwestionariusza McGill po zabiegu przedstawiony w wynikach surowych i przeliczonych do skali procentowej w badanej grupie pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej

Charakter doznań bólowych	Wyniki surowe (suma punktów)					Wyniki przeliczone (%)				
	Średnia	Odch. std	Me	Min	Max	Średnia	Odch. std	Me	Min	Max
Sensoryczny	5,9	2,6	6	1	15	17,6	7,8	18,2	3	45,5
Emocjonalny	2,2	2,4	2	0	11	18,0	19,8	16,7	0	91,7

Źródło: własne.

Średni poziom bólu o charakterze sensorycznym wynosił 17,6%, a o emocjonalnym 18%. W badanej grupie nie było statystycznie istotnych różnic pomiędzy poziomami bólu o charakterze sensorycznym i emocjonalnym (rycina 1).



Rycina 1. Porównanie wskaźników bólu sensorycznego i emocjonalnego w badanej grupie pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej.

Źródło: własne.

W analizie jakości życia zastosowano kwestionariusz SF-36. Według polskiej wersji, najniższa wartość wskaźników oznacza niski poziom jakości życia, a najwyższa – wysoki poziom jakości życia.

W sferze fizycznej najwyższa jakość życia występowała w kategorii ograniczeń spowodowanych zdrowiem psychicznym – 75,8%, zaś najniższa związana była z funkcjonowaniem fizycznym – 38,9% (tabela 9, rycina 1).

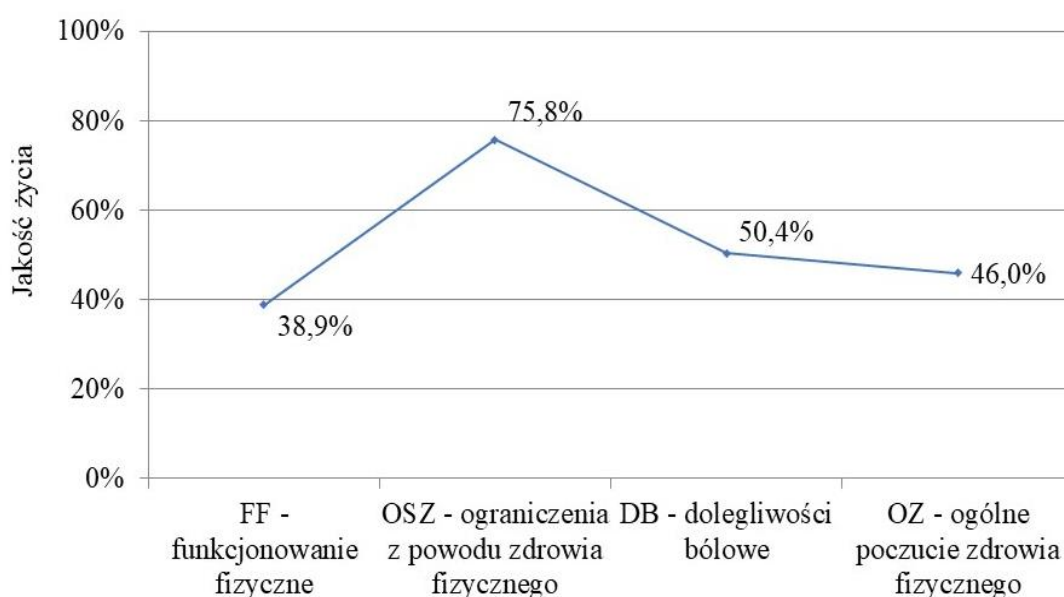
W sferze emocjonalnej najwyższa jakość życia dotyczyła kategorii ograniczeń z powodów emocjonalnych – 91,3%, a także witalności – 78,2% (tabela 9, rycina 2, rycina 3).

Tabela 9

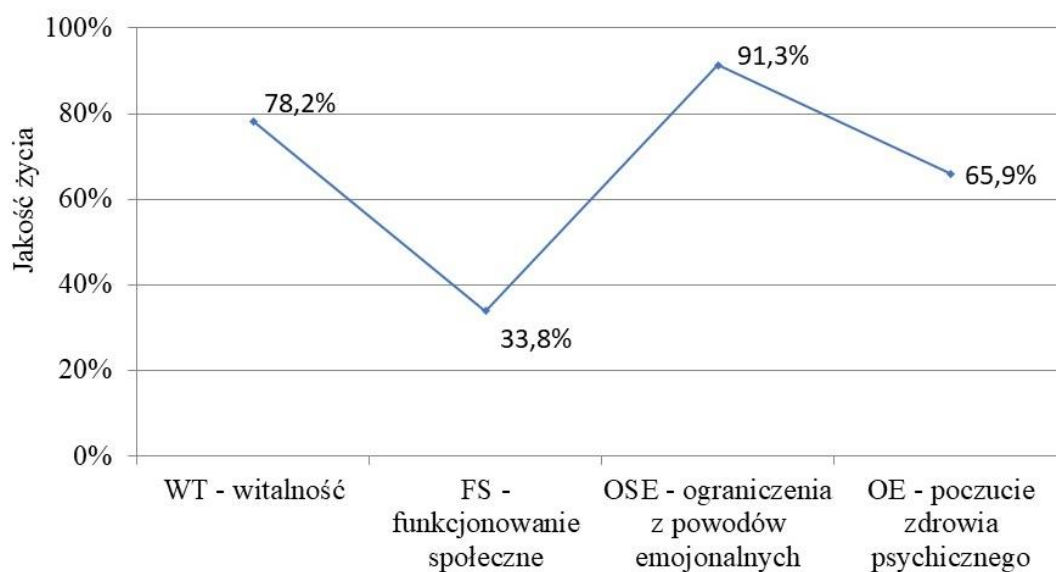
Jakość życia badanych pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej

Kategorie jakości życia według SF-36		Jakość życia (%)				
		Średnia	Odch. Std	Mediana	Minimum	Maksimum
Sfera fizyczna	FF – funkcjonowanie fizyczne	38,9	26,7	35,0	0	100
	OSZ – ograniczenia z powodu zdrowia fizycznego	75,8	36,6	100,0	-50,0	100
	DB – dolegliwości bólowe	50,4	18,8	55,6	11,1	88,9
	OZ – ogólne poczucie zdrowia fizycznego	46,0	8,9	45,8	16,7	70,8
Sfera emocjonalna	WT – witalność	78,2	11,1	80,0	45,0	95,0
	FS – funkcjonowanie społeczne	33,8	19,7	37,5	0	100
	OSE – ograniczenia z powodów emocjonalnych	91,3	21,0	100	0	100
	OE – poczucie zdrowia psychicznego	65,9	8,9	64,0	40,0	88,0
Oceny ogólne	SF – sfera fizyczna	46,3	10,5	43,9	26,3	71,9
	SE – sfera emocjonalna	67,1	6,6	67,0	44,6	83,9
	Ocena ogólna SF-36	56,6	5,3	55,8	43,4	69,9

Zródło: własne.

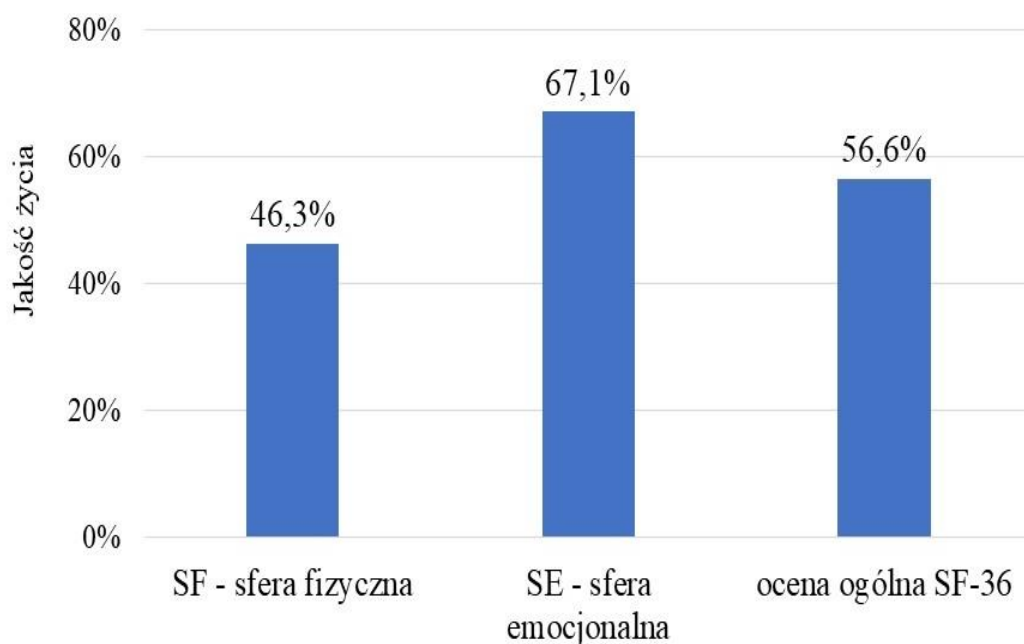


Rycina 2. Średni profil jakości życia w sferze fizycznej w badanej grupie pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej.
Źródło: własne.



Rycina 3. Średni profil jakości życia w sferze emocjonalnej w badanej grupie pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej.
Źródło: własne.

Ogólna jakość życia badanych pacjentów po zabiegu cholecystektomii laparoskopowej kształtowała się na średnim poziomie – 56,6%. Jakość życia w sferze fizycznej wynosiła 46,3% i była niższa niż jakość życia w sferze emocjonalnej (67,1%) (tabela 9, rycina 4).



Rycina 4. Jakość życia w ocenie ogólnej w badanej grupie pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej.

Źródło: własne.

Analizowano wpływ czynników socjodemograficznych na odczuwanie bólu po zabiegu cholecystektomii laparoskopowej.

Nie stwierdzono współzależności pomiędzy wiekiem badanych pacjentów a natężeniem bólu ocenianym w skali VAS i poziomem doznań bólowych o charakterze sensorycznym oraz emocjonalnym (tabela 10).

Tabela 10

Korelacja między wiekiem a odczuciami bólowymi w grupie pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej

	Wiek (lata)	
	Wsp. korelacji r	Sila związku
Natężenie bólu w skali VAS	0,0675	Brak korelacji
Sensoryczny charakter doznań bólowych (%)	-0,1101	Brak korelacji
Emocjonalny charakter doznań bólowych (%)	-0,1742	Korelacja bardzo słaba

Źródło: własne.

Płeć badanych po cholecystektomii laparoskopowej nie miała wpływu na poziom natężenia bólu ocenianego przez nich w skali VAS. Miała natomiast statystycznie istotny wpływ na poziom doznań bólowych o charakterze sensorycznym ($p=0,028$) i emocjonalnym ($p=0,028$) (tabela 11).

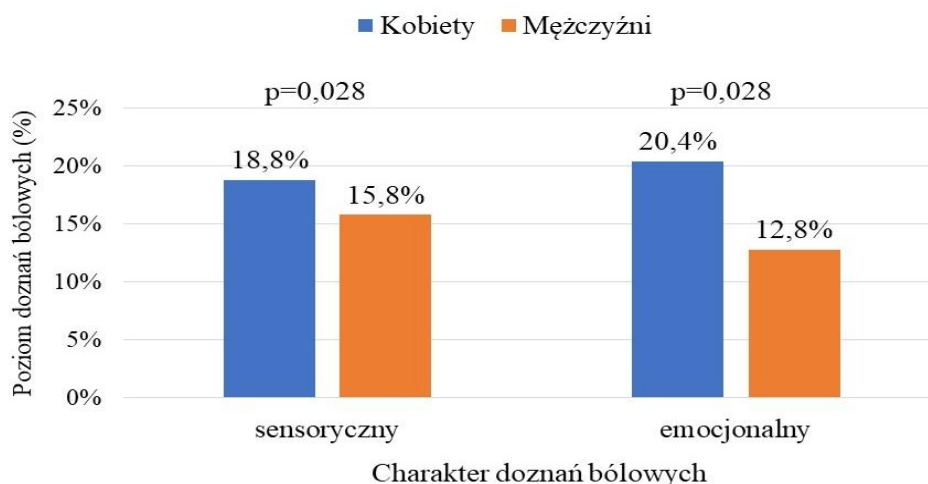
Tabela 11

Zależność poziomu doznań bólowych od płci badanych pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej

Doznania bólowe	Płeć	N	Średnia	Odch. Stad	Me	Min	Max	Test t-Studenta
Natężenie bólu w skali VAS	Kobiety	103	6,0	1,6	6	3	9	p=0,673
	Mężczyźni	47	5,9	1,3	6	3	9	
Sensoryczny charakter bólu (%)	Kobiety	103	18,8	8,4	18,2	3	45,5	p=0,028
	Mężczyźni	47	15,8	6,1	15,2	3	30,3	
Emocjonalny charakter bólu (%)	Kobiety	103	20,4	21,3	16,7	0	91,7	p=0,028
	Mężczyźni	47	12,8	15,0	8,3	0	58,3	

Źródło: własne.

W grupie kobiet średni poziom doznań bólowych zarówno o charakterze sensorycznym, jak i emocjonalnym był wyższy niż u mężczyzn (rycina 5).



Rycina 5. Zależność poziomu doznań bólowych od płci badanych pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej.

Źródło: własne.

Miejsce zamieszkania badanych po cholecystektomii laparoskopowej nie miało wpływu na poziom natężenia bólu ocenianego przez nich w skali VAS oraz poziom doznań bólowych o charakterze sensorycznym. Miało natomiast statystycznie istotny ($p=0,08$) wpływ na poziom doznań bólowych o charakterze emocjonalnym (tabela 12).

Tabela 12

Zależność poziomu doznań bólowych od miejsca zamieszkania badanych pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej

Doznania bólowe	Miejsce zamieszkania	n	średnia	Odch. std	Me	min	max	Test t-Studenta
Natężenie bólu w skali VAS	Miasto	82	5,9	1,6	6	3	8	p=0,689
	Wieś	68	6,0	1,5	6	3	9	
Sensoryczny charakter bólu (%)	Miasto	82	18,0	7,3	18,2	3	45,5	p=0,764
	Wieś	68	17,6	8,5	15,2	3	39,4	
Emocjonalny charakter bólu (%)	Miasto	82	14,5	15,0	8,3	0	75,0	p=0,018
	Wieś	68	22,2	23,8	16,7	0	91,7	

Źródło: własne.

W badanej grupie osób po cholecystektomii laparoskopowej wykształcenie nie miało istotnie statystycznego wpływu na poziom natężenia bólu ocenianego przez nich w skali VAS w zakresie doznań bólowych o charakterze sensorycznym i emocjonalnym (tabela 13).

Tabela 13

Zależność poziomu doznań bólowych od wykształcenia badanych pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej

Doznania bólowe	Wykształcenie	n	średnia	Odch. std	Me	min	max	ANOVA
Natężenie bólu w skali VAS	Podstawowe	2	4,5	2,1	4,5	3	6	p=0,158
	Zawodowe	63	6,2	1,4	6	3	9	
	Średnie	21	6,0	1,6	6	3	8	
	Wyższe	64	5,7	1,7	6	3	9	
Sensoryczny charakter bólu (%)	Podstawowe	2	13,6	2,1	13,6	12,1	15,2	p=0,300
	Zawodowe	63	17,9	7,1	18,2	3	33,3	
	Średnie	21	15,3	7,6	15,2	3	33,3	
	Wyższe	64	18,8	8,5	18,2	3	45,5	
Emocjonalny charakter bólu (%)	Podstawowe	2	4,2	5,9	4,2	0	8,3	p=0,196
	Zawodowe	63	14,8	14,9	8,3	0	50,0	
	Średnie	21	23,4	22,9	16,7	0	91,7	
	Wyższe	64	19,8	22,6	12,5	0	91,7	

Źródło: własne.

Analizowano czynniki mające wpływ na odczuwanie bólu po zabiegu cholecystektomii laparoskopowej, takie jak: obciążenie chorobami współistniejącymi, BMI i tryb przyjęcia.

Wskaźnik BMI badanych po cholecystektomii laparoskopowej miał statystycznie istotny ($p=0,004$) wpływ na poziom natężenia bólu ocenianego na podstawie skali VAS (tabela 14).

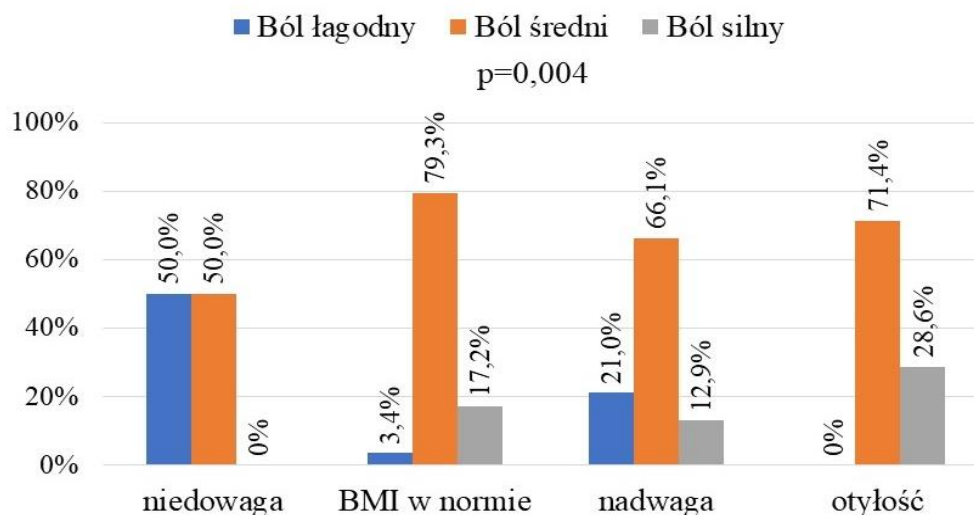
Tabela 14

Zależność natężenia bólu od BMI badanych pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej

Ocena BMI	n	Ocena natężenia bólu			Test Chi2
		Ból łagodny	Ból średni	Ból silny	
Niedowaga	2	1	1	0	p=0,004
		50,0%	50,0%	0,0%	
Nadwaga	58	2	46	10	
		3,4%	79,3%	17,2%	
BMI w normie	62	13	41	8	
		21,0%	66,1%	12,9%	
Otyłość	28	0	20	8	
		0,0%	71,4%	28,6%	

Źródło: własne.

W grupie badanych z niedowagą ból silny w ogóle nie występował. U badanych z BMI w normie i pacjentów z nadwagą najczęściej występował ból o nasileniu średnim, a częstość występowania bólu o nasileniu silnym nie przekraczała 20%. W grupie osób otyłych ból łagodny w ogóle nie występował, a częstość występowania bólu silnego wynosiła 28,6% (rycina 6).



Rycina 6. Zależność natężenia bólu od BMI badanych pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej.

Źródło: własne.

Wskaźnik BMI w badanej grupie po cholecystektomii laparoskopowej nie miał wpływu na poziom doznań bólowych o charakterze sensorycznym i emocjonalnym (tabela 15).

Tabela 15

Korelacja pomiędzy BMI a odczuciami bólowymi w grupie pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej

	BMI (kg/m ²)	
	Wsp. korelacji r	Siła związku
Sensoryczny charakter doznań bólowych (%)	0,0279	Brak korelacji
Emocjonalny charakter doznań bólowych (%)	-0,1887	Korelacja bardzo słaba

Źródło: własne.

Obciążenie chorobami współistniejącymi wpływało statystycznie znamienne (p=0,008) na poziom natężenia bólu ocenianego przez nich w skali VAS. Nie miało jednak wpływu na poziom doznań bólowych o charakterze sensorycznym i emocjonalnym (tabela 16).

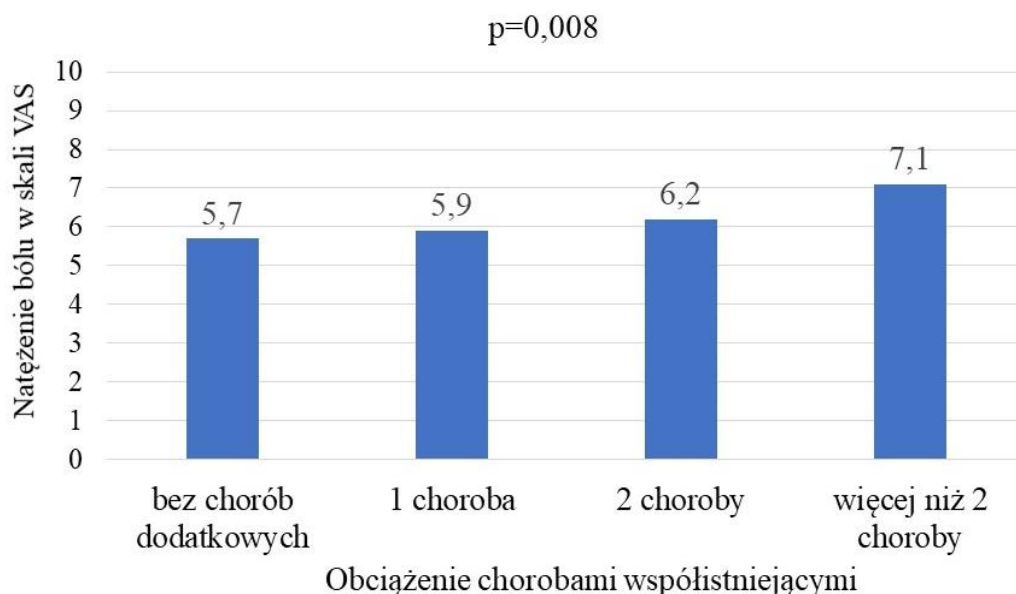
Tabela 16

Zależność poziomu doznań bólowych od obciążenia chorobami towarzyszącymi badanymi pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej

Doznania bólowe	choroby dodatkowe	n	średnia	Odch. std	Me	min	max	ANOVA
Natężenie bólu w skali VAS	bez chorób dodatkowych	83	5,7	1,5	6	3	9	p=0,008
	1 choroba	29	5,9	1,6	6	3	8	
	2 choroby	22	6,2	1,3	6	3	8	
	więcej niż 2 choroby	16	7,1	1,3	8	5	9	
Sensoryczny charakter bólu (%)	bez chorób dodatkowych	83	17,6	7,6	15,2	3,0	39,4	p=0,336
	1 choroba	29	16,7	8,6	18,2	6,1	45,5	
	2 choroby	22	18,2	7,5	18,2	3,0	30,3	
	więcej niż 2 choroby	16	21,0	7,9	22,7	9,1	33,3	
Emocjonalny charakter bólu (%)	bez chorób dodatkowych	83	17,7	21,0	8,3	0,00	91,7	p=0,741
	1 choroba	29	15,5	21,6	8,3	0,00	91,7	
	2 choroby	22	21,6	16,0	16,7	0,00	50,0	
	więcej niż 2 choroby	16	19,3	14,8	16,7	0,00	41,7	

Źródło: własne.

Natężenie bólu oceniane w skali VAS wzrastało wraz ze wzrostem liczby chorób współistniejących od 5,7 pkt. u pacjentów bez chorób dodatkowych do 7,1 pkt. w grupie badanych obciążonych więcej niż 2 chorobami towarzyszącymi (rycina 7).



Rycina 7. Zależność natężenia bólu ocenianego w skali VAS od obciążenia chorobami współistniejącymi w badanej grupie pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej.

Źródło: własne.

Tryb przyjęcia miał statystycznie istotny wpływ na natężenie bólu oceniane w skali VAS (p=0,028) oraz na poziom doznań bólowych o charakterze sensorycznym i emocjonalnym (p=0,030). Tryb przyjęcia nie wpływał na poziom doznań bólowych o charakterze sensorycznym (tabela 17).

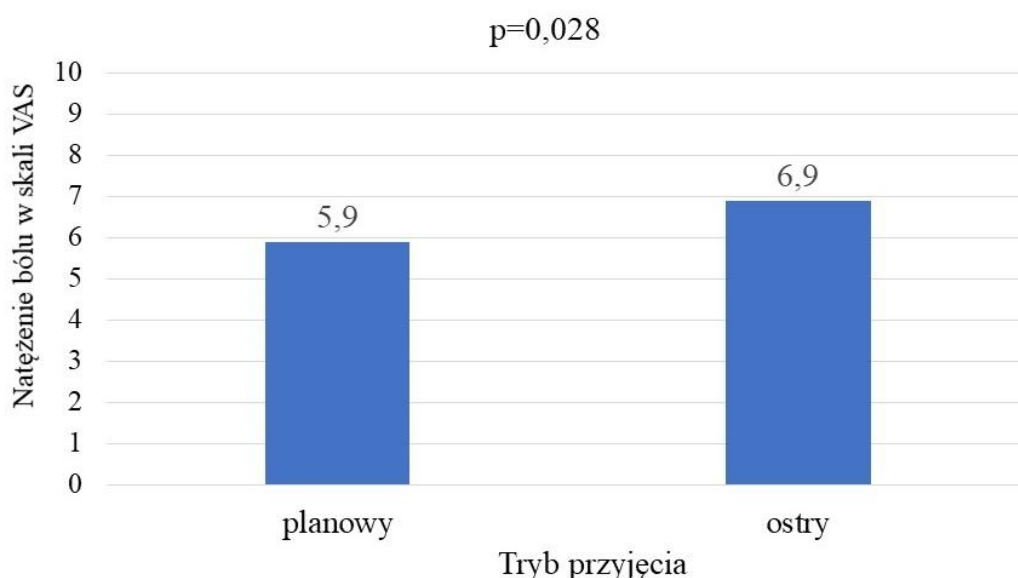
Tabela 17

Zależność poziomu doznań bólowych od trybu przyjęcia badanych pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej

Doznania bólowe	Tryb przyjęcia	n	średnia	Odch. std	Me	min	max	Test t-Studenta
Natężenie bólu w skali VAS	Planowy	138	5,9	1,5	6	3	9	p=0,028
	Ostry	12	6,9	1,4	7	4	9	
Sensoryczny charakter bólu (%)	Planowy	138	17,7	7,7	18,2	3,0	45,5	p=0,335
	Ostry	12	19,9	8,6	19,7	9,1	33,3	
Emocjonalny charakter bólu (%)	Planowy	138	17,0	19,2	8,3	0	91,7	p=0,030
	Ostry	12	29,9	24,0	20,8	0	83,3	

Źródło: własne.

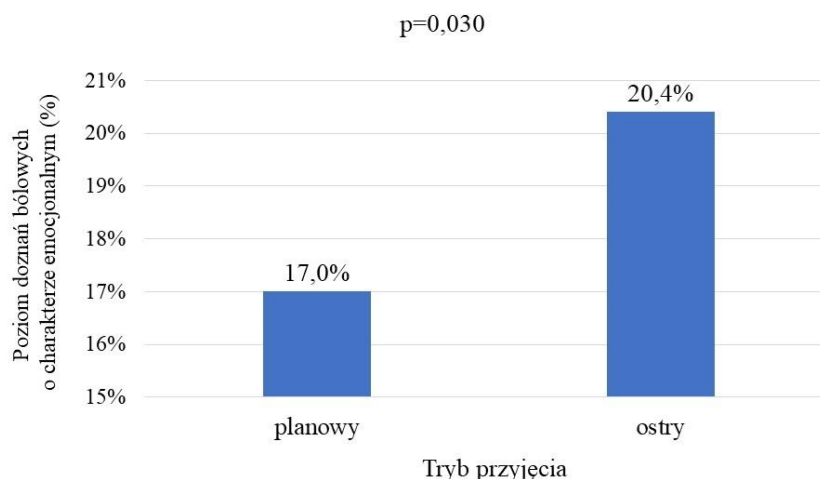
W badanej grupie po cholecystektomii laparoskopowej natężenie bólu oceniane w skali VAS u pacjentów przyjętych w trybie ostrym było większe niż u pacjentów przyjętych w trybie planowym (rycina 8).



Rycina 8. Zależność natężenia bólu ocenianego w skali VAS od rodzaju przyjęcia w badanej grupie pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej.

Źródło: własne.

W badanej grupie po cholecystektomii laparoskopowej poziom odczuć bólowych o charakterze emocjonalnym u pacjentów przyjętych w trybie ostrym był większy niż u badanych przyjętych w trybie planowym (rycina 9).



Rycina 9. Zależność poziomu doznań bólowych o charakterze emocjonalnym od rodzaju przyjęcia w badanej grupie pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej.

Źródło: własne.

Analizowano dolegliwości bólowe i ich wpływ na jakości życia pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej.

W badanej grupie pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej natężenie bólu oceniane w skali VAS korelowało wyraźnie odwrotnie proporcjonalnie z jakością życia w sferze fizycznej w kategoriach funkcjonowania fizycznego oraz ograniczeń spowodowanych zdrowiem fizycznym, a wprost proporcjonalnie z jakością życia w sferze fizycznej w kategorii dolegliwości bólowych. Stwierdzono brak korelacji między natężeniem bólu ocenianym w skali VAS a jakością życia badanych pacjentów w sferze fizycznej w kategorii ogólnego poczucia zdrowia fizycznego (tabela 18).

Korelacja pomiędzy natężeniem bólu ocenianym w skali VAS a jakością życia badanych pacjentów w sferze emocjonalnej i w ocenach ogólnych była bardzo słaba lub słaba (tabela 18).

Tabela 18

Korelacja pomiędzy jakością życia a natężeniem bólu ocenianym w skali VAS w grupie pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej

Jakość życia według kwestionariusza SF-36		Wsp. korelacji r	Siła związku
Sfera fizyczna	FF – funkcjonowanie fizyczne	-0,4632	Wyraźna korelacja
	OSZ – ograniczenia z powodu zdrowia fizycznego	-0,4336	Wyraźna korelacja
	DB – dolegliwości bólowe	0,5372	Wyraźna korelacja
	OZ – ogólne poczucie zdrowia fizycznego	0,0627	Brak korelacji
Sfera emocjonalna	WT – witalność	0,1580	Bardzo słaba korelacja
	FS – funkcjonowanie społeczne	0,3176	Słaba korelacja
	OSE – ograniczenia z powodów emocjonalnych	-0,1789	Bardzo słaba korelacja
	OE – poczucie zdrowia psychicznego	0,1640	Bardzo słaba korelacja
Oceny ogólne	SF – sfera fizyczna	-0,3440	Słaba korelacja
	SE – sfera emocjonalna	0,3003	Słaba korelacja
	ocena ogólna SF-36	-0,1599	Bardzo słaba korelacja

Źródło: własne.

Dyskusja

Zabieg cholecystektomii laparoskopowej ma wpływ na odczucia pacjentów, co zostało potwierdzone powyższymi wynikami badania. Respondenci oceniali swoje samopoczucie na sali pooperacyjnej jako złe w 32%, a zdecydowanie złe w 3,3%. Pacjenci zapytani o obawy przed powrotem do codzienności po zabiegu w 39,3% odpowiedzieli się, że występują takie obawy, a 9,3% badanych wykazało, że te obawy są znaczne. Ten aspekt może mieć swoje podłoże w deficytach wiedzy pacjentów na temat postępowania z raną pooperacyjną oraz w zakresie zasad poruszania się, dietetycznych i ergonomicznych. Niewystarczająca literatura poruszająca ten temat powinna być podstawą do stworzenia szerszych badań w tym zakresie na większej liczbie respondentów. W powyższych badaniach stawiano nacisk na ból, natomiast samopoczucie i obawy przed powrotem po hospitalizacji są jedną ze składowych ogólnego stanu pacjenta według zasady holizmu w opiece nad chorym. Należałoby stworzyć analizę uwarunkowań takich obaw i ogólnego samopoczucia, aby móc efektywnie sprawować opiekę nad chorym.

Zastanawiającym jest aspekt obaw pacjenta przed wezwaniem personelu pielęgniarskiego, gdy odczuwa on dolegliwości bólowe. Opór przed wezwaniem personelu wskazało 16,7% ankietowanych, a 3,3% stwierdziło znaczny opór. Nasuwa się pytanie, skąd taki stan rzeczy? Kwestionariusz służący do tych badań nie pogłębiał tego tematu, ale cennym może być określenie pochodzenia tego problemu i opracowanie wniosków mogących to zmienić. Według grupy badaczy czynnikami, które mają wpływ na wczesny powrót do zdrowia po cholecystektomii laparoskopowej jest opieka pielęgniarska skoncentrowana na prewencyjnej identyfikacji oraz zaspokajaniu potrzeb medycznych i emocjonalnych pacjentów, co w konsekwencji powoduje stworzenie optymalnych warunków do rekonwalescencji (Pietruszewska, Moczydłowska, Gomuła, 2017). Kluczową rolę w odczuciach pacjenta po zabiegu cholecystektomii laparoskopowej odgrywa pielęgniarka. Optymalizacja procesu powrotu do zdrowia spoczywa właśnie w jej kompetencjach (Jurczak i in., 2015). Osiągnięcie rezultatu jest możliwe, gdy pielęgniarka wykazuje profesjonalne podejście zawodowe skoncentrowane na chorym. Opieka pielęgniarska może znacząco poprawić odczucia chorego podczas hospitalizacji (Mędrzycka-Dąbrowska, 2024). Istnieje potrzeba stworzenia szerszych badań, a także opracowania prawidłowości w opiece nad chorym, by osiągnąć jeszcze lepsze rezultaty.

Dolegliwości bólowe po zabiegu operacyjnym są nieodłącznym elementem procesu terapeutycznego. Zjawisko to jest bardzo ogólne i złożone. Zabieg cholecystektomii laparoskopowej wpływa na natężenie oraz charakter bólu, co zostało potwierdzone w przeprowadzonych badaniach. Pacjenci oceniali natężenie bólu za pomocą skali VAS, a średnia ocena wyniosła 6 pkt. Najwięcej respondentów, 72%, oceniło natężenie bólu jako średnie, a bardzo silny ból wystąpił u 17,3% ankietowanych osób. W badaniu posłużono się również kwestionariuszem McGill w wersji skróconej celem określenia jakości bólu w ujęciu sensorycznym i emocjonalnym. Średni poziom bólu w ujęciu sensorycznym wyniósł 17,6%, zaś emocjonalny 18%. Zgodnie z obserwacjami, potwierdzonymi w wynikach badań, ból po zabiegu cholecystektomii laparoskopowej ma charakter wielowymiarowy. Powoduje cierpienie fizyczne, ale również zwiększa dyskomfort psychiczny, jest źródłem obaw pacjenta i wpływa na komfort podczas hospitalizacji. Zwiększona świadomość pacjentów powoduje jasno sprecyzowane oczekiwania względem terapii przeciwbólowej po zabiegu. W ankietach respondenci

w większości (60%) podawali, że terapia przeciwbólowa stosowana po zabiegu jest dla nich wystarczająca, a zdecydowanie wystarczające efekty podawało 10,7% ankietowanych. U 18,7% osób terapia była niewystarczająca, zaś w przypadku 2% zdecydowanie niewystarczająca. Pacjenci, zapytani o oczekiwanie na kolejne dawki leków, zadeklarowali, że w 25,3% przypadków niecierpliwie oczekiwali na kolejną dawkę, a w 6,7% zdecydowanie się niecierpliwili. Terapia farmakologiczna w kontroli bólu pooperacyjnego przynosi efekty. Potwierdzają to wyniki badań autorów, którzy przeprowadzili przegląd metaanaliz w kierunku farmakologicznego leczenia bólu pooperacyjnego w cholecystektomii laparoskopowej (Mędrzycka-Dąbrowska, 2024; Wypyszewska, 2018). Niezbędnym jest opracowanie złotego standardu w postępowaniu przeciwbólowym po zabiegu cholecystektomii laparoskopowej (Duncan, Day, Haigh, Gill, 2014). Należy zwrócić uwagę na systematyczną podaż analgetyków, aby utrzymać stężenie terapeutyczne. Zdecydowanie łatwiej jest zapobiegać dolegliwościom bólowym niż je leczyć (Oderda, 2012).

Badając dolegliwości bólowe u pacjentów po zabiegu, nieodłącznym elementem wydało się być stworzenie analizy jakości życia tych pacjentów. Wśród podstawowych obaw pacjentów (pomijając ból) przewija się obawa o funkcjonowanie po zabiegu, długość hospitalizacji, a w konsekwencji samopoczucie psychiczne. Wymienione zjawiska pozostają w ścisłym związku. Zabieg cholecystektomii laparoskopowej wpływa na jakość życia pacjentów, co zostało potwierdzone w wynikach badań ankietowych.

Analizę uwarunkowań dolegliwości bólowych u chorych poddawanych cholecystektomii laparoskopowej, a także badanie i ocena jakości ich życia po zabiegu przeprowadzono z zastosowaniem kwestionariusza SF-36, który umożliwia samoocenę jakości życia przez pacjenta, oceniając 8 wskaźników jakości. Wyodrębnienie składowych jakości życia, a w szczególności tych, które działają negatywnie, pozwoli na bardziej efektywną opiekę nad chorym. Potwierdzenie wpływu cholecystektomii na jakość życia pacjentów znajduje się w samoocenie, gdzie jakość w sferze funkcjonowania fizycznego wyniosła zaledwie 38,9%. W charakterze funkcjonowania związanego ze zdrowiem psychicznym wynik wyniósł 75,8%. Najwyższa jakość życia pacjentów dotyczyła sfery emocjonalnej, a szczególnie ograniczeń z powodów emocjonalnych (91,3%) i witalności (78,2%). W sferze funkcjonowania fizycznego istotne były dolegliwości bólowe, których wpływ na jakość życia oceniano na poziomie 50,4%. Ogólna jakość życia po zabiegu cholecystektomii laparoskopowej ukształtowała się na średnim poziomie 56,6%. Najniżej oceniona była jakość życia w sferze fizycznej i wyniosła 46,3%. Badania te są istotne w ujęciu hospitalizacji. Wyniki wskazują na kierunek rozwoju praktyk pielęgniarskich, konsekwentnie dążących do poprawy jakości życia chorych hospitalizowanych z powodu cholecystektomii laparoskopowej. Istnieją liczne badania jakości życia po cholecystektomii laparoskopowej, lecz niestety są to dane fragmentaryczne i obejmujące kolejne okresy po hospitalizacji. Uzupełnienie tych badań o jakość życia bezpośrednio po zabiegu i w okresie hospitalizacji mogłoby znacząco wpłynąć na jakość świadczeń medycznych w ochronie zdrowia, przyczyniając się do poprawy komfortu pacjenta. Większość badań skupia się na psychologicznych aspektach oceny jakości życia. Interesującym aspektem w jakości psychologicznego funkcjonowania są badania L. Sadati i in. (2013), które wykazały, że przedoperacyjne wizyty pielęgniarskie mogą zmniejszyć poziom lęku przedoperacyjnego i powikłań pooperacyjnych. Z kolei R. Minasiewicz, J. Urban, Z. Szalkowski i D. Kukowska (2015)

wykazali ciekawą zależność między poziomem jakości życia u pacjentów poddanych zabiegowi laparoskopowej cholecystektomii a dobą wypisu ze szpitala. Sugerują, że wypis z punktu widzenia pacjenta jest najbardziej odpowiedni w drugiej dobie po zabiegu, uwzględniając poziom jakości życia. Ocena jakości życia w pierwszych dobach po zabiegu jest niezwykle ważna z punktu widzenia terapii. Należy dążyć do zaspokojenia potrzeb i częściowej kompensacji chwilowo utraconych możliwości, aby zmaksymalizować jakość życia w tym okresie, szczególnie w kwestii sfery fizycznej. Niewystarczająca i fragmentaryczna wiedza płynąca z aktualnych badań w tym zakresie powinna być uzupełniona o szerszą analizę na większej populacji.

Oceniając wpływ czynników socjodemograficznych na odczuwanie bólu po zabiegu cholecystektomii laparoskopowej, wykazano, że istnieje związek pomiędzy czynnikami socjodemograficznymi a stopniem odczuwania bólu po zabiegu. Istotna okazała się płeć badanych i jej znaczenie w odczuwaniu poziomu doznań bólowych. Kobiety wykazały istotny statystycznie wyższy poziom dolegliwości bólowych zarówno o charakterze sensorycznym, jak i emocjonalnym niż określono to w grupie mężczyzn. Wynik ten pokrywa się z badaniami innych autorów (Gawalkiewicz, Ślusarz, 2017). W badaniach własnych nie stwierdzono związku między wiekiem badanych a doznaniem bólowym, również miejsce zamieszkania i wykształcenie nie miały statystycznego znaczenia w odczuwaniu dolegliwości bólowych. Kamica żółciowa statystycznie częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn i to kobiety są znacznie częściej hospitalizowane z tego powodu. Ten stan rzeczy ma odzwierciedlenie również w niniejszych badaniach. Wśród 150 respondentów kobiety stanowiły 68,7% badanych. Wnioski te powinny być podstawą do stworzenia badań w zakresie różnicowania demograficznego, a w następstwie opracowania rozbieżnych standardów postępowania zależnie od płci pacjentów.

Otyłość jest współcześnie źródłem wielu problemów zdrowotnych, z którymi musi zmagać się społeczeństwo. Zwyczajowo większość osób popełnia błędy dietetyczne, które w konsekwencji prowadzą do otyłości. Wzrost odsetka społeczeństwa, które zmagają się z otyłością prowadzi do nowych wyzwań w opiece nad pacjentami. W polskiej literaturze jest niewiele informacji na temat badań przeprowadzonych z udziałem osób otyłych w ujęciu laparoskopowej cholecystektomii, a piśmiennictwo zagraniczne traktuje ten temat wybiórczo. Obserwacje kliniczne i doświadczenie praktyczne personelu niejednokrotnie wskazywały na powiązanie odczuwania dolegliwości bólowych z masą ciała. Na tej podstawie powstała hipoteza, że istnieje związek między odczuwaniem bólu po zabiegu cholecystektomii laparoskopowej a czynnikami medycznymi, takimi jak obciążenie chorobami współistniejącymi, BMI czy tryb przyjęcia. Badania potwierdzają, że wskaźnik BMI miał istotnie statystyczny wpływ na poziom natężenia bólu pooperacyjnego ocenianego za pomocą skali VAS. Wskaźnik BMI natomiast nie miał wpływu na ból sensoryczny i emocjonalny. Badania innego autora wskazują na brak zależności pomiędzy BMI a rokowaniem pacjenta, zabiegiem i czasem trwania operacji. Nie wskazują jednak na dolegliwości bólowe, jakie pacjenci otyli zgłaszają (Tkachuk i in., 2020). Dane dotyczące chorych otyłych poddawanych cholecystektomii laparoskopowej traktują aspekty opieki bardzo wybiórczo, mało jest informacji o dolegliwościach bólowych. Badanie takie powinno zostać przeprowadzone na szerszą skalę, biorąc pod uwagę wskaźnik BMI i ogólną ocenę stopnia odżywienia. Istotny był również aspekt chorób współistniejących, który rzutował na odczuwanie natężenia dolegliwości bólowych. Natężenie ocenione za pomocą skali VAS rosło

wraz z liczbą chorób współistniejących – u pacjentów bez chorób współistniejących wyniosło średnio 5,7 pkt., a w grupie pacjentów z więcej niż 2 współistniejącymi chorobami wzrosło do 7,1 pkt. Natężenie bólu było też wyższe u pacjentów przyjętych w trybie ostrym i wyniosło średnio 6,9 pkt. W tej grupie również charakter emocjonalny bólu był wyższy niż u chorych przyjętych w trybie planowym i wyniósł 20,4%.

Podsumowanie

Bardziej skoncentrowane narzędzia badawcze mogłyby przyczynić się do stworzenia gotowych algorytmów w postępowaniu anelgetycznym, mających zastosowanie w konkretnych grupach chorych, narażonych na występowanie dolegliwości bólowych o większym nasileniu. Badanie wykazało zależności między wielochorobowością, wskaźnikiem BMI i trybem przyjęcia na odczuwanie dolegliwości bólowych po zabiegu. Na podstawie pozostałych wyników opracowano następujące wnioski:

- 1) Personel pielęgniarski znacząco wpływa na jakość życia pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej poprzez rozpoznawanie potrzeb chorego, wdrożenie interwencji, aż po kompensację chwilowo utraconych zdolności samoopieki. W celu sprawowania profesjonalnej opieki pielęgniarskiej należy pozyskać pacjenta do współpracy i określić z chorym jasne sposoby komunikacji, zapewniającej mu komfort psychiczny podczas sygnalizowania swoich potrzeb.
- 2) Zabieg cholecystektomii laparoskopowej wpływa na odczucia pacjentów, występujące obawy o ból i powrót do codzienności po zabiegu oraz obawy związane z hospitalizacją.
- 3) Zabieg cholecystektomii laparoskopowej wpływa na natężenie i charakter bólu opisany za pomocą skali VAS i kwestionariusza McGill w skróconej wersji.
- 4) Zabieg cholecystektomii laparoskopowej wpływa na jakość życia pacjentów w okresie pooperacyjnym, a szczególnie na funkcjonowanie fizyczne.
- 5) Istnieje związek pomiędzy odczuwaniem bólu przez pacjentów po cholecystektomii laparoskopowej a czynnikami socjodemograficznymi – kobiety wykazują dużo silniejsze odczuwanie dolegliwości bólowych niż mężczyźni.
- 6) Istnieje związek między odczuwaniem bólu po zabiegu cholecystektomii laparoskopowej a czynnikami medycznymi, takimi jak obciążenie chorobami współistniejącymi, BMI czy tryb przyjęcia. Osoby z więcej niż 2 chorobami współistniejącymi, wyższym BMI i te z grupy przyjętych w trybie ostrym wykazują większy poziom dolegliwości bólowych, a także inny charakter bólu.
- 7) Istnieje związek między jakością życia a dolegliwościami bólowymi po cholecystektomii laparoskopowej, wzrost dolegliwości bólowych jest odwrotnie proporcjonalny do jakości życia pacjenta po zabiegu.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Potencjalny ból spowodowany zabiegiem czy każdą procedurą medyczną jest jedną z najczęstszych przyczyn obaw pacjenta, a w konsekwencji dyskomfortu spowodowanego hospitalizacją. Obecnie eliminacja bądź łagodzenie dolegliwości bólowych jest jednym z głównych celów zespołów interdyscyplinarnych, sprawujących profesjonalną opiekę nad pacjentami w placówkach medycznych. Opracowywanie nowych technik zabiegowych w ramach świadczeń medycznych powinno pociągać za sobą badanie ich następstw, co w konsekwencji przełoży się na komfort pacjenta. Omawiając technikę laparoskopii w ujęciu cholecystektomii, pierwszym i najważniejszym punktem jest skrócenie czasu hospitalizacji chorego oraz względna minimalizacja potencjalnego ryzyka. Następstwem tej metody są niespecyficzne wyzwania, jakie niesie ze sobą opieka nad pacjentem operowanym laparoskopowo. Mając na uwadze praktykę pielęgniarską opartą na dowodach naukowych, aby sprawować opiekę profesjonalną, najpierw trzeba zbadać prawidłowości, jakie wynikają z zabiegu i w oparciu o nie wdrażać odpowiednie postępowanie.

Rolą zespołu pielęgniarskiego w farmakoterapii będzie też edukacja pacjenta i objaśnienie mu istoty leczenia analgetycznego. Niezwykle ważną rolę w uśmierzaniu bólu pooperacyjnego odgrywa edukacja pacjenta z zakresu metod oceny bólu po zabiegu, sposobu walki z bólem i znaczenia analgezji dla procesu leczniczego. Dobrą praktyką będzie omówienie z pacjentem jego preferencji w zakresie walki z bólem i jego poprzednich doświadczeń, wyczerpiecie go na to, jak ważne jest, aby przekazywał personelowi informacje o swoim stanie zdrowia zgodnie ze stanem faktycznym, a także zapewnienie go o wdrożeniu postępowania, jak tylko ból osiągnie wcześniej umówiony poziom.

Bibliografia

- Duncan, F., Day, R., Haigh, C., Gill, S. (2014). First Steps Toward Understanding the Variability in Acute Pain Service Provision and the Quality of Pain Relief in Everyday Practice Across the United Kingdom. *Pain Medicine*, 15, 142-153.
- Gawalkiewicz, P., Ślusarz, R. (2017). Wybrane aspekty doświadczania bólu przez pacjentów po cholecystektomii. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 3(2), 44-64.
- Grochans, E., Hyrcza, V., Kuczyńska, M. i in. (2011). Subiektywna ocena bólu pooperacyjnego u pacjentów po wybranych zabiegach chirurgicznych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Anestezjologiczne*, 2, 82-87.
- Jurczak, A., Kiryk, A., Kotwas, A., Pawlik, J., Celewicz, A., Szkup, M., Grochans, E. (2015). Ocena jakości opieki pielęgnacyjnej w zakresie bólu pooperacyjnego. *Family Medicine & Primary Care Review*, 17(2), 107-110.
- Mędrzycka-Dąbrowska, W. (2024). *Uśmierzanie bólu pooperacyjnego w zaawansowanej praktyce pielęgniarskiej*. Wrocław, Edra Urban&Partner.
- Minasiewicz, R., Urban, J., Szałkowski, Z., Kukowska, D. (2016). Ocena jakości życia pacjentów po usunięciu pęcherzyka żółciowego metodą klasyczną lub laparoskopową. *Zeszyty Naukowe*, 47-71.

- Misiólek, H., Zajączkowska, R., Daszkiewicz, A. i in. (2018). Postępowanie w bólu pooperacyjnym stanowisko Sekcji Znieczulenia Regionalnego i Terapii Bólu Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Polskiego Towarzystwa Znieczulenia Regionalnego i Leczenia Bólu, Polskiego Towarzystwa Badania Bólu oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 50(3), 175-203.
- Oderda, G. (2012). Challenges in the Management of Acute Postsurgical Pain. *Pharmacotherapy*, 32(9 Pt 2), 6-11.
- Pietruszewska, A., Moczydłowska, A., Gomuła, A. (2017). Wiedza pielęgniarek na temat powikłań pooperacyjnych po cholecystektomii. *Zeszyty Naukowe*, 65, 135-142.
- Sadati, L., Pazouki, A., Mehdizadeh, A., Shoar, S., Tamannaie, Z., Chaichain, S. (2013). Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 994-998.
- Ścisło, L. (2020). *Pielęgniarstwo Chirurgiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Tkachuk, O., Chanturidze, A., Pashunskyi, Y., Reyti, A., Kebkalo, A. (2020). Chirurgiczne leczenie ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego u pacjentów otyłych. *Polish Journal of Surgery*, 92(5), 37-42.
- Wypyszewska, J., Kopański, Z., Kulesa-Mrowiecka, M., Rowiński J., Furmanik F., Tabak, J., Kieczka-Radzikowska, K., Liniarski, M. (2018). Kliniczna ocena bólu. *Jurnal of Clinical Healthcare*, 2, 6-11.

Ocena jakości życia pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa obrazowanych metodą rezonansu magnetycznego

(Dominika Kamińska, Ewelina Aleksander¹, Dorota Poręba², Stanisława Talaga³)

Wprowadzenie

Zespoły bólowe kręgosłupa należą do najczęstszych dolegliwości dotyczących większość populacji, a chociaż nie zagrażają życiu, to stanowią poważny problem współczesnej medycyny. Ból może wystąpić w dowolnym miejscu kręgosłupa, jednak w większości przypadków znajduje się w okolicy lędźwiowej (Milanov, 2014; Sąsiadek, Bładowska, 2012). Styl życia, a głównie fizjologiczna pozycja ciała – czyli nieostrożna i zbyt częsta pozycja siedząca, powoduje wczesne zmiany zwyrodnieniowe (Koszela, Krukowska, Woldańska-Okońska, 2017; Łabuz-Roszak i in., 2018). Zespół bólu kręgosłupa prowadzi do ograniczeń w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.

Ból miejscowy oraz rozlany w schorzeniach kręgosłupa spowodowany jest podrażnieniem różnych struktur układu nerwowego. Może powodować dolegliwości promieniujące poza obszar, z którego się wywodzi. Ten rodzaj bólu nie jest odczuwany tam, gdzie powoduje go patologia, ale objawia się w wewnętrznej części podrażnionego nerwu (Koszela i in., 2017). Badania obrazowe stosowane w diagnostyce zespołów bólowych kręgosłupa obejmują zdjęcia rentgenowskie, tomografię komputerową (CT) i rezonans magnetyczny (MRI). Rezonans magnetyczny kręgosłupa daje możliwość uzyskania bardzo precyzyjnych obrazów poszczególnych struktur anatomicznych kręgosłupa (Babińska i in., 2018; Głowska i in., 2017).

Ból jest wielowymiarowym oraz subiektywnym doświadczeniem trudnym do bezpośredniej i obiektywnej oceny. Intensywność odczuwania bólu jest ściśle związana z osobowością i stanem psychicznym pacjenta (Kopka, 2019). Życie z przewlekłą chorobą, jaką bez wątpienia jest przewlekły zespół bólowy kręgosłupa, często oznacza, że pacjent musi przeddefiniować swoje możliwości. Istotnym problemem, z jakim borykają się pacjenci z tym schorzeniem, są również problemy emocjonalne i depresja, które wpływają zarówno na fizyczną, jak też psychiczną jakość życia (Śliwiński i in., 2017). Jakość życia jest jednym z najważniejszych zagadnień badawczych, wynikającym z założenia, że najważniejszymi czynnikami życia człowieka są: samozadowolenie, szczęście, poczucie samorealizacji, zadowolenia z życia i jego sens (Telka, 2013; Załuski, 2014). Doświadczenie choroby, a zwłaszcza przewlekłej choroby somatycznej, często może wiązać się z dużym dyskomfortem, w wyniku czego pacjenci uważają, że ich jakość życia uległa znacznemu obniżeniu. Uczucia dotyczące jakości życia to kategoria subiektywna, która zazwyczaj dotyczy oceny wartości swojego życia, porównując stan obecny ze stanem poprzednim i określając zdolność organizmu do dalszego funkcjonowania (Raniszewska-Wyrwa, 2013).

¹ OPTI-MED Sp. z o.o. Rezonans Magnetyczny, Tomografia Komputerowa, USG, Endoskopia, RTG Mammografia.

² Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu, Instytut Medyczny.

³ Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Sączu, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu.

Cel pracy

Celem pracy była analiza jakości życia pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa. Aby go osiągnąć, sformułowano kilka pytań problemowych:

- Jaka jest jakość życia w badanej grupie?
- Jak nasilenie bólu wpływa na jakość życia i ograniczenia funkcjonalności w badanej grupie?
- Jak ograniczenia funkcjonalności wpływają na jakość życia w badanej grupie?
- Jak parametry socjodemograficzne wpływają na jakość życia w badanej grupie?
- Jak obciążenie chorobami współistniejącymi wpływa na jakość życia i funkcjonowanie w badanej grupie pacjentów?

Material i metoda

Badaniami objęto 100 pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa, diagnozowanych metodą rezonansu magnetycznego.

W przeprowadzonych badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankiety, a narzędzia stanowiły: kwestionariusz ankiety własnego autorstwa oraz narzędzia standaryzowane, tj.: skala oceny jakości życia WHOQOL-BREF, która służy do oceny 4 dziedzin życia (psychicznej, fizycznej, relacji społecznych, środowiskowej). Im więcej punktów pacjent uzyska w każdej dziedzinie, tym wyższy jest poziom jakości życia; Kwestionariusz Oswestry (ang. *Oswestry Disability Index* – ODI), który pozwala na ocenę niepełnosprawności, spowodowaną dolegliwościami bólowymi kręgosłupa; a także numeryczna skala oceny bólu – NRS.

Kwestionariusze WHOQOL-BREF opracowano zgodnie z kluczem, a wyniki przedstawiono za pomocą parametrów rozkładu (średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe, mediana, wartość najmniejsza i wartość największa).

W analizie statystycznej stosowano: test t-Studenta dla grup niezależnych, jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA, korelację liniową Pearsona. Poziom $p \leq 0,05$ przyjęto za poziom istotności dla weryfikacji przeprowadzonych testów statystycznych. Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 13 PL.

Wyniki

Badania przeprowadzono na grupie 100 pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa, diagnozowanych metodą rezonansu magnetycznego w wieku od 18 lat do 72 lat. Średnia wieku badanych pacjentów wynosiła 40,8 lat, a najwięcej osób było w grupie wiekowej 31-50 lat.

Wskaźnik BMI badanych wahał się od 17,4 kg/m² do 35,8 kg/m². Średnia wartość BMI wynosiła 25,4 kg/m². U blisko połowy badanych (46%) wskaźnik BMI był w normie. Nadwaga występowała u 39% badanych, a otyłość u 14% badanych z zespołem bólowym kręgosłupa.

Najwięcej badanych posiadało wykształcenie średnie – 35%, wyższe miało 30% badanych, zawodowe 26%, a podstawowe 9% badanych.

Większość badanych wskazała, że jest aktywna zawodowo – 69%, w tym pracę fizyczną wykonywało 42%, a umysłową 27%. Wykonywana praca u 40% badanych wymagała długiego siedzenia. Dźwiganie obciążało 39% badanych, a praca wymagająca długotrwałego stania obejmowała 38% osób. Praca wymagająca długotrwałego chodzenia była wykonywana przez 32% badanych. Czynności wymagające skręcania i/lub zginania tułowia stanowiły wymogi pracy mniej niż 30% badanych.

Ponad połowa badanych (60%) odczuwała dolegliwości bólowe ze strony kręgosłupa od co najmniej 5 lat. Dolegliwości bólowe trwające krócej niż rok występowały u 23% badanych, a dolegliwości bólowe trwające od roku do 5 lat występowały u 37% badanych. Dolegliwości bólowe trwające dłużej występowały u 40% badanych: od 6 lat do 10 lat (20%), od 11 lat do 15 lat (10%) i powyżej 15 lat (10%).

Na ból, który występował raz w tygodniu, wskazało 38% badanych, a tylko u 4% ból pojawiał się raz na kilka miesięcy. Badani wskazali, że ból lokalizował się najczęściej w odcinku lędźwiowym (47%) i szyjnym kręgosłupa (37%), a w odcinku guzicznym u 8% osób.

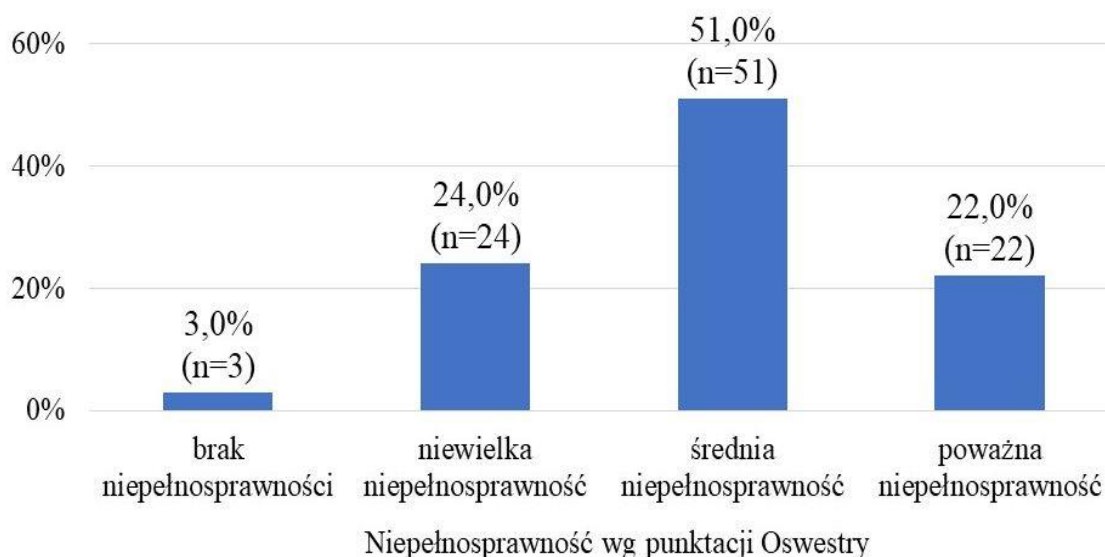
Nasilenie bólu oceniane przez badanych pacjentów występowało w zakresie od 1 pkt. do 9 pkt. w skali NRS. Średnie natężenie bólu w badanej grupie pacjentów wynosiło 5,2 pkt. (tabela 1).

Z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa współistniały inne choroby, dotyczące: układu krążenia (37%), narządu ruchu (32%), układu oddechowego (26%), cukrzycy (16%) i chorób tarczycy (10%).

Analizowano stopień ograniczenia funkcjonalności w badanej grupie z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa. Średni stopień ograniczenia funkcjonalności w badanej grupie pacjentów wynosił 43,51%.

Wśród czynności ocenianych w kwestionariuszu Oswestry najbardziej ograniczone były w kolejności malejącej: podnoszenie przedmiotów, ograniczenia związane z intensywnością bólu, stanie, siedzenie i podróżowanie, a także życie towarzyskie.

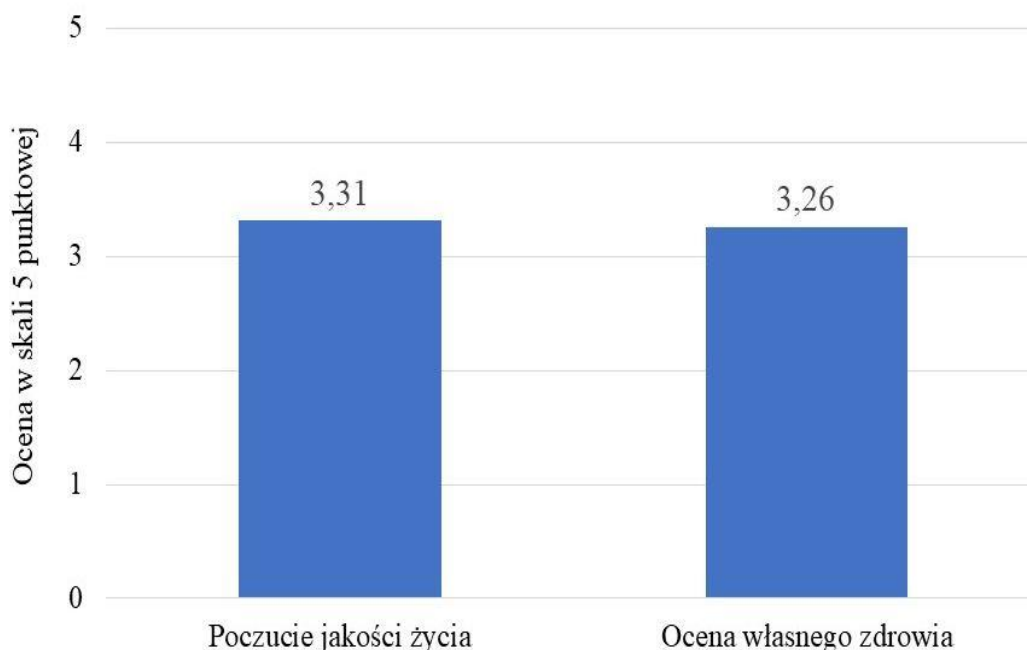
Na podstawie wyników surowych stwierdzono, że u nieco ponad połowy badanych (51%) występowała niepełnosprawność na poziomie średnim. Poważna niepełnosprawność występowała u 22% badanych, a bardzo małą grupę, 3%, stanowiły osoby, u których nie występował żaden rodzaj niepełnosprawności (rycina 1).



Rycina 1. Ocena niepełnosprawności na podstawie kwestionariusza Oswestry w grupie badanych pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa.

Źródło: własne.

Analizowano jakość życia badanych z zespołem bólowym kręgosłupa. Stwierdzono, że zarówno poczucie jakości życia (3,31 pkt.), jak i ocena własnego zdrowia (3,26 pkt.) mieściły się powyżej połowy przyjętej skali (rycina 2).



Rycina 2. Poczucie jakości życia i ocena własnego zdrowia w grupie badanych pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa.
Źródło: własne.

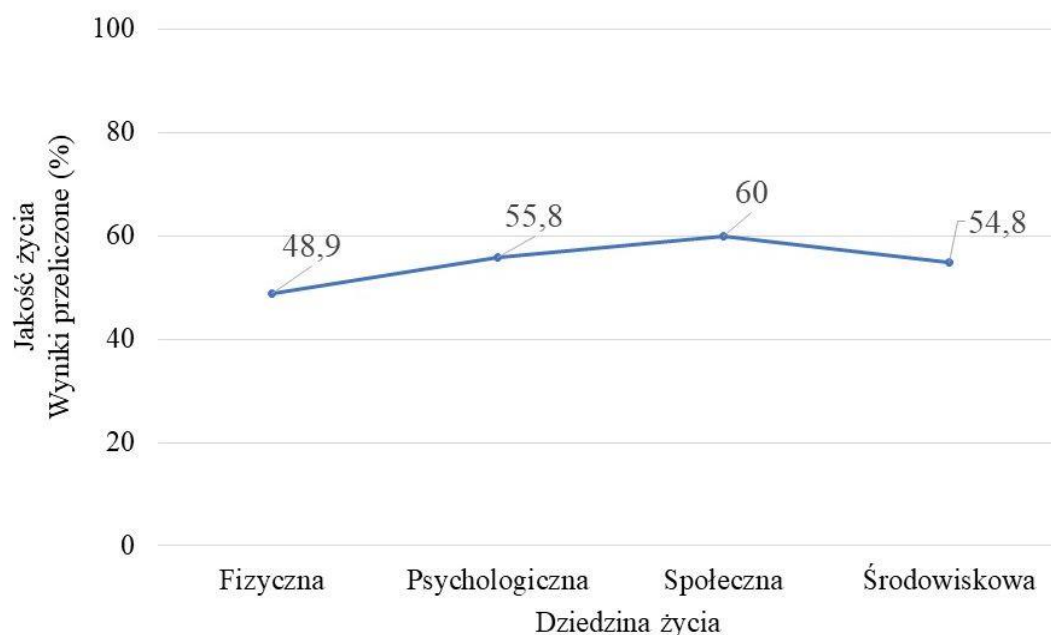
Jakość życia badanych kształtowała się na średnim poziomie od 50 pkt. do 60 pkt., w zależności od dziedziny życia według kwestionariusza WHOQOL-BREF. Najniższa średnia jakość życia w badanej grupie występowała w dziedzinie fizycznej, następnie w kolejności rosnącej jakość życia w dziedzinie środowiskowej wynosiła średnio 54,8 pkt., w dziedzinie psychologicznej 55,8 pkt., a w społecznej 60 pkt. (tabela 1, rycina 3).

Tabela 1
Jakość życia badanych według kwestionariusza WHOQOL-BREF

Dziedzina życia	Jakość życia (wyniki przeliczone do skali 100 punktowej)				
	Średnia	Odch. std	Me	min	max
Fizyczna	48,9	13,3	50	19	81
Psychologiczna	55,8	13,8	56	25	94
Społeczna	60,0	21,0	56	19	100
Środowiskowa	54,8	12,1	56	31	88

Źródło: własne.

Graficznie jakość życia badanych według kwestionariusza WHOQOL-BREF przedstawia rycina 3.



Rycina 3. Średni profil jakości życia w grupie badanych z zespołem bólowym kręgosłupa.
Źródło: własne.

Kolejno analizowano wpływ nasilenia bólu na jakość życia i ograniczenia funkcjonalności w badanej grupie.

Korelacja wyraźna, wprost proporcjonalna, występowała pomiędzy nasileniem bólu a ograniczeniem funkcjonalności badanych. Im większy ból odczuwali badani, tym większe było występujące u nich ograniczenie funkcjonalności. Wpływ nasilenia bólu na jakość życia badanych był słaby, odwrotnie proporcjonalny lub w ogóle nie występował (tabela 2, rycina 4).

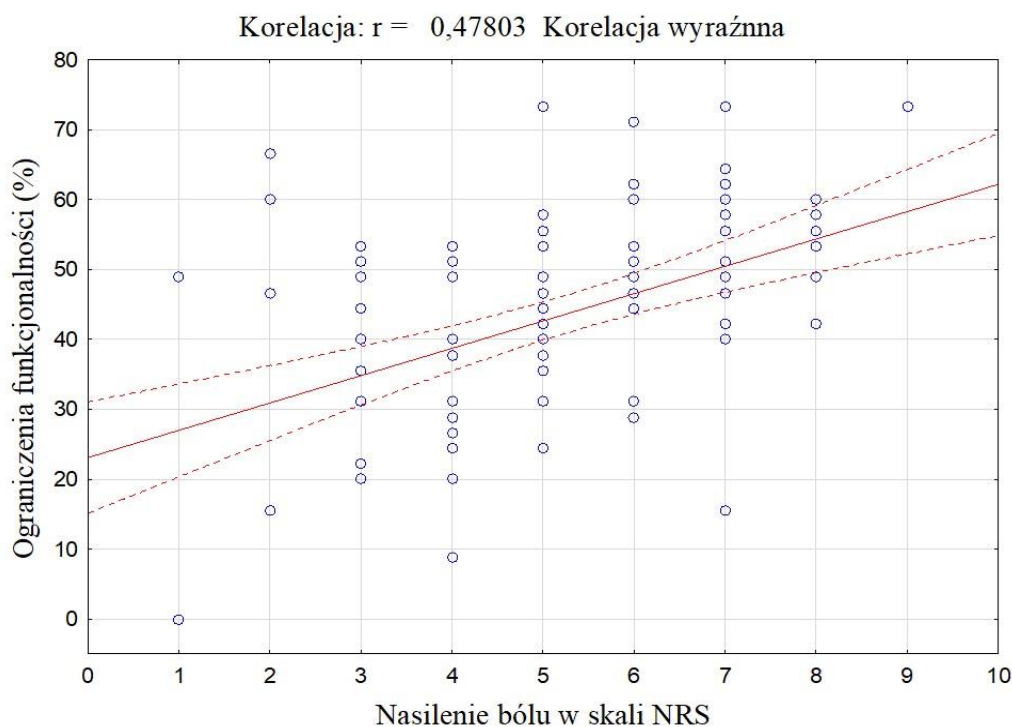
Tabela 2

Wpływ nasilenia bólu na jakość życia i funkcjonowanie badanych

		Nasilenie bólu (skala NRS)	Siła związku
Ograniczenia funkcjonalności (%)		$r=0,4780$	Korelacja wyraźna
Jakość życia w dziedzinach	fizycznej	$r=-0,2585$	Korelacja słaba
	psychologicznej	$r=-0,1971$	Korelacja słaba
	społecznej	$r=-0,0913$	Brak korelacji
	środowiskowej	$r=-0,1966$	Korelacja słaba

r – współczynnik korelacji

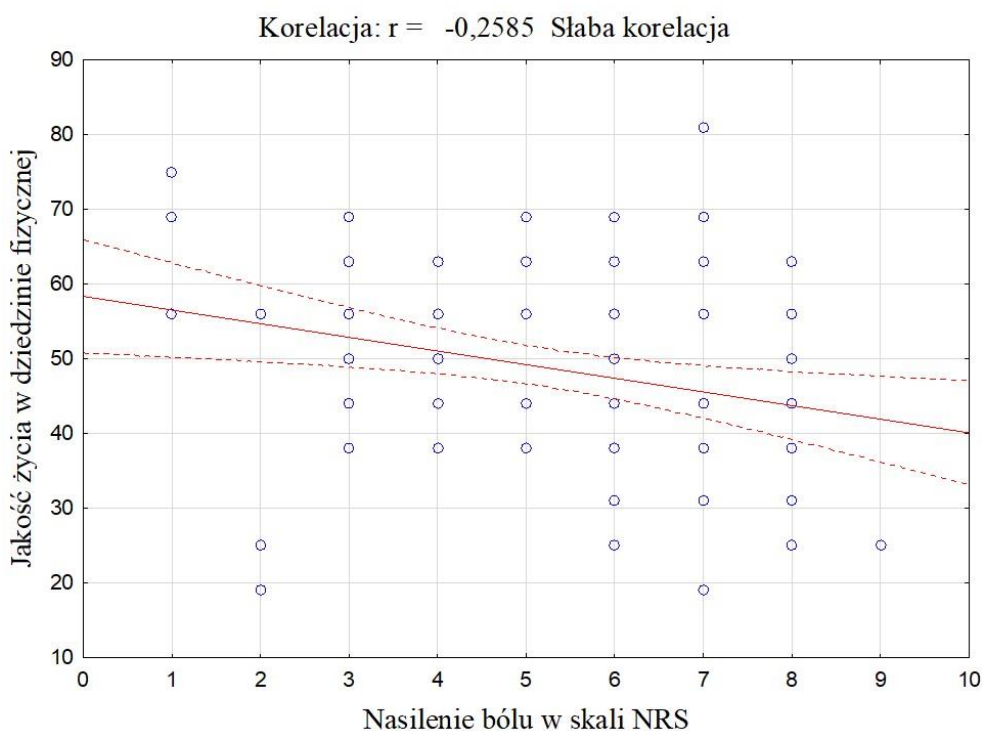
Źródło: własne.



Rycina 4. Wpływ nasilenia bólu na ograniczenie funkcjonalności w grupie badanej z zespołem bólowym kręgosłupa.

Źródło: własne.

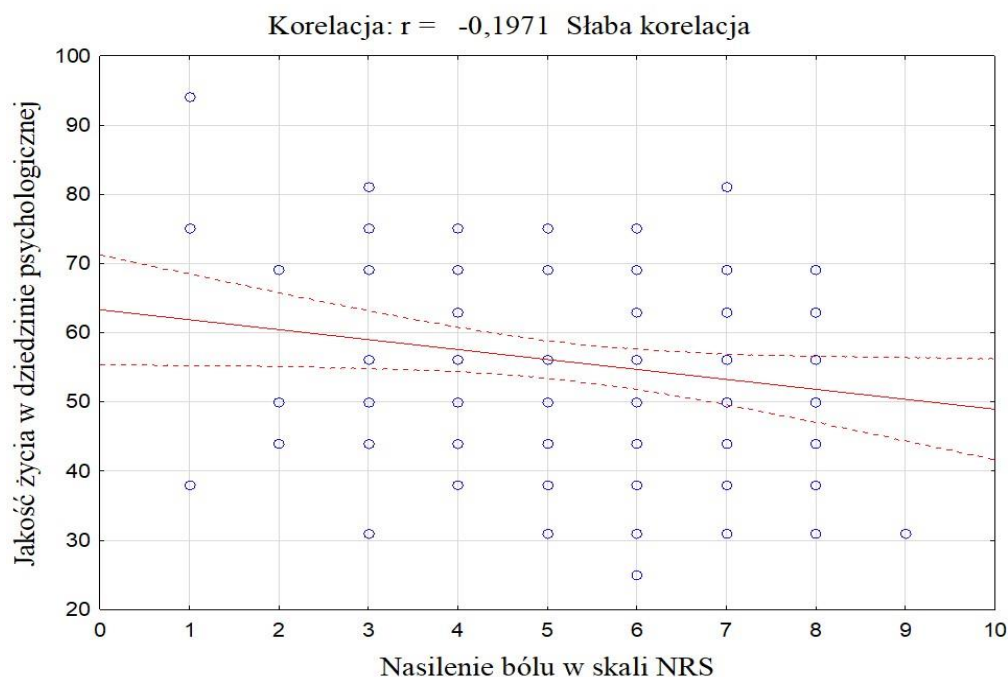
Wraz ze wzrostem nasilenia bólu obserwuje się słaby spadek jakości życia w dziedzinie fizycznej w badanej grupie (rycina 5).



Rycina 5. Wpływ nasilenia bólu na jakość życia w dziedzinie fizycznej w grupie badanej.

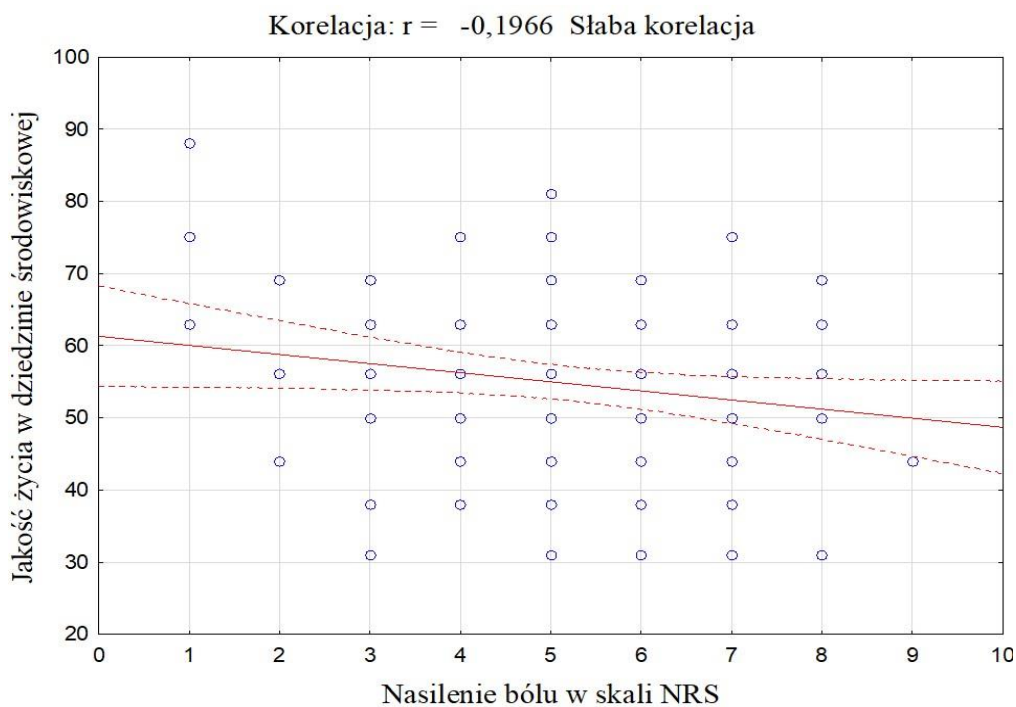
Źródło: własne.

Wraz ze wzrostem nasilenia bólu obserwuje się słaby spadek jakości życia w dziedzinie psychologicznej w badanej grupie (rycina 6).



Rycina 6. Wpływ nasilenia bólu na jakość życia w dziedzinie psychologicznej w grupie badanej.
Źródło: własne.

Wraz ze wzrostem nasilenia bólu obserwuje się słaby spadek jakości życia w dziedzinie środowiskowej w badanej grupie (rycina 7).



Rycina 7. Wpływ nasilenia bólu na jakość życia w dziedzinie środowiskowej w grupie badanej.
Źródło: własne.

Analizowano ograniczenia funkcjonalności i ich wpływ na jakość życia w badanej grupie.

Poziom ograniczenia funkcjonalności miał wyraźny odwrotnie proporcjonalny wpływ na jakość życia badanych w dziedzinie fizycznej ($r=-0,4579$). Ze zwiększaniem ograniczenia funkcjonalności badanych obserwowano wyraźny spadek ich jakości życia w dziedzinie fizycznej (tabela 3, rycina 8).

Ograniczenie funkcjonalności miało słaby wpływ na jakość życia w dziedzinach: psychologicznej, społecznej i środowiskowej (tabela 3).

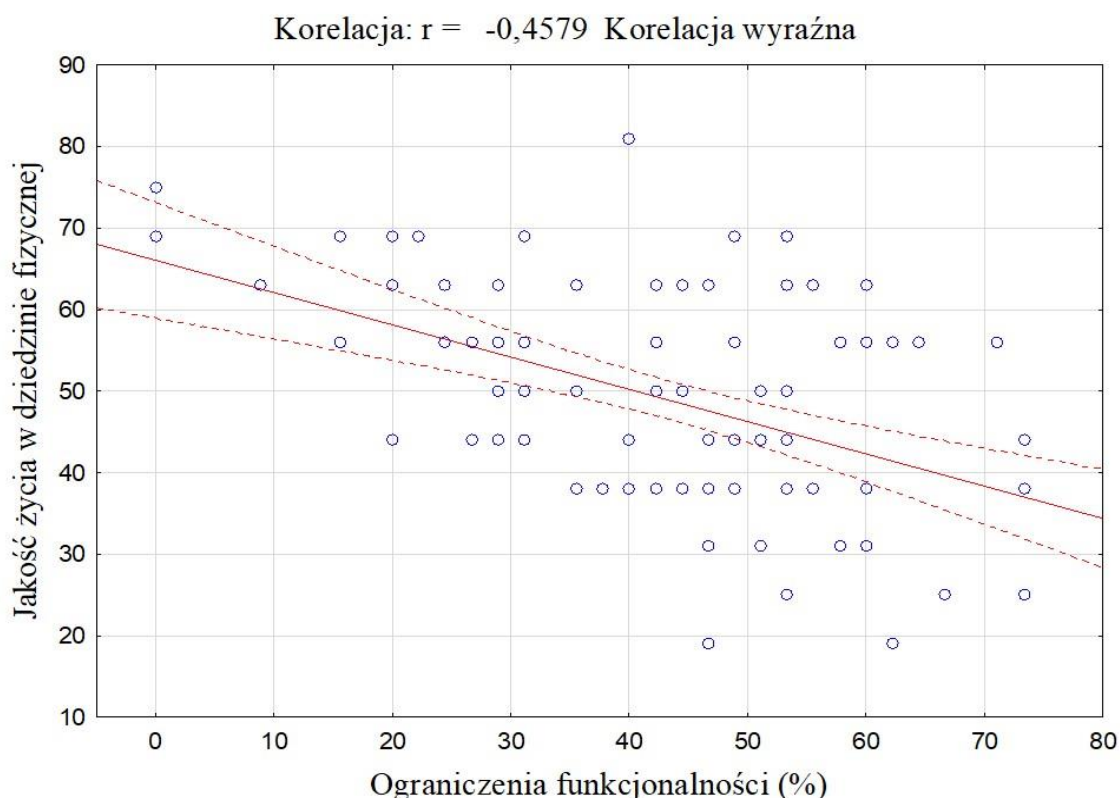
Tabela 3

Wpływ nasilenia bólu na jakość życia i funkcjonowanie badanych

Jakość życia w dziedzinie	Ograniczenia funkcjonalności (%)	Sila związku
Fizycznej	$r=-0,4579$	Korelacja wyraźna
Psychologicznej	$r=-0,3336$	Korelacja słaba
Społecznej	$r=-0,2220$	Korelacja słaba
Środowiskowej	$r=-0,3417$	Korelacja słaba

r – współczynnik korelacji

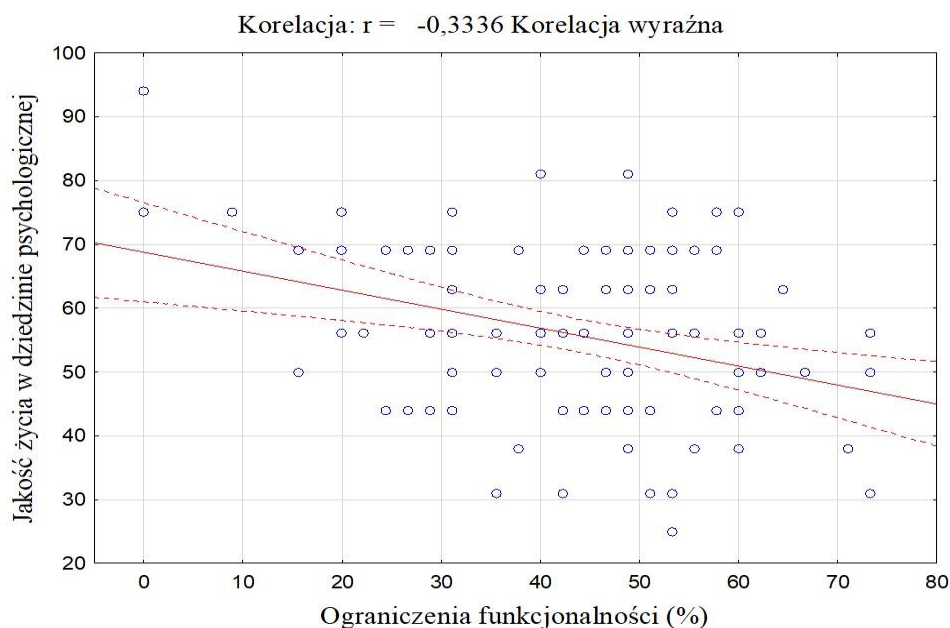
Źródło: własne.



Rycina 8. Wpływ ograniczenia funkcjonalności na jakość życia w dziedzinie fizycznej w grupie badanej.

Źródło: własne.

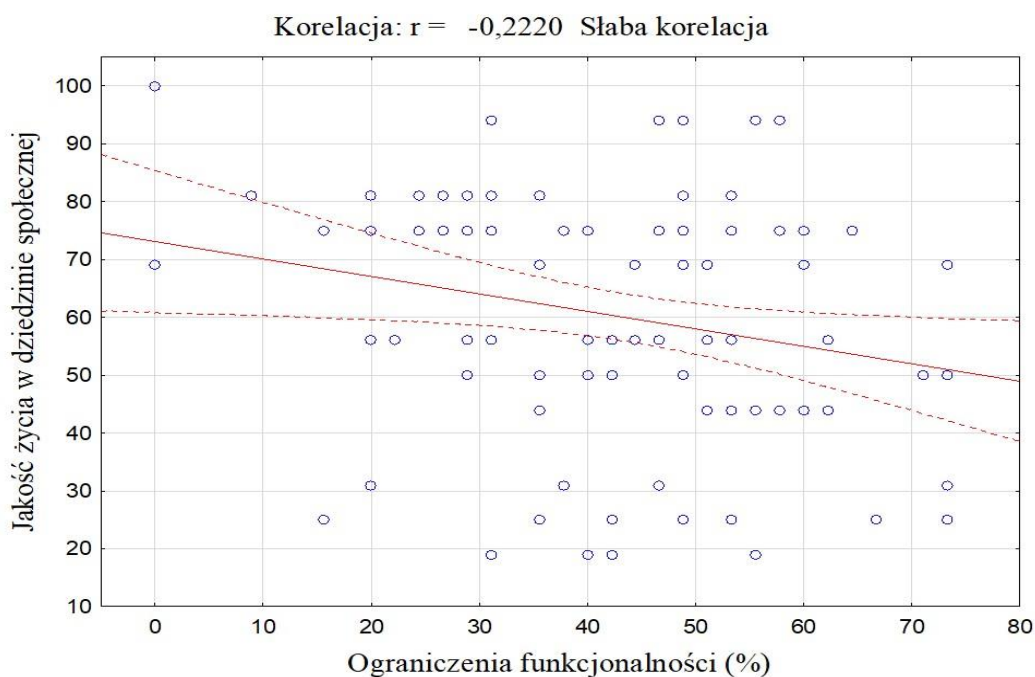
Ze wzrostem ograniczenia funkcjonalności obserwuje się słaby spadek jakości życia w dziedzinie psychologicznej w badanej grupie z zespołem bólowym kręgosłupa (rycina 9).



Rycina 9. Wpływ ograniczenia funkcjonalności na jakość życia w dziedzinie psychologicznej w grupie badanej.

Źródło: własne.

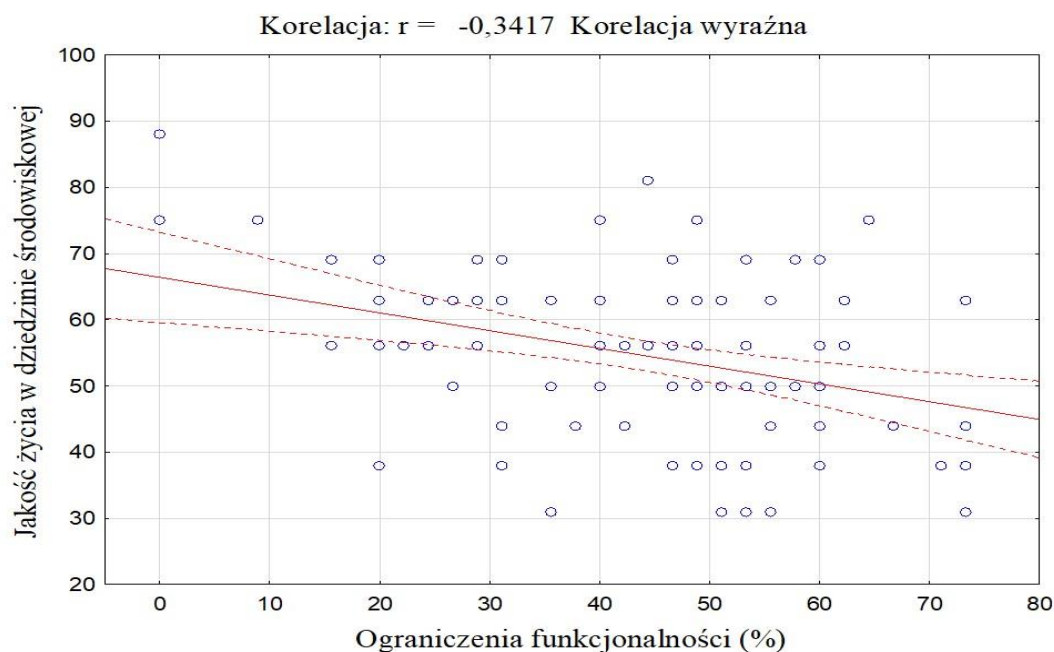
Wraz ze wzrostem ograniczenia funkcjonalności obserwuje się słaby spadek jakości życia w dziedzinie społecznej w badanej grupie (rycina 10).



Rycina 10. Wpływ ograniczenia funkcjonalności na jakość życia w dziedzinie społecznej w grupie badanej.

Źródło: własne.

Ze wzrostem ograniczenia funkcjonalności obserwuje się słaby spadek jakości życia w dziedzinie środowiskowej w badanej grupie (rycina 11).



Rycina 11. Wpływ ograniczenia funkcjonalności na jakość życia w dziedzinie środowiskowej w grupie badanej.

Źródło: własne.

Analizowano wpływ danych socjodemograficznych na jakość życia w badanej grupie.

Wiek badanych z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa korelował wyraźnie odwrotnie proporcjonalnie z ich jakością życia w dziedzinie psychologicznej. W starszej grupie wiekowej obserwuje się wyraźny spadek jakości życia w dziedzinie psychologicznej niż u młodszych. Nie stwierdzono korelacji między wiekiem a jakością życia w dziedzinie fizycznej, a korelacja wieku z jakością życia w dziedzinie społecznej i środowiskowej była bardzo słaba (rycina 12).

Korelacja BMI z jakością życia badanych we wszystkich dziedzinach życia była bardzo słaba (tabela 4).

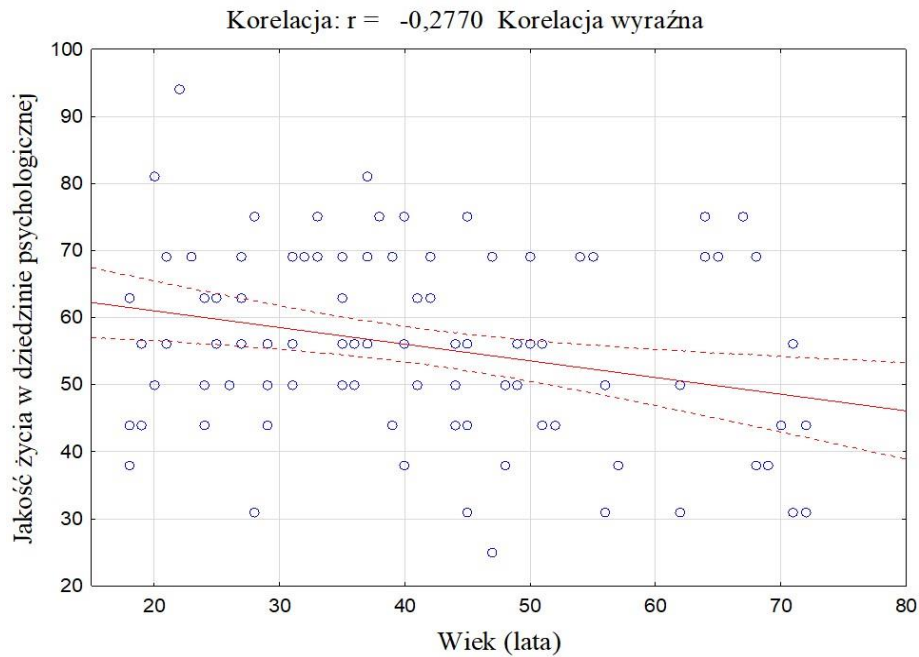
Tabela 4

Wpływ wieku i BMI na jakość życia badanych

Jakość życia	Wiek (lata)		BMI (kg/m ²)	
Dziedzina fizyczna	$r=-0,0643$	brak korelacji	$r=-0,1553$	korelacja bardzo słaba
Dziedzina psychologiczna	$r=-0,2770$	korelacja wyraźna	$r=-0,1678$	korelacja bardzo słaba
Dziedzina społeczna	$r=-0,1176$	bardzo słaba korelacja	$r=-0,1916$	korelacja bardzo słaba
Dziedzina środowiskowa	$r=-0,1658$	bardzo słaba korelacja	$r=-0,1133$	korelacja bardzo słaba

r – współczynnik korelacji

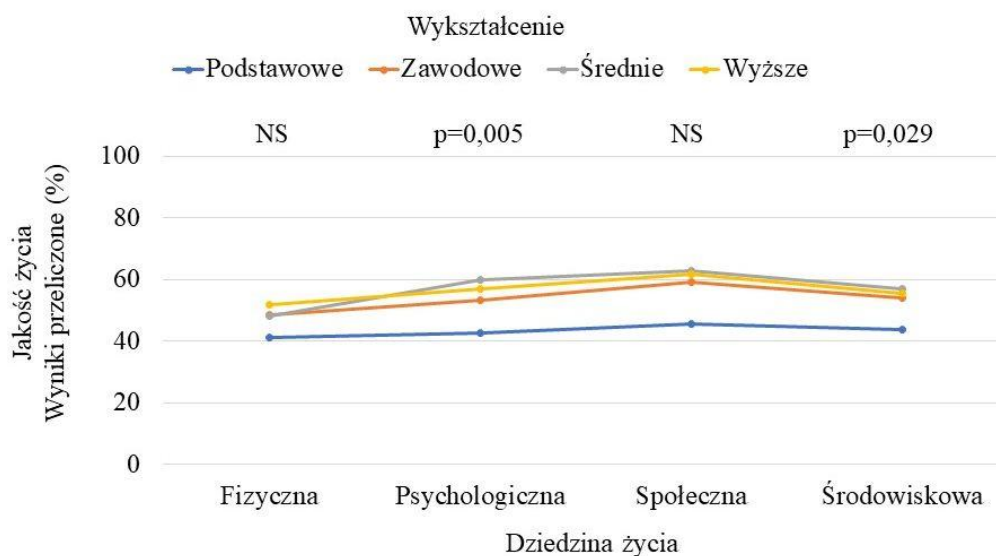
Źródło: własne.



Rycina 12. Wpływ wieku na jakość życia w dziedzinie fizycznej w grupie badanej.
Źródło: własne.

Płeć, stan cywilny i status badanych nie miały wpływu na poziom ich jakości życia.

Natomiast wykształcenie badanych miało istotny wpływ na ich jakość życia w dziedzinie psychologicznej ($p=0,005$) oraz dziedzinie środowiskowej ($p=0,029$). Różnice występowały pomiędzy jakością życia z wykształceniem podstawowym a jakością życia z wykształceniem średnim, zawodowym i wyższym, pomiędzy którymi nie ma istotnych różnic. Jakość życia osób z wykształceniem podstawowym była najniższa we wszystkich dziedzinach życia, ale w dziedzinie fizycznej i społecznej obserwowane różnice były bez istotności statystycznej (rycina 13).



Rycina 13. Wpływ wykształcenia na jakość życia w dziedzinie fizycznej w grupie badanej z zespołem bólowym kręgosłupa.
Źródło: własne.

Analizowano też parametry socjodemograficzne i ich wpływ na funkcjonalność.

Wiek badanych z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa korelował wyraźnie wprost proporcjonalnie z ograniczeniem ich funkcjonalności. U badanych starszych obserwuje się wyraźny wzrost ograniczenia niepełnosprawności niż u młodszych. Nie stwierdzono korelacji między wskaźnikiem BMI a ograniczeniem funkcjonalności w badanej grupie (tabela 5, rycina 14).

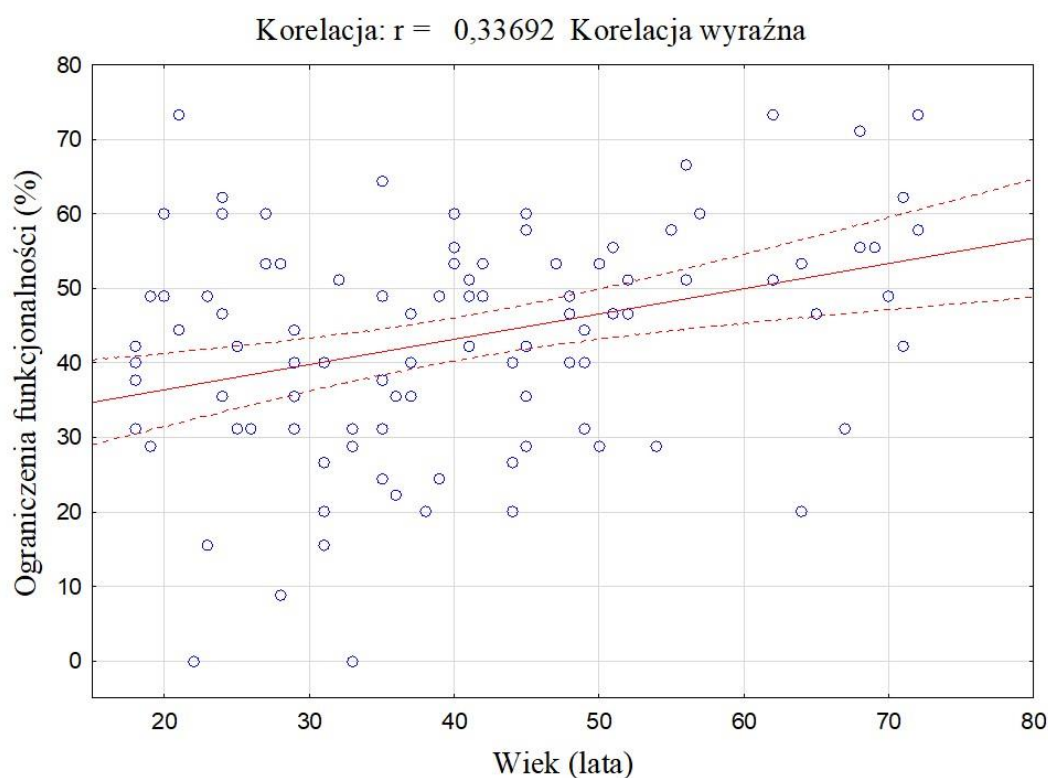
Tabela 5

Wpływ wieku i BMI na ograniczenie funkcjonalności badanych pacjentów

	Ograniczenie funkcjonalności (%)	
wiek (lata)	$r=0,3369$	korelacja wyraźna
BMI (kg/m^2)	$r=0,0965$	brak korelacji

r – współczynnik korelacji

Źródło: własne.

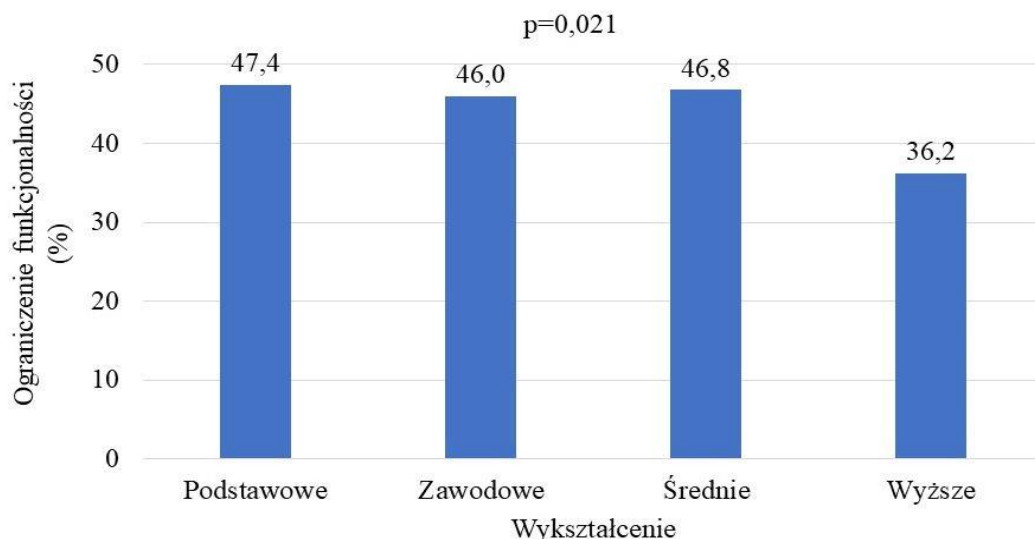


Rycina 14. Wpływ wieku na ograniczenie funkcjonalności w grupie badanej.

Źródło: własne.

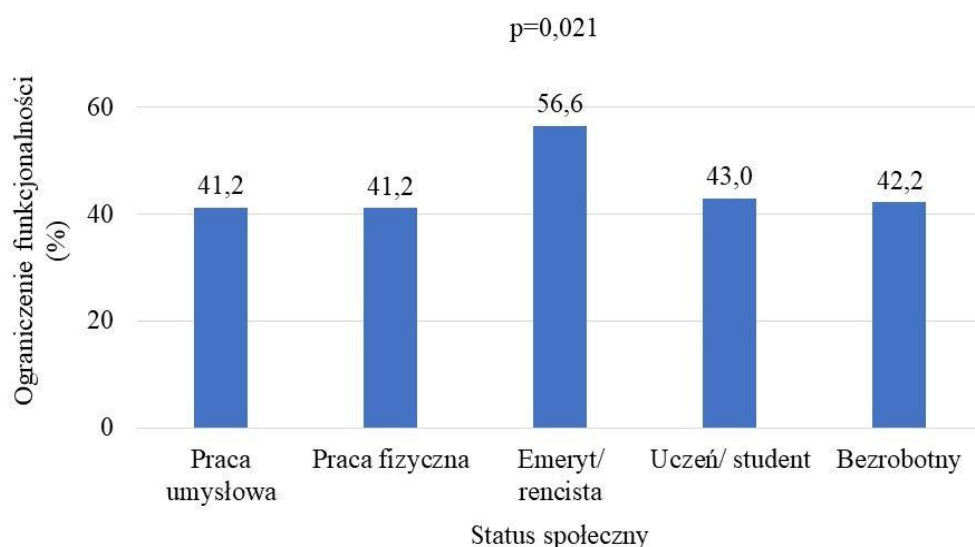
Płeć i stan cywilny badanych nie miały istotnego wpływu na poziom ograniczenia ich funkcjonalności.

Ograniczenie funkcjonalności badanych zależało statystycznie istotnie ($p=0,021$) od ich wykształcenia. Ograniczenie funkcjonalności pacjentów z wykształceniem podstawowym, zawodowym i średnim było na zbliżonym poziomie – od 46% do 47,4% – i odbiegało istotnie od ograniczenia funkcjonalności osób z wykształceniem wyższym, u których ograniczenie funkcjonalności było najniższe i wynosiło średnio 36,2% (rycina 15).



Rycina 15. Wpływ wykształcenia na ograniczenie funkcjonalności w grupie badanej.
Źródło: własne.

Również status społeczny badanych miał statystycznie istotny ($p=0,024$) wpływ na ich ograniczenie funkcjonalności. Ograniczenie funkcjonalności respondentów pracujących umysłowo lub fizycznie oraz osób bezrobotnych lub uczących się było na zbliżonym poziomie – od 41,2% do 43% – i odbiegało istotnie od ograniczenia funkcjonalności respondentów na emeryturze lub rencie, u których ograniczenie funkcjonalności było najwyższe i wynosiło średnio 56,6% (rycina 16).

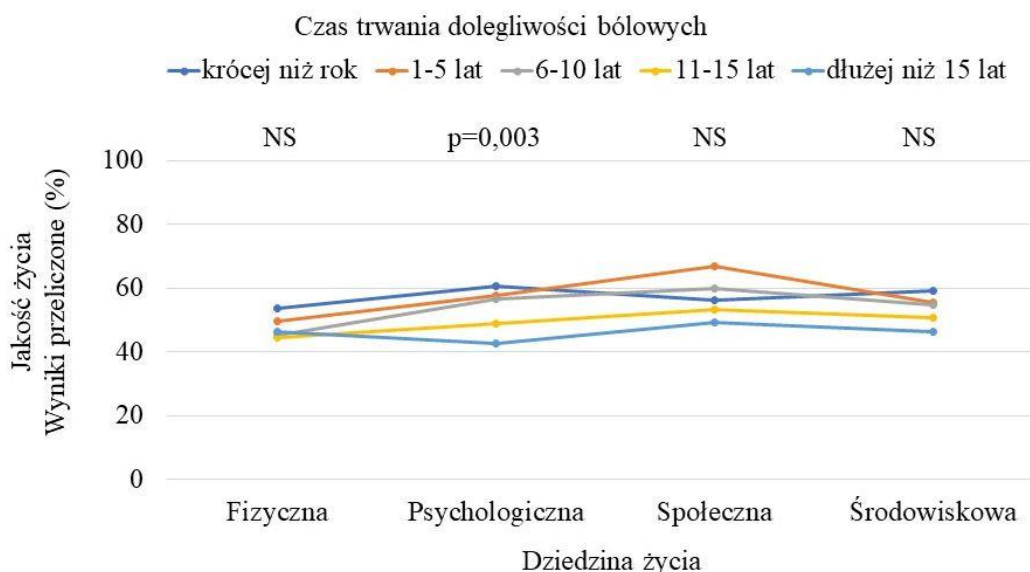


Rycina 16. Wpływ statusu społecznego na ograniczenie funkcjonalności w grupie badanej.
Źródło: własne.

Analizowano wpływ czasu trwania dolegliwości bólowych i częstotliwość pojawiania się bólu na jakość życia i funkcjonowanie w badanej grupie.

Czas trwania dolegliwości bólowych występujących u badanych statystycznie istotnie ($p=0,003$) wpływał na ich jakość życia w dziedzinie psychologicznej. Na jakość życia w pozostałych dziedzinach czas trwania dolegliwości bólowych nie miał istotnego wpływu.

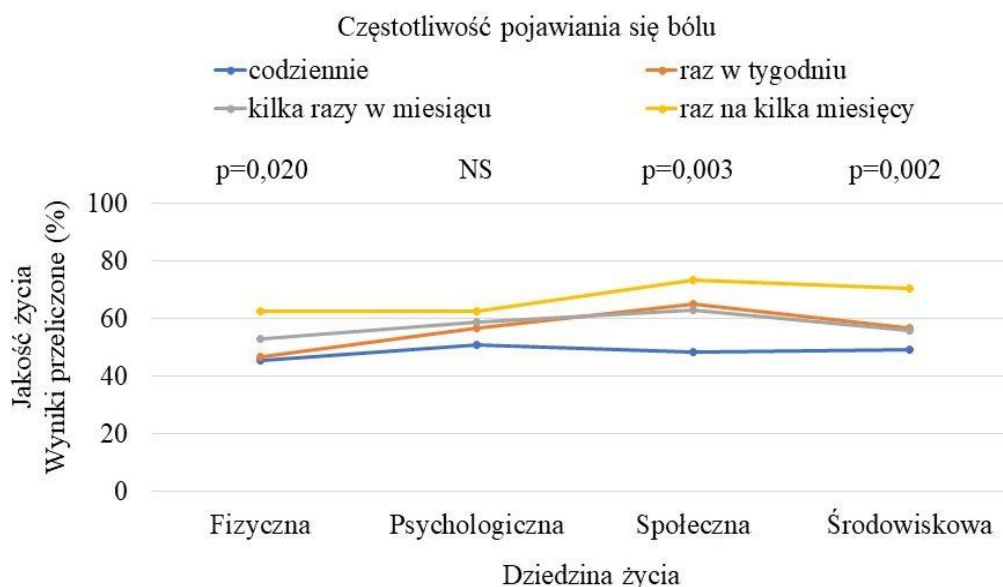
Jakość życia w dziedzinie psychologicznej była najniższa u badanych z dolegliwościami bólowymi trwającymi dłużej niż 15 lat i od 11 do 15 lat (rycina 17).



Rycina 17. Wpływ czasu trwania dolegliwości bólowych na jakość życia w grupie badanej. Źródło: własne.

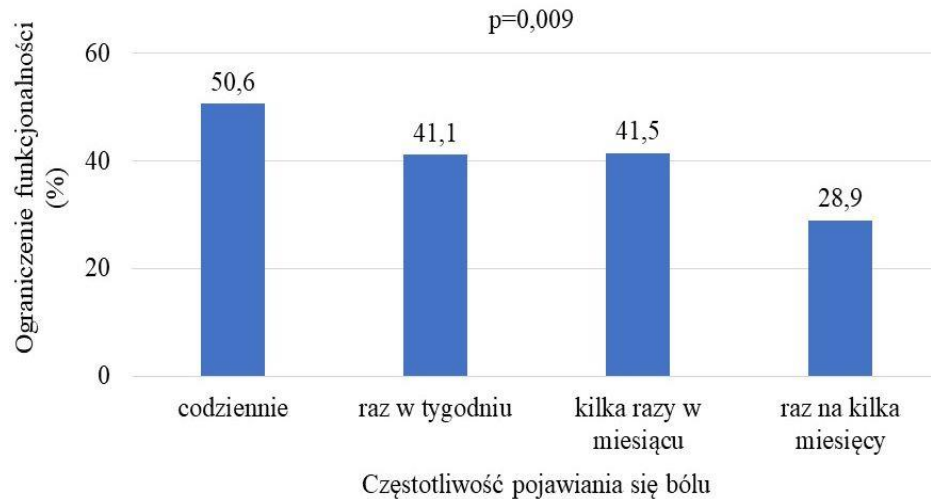
Czas trwania dolegliwości bólowych nie miał wpływu na ograniczenie funkcjonalności w badanej grupie.

Częstotliwość pojawiania się bólu miała statystycznie istotny wpływ na jakość życia badanych w dziedzinie fizycznej ($p=0,020$), społecznej ($p=0,003$) i środowiskowej ($p=0,002$). Najwyższa jakość życia występowała u osób, u których ból pojawiał się raz na kilka miesięcy, a najniższa u osób, u których ból pojawiał się codziennie. Taka sama zależność obserwowana jest w dziedzinie psychologicznej, ale bez istotności statystycznej (rycina 18).



Rycina 18. Wpływ częstotliwości pojawiania się bólu na jakość życia w grupie badanej. Źródło: własne.

W badanej grupie częstotliwość pojawiania się bólu miała statystycznie istotny wpływ ($p=0,009$) na ograniczenie funkcjonalności. Największe ograniczenie funkcjonalności występowało u badanych, u których ból pojawiał się codziennie, a najniższe u osób, u których ból pojawiał się raz na kilka miesięcy (rycina 19).

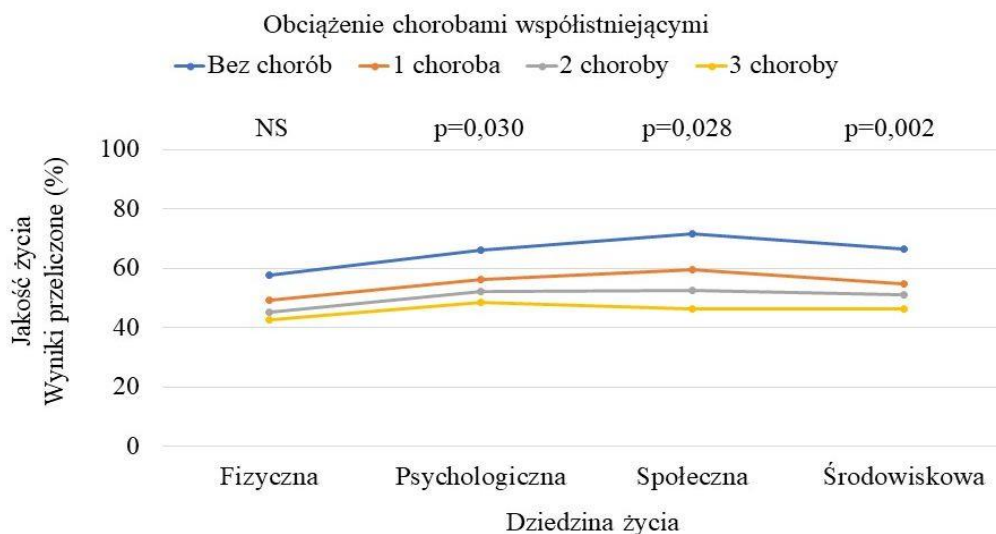


Rycina 19. Wpływ częstotliwości pojawiania się bólu na ograniczenie funkcjonalności w grupie badanej.

Źródło: własne.

Analizowano wpływ obciążenia chorobami współistniejącymi na jakość życia i funkcjonowanie w badanej grupie.

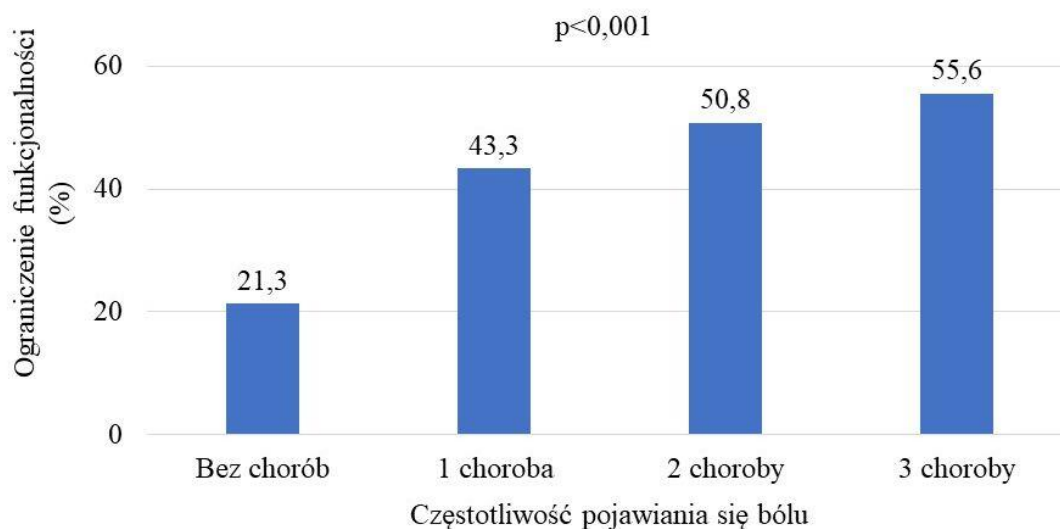
Obciążenie chorobami współistniejącymi miało statystycznie istotny wpływ na jakość życia badanych w dziedzinie psychologicznej ($p=0,030$), społecznej ($p=0,028$) i środowiskowej ($p=0,002$). Najwyższa jakość życia występowała u respondentów bez chorób współistniejących, a najniższa u osób obciążonych dodatkowo 3 chorobami. Taka sama zależność obserwowana jest w dziedzinie fizycznej, ale bez istotności statystycznej (rycina 20).



Rycina 20. Wpływ obciążenia chorobami współistniejącymi na jakość życia w grupie badanej.

Źródło: własne.

W badanej grupie obciążenie chorobami współistniejącymi miało statystycznie istotny ($p < 0,001$) wpływ na ograniczenie funkcjonalności. Najwyższe ograniczenie funkcjonalności występowało u osób obciążonych 3 chorobami współistniejącymi, a najniższe u respondentów nieobciążonych chorobami współistniejącymi (rycina 21).



Rycina 21. Wpływ obciążenia chorobami współistniejącymi na ograniczenie funkcjonalności w grupie badanej.

Źródło: własne.

Dyskusja

Ból kręgosłupa jest poważnym problemem, dotyczącym dużą część światowej populacji. Różne źródła podają, że 60-95% ludzi cierpi w ciągu swojego życia na różne bóle pleców. Do niedawna uważano, że bóle te dotyczą głównie osoby dorosłe i starsze, ale ostatnie badania zwracały uwagę na występowanie tego problemu u osób młodych (Michalak i in., 2020). Zespoły bólowe kręgosłupa prowadzą do ograniczeń w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym, a tym samym znacząco obniżają jakość życia osób. Ból nie tylko powoduje stres i zmusza do ograniczenia czynności życiowych, ale także obniża samoocenę i poczucie własnej wartości (Jagucka-Mętel i in., 2019).

W badaniu R. Lorencowicz i in. (2015) w badanej populacji aż 42,5% respondentów przez ponad 10 lat żyło z przewlekłym bólem kręgosłupa. Duża część badanych (15,8%) żyła z permanentnym bólem kręgosłupa przez ponad 20 lat. Niemal wszyscy (96%) biorący udział w badaniu przyznali, że ból kręgosłupa w mniejszym lub większym stopniu utrudniał im wykonywanie codziennych obowiązków w pracy.

Ponad połowa badanych (60%) odczuwała dolegliwości bólowe ze strony kręgosłupa od co najmniej 5 lat. Dolegliwości bólowe trwające krócej niż rok występowały u 23% badanych, a dolegliwości bólowe trwające od roku do 5 lat u 37% objętych badaniem. Dolegliwości bólowe trwające dłużej występowały u 40% badanych: od 6 lat do 10 lat (20%), od 11 lat do 15 lat (10%) i powyżej 15 lat (10%).

W badanej grupie ból lokalizował się najczęściej w odcinku lędźwiowym (47%) i szyjnym kręgosłupa (37%), a tylko nieznaczna liczba objętych badaniem (8%) odczuwała ból w odcinku guzicznym. W badaniach Lorencowicz i in. (2015) zdecydowana większość (84,16%) badanych przyznała, że odczuwa bóle krzyża, a dla niemal 1/4

badanych (24,75%) ból lędźwi był silny, pojawiał się i ustępował. W przypadku badania Kozłowskiego i in. (2016) badani najczęściej odczuwają dolegliwości bólowe zlokalizowane w odcinku lędźwiowym (75%), a następnie szyjnym (44,8%), krzyżowym (35,5%) i piersiowym (20,8%).

W badaniu Kozłowskiego i in. (Ibidem) respondenci najczęściej określali ból jako silny 29,2%, grupa 7,3% ankietowanych określiła swój ból jako bardzo silny, a jedna osoba wybrała maksymalną wartość w 10 punktowej skali VAS. Nasilenie bólu oceniane przez badanych pacjentów występowało w zakresie od 1 pkt. do 9 pkt. w skali NRS. Średnie natężenie bólu w badanej grupie pacjentów wynosiło 5,2 pkt.

Wśród czynności ocenianych w kwestionariuszu Oswestry najbardziej ograniczone były w kolejności malejącej: podnoszenie przedmiotów, ograniczenia związane z intensywnością bólu, stanie, siedzenie i podróżowanie oraz życie towarzyskie. Średni stopień ograniczenia funkcjonalności w badanej grupie wynosił 43,51%. W wyniku klasyfikacji niepełnosprawności na podstawie wyników surowych stwierdzono, że u nieco ponad połowy badanych osób (51%) występowała niepełnosprawność na poziomie średnim. Poważna niepełnosprawność występowała u 22% badanych, a bardzo małą grupę 3% stanowili badani, u których nie występował żaden rodzaj niepełnosprawności.

Według R. Lorencowicz i in. (2015), proces starzenia się w naturalny sposób wpływa na wydolność jednostki. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała istotny związek pomiędzy stopniem niesprawności a wiekiem. Zdecydowana większość (82,22%) badanych powyżej 55. roku życia miała istotne problemy w codziennym funkcjonowaniu z powodu dysfunkcji kręgosłupa, podczas gdy w grupie respondentów przed 40. rokiem życia odsetek ten wynosił niewiele ponad połowę (52,38%). W grupie objętej badaniem zarówno poczucie jakości życia, jak i ocena własnego zdrowia były powyżej połowy przyjętej skali.

Jakość życia badanych kształtowała się na średnim poziomie od 50 pkt. do 60 pkt., w zależności od dziedziny życia według kwestionariusza WHOQOL-BREF. Najniższa średnia jakość życia w badanej grupie występowała w dziedzinie fizycznej, a najwyższa w dziedzinie społecznej. Korelacja wyraźna, wprost proporcjonalna, występowała między nasileniem bólu a ograniczeniem funkcjonalności badanych osób. Im większy ból odczuwali badani, tym większe było występujące u nich ograniczenie funkcjonalności. Wpływ nasilenia bólu na jakość życia badanych był słaby, odwrotnie proporcjonalny lub w ogóle nie występował. Wraz ze wzrostem nasilenia bólu obserwuje się słaby spadek jakości życia w dziedzinie fizycznej, psychologicznej i środowiskowej w badanej grupie z zespołem bólowym kręgosłupa.

Ograniczenie funkcjonalności miało słaby wpływ na jakość życia badanych w dziedzinach psychologicznej, społecznej i środowiskowej. Badani Lorencowicz i in. (2015) wykazały, że istotnym czynnikiem obniżającym ocenę jakości życia w zespołach bólowych kręgosłupa jest narastająca niepełnosprawność. Badani z umiarkowaną lub ciężką niesprawnością istotnie gorzej oceniali swoje funkcjonowanie w środowisku i częściej zgłaszali problemy natury psychologicznej. W pozostałych aspektach różnice w ocenie jakości życia nie były istotne.

Wiek badanych z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa korelował odwrotnie proporcjonalnie z ich jakością życia w dziedzinie psychologicznej. U badanych starszych obserwuje się wyraźny spadek jakości życia w dziedzinie psychologicznej niż u młodszych. Nie stwierdzono korelacji między wiekiem a jakością życia w dziedzinie

fizycznej, zaś korelacja wieku z jakością życia w dziedzinie społecznej i środowiskowej była bardzo słaba. Korelacja BMI z jakością życia badanych we wszystkich dziedzinach życia była bardzo słaba. Płeć i stan cywilny badanych nie miały wpływu na poziom ich jakości życia.

Wykształcenie badanych miało istotny wpływ na ich jakość życia w dziedzinie psychologicznej i środowiskowej. Różnice występowały pomiędzy jakością życia pacjentów z wykształceniem podstawowym a średnim, zawodowym i wyższym, między którymi nie ma istotnych różnic. Jakość życia osób z wykształceniem podstawowym była najniższa we wszystkich dziedzinach życia, a w dziedzinie fizycznej i społecznej obserwowane różnice były bez istotności statystycznej.

Ograniczenie funkcjonalności badanych zależało statystycznie istotnie od ich wykształcenia. U osób z wykształceniem podstawowym, zawodowym i średnim było na zbliżonym poziomie i odbiegało istotnie od ograniczenia funkcjonalności badanych z wykształceniem wyższym, u których ograniczenie funkcjonalności było najniższe.

Status społeczny badanych pacjentów miał statystycznie istotny wpływ na ich ograniczenie funkcjonalności. Ograniczenie funkcjonalności respondentów pracujących umysłowo lub fizycznie oraz bezrobotnych lub uczących się było na zbliżonym poziomie i odbiegało istotnie od ograniczenia funkcjonalności badanych na emeryturze lub rencie, u których ograniczenie funkcjonalności było najwyższe.

Czas trwania dolegliwości bólowych występujących u badanych statystycznie istotnie wpływał na ich jakość życia w dziedzinie psychologicznej. Na jakość życia w pozostałych dziedzinach czas trwania dolegliwości bólowych nie miał istotnego wpływu. Jakość życia w dziedzinie psychologicznej była najniższa u badanych z dolegliwościami bólowymi trwającym dłużej niż 15 lat oraz od 11 do 15 lat. W badaniu Lorencowicz i in. (2015) wskazano istotny związek pomiędzy stopniem niesprawności a czasem trwania dyskopatii. Pacjenci, którzy chorowali powyżej 11 lat, znacznie częściej borykali się z problemami funkcjonalnymi w porównaniu z badanymi, u których schorzenie kręgosłupa wykryto przed 2 laty lub później.

Czas trwania dolegliwości bólowych nie miał wpływu na ograniczenie funkcjonalności w badanej grupie. Częstość pojawiania się bólu miała statystycznie istotny wpływ na jakość życia badanych w dziedzinie fizycznej, społecznej oraz środowiskowej. Najwyższa jakość życia występowała u osób, u których ból pojawiał się raz na kilka miesięcy, a najniższa u tych badanych, u których ból pojawiał się codziennie. Taka sama zależność obserwowana jest w dziedzinie psychologicznej. W badanej grupie częstotliwość pojawiania się bólu miała statystycznie istotny wpływ na ograniczenie funkcjonalności. Najwyższe ograniczenie funkcjonalności występowało u badanych, u których ból pojawiał się codziennie, a najniższe u tych, u których ból pojawiał się raz na kilka miesięcy.

Obciążenie chorobami współistniejącymi miało statystycznie istotny wpływ na jakość życia badanych w dziedzinie psychologicznej, społecznej i środowiskowej. Najwyższa jakość życia występowała u badanych bez chorób współistniejących, a najniższa u osób obciążonych dodatkowo 3 chorobami. W badanej grupie obciążenie chorobami współistniejącymi miało statystycznie istotny wpływ na ograniczenie funkcjonalności. Najwyższe ograniczenie funkcjonalności występowało u badanych obciążonych 3 chorobami współistniejącymi, a najniższe u osób nieobciążonych chorobami współistniejącymi.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

- 1) Badani charakteryzowali się znacznym ograniczeniem funkcjonalności w życiu codziennym. Stan ten miał bezpośredni wpływ na jakość ich życia w dziedzinie fizycznej. Personel pielęgniarski powinien prowadzić indywidualną edukację w zakresie sposobów utrzymania sprawności fizycznej.
- 2) Wraz z wiekiem u badanych obserwowano obniżenie jakości życia w dziedzinie psychologicznej w stosunku do osób młodszych. Miało to też odzwierciedlenie w długości czasu trwania dolegliwości bólowych. Ważnym aspektem w pracy pielęgniarki jest postępowanie ukierunkowane na łagodzenie skutków chorób też w sferze emocjonalnej. Należy prowadzić działania pielęgniarskie prowadzące do akceptacji istniejących ograniczeń fizycznych, ukazując przy tym sposoby eliminacji wykluczenia społecznego.
- 3) Niezwykle ważna okazała się częstotliwość pojawiania się dolegliwości bólowych. Najwyższa jakość życia występowała u badanych, u których ból pojawiał się raz na kilka miesięcy, a najniższa u tych, u których ból pojawiał się codziennie. Należy prowadzić edukację dotyczącą zasad farmakoterapii, a także niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu. Niezbędne w tym zakresie jest przekonanie pacjentów o konieczności korzystania z leczenia sanatoryjnego.
- 4) Niezwykle ważnym aspektem jest występowanie chorób współistniejących u badanych cierpiących z powodu zespołu bólowego kręgosłupa. Najwyższa jakość życia występowała u osób bez chorób współistniejących, a najniższa u obciążonych dodatkowo chorobami. Pacjentom należy przekazać wiedzę dotyczącą kompleksowej kontroli tych schorzeń.

Bibliografia

- Babińska, A., Wawrzynek, W., Skupiński, J., Kasprowska, S., Piechota, M., Łabuz-Roszak, B. (2018). Pacjent z zespołem bólowym kręgosłupa a wynik badania rezonansu magnetycznego. *Wiadomości Lekarskie*, 71(2), 389-397.
- Główka, P., Rubczak, Sz., Gaweł, D., Dudziński, W., Nowak, M., Kotwicki, T. (2017). Magnetic resonance for degenerative intervertebral disc imaging – review of techniques. Przegląd technik wykorzystujących magnetyczny rezonans jądrowy w obrazowaniu zmian degeneracyjnych krążka międzykręgowego. *Issues of Rehabilitation, Orthopaedics, Neurophysiology and Sport Promotion-IRONs*, 20, 52-59.
- Jagucka-Mętel, W., Baranowska, A., Kubiak, T., Figeland, A., Żołnowski, B., Wrona-Żołnowska, L., Sobolewska, E. (2018). Objawy bólowe pochodzenia korzeniowego i rzekomo korzeniowego – patomechanizmy uszkodzenia, diagnostyka i terapia. *Rehabilitacja Medyczna*, 23(1), 35-43.
- Kopka, M. (2019). Bóle w dolnym odcinku kręgosłupa – przegląd literatury. *Ból*, 20(3), 51-59.
- Koszela, K., Krukowska, S., Woldańska-Okońska, M. (2017). Dolegliwości bólowe kręgosłupa jako choroba cywilizacyjna. *Pediatric i Medycyna Rodzinna*, 13(3), 344-351.
- Kozłowski, P., Kozuch, K., Kozłowska, M., Ławnicka, I., Kozłowska, K. (2016). Ocena częstości występowania bólu kręgosłupa oraz stylu i jakości życia wśród osób z bólem kręgosłupa. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(6), 329-336.

- Lorencowicz, R., Jasik, J., Siry, W., Przychodzka, E., Turowski, K. (2015). Wybrane czynniki warunkujące sprawność funkcjonalną pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa i ich wpływ na dobrostan. *Zdrowie i Dobrostan*, 1, 219-231.
- Łabuz-Roszak, B., Babińska, A., Skupiński, J., Czech, E., Szczygiał, J., Wawrzynek, W. (2018). Jakość życia seksualnego pacjentów z zespołem bólowym dolnego odcinka kręgosłupa a nasilenie zmian radiologicznych ocenianych w badaniu rezonansu magnetycznego. *Wiadomości Lekarskie*, 71(5), 1039-1045.
- Michalak, K., Karbowiak, M., Budny, E., Celeban, K., Poziomska-Piątkowska, E. (2020). Wpływ wybranych czynników związanych z charakterem wykonywanej pracy na występowanie dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego. *Fizjoterapia Polska*, 20(2), 26-33.
- Milanov, I. (2014). Zespół bólowy kręgosłupa. Back pain. *Pediatr. Med. Rodz.*, 10(3), 253-264.
- Raniszewska-Wyrwa, A. (2013). Doświadczenie somatycznej choroby przewlekłej a poczucie jakości życia. Perspektywa filozoficzno-psychospołeczna. *Pielęg. Pol.*, 1, 37-41.
- Sąsiadek, M. J., Bładowska, J. (2012). Imaging of degenerative spine disease – the state of the art. Obrazowanie w chorobie zwyrodnieniowej kręgosłupa – obecny stan wiedzy. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 21(2), 133-142.
- Śliwiński, Z., Michalak, B., Pasek, J., Śliwiński, G., Szajkowski, S., Sieroń, A. (2017). Ocena dolegliwości bólowych i ruchomości kręgosłupa pacjentów poddanych zabiegom krioterapii ogólnoustrojowej. *Wiadomości Lekarskie*, 70(3), 43-546.
- Telka, E. (2013). Ocena jakości życia w wymiarze psychologicznym, zdrowotnym i społecznym. *Nowa Medycyna*, 20(4), 184-186.
- Załuski, M. (2014). Radzenie sobie z chorobą skoncentrowane na tworzeniu znaczeń. *Problemy Pielęgniarstwa*, 22(4), 528-532.

Jakości życia a występowanie depresji podczas hospitalizacji pacjentów oddziału kardiologicznego

(*Alicja Niepsuj¹, Bogumiła Lubińska-Żądło², Dorota Poręba³, Anna Fornal⁴*)

Wprowadzenie

Schorzenia kardiologiczne są najczęstszą przyczyną zgonów na świecie (dotykają rocznie ponad 17 mln osób). Przeważają głównie w krajach o wysoko rozwiniętym przemyśle. Pomimo skutecznego leczenia i działań profilaktycznych, schorzenia te nadal są głównym problemem zdrowotnym, występującym w Polsce. Choroby układu krążenia stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia oraz życia ludności, a ponadto obciążają system opieki zdrowotnej (Cieślik, 2014).

Według dostępnych danych epidemiologicznych, zarówno w Polsce, jak też Europie obserwuje się spadek liczby zgonów z powodu chorób układu krążenia (ChUK). Niemniej jednak, w populacji polskiej nadal stanowią one główną przyczynę śmiertelności (Salska, 2015). W niektórych krajach Unii Europejskiej odsetek ten nie przekracza 30%, np. we Francji w 2012 roku wynosił 25%, a w Danii – 26%. Średnia dla UE wynosiła wówczas 38%, podczas gdy w Polsce osiągnęła 46% (Woś-Szymanowska i in., 2018). Analiza danych statystycznych potwierdza wyraźnie wyższe ryzyko zgonu z ChUK u osób starszych w porównaniu do młodszych grup ludności. Biorąc pod uwagę prognozy demograficzne, dotyczące przyszłej struktury populacji, można wnioskować, że liczba zgonów związanych z chorobami układu krążenia może wzrosnąć (głównie ze względu na starzenie się społeczeństwa) (Ibidem). Z uwagi na starzejące się społeczeństwo, prognozy opracowane przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) wskazują na wzrost odsetka zgonów z przyczyn związanych z chorobami układu krążenia do 51% w 2050 roku. Skuteczne realizowanie programów dotyczących zdrowia publicznego może zmniejszyć ryzyko wzrostu umieralności związane ze starzeniem się populacji. Aktualna sytuacja wskazuje na konieczność wzmocnienia profilaktyki oraz modernizacji leczenia, co stanowi wyzwanie dla poprawy sytuacji zdrowotnej w Polsce (Ibidem).

Najważniejszą częścią procesu leczenia jest wyeliminowanie czynników ryzyka, które mogą prowadzić do dalszego rozwoju miażdżycy. Zapobieganie postępowi choroby niedokrwiennej serca i jej powikłaniom jest niezwykle istotne dla zdrowia społeczeństwa. Istnieje wiele działań, które można podjąć w celu ograniczenia ryzyka rozwoju choroby wieńcowej, m.in. prozdrowotny styl życia, zdrowa dieta, kontrola ciśnienia tętniczego oraz poziomu cholesterolu, leczenie farmakologiczne i regularne badania kontrolne (Gołdyn, 2016). Nieleczona choroba wieńcowa może doprowadzić do zwężenia i zamknięcia światła tętnicy, a w konsekwencji doprowadzić do zawału mięśnia sercowego (Ibidem).

¹ Absolwentka Akademii Nauk Stosowanych w Nowym Sączu, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu.

² Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Sączu, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu.

³ Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu, Instytut Medyczny.

⁴ Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu, Instytut Medyczny.

Pacjenci ze schorzeniami kardiologicznymi oczekują profesjonalnej opieki pielęgniarskiej, której działanie obejmuje wszystkie płaszczyzny życia (ze szczególnym naciskiem na profilaktykę powikłań i działań wspierających pacjentów w sprawowaniu samokontroli oraz samoopieki). Ważną rolę odgrywa również jakość wykonywanych interwencji pielęgniarskich, dlatego podstawowym elementem powinno być monitorowanie i ocena tych działań. W oddziałach kardiologii pielęgniarki pełnią istotną funkcję w procesie leczenia. Opieka wspierająca pielęgniarki polega na zapewnianiu pozytywnego wsparcia emocjonalnego, poszerzaniu wiedzy na temat samodzielnego zarządzania leczeniem oraz zaspokajaniu fizycznych i psychospołecznych potrzeb pacjenta (Kaszuba, Nowicka, 2019).

Jakość życia jest niezwykle subtelnym czynnikiem, który podlega analizie oraz modyfikacji w procesie leczenia. W literaturze istnieje wielopłaszczyznowy charakter terminu „jakość życia”. W dziedzinie medycznej stosowane jest objaśnienie, zapoczątkowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), która formułuje jakość życia jako „postrzeganą przez daną osobę własną sytuację życiową w kontekście uwarunkowań kulturowych, systemu wartości oraz w związku z własnymi celami, oczekiwaniami, standardami i zainteresowaniami” (Mościcka, Wójcik, Mamcarz, 2015, s. 437).

Jakość życia w medycynie odnosi się do jakości życia, która jest zależna od stanu zdrowia. Modyfikacja narzędzi pomiaru jakości życia, uwzględniających wpływ choroby oraz zastosowanego leczenia, pozwala lepiej ocenić oddziaływanie tych czynników. Analiza jakości życia pacjentów z chorobami układu krążenia jest równie ważna jak badanie fizyczne, kliniczne czy laboratoryjne. Badanie jakości życia związanej ze zdrowiem pacjentów kardiologicznych jest istotne, by ocenić skuteczność leczenia i terapii oraz umożliwić pogłębienie komunikacji z pacjentem (Cieślik, 2014; Mościcka i in., 2015).

Schorzenia kardiologiczne ze względu na rozpowszechnienie, a także społeczne i ekonomiczne konsekwencje są przedmiotem zainteresowania naukowców analizujących jakość życia. Schorzenia przewlekłe stanowią nie tylko problem w sferze fizycznej pacjentów, ale również w zakresie psychicznym i społecznym. W kardiologii jakość życia traktowana jest jako jeden z centralnych wyznaczników zdrowia, a także czynnik rezultatu leczenia (Sawicka i in., 2016).

Profilaktyka zdrowotna ma na celu uchronić człowieka przed przypuszczalnymi czynnikami wpływającymi szkodliwie na zdrowie i powodującymi konsekwencje. Celem profilaktyki jest zapobieganie chorobom, zahamowanie postępu schorzenia bądź zmniejszenie jej skutków (Paszkievicz, Piotrkowski, 2017). Nieprzestrzeganie prozdrowotnego stylu życia stanowi główny czynnik ryzyka występowania chorób cywilizacyjnych. Programy profilaktyczne stanowią ważne narzędzie w monitorowaniu stanu zdrowia społeczeństwa i działaniach mających na celu redukcję śmiertelności oraz chorobowości, związaną z chorobami kardiologicznymi (Jóźwiak, 2013).

Przyczyną schorzeń układu krążenia jest miażdżyca, która rozwija się stopniowo przez wiele lat, często bezobjawowo. Jej występowanie związane jest zwłaszcza ze stylem życia oraz czynnikami ryzyka, które można zmienić. Profilaktyka schorzeń kardiologicznych składa się z niwelowania czynników ryzyka i postępowania zgodnie z zaleceniami, które promują zdrowy styl życia. Wyniki badań epidemiologicznych ukazują, że kluczową rolę odgrywa poprawa stylu życia, leczenie nadciśnienia tętniczego,

cukrzycy, zaburzeń lipidowych czy też stosowanie farmakoterapii profilaktycznej, co skutkuje zmniejszoną liczbą umieralności na schorzenia kardiologiczne (Serzysko, Janik, Świerczek, 2016).

Przykłady europejskich krajów wyraźnie pokazują, że strategie profilaktyczne mają istotny wpływ na zmniejszenie liczby zgonów w populacji. Programy prewencyjne realizowane w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) pełnią funkcję skriningową, umożliwiając wczesne rozpoznanie populacji z podejrzeniem schorzenia, odkrywając ich wskaźniki ryzyka. Zaniedbanie pierwotnej profilaktyki schorzeń kardiologicznych niesie za sobą niesprzyjające konsekwencje zarówno z perspektywy ekonomicznej, jak i dla jednostki (Serzysko i in., 2016).

W XXI wieku schorzenia kardiologiczne stanowią główną przyczynę hospitalizacji. Zaangażowanie wsparcia psychologicznego na każdym etapie hospitalizacji przynosi wiele korzyści dla pacjenta. Działania psychologiczne mają też na celu podnoszenie świadomości chorego i przekonanie go do wprowadzenia zmian w zachowaniach zdrowotnych oraz troski o swoje zdrowie (Monastyrska, 2014).

Cel pracy

Celem niniejszej pracy było określenie związku pomiędzy jakością życia a występowaniem depresji u pacjentów oddziału kardiologicznego. Aby to osiągnąć, sformułowano pytania badawcze:

- Czy jakość życia zależy od danych socjodemograficznych?
- Czy występowanie i nasilenie depresji zależy od danych socjodemograficznych?
- Czy występowanie i nasilenie bólu zależy od danych socjodemograficznych?
- Czy jakość życia zależy od występowania i nasilenia depresji?
- Czy występowanie i nasilenie bólu ma wpływ na jakość życia?

Materialy i metody

Badania przeprowadzono w grupie 200 pacjentów hospitalizowanych na oddziale kardiologicznym. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankiety, w którym narzędzia stanowiły: autorski kwestionariusz ankiety, skala bólu NRS, Geriatryczna Skala Depresji (GDS) i skala oceny jakości życia WHOQOL-BREF w polskiej adaptacji K. Jaracz.

Wartości zmiennych jakościowych przedstawiono za pomocą wartości bezwzględnych oraz odsetka. Dla takich zmiennych istotność różnic w ramach poszczególnych grup była weryfikowana testem χ^2 (χ^2 Pearsona). W celu doboru metod statystycznych dokonano porównania rozkładów analizowanych zmiennych z rozkładem normalnym za pomocą testu Kołmogorowa-Smirnova i zastosowano parametryczny test t-Studenta, jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA, nieparametryczny test U Manna-Whitneya, a także test ANOVA Kruskala-Wallisa i współczynnika korelacji Rho-Spearmana.

W obliczeniach statystycznych przyjęto za poziom istotności dla weryfikacji przeprowadzonych testów statystycznych $p \leq 0,05$. Wykorzystano program statystyczny Statistica 10.

Wyniki

Ponad połowę badanych 56,5% stanowiły osoby powyżej 60. roku życia, grupa osób w średnim wieku liczyła 42%, a młodzi dorośli – 1,5% (rycina 1).



Rycina 1. Wiek.

Źródło: własne.

Kobiety stanowiły 37,5%, a mężczyźni 62,5%. Zdecydowana większość badanych (76,5%) to mieszkańcy miasta, a 23,5% wsi.

Najwięcej badanych legitymowało się wykształceniem zawodowym – 66%, 22% posiadało wykształcenie podstawowe, a jedynie 12% wykształcenie średnie.

W niniejszych badaniach analizowano m.in. powód hospitalizacji respondentów (tabela 1).

Tabela 1

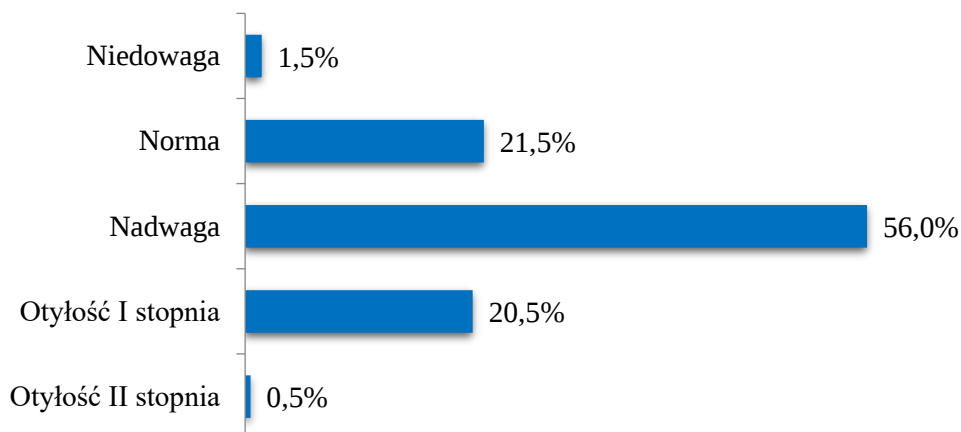
Powód hospitalizacji

Przyczyna	n	%
Niewydolność serca	40	20,0
Nadciśnienie tętnicze	21	10,5
Miażdżyca uogólniona	20	10,0
Choroba niedokrwienna serca	18	9,0
Migotanie przedsionków	17	8,5
Zaburzenia rytmu serca	15	7,5
Miażdżyca kończyn dolnych	14	7,0
Zawał mięśnia sercowego	14	7,0
Wszczepianie stymulatora serca	13	6,5
Stabilna choroba wieńcowa	10	5,0
Kołatania serca – diagnostyka	8	4,0
Omdlenia – diagnostyka	8	4,0
Wada serca	2	1,0

Źródło: własne.

Najwięcej, gdyż aż 40, respondentów (20%), było hospitalizowanych z powodu niewydolności serca, 21 osób (10,5%) z powodu nadciśnienia tętniczego, 20 badanych (10%) z powodu miażdżycy uogólnionej, 18 osób (9%) z powodu choroby niedokrwiennej serca, 17 respondentów (8,5%) z powodu migotania przedsionków, 15 badanych (7,5%) z powodu zaburzeń rytmu serca, 14 pacjentów (7%) z powodu miażdżycy kończyn dolnych bądź zawału mięśnia sercowego, 13 osób (6,5%) z powodu wszczepienia stymulatora serca, 10 ankietowanych (5%) z powodu stabilnej choroby wieńcowej, 8 badanych (4%) z powodu kołatania serca lub omdlenia, a 2 respondentów (1%) z powodu wady serca.

Analizowano BMI jako jeden z głównych czynników mających wpływ na występowanie i/lub przebieg chorób układu krążenia. Średnie BMI w badanej grupie wynosiło 27,15, odchylenie standardowe 3,4, a mediana – 26,93. Najniższe BMI było równe 17,58, a najwyższe 35,06. Można stwierdzić, że wśród badanej grupy nadwagę miało 112 respondentów (56%), zaś u 41 osób (20,5%) występowała otyłość I stopnia (rycina 2).



Rycina 2. BMI.

Źródło: własne.

Badani zostali ocenieni pod względem swojego samopoczucia w ciągu ostatnich 2 tygodni (tabela 2).

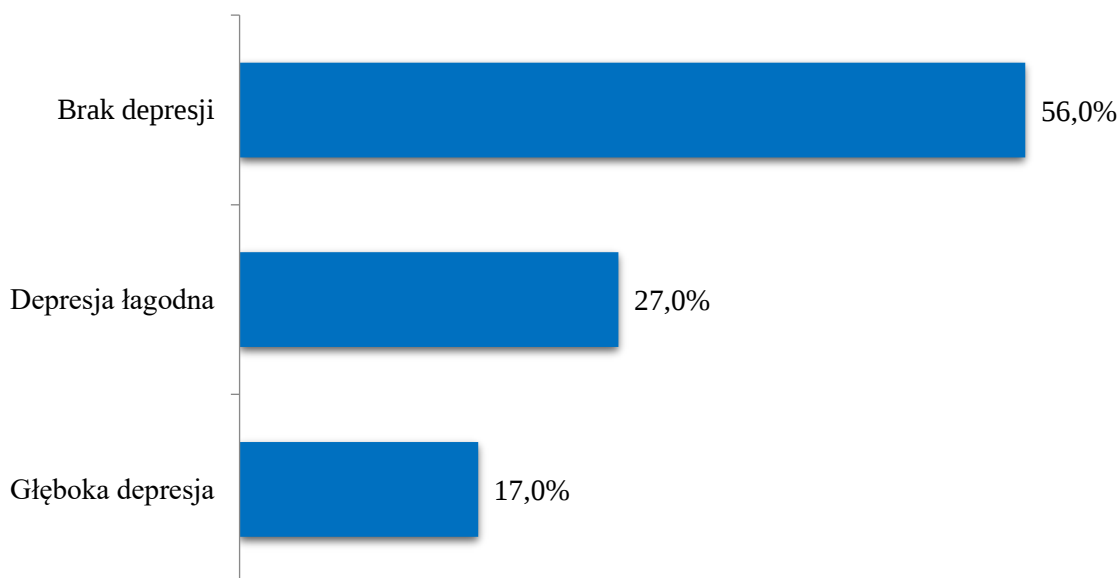
Tabela 2

Samopoczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni

Pytanie	Tak		Nie	
	n	%	n	%
1. Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan(i) z niego zadowolony(a)?	127	63,5	73	36,5
2. Czy zmniejszyła się liczba Pana(i) aktywności i zainteresowań?	77	38,5	123	61,5
3. Czy ma Pan(i) uczucie, że życie jest puste?	75	37,5	125	62,5
4. Czy często czuje się Pan(i) znudzony(a)?	40	20,0	160	80,0
5. Czy jest Pan(i) w dobrym nastroju przez większość czasu?	131	65,0	69	34,5
6. Czy obawia się Pan(i), że może się zdarzyć Panu(i) coś złego?	72	36,0	128	64,0
7. Czy przez większość czasu czuje się Pan(i) szczęśliwy(a)?	124	62,0	76	38,0
8. Czy często czuje się Pan(i) bezradny(a)?	78	39,0	122	61,0
9. Czy zamiast wyjść wieczorem z domu, woli Pan(i) w nim pozostać?	72	36,0	128	64,0
10. Czy czuje Pan(i), że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni ludzie?	76	38,0	124	62,0
11. Czy myśli Pan(i), że wspaniale jest żyć?	132	66,0	68	34,0
12. Czy obecnie czuje się Pan(i) gorszy(a) od innych ludzi?	70	35,0	130	65,0
13. Czy czuje się Pan(i) pełny(a) energii?	130	65,0	70	35,0
14. Czy uważa Pan(i), że sytuacja jest beznadziejna?	79	39,5	121	60,5
15. Czy myśli Pan(i), że ludzie są lepsi niż Pan(i)?	55	27,5	145	72,5

Źródło: własne.

Ponad połowa badanych, czyli 112 osób (56%), nie wykazywała objawów depresji. U 54 osób (27%) stwierdzono łagodną depresję, a u 34 badanych (17%) zaobserwowano głęboką depresję (rycina 3).



Rycina 3. Poziom oceny depresji.

Źródło: własne.

W analizie jakości życia WHOQOL-BREF wyniki poszczególnych dziedzin mają kierunek pozytywny (im większa liczba punktów, tym wyższa jakość życia).

Dwa pierwsze pytania dotyczą zadowolenia z jakości swojego życia i zdrowia. Badani niżej ocenili zadowolenie ze swojego zdrowia (1,71) niż zadowolenie z jakości swojego życia (1,73).

Kolejno analizowano dziedziny jakości życia pacjentów kardiologicznego oddziału, które przeliczono i przekształcono punktację na wersję 4-20. Średni poziom jakości życia w dziedzinie somatycznej, psychologicznej i socjalnej wynosił 14 pkt. Średni poziom jakości życia w dziedzinie środowiskowej wynosił 15 pkt.

W celu weryfikacji postawionego pytania badawczego, czy jakość życia zależy od danych socjodemograficznych, przeprowadzono analizę wyników ankietowych, dotyczących wieku, płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia i jakości życia pacjentów. Na początku jednak sprawdzono, czy rozkład jakości życia w poszczególnych grupach, dotyczących wieku, płci, miejsca zamieszkania i poziomu wykształcenia, nie różni się istotnie od rozkładu normalnego (tabela 3).

Tabela 3

Testowanie rozkładu jakości życia w poszczególnych grupach wieku, płci, miejsca zamieszkania i wykształcenia

Zmienna	Wiek	N	KS	Wartość p
Dziedzina somatyczna	Do 29 lat	3	-	-
	30-59 lat	84	0,114	0,211
	Od 60 lat	113	0,123	0,06
Dziedzina psychologiczna	Do 29 lat	3	-	-
	30-59 lat	84	0,137	0,077
	Od 60 lat	113	0,111	0,117
Dziedzina socjalna	Do 29 lat	3	-	-
	30-59 lat	84	0,155	0,032*
	Od 60 lat	113	0,207	<0,001*
Dziedzina środowiskowa	Do 29 lat	3	-	-
	30-59 lat	84	0,118	0,181
	Od 60 lat	113	0,188	<0,001*
Zmienna	Płeć	N	KS	Wartość p
Dziedzina somatyczna	Kobieta	75	0,119	0,222
	Mężczyzna	125	0,116	0,064
Dziedzina psychologiczna	Kobieta	75	0,111	0,288
	Mężczyzna	125	0,104	0,125
Domena socjalna	Kobieta	75	0,178	0,015*
	Mężczyzna	125	0,197	<0,001*
Dziedzina socjalna	Kobieta	75	0,134	0,126
	Mężczyzna	125	0,152	0,005*
Zmienna	Miejsce zamieszkania	N	KS	Wartość p
Dziedzina somatyczna	Wieś	47	0,135	0,327
	Miasto	153	0,134	0,007*
Dziedzina psychologiczna	Wieś	47	0,104	0,649
	Miasto	153	0,106	0,061
Domena socjalna	Wieś	47	0,176	0,096
	Miasto	153	0,176	<0,001*
Dziedzina socjalna	Wieś	47	0,136	0,317
	Miasto	153	0,135	0,007*
Zmienna	Wykształcenie	N	KS	Wartość p
Dziedzina somatyczna	Podstawowe	44	0,16	0,187
	Zawodowe	132	0,121	0,039*
	Średnie	24	0,13	0,768
Dziedzina psychologiczna	Podstawowe	44	0,162	0,176
	Zawodowe	132	0,098	0,146
	Średnie	24	0,185	0,339
Dziedzina socjalna	Podstawowe	44	0,226	0,019*
	Zawodowe	132	0,167	0,001*
	Średnie	24	0,147	0,624
Dziedzina środowiskowa	Podstawowe	44	0,113	0,586
	Zawodowe	132	0,157	0,003*
	Średnie	24	0,154	0,567

KS – test Kołmogova-Smirnova

* wartość p istotna statystycznie

Źródło: własne.

Przeprowadzone testy statystyczne (test Kołmogorova-Smirnova, wartość $p < 0,05$) wykazały istotne różnice w rozkładzie jakości życia w dziedzinie socjalnej i środowiskowej w zależności od danych socjodemograficznych. Ponadto, w przypadku rozkładu jakości życia w dziedzinie somatycznej, istotne różnice wystąpiły w zależności od miejsca zamieszkania i wykształcenia. W związku z tym do weryfikacji hipotezy badawczej zastosowano nieparametryczny test U Manna-Whitneya dla 2 prób niezależnych, a dla większej ilości prób – test ANOVA Kruskala-Wallisa (tabela 4).

Z kolei przeprowadzone testy statystyczne (test Kołmogorova-Smirnova i wartość $p > 0,05$) wykazały, że rozkład jakości życia w dziedzinie psychologicznej w zależności od danych socjodemograficznych oraz rozkład jakości życia w dziedzinie somatycznej w zależności od wieku i płci nie odbiegały istotnie od rozkładu normalnego. W związku z tym do weryfikacji hipotezy badawczej zastosowano test parametryczny t-Studenta dla 2 prób niezależnych, a dla większej ilości prób – jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA (tabela 4).

Tabela 4

Testowanie zależności pomiędzy jakością życia a czynnikami socjodemograficznymi

Zmienna	Wiek	SR	Test F	Wartość p
Dziedzina somatyczna	Do 29 lat	12,3	5,417	0,005*
	30-59 lat	14,7		
	Od 60 lat	13,6		
Zmienna	Wiek	SR	Test F	Wartość p
Dziedzina psychologiczna	Do 29 lat	14	5,491	0,005*
	30-59 lat	14,6		
	Od 60 lat	13,5		
Zmienna	Wiek	SR	Test H	Wartość p
Dziedzina socjalna	Do 29 lat	14,3	2,565	0,277
	30-59 lat	14,6		
	Od 60 lat	14		
Zmienna	Wiek	SR	Test H	Wartość p
Dziedzina środowiskowa	Do 29 lat	1,3	9,283	0,01*
	30-59 lat	15,1		
	Od 60 lat	14,2		
Zmienna	Płeć	SR	Test t	Wartość p
Dziedzina somatyczna	Kobieta	14,3	-1,36	0,175
	Mężczyzna	13,8		
Zmienna	Płeć	SR	Test t	Wartość p
Dziedzina psychologiczna	Kobieta	14,2	-1,079	0,282
	Mężczyzna	13,8		
Zmienna	Płeć	SR	Test Z	Wartość p
Dziedzina socjalna	Kobieta	14,6	-1,348	0,178
	Mężczyzna	14,1		
Zmienna	Płeć	SR	Test Z	Wartość p
Dziedzina środowiskowa	Kobieta	14,6	-0,68	0,496
	Mężczyzna	14,5		
Zmienna	Miejsce zamieszkania	SR	Test Z	Wartość p
Dziedzina somatyczna	Wieś	14	-0,35	0,726
	Miasto	14		

Zmienna	Miejsce zamieszkania	SR	Test t	Wartość p
Dziedzina psychologiczna	Wieś	13,9	-0,184	0,854
	Miasto	14		
Zmienna	Miejsce zamieszkania	SR	Test Z	Wartość p
Dziedzina socjalna	Wieś	14,1	-0,197	0,844
	Miasto	14,3		
Zmienna	Miejsce zamieszkania	SR	Test Z	Wartość p
Dziedzina środowiskowa	Wieś	14,4	-0,539	0,59
	Miasto	14,6		
Zmienna	Wykształcenie	SR	Test H	Wartość p
Dziedzina somatyczna	Podstawowe	13,9	3,964	0,138
	Zawodowe	13,9		
	Średnie	15		
Zmienna	Wykształcenie	SR	Test F	Wartość p
Dziedzina psychologiczna	Podstawowe	13,9	1,531	0,219
	Zawodowe	13,9		
	Średnie	14,8		
Zmienna	Wykształcenie	SR	Test H	Wartość p
Dziedzina socjalna	Podstawowe	14,1	1,018	0,601
	Zawodowe	14,2		
	Średnie	14,8		
Zmienna	Wykształcenie	SR	Test H	Wartość p
Dziedzina środowiskowa	Podstawowe	14,4	7,175	0,028*
	Zawodowe	14,4		
	Średnie	15,7		

SR – średnia arytmetyczna; Test t – test t-Studenta; Test Z – test U Manna-Whitneya; Test F – test Fishera-Snedecora; Test H – test ANOVA Kruskala-Wallis

* wartość p istotna statystycznie

Źródło: własne.

Po przeprowadzeniu testów statystycznych (wartość $p < 0,05$) stwierdzono istotny wpływ wieku na jakość życia w dziedzinie somatycznej, psychologicznej i środowiskowej. Dodatkowo wykazano, że jakość życia w dziedzinie środowiskowej zależy też od wykształcenia. Osoby w wieku 30-59 lat i posiadające wykształcenie średnie wykazywały najwyższy poziom jakości życia w porównaniu z innymi grupami badanych. W rezultacie postawiona hipoteza badawcza została potwierdzona.

Z kolei przeprowadzone testy statystyczne (wartość $p > 0,05$) wykazały, że jakość życia we wszystkich dziedzinach nie zależy od miejsca zamieszkania i płci. Ponadto jakość życia w dziedzinie socjalnej nie zależy od wieku, a jakość życia w dziedzinach somatycznej, psychologicznej i socjalnej nie zależy również od wykształcenia. W związku z tym postawiona hipoteza badawcza nie została potwierdzona.

Analizowano występowanie oraz nasilenie depresji w zależności od danych socjodemograficznych.

Wykazano istotną statystycznie zależność między nasileniem depresji a wiekiem, miejscem zamieszkania oraz wykształceniem. Na podstawie analizy wyników można wnioskować, że im wyższy wiek, tym większe nasilenie depresji (tabele 5, 6, 7).

Tabela 5

Testowanie zależności pomiędzy wiekiem a nasileniem depresji

Wiek	Brak depresji		Depresja łagodna		Głęboka depresja		Chi ²	Wartość p
	N	%	N	%	n	%		
Do 29 lat	2	1,8	1	1,9	0	0,0	13,6 12	0,009*
30-59 lat	59	52,7	17	31,5	8	31,4		
Od 60 lat	51	45,5	36	66,7	26	76,5		

* wartość p istotna statystycznie.

Źródło: własne.

Osoby zamieszkujące miasto wykazywały niższe nasilenie depresji niż osoby zamieszkujące wieś.

Tabela 6

Testowanie zależności pomiędzy miejscem zamieszkania a nasileniem depresji

Nasilenie depresji	Wieś		Miasto		Chi ²	Wartość p
	N	%	N	%		
Brak depresji	30	63,8	82	53,6	6,765	0,034*
Depresja łagodna	6	12,8	48	31,4		
Głęboka depresja	11	23,4	23	15,0		

* wartość p istotna statystycznie.

Źródło: własne.

Badani z wykształceniem średnim najczęściej nie wykazywali objawów depresji, u osób z wykształceniem zawodowym najczęściej występowała depresja łagodna, a u respondentów z wykształceniem podstawowym najczęściej obserwowano głęboką depresję.

Tabela 7

Testowanie zależności pomiędzy wykształceniem a nasileniem depresji

Wykształcenie	Brak depresji		Depresja łagodna		Głęboka depresja		Chi ²	Wartość p
	N	%	n	%	N	%		
Podstawowe	24	21,4	7	13,0	13	38,2	13,6 12	0,009*
Zawodowe	71	63,4	42	77,8	19	55,9		
Średnie	17	15,2	5	9,3	2	5,9		

* wartość p istotna statystycznie.

Źródło: własne.

Badanie wykazało, że nasilenie depresji w badanej grupie nie zależało od płci. Analizowano występowanie oraz nasilenie bólu w zależności od danych socjodemograficznych.

W tym celu weryfikowano dane dotyczące wieku, płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia i nasilenia bólu. Na początek jednak sprawdzono, czy rozkład nasilenia bólu z różnymi grupami wieku, płci, miejsca zamieszkania i wykształcenia nie odbiegał istotnie od rozkładu normalnego (tabela 8).

Tabela 8

Testowanie rozkładu nasilenia bólu w poszczególnych grupach wieku, płci, miejsca zamieszkania i wykształcenia

Zmienna	Wiek	n	KS	Wartość p
Nasilenie bólu	Do 29 lat	3	-	-
	30-59 lat	84	0,288	<0,001*
	Od 60 lat	113	0,191	<0,001*
Zmienna	Płeć	n	KS	Wartość p
Nasilenie bólu	Kobieta	75	0,9	<0,001*
	Mężczyzna	125	0,197	<0,001*
Zmienna	Miejsce zamieszkania	n	KS	Wartość p
Nasilenie bólu	Wieś	47	0,245	0,006*
	Miasto	153	0,237	<0,001*
Zmienna	Wykształcenie	n	KS	Wartość p
Nasilenie bólu	Podstawowe	44	0,198	0,054
	Zawodowe	132	0,217	<0,001*
	Średnie	24	0,376	0,001*

KS – test Kołmogova-Smirnova

* wartość p istotna statystycznie.

Źródło: własne.

Przeprowadzone testy statystyczne (wartość $p < 0,05$) wykazały, że rozkład nasilenia bólu w grupach danych socjodemograficznych odbiegał istotnie od rozkładu normalnego. W związku z tym do weryfikacji hipotezy badawczej zastosowano nieparametryczny test U Manna-Whitneya dla 2 prób niezależnych, a dla większej ilości prób – test ANOVA Kruskala-Wallisa (tabela 9).

Tabela 9

Testowanie zależności pomiędzy nasilenia bólu a czynnikami socjodemograficznymi

Zmienna	Wiek	SR	Test H	Wartość p
Nasilenie bólu	Do 29 lat	0	13,962	0,001*
	30-59 lat	1		
	Od 60 lat	1,8		
Zmienna	Płeć	SR	Test Z	Wartość p
Nasilenie bólu	Kobieta	1,1	2,03	0,042*
	Mężczyzna	1,6		
Zmienna	Miejsce zamieszkania	SR	Test Z	Wartość p
Nasilenie bólu	Wieś	1,4	-0,506	0,613
	Miasto	1,4		
Zmienna	Wykształcenie	SR	Test H	Wartość p
Nasilenie bólu	Podstawowe	1,6	7,014	0,03*
	Zawodowe	1,4		
	Średnie	0,8		

SR – średnia arytmetyczna; Test Z – test U Manna-Whitneya; Test H – test ANOVA Kruskala-Wallisa

* wartość p istotna statystycznie

Źródło: własne.

Przeprowadzone testy statystyczne (wartość $p < 0,05$) wykazały, że nasilenie bólu zależało od wieku, płci i wykształcenia. Obserwacje wskazują, że wraz z wiekiem nasilenie bólu rosło. Dodatkowo, mężczyźni i pacjenci z wykształceniem podstawowym doświadczali największego nasilenia bólu.

Wykazano ponadto, że nasilenie bólu nie zależało od miejsca zamieszkania.

Analizowano jakość życia w zależności od występowania i nasilenia depresji.

W celu weryfikacji postawionej hipotezy badawczej wykorzystano wyniki pytań kwestionariusza ankiety, dotyczące jakości życia i nasilenia depresji. Na początek jednak sprawdzono, czy rozkład jakości życia z różnymi grupami nasilenia depresji nie odbiegał istotnie od rozkładu normalnego (tabela 10).

Tabela 10

Testowanie rozkładu jakości życia w poszczególnych grupach nasilenia depresji

Zmienna	Nasilenie depresji	N	KS	Wartość p
Dziedzina somatyczna	Brak depresji	112	0,128	0,047*
	Depresja łagodna	54	0,157	0,124
	Głęboka depresja	34	0,194	0,137
Dziedzina psychologiczna	Brak depresji	112	0,109	0,128
	Depresja łagodna	54	0,169	0,081
	Głęboka depresja	34	0,144	0,444
Dziedzina socjalna	Brak depresji	112	0,176	0,002*
	Depresja łagodna	54	0,213	0,012*
	Głęboka depresja	34	0,315	0,002*
Dziedzina środowiskowa	Brak depresji	112	0,157	0,007*
	Depresja łagodna	54	0,176	0,063
	Głęboka depresja	34	0,329	0,001*

Zródło: własne.

Przeprowadzone testy statystyczne (test Kołmogorova-Smirnova i wartość $p < 0,05$) wykazały, że rozkład domeny somatycznej, socjalnej i środowiskowej w grupach nasilenia depresji odbiegał istotnie od rozkładu normalnego. W związku z tym do weryfikacji hipotezy badawczej zastosowano nieparametryczny test ANOVA Kruskala-Wallisa.

Przeprowadzone testy statystyczne (test Kołmogorova-Smirnova i wartość $p > 0,05$) wykazały, że rozkład domeny psychologicznej w grupach nasilenia depresji nie odbiegał istotnie od rozkładu normalnego. W związku z tym do weryfikacji hipotezy badawczej zastosowano test parametryczny, jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA (tabela 11).

Tabela 11

Testowanie zależności pomiędzy nasileniem depresji a jakością życia

Zmienna	Nasilenie depresji	SR	Test H	Wartość p
Dziedzina somatyczna	Brak depresji	15,3	78,241	<0,001*
	Depresja łagodna	12,9		
	Głęboka depresja	11,6		
Zmienna	Płeć	SR	Test F	Wartość p
Dziedzina psychologiczna	Brak depresji	15,1	44,27	<0,001*
	Depresja łagodna	13,1		
	Głęboka depresja	11,8		
Zmienna	Miejsce zamieszkania	SR	Test H	Wartość p
Dziedzina socjalna	Brak depresji	15,4	50,611	<0,001*
	Depresja łagodna	13,2		
	Głęboka depresja	12,2		

Zmienna	Wykształcenie	SR	Test H	Wartość p
Dziedzina środowiskowa	Brak depresji	15,8	75,935	<0,001*
	Depresja łagodna	13,4		
	Głęboka depresja	12,3		

SR – średnia arytmetyczna; Test Z – test U Manna-Whitneya; Test H – test ANOVA Kruskala-Wallisa

* wartość p istotna statystycznie

Źródło: własne.

Przeprowadzone testy statystyczne (wartość $p < 0,05$) wykazały, że nasilenie depresji zależało od jakości życia. Zaobserwowano, że wraz ze wzrostem jakości życia występowanie depresji wśród pacjentów spada. Na podstawie tych wyników można potwierdzić postawioną hipotezę badawczą.

Analizowano też występowanie i nasilenie bólu i jego wpływu na jakość życia.

W celu weryfikacji postawionej hipotezy badawczej, wykorzystano wyniki pytań kwestionariusza ankiety, dotyczące jakości życia i nasilenia bólu. Na początek jednak sprawdzono, czy rozkłady jakości życia w każdej z domen oraz nasilenia bólu nie odbiegały istotnie od rozkładu normalnego (tabela 12).

Tabela 12

Testowanie rozkładu jakości życia w każdej z domen oraz nasilenia bólu

Zmienna	SR	KS	Wartość p
Dziedzina somatyczna	14	0,121	0,005*
Dziedzina psychologiczna	14	0,096	0,047*
Dziedzina socjalna	14	0,175	<0,001*
Dziedzina środowiskowa	15	0,132	0,002*
Nasilenie bólu	1	0,232	<0,001*

N – liczba kobiet; KS – test Kołmogorova-Smirnova

* wartość p istotna statystycznie.

Źródło: własne.

Przeprowadzone testy statystyczne (test Kołmogorova-Smirnova i wartość $p < 0,05$) wykazały, że rozkłady jakości życia w każdej z domen oraz nasilenia bólu odbiegały od rozkładu normalnego. Do weryfikacji hipotezy badawczej wyznaczono współczynnik korelacji rho-Spearmana (tabela 13).

Tabela 13

Testowanie zależności pomiędzy jakością życia a nasileniem bólu

Zmienna 1	Zmienna 2	Rho	Test T	Wartość p
Dziedzina somatyczna	Nasilenie bólu	-0,169	-2,419	0,016*
Dziedzina psychologiczna		-0,272	-3,97	<0,001*
Dziedzina socjalna		-0,276	-4,064	<0,001*
Dziedzina środowiskowa		-0,269	-3,932	<0,001*

Test R – korelacja rho-Spearmana; Test T – test t-Studenta;

* wartość p istotna statystycznie.

Źródło: własne.

Przeprowadzone testy statystyczne (wartość $p < 0,05$) wykazały, że jakość życia zależała od nasilenia bólu. Obserwowano, że wraz ze wzrostem jakości życia obniża się nasilenie bólu badanych pacjentów.

Dyskusja

Schorzenia układu sercowo-naczyniowego niezmiennie od wielu lat stanowią jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych, nie tylko w Polsce czy Europie, ale i na całym świecie. Pomimo pewnej, delikatnej, tendencji spadkowej nie można oczekiwać znaczącej poprawy, która załagodziłaby ten problem. Nawet XXI wiek nadal będzie czasem borykania się z tego rodzaju chorobami, nierzadko pozbawiającymi życia nawet młodych ludzi (Nichols i in., 2014). Statystyki na obszarze Europy wyraźnie pokazują, że 3 na 10 zgonów w grupie osób poniżej 65. roku życia mają swoje źródło w chorobach układu sercowo-naczyniowego (Ibidem). W Polsce jest to obecnie najczęstsza przyczyna przedwczesnych zgonów. Według raportu Ministerstwa Zdrowia z 2020 roku, odnotowano wzrost liczby zgonów związanych z różnymi schorzeniami układu sercowo-naczyniowego o prawie 17% w porównaniu do roku 2019. Jest to niepokojące zjawisko, które wymaga podjęcia odpowiednich działań w celu poprawy profilaktyki, diagnozy i leczenia tych chorób (Wojtyniak, Goryński, 2020). Inne dane pokazują, że w roku 2018 choroby układu krążenia stanowiły aż 40,5% wszystkich zgonów w Polsce. To alarmujący wskaźnik, świadczący o ogromnym wpływie tych schorzeń na zdrowie i życie Polaków. Ponadto badania potwierdzają, że od wielu lat choroby układu krążenia wraz z nowotworami są głównymi przyczynami śmierci (też przedwczesnej) w polskiej populacji. To problem, który wymaga kompleksowego podejścia i zwiększonej świadomości społecznej w zakresie profilaktyki oraz opieki nad sercem i układem naczyniowym (Ibidem). Jak wskazują badania przeprowadzone przez B. Dziedzic, Z. Sienkiewicz i J. Imiela (2015), największa liczba zgonów w grupie Polaków, którzy przekroczyli 60. rok życia, jest bezpośrednio spowodowana przez chorobę niedokrwienną serca. W 2010 roku w Polsce odnotowano łącznie ok. 46 tys. zgonów z powodu różnorodnych chorób układu krążenia. Należy podkreślić, że obecnie, w zaawansowanym stadium rozwoju medycyny, jakość życia jest jednym z kluczowych parametrów (obok oceny klinicznej i funkcjonalnej), umożliwiających ocenę skuteczności terapii stosowanej u pacjenta (Kurpas, Mroczek, Bielska, 2013).

M. Kózka, A. Majda i A. Kula (2013) przeprowadzili badania, oceniając jakości życia i zachowania zdrowotne pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową w wieku geriatrycznym. Badaniem objęto 72 osoby. Wyniki badań ukazują, że badani byli bardziej zadowoleni z jakości życia niż z jakości zdrowia. Istniały różnice w ocenie poszczególnych dziedzin życia wśród badanych. Najwyżej oceniane były relacje społeczne, a najniżej dziedzina fizyczna. Na jakość życia badanych istotny statystycznie wpływ miało stadium zaawansowania choroby i pozytywne nastawienie psychiczne. Podobne wyniki ukazują A. Zdun, D. Bazaliński i P. Więch (2017), przeprowadzając badania na grupie 100 osób powyżej 60. roku życia w trakcie stacjonarnego leczenia onkologicznego. Badania wykazują, że indywidualna ogólna percepcja jakości życia została oceniona na poziomie 3,48 pkt., a indywidualna ogólna percepcja jakości zdrowia na poziomie 2,75 pkt. Najwyższą jakość życia badani wykazali w dziedzinie relacji społecznych, a najniższą w dziedzinie fizycznej. Natomiast badania przeprowadzone przez K. Kocka, K. Grabowska oraz A. Bartoszek (2016) wśród 120 osób leczonych hemodializą wykazały, że zarówno mężczyźni, jak też kobiety swoje zadowolenie z jakości życia określili na poziomie średnim, nieco słabiej byli zadowoleni ze swojego zdrowia, a także stwierdzono, że kobiety prezentowały wyższe wyniki oceny jakości życia we wszystkich obszarach w porównaniu do mężczyzn. Najwyższe wyniki uzyskano

w sferze środowiskowej i socjalnej, zaś najniższe w sferze psychologicznej. Analizując jakość życia według badań przeprowadzonych przez M. Rybka i R. Winnicka (2016) na grupie 167 osób, które leczyły się z powodu choroby wrzodowej żołądka oraz dwunastnicy, stwierdzono, że ankietowani wyżej ocenili swoje zadowolenie z jakości życia niż stanu swojego zdrowia. Zaobserwowano różnice w ocenie jakości życia w poszczególnych dziedzinach. Najwyżej oceniona została jakość życia w dziedzinie społecznej. Wśród badanych osób zaobserwowano korelację pomiędzy jakością życia a zmiennymi społeczno-demograficznymi, takimi jak: wiek, stan cywilny, aktywność zawodowa, sposób zamieszkania, spożywanie alkoholu. Z kolei badania przeprowadzone przez D. Kurpas i in. (2014), oceniające jakość życia w grupie 111 pacjentów oddziału kardiologii inwazyjnej, ukazały, że respondenci znacznie wyżej ocenili jakość własnego życia niż jakość własnego zdrowia oraz że ocena jakości życia zależy od wieku, stanu cywilnego i miejsca zamieszkania. Badania przeprowadzone przez M. Humańską, M. Śnieg i P. Rezmerską (2013), dotyczące jakości życia i sprawności funkcjonalnej w grupie 50 osób z stwardnieniem rozsianym, wykazują z kolei, że jakość życia jest istotnie zależna od sprawności funkcjonalnej badanych. Badania własne też wykazują zależność jakości życia od sprawności funkcjonalnej badanych. Wraz ze wzrostem sprawności funkcjonalnej rośnie jakość życia badanych. Wyniki badań własnych wskazały większe zadowolenie z jakości życia swojego życia niż z jakości swojego zdrowia. Najwyżej oceniona została jakość życia w sferze środowiskowej oraz socjalnej. Stwierdzono także istotną zależność pomiędzy jakością życia a wiekiem i wykształceniem. Natomiast nie zaobserwowano takiej zależności od płci i miejsca zamieszkania.

Badania M. Starczewskiej i in. (2019), mające na celu ocenę sprawności funkcjonalnej i występowania ryzyka depresji wśród osób w podeszłym wieku wśród 274 pacjentów przychodni, którzy ukończyli 65 lat, wykazały, że wśród czynników socjodemograficznych płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania i sytuacja zdrowotna miały wpływ na częstość wystąpienia ryzyka depresji. W badaniach wykazano, że istotnym czynnikiem jest płeć, a w badanej grupie kobiety wykazywały większe ryzyko depresji. Inne spostrzeżenia ukazane są w badaniach przeprowadzonych przez A. Pacian (2014) w grupie 82 osób, które wykazują częstsze występowanie depresji u osób starszych z wykształceniem zawodowym i wyższym, ale miejsce zamieszkania nie pozostawało w statystycznym związku z ryzykiem depresji. Badania własne wykazują, że nasilenie depresji zależy od miejsca zamieszkania i wykształcenia. Osoby z wykształceniem podstawowym zamieszkujące wieś najczęściej wykazywały objawy depresji. Nie stwierdzono natomiast istotnej zależności pomiędzy nasileniem depresji a płcią. A. Kiełtyka, M. Leja, B. Lubińska-Żądło oraz B. Kiełtyka (2018), przeprowadzając badania wśród 100 osób w wieku podeszłym ze schorzeniami przewlekłymi, wykazali, że ważnym czynnikiem mającym znaczenie dla oceny jakości życia jest stan psychiczny. Stwierdzono istotną zależność pomiędzy jakością życia w dziedzinie psychologicznej a nasileniem cech depresji. Wykazano, że zarówno u osób objętych opieką instytucjonalną, jak i pozostających we własnym środowisku domowym wraz ze wzrostem oceny jakości życia w aspekcie psychologicznym maleje nasilenie cech depresji. G. Kardas, A. Zborowska i I. Uchmanowicz (2015), przeprowadzając badania wśród 58 pacjentów cierpiących na niewydolność serca, wykazali, że wysoki poziom lęku i depresji ma istotny negatywny wpływ na jakość życia osób z niewydolnością

serca. Badania własne również wykazują, że nasilenie depresji zależy od jakości życia. Wraz ze wzrostem jakości życia obserwuje się spadek występowania depresji wśród respondentów.

W niniejszych badaniach wykazano, że jakość życia pacjentów jest bezsprzecznie skorelowana z występowaniem u nich depresji i jej nasileniem. Równowaga psychiczna i pozytywne nastawienie stanowią istotny element postrzegania przez pacjenta swojej sprawności i samooceny w kontekście jakości własnego życia. W związku z tym utrzymanie pacjentów w dobrym stanie psychicznym powinno być integralną częścią opieki w oddziale kardiologicznym.

Wnioski

- 1) Stwierdzono istotnie statystyczną zależność pomiędzy jakością życia a wiekiem oraz wykształceniem. Nie zaobserwowano natomiast takiej zależności od płci i miejsca zamieszkania.
- 2) Nasilenie depresji zależało od miejsca zamieszkania oraz wykształcenia. Osoby z wykształceniem podstawowym, zamieszkujące wieś, najczęściej wykazywały objawy depresji. Nie stwierdzono natomiast istotnie statystycznej zależności pomiędzy nasileniem depresji a płcią.
- 3) Nasilenie bólu zależało od wieku, płci i wykształcenia. Wraz z wiekiem nasilenie bólu rosło. Ponadto, mężczyźni oraz pacjenci z wykształceniem podstawowym doświadczali największego nasilenia bólu.
- 4) Nasilenie depresji zależało od jakości życia. Wraz ze wzrostem jakości życia obserwowano spadek występowania depresji wśród respondentów.
- 5) Jakość życia zależała od nasilenia bólu. Wraz ze wzrostem jakości życia odnotowywano obniżenie nasilenia bólu u badanych pacjentów.

Bibliografia

- Cieślak, B. (2014). Wpływ chorób serca na jakość życia – opracowanie na podstawie przeglądu piśmiennictwa. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica. Inżynieria Biomedyczna*, 20(2), 101-118.
- Dziedzic, B., Sienkiewicz, Z., Imiela, J. (2015). Analiza wybranych zachowań zdrowotnych osób po 65. roku życia ze stwierdzoną chorobą niedokrwienną serca. *Gerontologia Polska*, 3, 47-55.
- Gołdyn, R. (2016). *Choroba wieńcowa – przyczyny, czynniki ryzyka, leczenie farmakologiczne i inwazyjne*. Kraków: Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego.
- Humańska, M., Śnieg, M., Rezmerska, P. (2013). Jakość życia a sprawność funkcjonalna chorych na stwardnienie rozsiane. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne*, 2(5), 188-194.
- Jóźwiak, J. (2013). *Ocena wybranych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego w ogólnopolskiej 5-letniej prospektywnej obserwacji kohorty pacjentów POZ. Badanie LIPIDOGRAM 5 lat*. Częstochowa: Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej.
- Kardas, G., Zborowska, A., Uchmanowicz, I. (2015). Wpływ lęku i depresji na jakość życia pacjentów z niewydolnością serca. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*, 1, 9-12.
- Kaszuba, D., Nowicka, A. (red.). (2019). *Pielęgniarstwo kardiologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL.

- Kiełtyka, A., Leja, M., Lubińska-Żądło, B., Kiełtyka, B. (2018). Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym ze schorzeniami przewlekłymi. *Praca Socjalna*, 32(5), 81-103.
- Kocka, K., Grabowska, K., Bartoszek, A. (2016). Wpływ czynników socjodemograficznych na jakość życia pacjentów leczonych hemodializą. *Hygeia Public Health*, 51(1), 82-86.
- Kózka, M., Majda, A., Kula, A. (2013). Ocena jakości życia i zachowań zdrowotnych pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową w wieku geriatrycznym. *Problemy Pielęgniarstwa*, 21(4), 433-442.
- Kurpas D., Bąk E., Sień M., Wróblewska I., Morczek, B. (2014). Jakość życia pacjentów kardiologii inwazyjnej. *Family Medicine & Primary Care Review*, 16(2), 120-123.
- Kurpas, D., Mroczek, B., Bielska, D. (2013). The correlation between quality of life, acceptance of illness and health behaviors of advanced age patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56, 448-456.
- Monastyrska, E.M., Beck, O. (2014). Psychologiczne aspekty chorób kardiologicznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 20(2), 141-144.
- Mościcka, S., Wójcik, D., Mamcarz, A. (2015). Jakość życia pacjentów z niewydolnością serca. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 9(6), 435-442.
- Nichols, M., Townsend, N., Scarborough, P., Rayner, M. (2014). Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. *European Heart Journal*, 35, 2950-2959.
- Pacian, A. (2014). Jakość życia a ryzyko depresji wśród osób starszych. *Hygeia Public Health*, 49(4), 820-824.
- Paszkiewicz, D., Piotrkowski, J. (2017). Profilaktyka w systemie ochrony zdrowia – walka z nowotworami i chorobami układu krążenia. *Kontrola Państwowa*, 62(4), 77-96.
- Rybka, M., Winnicka, R. (2016). Jakość życia pacjentów z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 1(3), 18-26.
- Salska, A. (2015). Choroby układu krążenia związane z pracą zawodową. Istotny problem osób pracujących. *Medycyna Pracy*, 66(6), 789-795.
- Sawicka, K., Wieczorek, A., Łuczyk, R., Wawryniuk, A., Prasał, M. (2016). Ocena wybranych aspektów jakości życia w grupie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym = Evaluation of selected aspects of the quality of life in patients with hypertension. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(11), 161-178.
- Serzysko, B., Janik, J., Świerczek, J. (2016). Program profilaktyczny SCORE w zakresie chorób układu krążenia. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 1(1), 27-44.
- Starczewska, M., Prociak, L., Rybicka, A., Stanisławska, M., Grochans, E. (2019). Ocena sprawności funkcjonalnej i występowania ryzyka depresji wśród seniorów. *Pielęgniarstwo Polskie*, 3(73), 258-264.
- Wojtyniak B., Goryński, P. (red.). (2020). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – raport za 2020 rok*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.
- Woś-Szymanowska, A., Bryl, N., Szekięda, A., Posadzy-Mańczyńska, A. (2018). Czynniki psychospołeczne w profilaktyce i leczeniu chorób układu krążenia. *Kardiologia Polska*, 12(2), 64-69.
- Zdun, A., Bazaliński, D., Więch P. (2017). Jakość życia a poczucie koherencji u osób leczonych onkologicznie w wieku geriatrycznym. *Hygeia Public Health*, 52(3), 292-297.

Jakość życia pacjentów po endoprotezoplastyce stawu biodrowego (Bożena Załubska¹, Dominika Kogut², Anna Fornal³, Stanisława Talaga⁴)

Wprowadzenie

Choroba zwyrodnieniowa stawów wiąże się z wieloma dolegliwościami, wśród których na codzienne funkcjonowanie najbardziej negatywnie wpływa ból o bardzo dużym nasileniu, powodujący u chorego ograniczenie ruchomości w stawie. Największą częstością występowania wśród wszystkich rodzajów jest choroba zwyrodnieniowa obejmująca staw biodrowy. Intensywne dolegliwości są wskazaniem do leczenia chirurgicznego, polegającego na przeprowadzeniu zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego. Zabieg ten polega na wstawieniu sztucznej protezy w miejsce uszkodzonego przez proces chorobowy stawu (Sowa i in., 2019).

Nieprawidłowości w obrębie tkanki chrzęstnej stawów objawiają się dolegliwościami bólowymi o dużej intensywności, występującymi wielokrotnie nie tylko w momencie ruchu, ale także podczas spoczynku. Przypadłość ta nazywana jest chorobą zwyrodnieniową stawów. Jest to schorzenie o bardzo wysokim wskaźniku zapadalności. W sytuacji, gdy patologią tą dotknięty zostaje staw biodrowy, uniemożliwia to chorym prawidłowe chodzenie, stwarza olbrzymi dyskomfort i znacznie obniża satysfakcję z życia pacjentów cierpiących na tę przypadłość, a w wielu przypadkach uniemożliwia im codzienne funkcjonowanie i wykonywanie podstawowych czynności. Obok bólu jednymi z głównych objawów, mogących świadczyć o występowaniu koksartrozy, gdyż taką nazwę nosi choroba zwyrodnieniowa obejmująca opisywany wyżej staw, są: obrzęk w okolicach okołostawowych i zniekształcenia występujące w tej okolicy. Osoby cierpiące na tę chorobę wielokrotnie – oprócz fizycznych dolegliwości – cechują się również problemami psychologicznymi, ze względu na przewlekły ból, niejednokrotnie trudny do zwalczenia farmakologicznie, a także wyżej już wspomniane trudności w samodzielnym życiu codziennym (Kielar i in., 2017).

Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem przed operacją endoprotezoplastyki

Zgodnie z aktualnymi modelami, opieka pielęgniarstwa nad pacjentem powinna być całościowa, a więc obejmować wszystkie zaistniałe problemy chorego, zarówno biorąc pod uwagę sferę psychiczną, jak i fizyczną. Musi obejmować wszystkie etapy, począwszy od okresu, kiedy pacjent zostaje przyjęty do szpitala, a skończywszy w momencie wypisu. Pielęgniarka towarzyszy pacjentowi podczas przygotowania do zabiegu i jest jedną z pierwszych osób, z którymi spotyka się on po przywiezieniu z sali operacyjnej. Alloplastyka stawu biodrowego, podobnie jak każdy zabieg chirurgiczny, wiąże się z występowaniem bólu pooperacyjnego, a jego nasilenie jest indywidualne u każdej osoby. Ból związany jest z uszkodzeniem powierzchni tkanek podczas wykonywania cięcia, a także ingerencją chirurgiczną wewnątrz stawu. Najsilniejsze

¹ Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu, Instytut Medyczny.

² Szpital Specjalistyczny im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu.

³ Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu, Instytut Medyczny.

⁴ Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Sączu, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu.

dolegliwości zaobserwować można zaraz po operacji, podczas gdy znieczulenie zastosowane w jej trakcie przestaje działać. Pielęgniarka, ze względu na swoją obecność przy chorym, powinna być wyczulona na cierpienie pacjenta i w razie potrzeby zgłaszać lekarzowi fakt występowania dolegliwości u chorych. Dobra współpraca zespołu terapeutycznego pozwala na wysoki poziom leczenia przeciwbólowego i znacznie poprawia jakość życia pacjenta po zabiegu (Borek i in., 2018). Pacjent po przebyciu zabiegu musi dostosować się do nowej sytuacji także pod kątem psychologicznym. Pielęgniarka musi udzielać wsparcia pacjentowi, motywować go do działania. Bardzo ważna jest edukacja pacjenta przez pielęgniarkę na temat dalszego postępowania pooperacyjnego tak, żeby wychodząc z oddziału, był on spokojny o swoją dalszą egzystencję i potrafił funkcjonować w ten sposób, aby nie wystąpiły późne powikłania po zabiegu endoprotezoplastyki (Gołabek, 2017).

W medycynie termin „jakość życia” oznacza całościowe spojrzenie na problemy pacjenta w zakresie zdrowia fizycznego, psychicznego i środowiska. Medycyna uwzględnia również jakość życia w chorobie (Klimaszewska i in., 2011). Przewlekłe choroby układu kostno-stawowego, którym towarzyszy ból, w znacznym stopniu wpływają na jakość życia tych osób. Z samooceną stanu zdrowia ściśle łączy się ocena jakości życia.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy była ocena jakości życia pacjentów po przebyciu operacji endoprotezoplastyki stawu biodrowego. Ustalono kilka problemów badawczych:

- Jaka jest jakość życia pacjentów po alloplastyce, ograniczenie ich funkcjonalności oraz poziom bólu?
- Czy wyniki pooperacyjne poziomu bólu różnią się w zależności od czasu, jaki upłynął od operacji?
- Czy wyniki pooperacyjne jakości życia różnią się w zależności od czasu, jaki upłynął od operacji?
- Czy czynniki socjodemograficzne mają wpływ na jakość życia pacjentów po alloplastyce?

Materiał i metoda

Badaniem objęto 125 osób, które podzielono na 2 grupy. Pierwszą stanowiły 62 osoby, u których operacja endoprotezoplastyki została wykonana 2-6 miesięcy przed przeprowadzeniem badań ankietowych. Drugą grupę stanowiło 63 pacjentów, u których alloplastyka biodra została wykonana 1-6 tygodni przed badaniem. Badania przeprowadzono na Oddziale Rehabilitacyjnym Szpitala im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu, w terminie od 1.02.2023 roku do 30.04.2023 roku.

Badania zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego, zastosowano autorski kwestionariusz wywiadu. W jego pierwszej części pacjenci odpowiadali na pytania dotyczące swojej osoby, takie jak np. wiek, płeć czy miejsce zamieszkania. Następnie w kwestionariuszu pojawiły się pytania odnoszące się do operacji endoprotezoplastyki stawu biodrowego.

Do oceny jakości życia pacjentów, u których wszczepiona została endoproteza stawu biodrowego, zastosowane zostały skale: Kwestionariusz WHOQOL-BREW, Skala WOMAC, Drabina Cantrila i Skala bólu Laitinena.

Wyniki badań

Charakterystykę socjodemograficzną badanej grupy przedstawia tabela 1.

Tabela 1

Charakterystyka socjodemograficzna pacjentów po alloplastyce

Parametr	Liczba	Procent
	Śr. ± odch. std (min-max)	
Czas wykonania badania		
1-6 tydzień po alloplastyce	63	50,4
2-6 miesiąc po alloplastyce	62	49,6
Wiek (lata)	65 ± 11 (41-86)	
41-50 lat	15	12,0
51-60 lat	28	22,4
61-70 lat	39	31,2
71-80 lat	32	25,6
>80 lat	11	8,8
Płeć		
Kobiety	73	58,4
Mężczyźni	52	41,6
Miejsce zamieszkania		
Wieś	54	43,2
Miasto	71	56,8
Wykształcenie		
Podstawowe	4	3,2
Zawodowe	37	29,6
Średnie	44	35,2
Wyższe	40	32,0
Stan cywilny		
Mężatka/Zamężny	67	53,6
Wdowa/Wdowiec	26	20,8
Panna/Kawaler	24	19,2
Rozwódka/Rozwodnik	7	5,6
Wolny związek partnerski	1	0,8
Wykonywana praca		
Praca fizyczna	34	27,2
Praca umysłowa	16	12,8
Nieaktywni zawodowo (emerytura/renta, bezrobotni – 2 badanych)	75	60,0
BMI (kg/m²)	26,3 ± 3,4 (17,7-35,5)	
BMI w normie	44	35,2
Nadwaga	64	51,2
Otyłość	17	13,6
Powikłania pooperacyjne wczesne (w czasie pobytu w szpitalu)		
Tak	17	13,6
Nie	108	86,4

Źródło: własne.

Analiza samooceny jakości swojego życia oceniona została wyżej (3,8) niż ocena własnego zdrowia (3,4) (tabela 2).

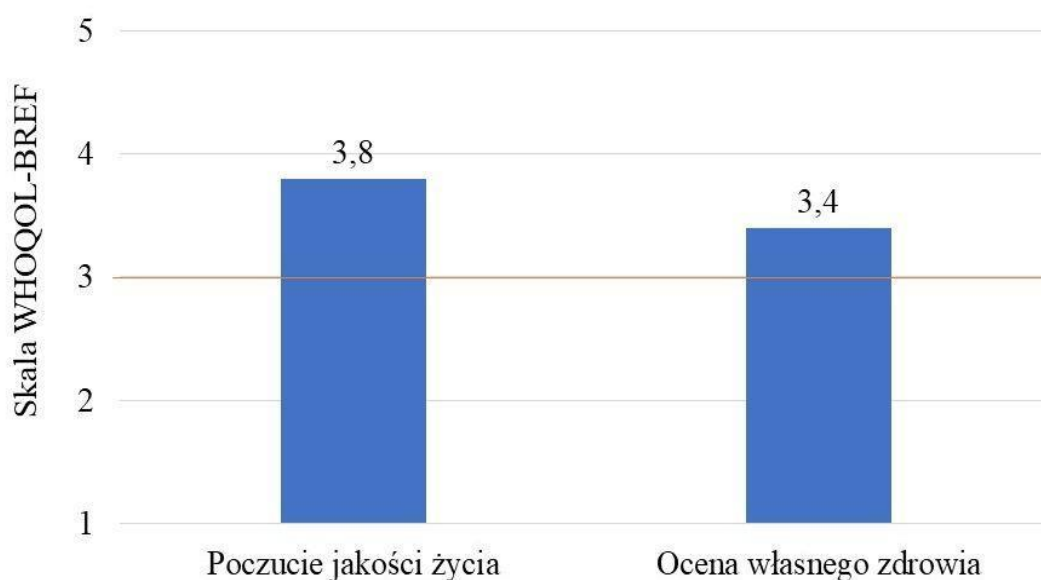
Tabela 2

Poczucie jakości życia pacjentów po alloplastyce i ocena własnego zdrowia

	Skala WHOQOL-BREF (1-5 punktowa)				
	Średnia	Odch. std	Me	Min	Max
Poczucie jakości życia	3,8	0,7	4	2	5
Ocena własnego zdrowia	3,4	0,8	4	1	5

Źródło: własne.

Graficznie poczucie jakości życia pacjentów po alloplastyce i ocenę własnego zdrowia przedstawia rycina 1.



Rycina 1. Poczucie jakości życia pacjentów po alloplastyce i ocena własnego zdrowia.

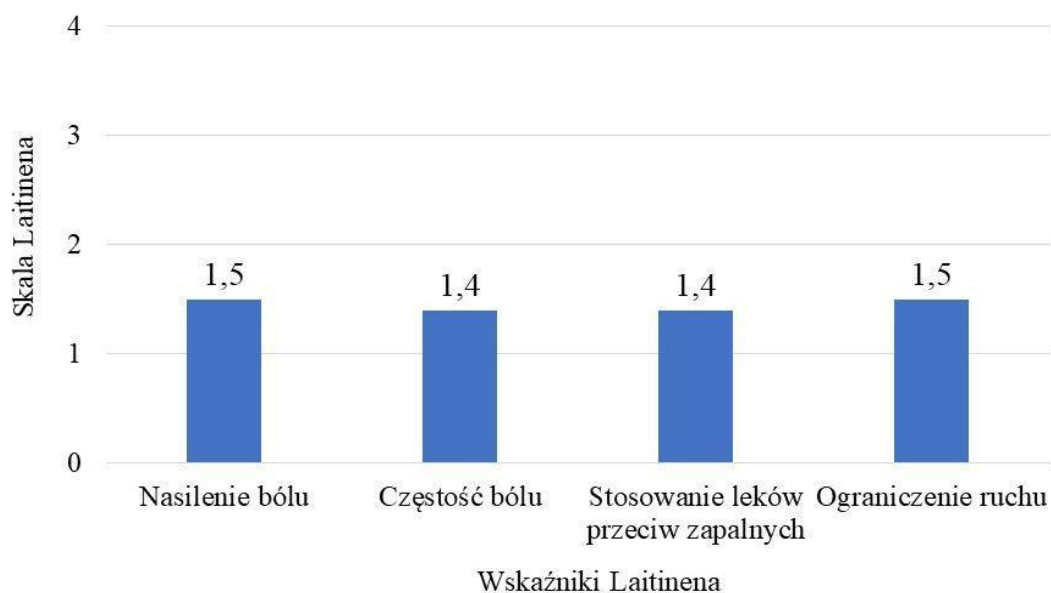
Źródło: własne.

Analiza nasilenia bólu w skali Laitinena (tabela 3, rycina 2).

Tabela 3

Ocena bólu w skali Laitinena u pacjentów po alloplastyce

Wskaźniki Laitinena	Punktacja skali Laitinena				
	Średnia	Odch. std	Me	Min	Max
Nasilenie bólu	1,5	0,9	2	0	4
Częstość bólu	1,4	0,9	1	0	4
Stosowanie leków przeciwzapalnych	1,4	0,9	1	0	4
Ograniczenie ruchu	1,5	0,9	1	0	4
Ogółem (suma punktów)	5,8	3,1	6	0	15



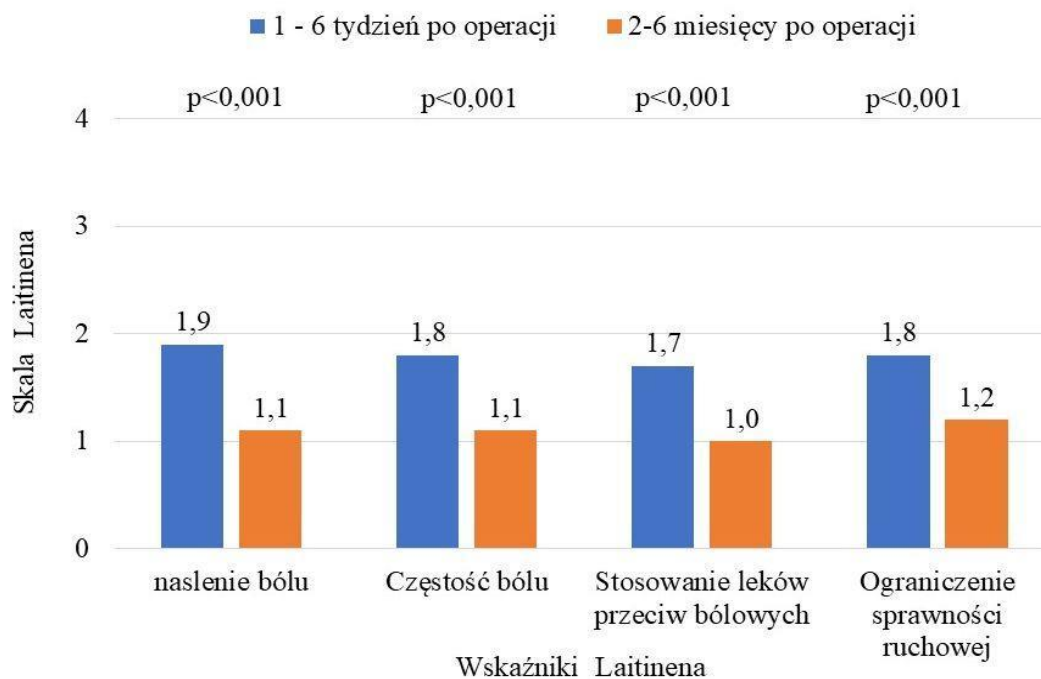
Rycina 2. Ocena bólu w skali Laitinena występującego u pacjentów po alloplastyce.
Źródło: własne.

Kolejnym aspektem oceny według skali Laitinena był wpływ czasu, jaki upłynął od operacji, na występowanie bólu po alloplastyce (tabela 4, rycina 3, rycina 4).

Tabela 4

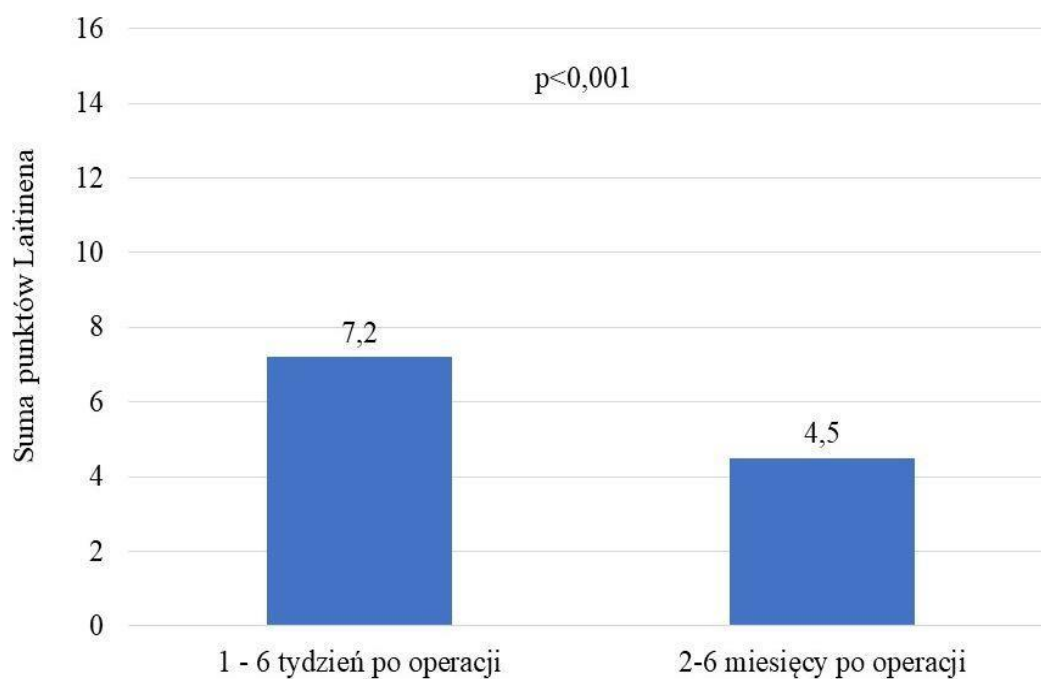
Wpływ czasu, jaki upłynął od operacji, na występowanie bólu u pacjentów po alloplastyce

Wskaźnik Laitinena	Grupa	Skala Laitinena (punkty)					Istotność
		Średnia	Odch. std	Me	Min	max	
nasilenie bólu	1-6 tydzień po operacji	1,9	0,9	2	0	4	p<0,001
	2-6 miesięcy po operacji	1,1	0,9	1	0	3	
częstość bólu	1-6 tydzień po operacji	1,8	0,8	2	0	4	p<0,001
	2-6 miesięcy po operacji	1,1	0,8	1	0	3	
stosowanie leków p/zapalnych	1-6 tydzień po operacji	1,7	0,9	1	0	4	p<0,001
	2-6 miesięcy po operacji	1,0	0,8	1	0	3	
ograniczenie sprawności	1-6 tydzień po operacji	1,8	0,8	2	0	4	p<0,001
	2-6 miesięcy po operacji	1,2	0,9	1	0	3	
Ogółem	1-6 tydzień po operacji	7,2	2,8	7	0	15	p<0,001
	2-6 miesięcy po operacji	4,5	2,9	5	0	10	



Rycina 3. Wpływ czasu, jaki upłynął od operacji, na poziom wskaźników Laitinena u pacjentów po alloplastyce.

Źródło: własne.



Rycina 4. Wpływ czasu, jaki upłynął od operacji, na występowanie u pacjentów po alloplastyce bólu ogółem.

Źródło: własne.

Podsumowanie

Jakość życia może dotyczyć różnych sfer życia człowieka, a najczęściej powiązana jest z jego otoczeniem, osobowością czy zdrowiem, zaś na kształtowanie się jej ma wpływ wiele czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Pojęcie „jakość życia” powinno się formułować w sposób obiektywny, w przypadku którego pod uwagę brane są osobiste, wewnętrzne, subiektywne odczucia pacjenta, który skupiają czynniki postrzegalne, mierzalne.

Badaniem objęto 125 pacjentów po alloplastyce w wieku od 41 lat do 86 lat, średnia wieku wynosiła 65 lat. Najliczniejszą grupę wiekową stanowili badani w wieku 61-70 lat, która stanowiła 31,2%, kolejno 71-80 lat, stanowiąca 25,6% osób. Ponad połowę stanowiły kobiety 58,4%, a mężczyźni to 41,6%.

Badanych podzielono na 2 grupy, a kryterium był czas, jaki minął od operacji. Pierwszą z nich stanowili badani w okresie 2-6 miesięcy po zabiegu, których było 62. Z kolei w przypadku drugiej grupy zabieg był wykonany 1-6 tygodni i ta grupa liczyła 63 osoby.

Średnie poczucie jakości życia w badanej grupie pacjentów po alloplastyce znacznie przekraczało połowę przyjętej skali 1-5 punktowej. Samoocena jakości życia była wyżej oceniona niż ocena własnego zdrowia (tabela 2, rycina 1).

W badanej grupie pacjentów po alloplastyce wskaźniki Laitinena wynosiły 1,4 pkt. dla wskaźników częstości bólu i stosowania leków przeciwbólowych oraz 1,5 pkt. dla wskaźników nasilenia bólu i ograniczenia ruchu. Suma punktów Laitinena wynosiła średnio 5,8 pkt. (tabela 3, rycina 2). Występowanie bólu według skali Laitinena oceniane w 2-6 miesiącu po zabiegu alloplastyki były znamienne ($p < 0,001$) mniejsze niż oceniane w 1-6 tygodniu po zabiegu.

Wskaźnik nasilenia bólu oceniany w 1-6 tygodniu po operacji wynosił średnio 2,9 pkt. w skali Laitinena, podczas gdy oceniany w 2-6 miesiącu po zabiegu był mniejszy i wynosił średnio 1,1 pkt.

Wskaźnik częstości bólu oceniany w 1-6 tygodniu po operacji wynosił średnio 1,6 pkt. w skali Laitinena, a oceniany w 2-6 miesiącu po zabiegu był mniejszy i wynosił średnio 1,1 pkt. Wskaźnik stosowania leków przeciwbólowych oceniany w 1-6 tygodniu po operacji wynosił średnio 1,7 pkt. w skali Laitinena, a oceniany w 2-6 miesiącu po zabiegu był mniejszy i wynosił średnio 1 pkt.

Wskaźnik ograniczenia sprawności fizycznej oceniany w 1-6 tygodniu po operacji wynosił średnio 1,8 pkt., a w 2-6 miesiącu po zabiegu wynosiła średnio 1,2 pkt. (tabela 4, rycina 3).

Ogólna ocena bólu według Laitinena oceniana w 1-6 tygodniu po operacji wynosiła 7,2 pkt., a oceny w 2-6 miesiącu po zabiegu były mniejsze i wynosiły średnio 4,5 pkt. (tabela 4, rycina 4).

Pacjenci po zabiegu endoprotezoplastyki mogą powrócić do dawnej sprawności i zdecydowanie zmniejszyć ból. Z upływem czasu, który mija od przeprowadzenia zabiegu, zwiększa się ich jakość życia, funkcjonalność, a także zmniejszają się dolegliwości bólowe.

Wnioski

- 1) Im dłuższy czas minął od przeprowadzenia zabiegu endoprotezoplastyki, tym większa jest funkcjonalność pacjentów, a więc odczuwają oni znacznie mniejsze trudności w wykonywaniu podstawowych czynności codziennego dnia. W związku z tym do zadań pielęgniarki należy edukacja pacjenta z zakresu samoopieki po operacji endoprotezoplastyki.
- 2) Pielęgniarka powinna regularnie monitorować poziom bólu u pacjentów i w razie potrzeby stosować farmakoterapię we współpracy z lekarzem. Istotną rolę odgrywa tutaj również edukacja pacjenta, jak radzić sobie z bólem w sposób nefarmakologiczny.
- 3) Pacjenci, u których występuje ból o dużym nasileniu, gorzej sobie radzą fizycznie w codziennym życiu, dlatego pielęgniarka powinna pomagać im zmniejszać deficyty.
- 4) Niezmiernie ważną sprawą jest umacnianie chorych w przekonaniu, że aktywność fizyczna, w tym kinezyterapia, wywiera pozytywny wpływ na sprawność fizyczną w wykonywaniu czynności dnia codziennego.
- 5) Istotnym celem działań zespołu terapeutycznego jest udzielanie chorym wsparcia oraz motywowanie ich do radzenia sobie w sytuacjach trudnych i funkcjonowania w życiu społecznym.
- 6) Czynniki medyczne oraz socjodemograficzne, takie jak m.in. wiek, płeć, wykształcenie, aktywność zawodowa, BMI, a także występowanie powikłań pooperacyjnych, nie miały istotnego wpływu na poczucie jakości życia pacjentów po alloplastyce.

Bibliografia

- Borek, M., Szurlej, A., Maciąg D., Cichońska, M. (2018). Ocena bólu pooperacyjnego jako element monitorowania stanu chorego po zabiegu operacyjnym. *Polish Journal of Health and Fitness*, 1, 48-61.
- Gołabek, R. (2017). Rola pielęgniarki w opiece i rehabilitacji chorej po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego. *Pielęgniarstwo Polskie*, 64(2), 313-319.
- Kielar, K., Drzał-Grabiec, J., Truszczyńska, A., Twarowska, N. (2017). Wpływ refleksoterapii na dolegliwości bólowe stawów i niepełnosprawność chorych ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych. *Postępy Rehabilitacji*, 3, 29-40.
- Klimaszewska, K., Krajewska-Kułak, E., Kondzior, D., Kowalczyk, K., Jankowiak, B. (2011). Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa. *Problemy Pielęgniarstwa*, 19(1), 47-54.
- Sowa, K., Kotwas, A., Antczak, K., Zdziarski, K., Knyszyńska, A., Karakiewicz, B. (2019). Postępowanie rehabilitacyjne u pacjentów po endoprotezoplastyce stawu biodrowego w okresie szpitalnym jako profilaktyka przewlekłych deficytów funkcjonalnych. *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*, 1(2), 17-24.

Opieka pielęgniarstwie nad pacjentem geriatrycznym z wielochorobowością – studium przypadku

(*Anna Fornal¹, Iwona Mika², Bożena Załubska³*)

Wprowadzenie

Osoba, która ukończyła 65. rok życia, określana jest jako osoba starsza. Na tempo procesów starzenia wpływa wiele czynników, takich jak genetyczne, chorobowe, stosowana farmakoterapia, środowiskowe czy podłoże psychospołeczne. Możemy wyróżnić podział osób starszych na osoby zdrowe w wieku 65-74 lat prowadzące aktywny tryb życia, osoby chore, ale sprawne mimo występowania licznych jednostek chorobowych, a także osoby chore z różnym stopniem niepełnosprawności funkcjonalnej. Ryzyko ograniczenia sprawności funkcjonalnej wzrasta wraz z występowaniem kolejnych chorób, czyli narastania wielochorobowości. Starszych obciążonych takim ryzykiem określamy mianem chorych geriatrycznych. Pacjent geriatryczny to osoba starsza, niepełnosprawna z wieloma chorobami, głównie tymi współistniejącymi, które stanowią poważny problem ludzi starszych i stwarzają ograniczenia w zakresie zarówno ruchowym, umysłowym, jak też terapeutycznym. Określa się je mianem tzw. wielkich problemów geriatrycznych, do których należą m.in.: zespół słabości, depresja, otępienie, upadki, majaczenia czy nietrzymanie moczu oraz stolca (Muszalik, Kędziora-Kornatowska, 2018). Wielochorobowość to jednoczesne występowanie 2 lub więcej chorób przewlekłych, które zostały zdiagnozowane. Zaliczamy do nich m.in. takie jednostki chorobowe, jak: reumatoidalne zapalenie stawów, padaczkę, udar czy otępienie.

Dzięki postępowi współczesnej medycyny życie ludzkie znacznie się wydłużyło. W Polsce żyje ok. 4,7 mln osób, które ukończyły 65. rok życia, co skutkuje dużym odsetkiem osób starszych, a tym samym przekroczeniem progu starzenia się populacji. Seniorzy między 60. a 70. rokiem życia należą do tych najmniej obarczonych chorobami, a po 85. roku życia ryzyko to gwałtownie wzrasta. Główną przyczyną śmierci, stanowiącą 70% wszystkich, są choroby układu krążenia oraz choroby nowotworowe, a rzadszą urazy i zatrucia – tylko ok. 5% (Wieczorowska-Tobis, 2011).

Cel pracy

Celem pracy było rozpoznanie deficytów w zakresie samoopieki pacjenta w podeszłym wieku z wielochorobowością po udarze krwotocznym.

Praca składa się z 2 części: teoretycznej i praktycznej. W celu dokonania analizy opieki nad pacjentem zostały postawione pytania problemowe:

- Jaka jest główna rola pielęgniarki w opiece nad osobą w wieku geriatrycznym w stanie po udarze krwotocznym mózgu?
- Jakie problemy pielęgnacyjne najczęściej występują u osoby w podeszłym wieku z wielochorobowością (RZS, otępienie, padaczka), hospitalizowanej z powodu udaru krwotocznego?

¹ Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu, Instytut Medyczny.

² Szpital Specjalistyczny im H. Klimontowicza w Gorlicach – Przychodnia Specjalistyczna.

³ Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu, Instytut Medyczny.

- Jakie największe deficyty w zakresie samoopieki możemy diagnozować u pacjenta geriatrycznego w sferze biologicznej?
- Jakie cechy powinna mieć pielęgniarka i jakimi wartościami powinna się kierować w odniesieniu do pacjenta w wieku podeszłym?
- Które cele pielęgnowania sprawiają najwięcej trudności w ich realizacji, a także osiągnięcia planowanego efektu?

Material, metoda, techniki i narzędzia badawcze

Osobą badaną była 64-letnia wdowa przebywająca w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym w Nowym Sączu, mieszkająca wcześniej ze swoją córką i jej mężem, którzy sprawowali nad nią opiekę. Pani Emilia została poinformowana o celu zbierania informacji o jej stanie zdrowia i konieczności dostępu do jej dokumentacji medycznej, wyraziła pisemną zgodę.

Praca została napisana w oparciu o metodę *case study*, czyli indywidualnego studium przypadku. Wykorzystano w niej następujące techniki pozyskiwania informacji: kwestionariusz wywiadu własnego autorstwa, skale pomiarów i ocen, tj. Skala Nyha, Skala MNA, Skala ADL, Skala Barthel, Skala NORTONA, Skala DOS, Skala Hachińskiego, Test UFP. Szerokie zastosowanie metody indywidualnych przypadków znajduje uzasadnienie w stawianych celach, daje możliwość dokładnego ustalenia problemów, dostarcza wyjaśnień uzupełniających uogólnienia, które pochodzą z analizy ilościowej, a także daje podstawę do wykrywania mechanizmów społecznych bez uzgadniania częstości ich występowania.

Miejsce i przebieg badania

Badanie przeprowadzono w Sądeckim Hospicjum, w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym w dniach 16-20.12.2021 roku. Proces pielęgnowania został podzielony na etapy: gromadzenie danych, diagnoza pielęgniarska, planowanie opieki, realizacja planu pielęgnowania, ocena wyników pielęgnowania.

Wyniki badania

Rozpoznanie lekarskie: otępienie naczyniopochodne, naczyniopochodne uszkodzenie mózgu.

Choroby współistniejące: astma oskrzelowa, miażdżycy uogólniona, reumatoidalne zapalenie stawów, hipercholesterolemia, porażenie nerwu okoloruchowego oka prawego po przebytym udarze, zanik mięśni kończyn dolnych po przebytym udarze, padaczka. Przebyte choroby i operacje: udar krwotoczny, amputacja dużego palucha stopy prawej oraz małego palca stopy lewej w przebiegu miażdżycy, żółtaczką, zabieg usunięcia jaskry oka prawego.

Układ krążenia: tętno miarowe, napięcie prawidłowe, 76 ud./min CTK 110/80 mmHg – prawidłowe, sinica nie występuje, ocieplenie kończyn prawidłowe, występują obrzęki obu kończyn dolnych w okolicy kostek.

Układ oddechowy: oddech prawidłowy, liczba oddechów 18/min. Brak kaszlu i zalegania wydzieliny. Występuje duszność wysiłkowa nasilająca się przy dłuższym wysiłku fizycznym.

Układ pokarmowy: pragnienie oraz łaknienie prawidłowe. Pacjentka jest na diecie niskotłuszczowej, lekkostrawnej, bezmlecznej. Stan jamy ustnej – proteza całkowita, występują podsychające zmiany na śluzówkach. Wydalanie – obecne zaparcia, występuje nietrzymanie stolca. Pacjentka samodzielnie przyjmuje pokarmy stałe, a przy produktach płynnych wymaga pomocy drugiej osoby. Masa ciała 50 kg, wzrost 148 cm, BMI: 22.83 – w normie.

Układ moczowo-płciowy: ilość wydalanego moczu na dobę – pacjentka oddaje mocz do pieluchomajtek ok. 4 razy na dobę, nie ma trudności w oddawaniu moczu, występuje nietrzymanie moczu – pacjentka korzysta z pieluchomajtek.

Układ kostno-stawowo-mięśniowy: chora niesamodzielna w zakresie ruchowym, korzysta z pomocy 2 osób lub wózka inwalidzkiego, w łóżku wymaga pomocy i asekuracji przy zmianie pozycji ciała, siedzi samodzielnie. U pacjentki występuje poranna sztywność stawów wynikająca z RZS, która ustępuje po 1 godz. „rozwachu”, występuje także deformacja palców typu „łabędzia szyja”, co znacznie utrudnia wykonywanie precyzyjnych ruchów i chwytu. Deformacja ta charakteryzuje się przymusowym przeprostem palca w stawie międzypaliczkowym bliższym oraz zgięciem w stawie międzypaliczkowym dalszym. W tym obszarze występuje także wrażliwość na ucisk i obrzęki. Natomiast w zakresie samoobsługi pacjentka może wykonywać ruchy w stawach ramiennym, barkowym oraz łokciowym. Postawa ciała nieprawidłowa, pacjentka lekko zgarbiona, pochylona do przodu.

Funkcjonowanie zmysłów

Wzrok nieprawidłowy: gałka oczna prawa osadzona nieprawidłowo, porażenie nerwu okoloruchowego oka prawego i opadnięta powieka po przebytym udarze, przez co chora znacznie nie widzi na oko prawe z bliska i z dali, widzi jedynie zarysy przedmiotów, lecz nie nosi okularów. Na oko lewe widzi znacznie lepiej i na nim głównie się opiera.

Słuch: występuje niedosłuch, brak aparatu słuchowego.

Skóra: sucha, blada, bez widocznych zmian patologicznych, stan higieniczny prawidłowy, skóra czysta. Odleżyny nie występują – dokonano oceny ryzyka rozwoju odleżyn przy użyciu skali Norton – pacjentka uzyskała 14 pkt., co oznacza zwiększone ryzyko rozwoju odleżyn.

Ból: pacjentka odczuwa bóle kończyn dolnych spowodowane obrzękami, ból stały, umiarkowany, wg NRS: 6/10. Bóle kończyn górnych spowodowane RZS, ból stały umiarkowany, wg NRS: 7/10. Bóle brzucha spowodowane obecnymi zaparciami, ból okresowy, lekki, wg NRS: 3/10.

Układ nerwowy: stan świadomości: u chorej występuje otępienie, w wyniku którego jest rozkojarzona, powtarza się. Kontakt: ograniczony z powodu splątania w wypowiedzi, zagubienia w odpowiedziach wynikające z otępienia. Mowa: zaburzona, czasami nielogiczna z powodu delirium. Sen: pacjentka wybudza się w nocy z powodu bólu, ma trudności w zasypianiu. Pamięć: zaburzona z powodu delirium, pacjentka ma problem z zapamiętaniem wydarzeń, sytuacji obecnych.

Stan psychiczny: pacjentka ma pamięć dawną, pamięta bardzo dobrze okres dzieciństwa i dorastania, ma trudności z przypominaniem sobie zdarzeń obecnych, do kilku dni wstecz; ma zaburzone logiczne myślenie, czasem odpowiada niezgodnie z zadaniem pytaniem, rozpoznaje osoby, ale zapomina, że np. ktoś ją niedawno odwiedził.

Sytuacja społeczna

1. Dane o pacjencie:

- wiek: 64 lata,
- stan cywilny: wdowa,
- wykształcenie: zawodowe, wykonywany zawód: kucharz,
- źródło utrzymania: renta.

2. Sytuacja rodzinna:

- posiadane dzieci: jedna córka, która mieszkała razem z nią w domu rodzinnym razem z mężem i ich synem oraz druga córka przebywająca obecnie za granicą,
- inni członkowie rodziny: 2 zięciów i 3 wnucząt,
- stosunki panujące pomiędzy członkami rodziny: pozytywne.

3. Przyzwyczajenia/upodobania związane z:

- wypoczynkiem: pacjentka lubi oglądać filmy przyrodnicze,
- snem: pacjentka lubi zasypiać z podłożoną poduszką „jaśkiem” pod głowę,
- rekreacją: pacjentka chętnie wykonuje ćwiczenia z rehabilitantem,
- sposoby spędzania wolnego czasu/formy terapii zajęciowej; pacjentka należy do klubu dyskusyjnego dla seniorów.

Diagnozy pielęgniarskie, cele działania, proces pielęgnowania, ocena działań

Diagnoza nr 1. Ryzyko powstania odleżyn w wyniku długotrwałego przebywania chorej w łóżku.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka powstania odleżyn u pacjentki.

Planowane działania:

- zastosowanie udogodnień w łóżku (wałki, krążki, kliny),
- zastosowanie odpowiednich pozycji, zmiana przynajmniej co 2 godz.,
- oklepywanie miejsc narażonych na ucisk wypukłą dłonią o złączonych palcach,
- przy każdej zmianie pozycji i przy kąpieli delikatny masaż (nacieranie) skóry w miejscach narażonych na ucisk,
- obserwowanie skóry przynajmniej raz dziennie, najlepiej w czasie czynności higienicznych i przy każdej zmianie pozycji,
- dokładne prześcielenie łóżka, aby nie pozostawić fałdów i zmarszczek pościeli. Usuwanie spod pacjenta szwów, guzików, okruszków i innych zanieczyszczeń,
- unikanie przegrzania i przepocenia u pacjentki.

Realizacja działań:

Zastosowanie udogodnienia w łóżku jak wałki czy poduszki w celu zmniejszenia ucisku i polecono zmieniać pozycję co 2 godz. Przy ułożeniu w pozycji wysokiej, włożono wałek między uda, a także pod pięty, by nie dotykały one materaca. Obserwacja skóry podczas czynności higienicznych oraz natłuszczano miejsce narażone na powstanie odleżyn. Staranne prześcielenie łóżka, by nie pozostawić fałdów, zmarszczek prześcieradła bądź szwów. Chora ubrana w czyste, przewiewne ubranie.

Ocena działań:

U pacjentki widoczne zaczerwienienie na kości biodrowej i ogonowej.

Diagnoza nr 2. Problemy z oddychaniem spowodowane występowaniem duszności i zaostrzeniem astmy oskrzelowej.

Cel opieki: Ułatwienie oddychania i przywrócenie prawidłowej wydolności oddechowej.

Planowane działania:

- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali pacjentki,
- ułożenie chorej w pozycji wysokiej lub półwysokiej,
- wykonanie toalety drzewa oskrzelowego w razie potrzeby,
- na zlecenie lekarza wykonanie inhalacji,
- zastosowanie tlenu w razie potrzeby,
- stosowanie kropli do nosa.

Realizacja działań:

Wietrzenie sali chorych oraz polecenie ułożenia w pozycji półwysokiej. Wykonanie inhalacji na zlecenie lekarza z 20 kroplami Berodualu rozcieńczonymi 0,9% NaCl w celu ułatwienia oddychania. Podanie tlenu w razie konieczności – 2 razy w ciągu dyżuru, przez wąsy tlenowe o przepływie tlenu 5 l/min.

Ocena działań:

Problemy z oddychaniem chwilowo ustąpiły po podaniu tlenu i wykonaniu inhalacji. Częstość oddechów zmniejszyła się do 18 oddechów/min.

Diagnoza nr 3. Deficyty samoobsługi i samopielęgnacji wynikające z bólu stawów, wynikające z RZS.

Cel opieki: Zwiększenie zakresu wykonywanych czynności, zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Planowane działania:

- zastosowanie udogodnień jak wałki i poduszki w celu zabezpieczenia przed uciskiem oraz zmniejszenia bólu,
- zapewnienie ciepłego i lekkiego przykrycia,
- stosowanie odpowiedniej pozycji zmniejszających ucisk i ból,
- pomoc w wykonywaniu tych czynności, które sprawiają największe trudności,
- podawanie leków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarza,
- zachęcanie do korzystania ze sprzętu pomocniczego i udogodnień,
- przekonanie pacjentki o współpracy z zespołem terapeutycznym, w tym fizjoterapeutą,
- zapewnienie wsparcia psychicznego.

Realizacja działań:

Zastosowanie u pacjentki udogodnienia jak wałki i poduszki pod kończyny górne w celu zabezpieczenia przed uciskiem i zmniejszenia bólu, zapewnienie lekkiego przykrycia. Układanie pacjentki z jej pomocą w dogodnych pozycjach i zmiana pozycji co 2-3 h. Pomoc w wykonywaniu czynności, które sprawiają największe trudności, np. przejście do toalety czy zmiana pozycji. Zachęcanie do korzystania z pomocy fizjoterapeuty, aby przywrócić sprawność.

Ocena działań:

U pacjentki w dalszym ciągu występują problemy z poruszaniem się i w wykonywaniu codziennych czynności, ale dzięki zastosowanym udogodnieniom ból nie nasila się.

Diagnoza nr 4. Bóle i obrzęki stóp spowodowane zmianami miażdżycowymi w przebiegu hipercholesterolemii.

Cel opieki: Zminimalizowanie występowania obrzęków, zmniejszenie bólu stóp.

Planowane działania:

- zapewnienie czystej, luźnej i bawełnianej bielizny osobistej oraz pościelowej,
- dokładna higiena kończyny objętej obrzękiem,
- zalecenie unikania długotrwałej pozycji stojącej i ciepłych kąpieli,
- zastosowanie profilaktyki przeciwobrzękowej,
- nawilżanie i natłuszczanie skóry,
- stosowanie udogodnień: klinów, wałków,
- podawanie leków na zlecenie lekarza,
- kontrola diurezy i prowadzenie bilansu płynów.

Realizacja działań:

Zapewnienie pacjentce luźnego, bawełnianego ubrania. Podczas porannej toalety ciała zwrócono uwagę na obszar stóp zajęty obrzękiem, dokładne mycie, osuszanie oraz natłuszczanie. Stosowanie poduszki i wałka pod stopy, aby je odciążyć. Kontrola ilość wypitych płynów i w miarę możliwości kontrolowanie diurezy. Kontrolowanie masy ciała u pacjentki.

Ocena działań:

W dalszym ciągu u pacjentki występują obrzęki a ból nieznacznie zmniejszył się po zastosowaniu udogodnień. Pacjentka wypija ok. 1,5 l wody dziennie. Diureza w normie – pacjentka oddała mocz 2 razy w ciągu dyżuru. Masa ciała w normie – 50 kg.

Diagnoza nr 5. Okresowe zaparcia wynikające z powolnej perystaltyki jelit oraz przyjmowania na stałe niektórych leków (przeciwbólowych, przeciwdrgawkowych).

Cel opieki: Przywrócenie regularnego wydalania stolca.

Planowane działania:

- zastosowanie diety bogato-resztkowej ze zwiększoną ilością błonnika pokarmowego,
- podanie doustnych leków przeczyszczających według zlecenia lekarskiego – roztwór doodbytniczy Enema 150 ml w dawce (32,2 mg + 139 mg)/ml,
- wykonanie masażu brzucha,
- wykonanie enemy w razie konieczności.

Realizacja działań:

Polecenie pacjentce, by spożywała pokarmy z dużą ilością błonnika. Dbłość o nawadnianie, polecenie, aby wypijała więcej wody (ok. 2 l). Wykonanie enemy za pomocą gotowego roztworu doodbytniczego Enema 150 ml w dawce 32,2 mg + 139 mg/ml.

Ocena działań:

Po wykonanej enemie pacjentka wypróżniła się, a ból brzucha ustąpił.

Diagnoza nr 6. Obniżony nastrój spowodowany występującymi dolegliwościami bólowymi i obecną sytuacją zdrowotną.

Cel opieki: Poprawa samopoczucia pacjentki, zmniejszenie dolegliwości bólowych stawów, zapewnienie bezpieczeństwa.

Planowane działania:

- rozmowa z pacjentką,
- ocena stylu życia, sposobu spędzania wolnego czasu,
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu,
- stworzenie poczucia bezpieczeństwa poprzez wsparcie, rozmowę, wysłuchanie, kontakt z rodziną,
- zapewnienie ciszy i spokoju,
- kontrola parametrów życiowych,
- zapewnienie pomocy w czynnościach samoobsługi,
- zapewnienie, że zastosowanie leczenia przyniesie zmniejszenie objawów oraz poprawę samopoczucia,
- poinformowanie o systematyczności przyjmowanych leków i pozytywnych efektów leczenia,
- podawanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza w razie konieczności,
- ogólna obserwacja pacjentki.

Realizacja działań:

Zapewnienie wsparcia oraz poczucia bezpieczeństwa przez rozmowę. Kontrolowanie parametrów życiowych oraz pomoc w czynnościach samoobsługowych. Przekonanie pacjentki, że zastosowane leczenie przyniesie zmniejszenie objawów bólowych i poprawę samopoczucia. Wyjaśnienie znaczenia systematycznego przyjmowania leków i korzyści w postaci pozytywnych efektów leczenia.

Ocena działań:

Po rozmowie z pacjentką nastrój zmienił się. Chora zrozumiała, że leczenie przyniesie efekty, dlatego stała się bardziej otwarta na podejmowane wobec niej działania medyczne i jest bardziej pozytywnie do nich nastawiona.

Diagnoza nr 7. Suchość w jamie ustnej spowodowana stałym przyjmowaniem doustnych leków przeciwbólowych.

Cel opieki: Zmniejszenie suchości w jamie ustnej u pacjentki, nawilżanie śluzówek, zapewnienie odpowiedniego bilansu płynów.

Planowane działania:

- dbanie o odpowiednią higienę jamy ustnej u chorej,
- częste zwilżanie ust wodą,
- płukanie jamy ustnej wodą,
- częsta podaż płynów łyżeczką w małej ilości,
- dbanie o odpowiedni mikroklimat w sali, głównie należyta wilgotność,
- natłuszczanie ust kremem lub balsamem do ust,
- stosowanie preparatów przeciwgrzybiczych i przeciwbakteryjnych oraz do pielęgnacji jamy ustnej.

Realizacja działań:

Dbano o odpowiednią pielęgnację i higienę jamy ustnej u pacjentki. Natłuszczano usta kremem oraz wykonywano kilka razy w ciągu dnia płukania jamy ustnej wodą. Dbałość o odpowiednią wilgotność i temperaturę w sali, w której przebywa.

Ocena działań:

Pacjentka wciąż odczuwa suchość w jamie ustnej. Efekt podjętych działań jest krótkotrwały.

Diagnoza nr 8. Złe samopoczucie i obniżony nastrój z powodu występujących objawów chorobowych i dolegliwości bólowych.

Cel opieki: Poprawa samopoczucia pacjentki, zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Planowane działania:

- rozmowa z pacjentką dotycząca warunków, w których przebywa,
- ocena stylu życia, sposobu spędzania wolnego czasu,
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu,
- stworzenie poczucia bezpieczeństwa poprzez wsparcie, rozmowę, wysłuchanie, kontakt z rodziną,
- zapewnienie pacjentce ciszy i spokoju,
- kontrola parametrów życiowych jak ciśnienie tętnicze krwi, tętno, saturacja,
- zapewnienie pomocy w czynnościach samoobsługi,
- edukacja pacjentki, że zastosowanie leczenia przyniesie zmniejszenie objawów i poprawę samopoczucia,
- uświadamianie, że systematyczne przyjmowanie leków przyniesie pozytywne efekty leczenia,
- podawanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza w razie konieczności,
- ogólna obserwacja pacjentki.

Realizacja działań:

Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali pacjentki, wietrzenie sali, kiedy była poza nią, zapewnienie ciszy i spokoju w miarę możliwości. Monitorowanie parametrów życiowych, takich jak ciśnienie tętnicze krwi i tętno. Okazywanie wsparcia pacjentce, dodawanie otuchy, wyjaśnianie, że leczenie przyniesie efekty. Podawanie leków przeciwbólowych doustnie (Aclexa 100 mg), gdy zgłaszane były dolegliwości bólowe, głównie dłoni.

Ocena działań:

Po podjętych działaniach u pacjentki samopoczucie poprawiło się, stała się bardziej rozmowna i zadowolona. Ból dłoni ustąpił po podaniu leków przeciwbólowych. Parametry życiowe w normie: CTK 100/70 mmHg, a tętno 73 ud./min.

Diagnoza nr 9. Deficyty w poruszaniu się i wykonywaniu codziennych czynności, związane z dolegliwościami bólowymi w obrębie stawów.

Cel opieki: Zwiększenie i ułatwienie zakresu wykonywanych czynności, zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Planowane działania:

- zastosowanie udogodnień jak wałki i poduszki w celu zabezpieczenia przed uciskiem oraz zmniejszenia bólu,
- zapewnienie ciepłego i lekkiego przykrycia,
- stosowanie odpowiedniej pozycji zmniejszającej ucisk i ból,
- pomoc w wykonywaniu tych czynności, które sprawiają największe trudności,
- podawanie leków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarza,
- zachęcanie do korzystania ze sprzętu pomocniczego i udogodnień,
- przekonanie pacjentki o korzyściach związanych ze współpracą z zespołem terapeutycznym, w tym z fizjoterapeutą,
- zapewnienie wsparcia psychicznego.

Realizacja działań:

Zastosowanie u pacjentki udogodnień jak wałki i poduszki pod kończyny górne w celu zabezpieczenia przed uciskiem i zmniejszenia bólu oraz zapewnienie lekkiego przykrycia. Ułożenie pacjentki z jej pomocą w dogodnych pozycjach i zmiana co 2-3 godz. Pomoc w wykonywaniu czynności, które sprawiają największe trudności np. przejście do toalety czy zmiana pozycji. Przedstawianie oraz wyjaśnianie przewidywanych korzyści takich zabiegów w codziennym funkcjonowaniu, a w następstwie podnoszenie wiary we własne możliwości i wypracowanie silnej motywacji do systematycznego wysiłku, którego celem jest odzyskanie sprawności w poruszaniu się.

Ocena działań:

U pacjentki w dalszym ciągu występują problemy z poruszaniem się i w wykonywaniu codziennych czynności, ale dzięki zastosowanym udogodnieniom ból nie nasila się.

Diagnoza nr 10. Problemy ze snem spowodowane trudnościami z zasypianiem oraz bólem stawów (RZS).

Cel opieki: Poprawa jakości snu pacjentki, zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Planowane działania:

- zalecenie unikania drzemek w ciągu dnia i położenia się do łóżka w momencie odczuwania zmęczenia,
- zalecenie unikania wysiłku intelektualnego głównie przed snem,
- zadbanie o odpowiedni mikroklimat w sali pacjentki,
- przewietrzenie pokoju przed snem,
- w przypadku zbyt dużego natężenia światła zakrycie okien zasłoną,
- zalecenie nie spożywania kofeiny, dużej ilości cukru czy obfitych posiłków przed snem,
- przed zaśnięciem zastosowanie technik relaksacyjnych, tj.: wygodne ułożenie, delikatne przykrycie z naturalnych materiałów, liczenie w myślach, wizualizacje,
- podanie leków pomagających zasnąć zgodnie ze zleceniem lekarskim.

Realizacja działań:

Zalecono pacjentce unikanie drzemek w ciągu dnia, natomiast położyć się spać w momencie odczuwania zmęczenia oraz by unikała wysiłku intelektualnego i sytuacji stresowych przed snem. Dbłość o odpowiedni mikroklimat w sali pacjentki: wietrzenie pokoju, zgaszenie światła. Zalecono nie spożywanie kofeiny, dużej ilości cukru czy obfitych posiłków przed snem.

Ocena działań:

Pacjentka zasnęła w ciągu dnia, dlatego czuła się bardziej wypoczęta i miała więcej sił oraz chęci do życia.

Diagnoza nr 11. Ryzyko niedożywienia pacjentki spowodowane brakiem chęci przyjmowania pokarmów oraz zmniejszonym apetytem.

Cel opieki: Poprawa apetytu u pacjentki, przywrócenie sił witalnych, zmniejszenie ryzyka wystąpienia niedożywienia.

Planowane działania:

- obserwacja stanu zdrowia pacjentki,
- prowadzenie bilansu płynów,
- nawadnianie pacjentki oraz pomoc przy spożywaniu posiłków,
- zachęcanie pacjentki do spożywania posiłków nawet w małych ilościach, ale częściej.

Realizacja działań:

Obserwacja stanu ogólnego pacjentki podczas dyżuru oraz zachęcanie do spożywania śniadania. Zalecenie, aby piła dużą ilość wody (2 l w ciągu dnia) i by zjadła wybraną przekąskę, jeśli nie ma apetytu w trakcie śniadania.

Ocena działań:

Pacjentka zjadła bardzo niewiele śniadania, wypila ok. 4 szklanki wody w ciągu dyżuru i zdecydowanie chętniej zjadła obiad. Diureza w normie – pacjentka oddała mocz ok. 2 razy w ciągu dyżuru.

Diagnoza nr 12. Dyskomfort pacjentki spowodowany rozwijającą się odleżyną.

Cel opieki: Zmniejszenie dyskomfortu pacjentki.

Planowane działania:

- zastosowanie udogodnień w łóżku (wałki, krążki, kliny),
- zastosowanie odpowiednich pozycji, a zmiana przynajmniej co 2 godz.,
- oklepywanie miejsc narażonych na ucisk uwypukloną dłoń o złączonych palcach,
- przy każdej zmianie pozycji i przy kąpieli delikatny masaż (nacieranie) skóry w miejscach narażonych na ucisk,
- obserwowanie skóry przynajmniej raz dziennie, najlepiej w czasie czynności higienicznych i przy każdej zmianie pozycji,
- dokładne prześcielenie łóżka, aby nie pozostawić fałdów i zmarszczek pościeli, usuwanie spod pacjenta szwów, guzików, okruszków i innych zanieczyszczeń,
- unikanie przegrzania i przepocenia u pacjentki.

Realizacja działań:

Zastosowanie udogodnienia w łóżku jak wałki czy poduszki w celu zmniejszenia ucisku oraz polecenie zmiany pozycji co 2 godz. Przy ułożeniu w pozycji wysokiej, włożono wałek między uda, a także pod pięty, by nie dotykały one materaca. Obserwacja skóry podczas czynności higienicznych oraz natłuszczanie miejsc narażonych na powstanie odleżyn. Dokładne prześcielenie łóżka, żeby nie pozostawić fałdów, zmarszczek prześcieradła bądź szwów. Chora ubrana w czyste, przewiewne ubranie.

Ocena działań:

U pacjentki widoczna odleżyna. Wykonywane są opatrunki z Granuflexem, a pośladki są smarowane sudocremem. Przez zastosowanie udogodnienia pacjentka odczuwa mniejszy dyskomfort w okolicach występującej odleżyny.

Diagnoza nr 13. Duszność wysiłkowa wynikająca z zaostrzenia astmy oskrzelowej. Problemy z oddychaniem spowodowane dusznością wynikającą z astmy.

Cel opieki: Ułatwienie oddychania i przywrócenie prawidłowej wydolności oddechowej.

Planowane działania:

- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali pacjentki,
- ułożenie chorej w pozycji wysokiej lub półwysokiej,
- wykonanie toalety drzewa oskrzelowego w razie potrzeby,
- na zlecenie lekarza wykonanie inhalacji,
- zastosowanie tlenu w razie potrzeby,
- stosowanie kropli do nosa.

Realizacja działań:

Wietrzenie sali chorej oraz ułożenie jej w pozycji półwysokiej. Wykonanie inhalacji na zlecenie lekarza z 20 kroplami Berodualu rozcieńczonymi w 0,9% NaCl w celu ułatwienia oddychania. Podanie tlenu w razie konieczności przez wąż tlenowy o przepływie 5 l/min.

Ocena działań:

Problemy z oddychaniem chwilowo ustępują po podaniu tlenu o przepływie 5 l/min i wykonaniu inhalacji. Częstość oddechów zmniejszyła się do 19 oddechów/min.

Podsumowanie

Najczęstsze problemy pielęgnacyjne rozpoznane u chorej w wieku geriatrycznym z wielochorobowością dotyczyły sfery biologicznej. Obejmowały głównie ból kończyn górnych, który nasilał się rano, a charakterystycznym zjawiskiem była poranna sztywność stawów, która utrzymywała się ok. godziny. Wobec tego jednostką chorobową, która sprawia u niej największe trudności, jest reumatoidalne zapalenie stawów. W związku z tym, że jest to choroba przewlekła, niesie ona za sobą szereg komplikacji i problemów uniemożliwiających pacjentce prawidłowe funkcjonowanie. Podjęte przeze mnie działania, które dotyczyły sfery opiekuńczo-pielęgnacyjnej i terapeutycznej pomogły pacjentce bardziej zaakceptować swoją chorobę i stan zdrowia, przyniosły zadowalające rezultaty zarówno dla mnie, jak również dla pacjentki. Największą jednak uwagę zwróciłam na działania opiekuńcze, gdyż takich najbardziej potrzebowała. Problemy na tle natury

psychicznej czy społecznej były rzadkością u pacjentki. Jej złe samopoczucie czy uczucie osamotnienia wynikały jedynie z dolegliwości bólowych, które jej towarzyszyły. Przez większość dnia pacjentka była uśmiechnięta, pogodna, dużo ze mną rozmawiała na każdy temat, cieszyła się z życia, pomimo bólu, którego nieraz doświadczała. Myślę, że choć w niewielkim stopniu pomogłam pacjentce „oswoić się” ze swoimi problemami i chorobami oraz uśmierzyć ból, udzielając jej pomocy w miarę możliwości, kiedy jej potrzebowała. Obdarzałam ją zaufaniem, zrozumieniem oraz życzliwością, której również jej brakowało. Czasami czuła się samotna, a ja starałam się wypełnić tę pustkę – za to była mi bardzo wdzięczna, a ja w jakiś sposób czułam się spełniona w roli terapeutycznej i wspierającej jako przyszła pielęgniarka. Uważam, że ważne jest zaspokojenie nie tylko potrzeb fizycznych, jak zapewnienie czystej pościeli czy ubrania, ale i rozmowy z chorym oraz zrozumienia go, gdyż ludzie starsi bardzo często czują się samotni i odrzuceni przez innych. Jako przyszła pielęgniarka będę starać się, aby polepszanie jakości życia pacjenta i opieka nad nim były kompletne pod każdym wymiarem bio-psycho-społecznym.

Dokonałam też analizy diagnoz w celu wyróżnienia największych deficytów samoopieki i problemów pielęgnacyjnych, dzieląc je na 3 grupy: diagnozy fizyczno-biologiczne, psychiczne i społeczne. Najwięcej problemów pielęgnacyjnych pojawiło się w sferze biologicznej i były to m.in.: ryzyko powstania odleżyn spowodowane unieruchomieniem w wyniku długotrwałego przebywania chorej w łóżku, duszność o charakterze wysiłkowym wynikająca z zaostrzenia astmy oskrzelowej, deficyt w poruszaniu się i wykonywaniu codziennych czynności związanych z dolegliwościami bólowymi w obrębie stawów, nieefektywny sen spowodowany trudnościami z zasypianiem oraz bólem dłoni (RZS), ryzyko niedożywienia pacjentki spowodowane brakiem chęci przyjmowania pokarmów i obniżonym apetytem, deficyt samoobsługi oraz samopielęgnacji wynikający z przewlekłych bólów stawów, okresowe zaparcia wynikające z zaburzonej perystaltyki jelit, suchość w jamie ustnej spowodowana przyjmowaniem doustnych leków przeciwbólowych oraz bóle i obrzęki stóp w obrębie obydwu kostek spowodowane zmianami miażdżycowymi w przebiegu hipercholesterolemii. Problemów sfery psychicznej było zdecydowanie mniej i dotyczyły głównie obniżonego nastroju z powodu dolegliwości bólowych. Natomiast w sferze psychicznej wyodrębniłam 2, które stanowiły największą trudność: brak możliwości bezpośredniego kontaktu z rodziną z powodu pobytu w placówce i brak możliwości bezpośredniego kontaktu z współmieszkańcami DPS-u w chwili upodobania, ze względu na ograniczoną samodzielność i mobilność. Analiza pozwoliła mi wyróżnić jednostki chorobowe takie, jak astma oskrzelowa, RZS czy stan po udarze, w których powyższe problemy występowały najczęściej i na które należało zwrócić szczególną uwagę, prowadząc opiekę nad chorą. Działania, które moim zdaniem przyniosły najwięcej efektu, skupiały się na problemach sfery fizyczno-biologicznej i były działaniami opiekuńczymi, których chora potrzebowała najbardziej.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonej analizy opieki pielęgniarskiej nad pacjentem geriatrycznym z wielochorobowością wysunięto następujące wnioski:

- 1) Główną rolą pielęgniarki w opiece nad pacjentem po udarze mózgu jest rola opiekuńcza. Interwencje, które pozwoliły na osiągnięcie zaplanowanych celów i poprawę jakości życia były działaniami opiekuńczymi. Pomoc w czynnościach dnia codziennego, poruszaniu się, zmianie pozycji oraz czynnościach samoobsługowych, tj.: karmienie wymagały największego udziału pielęgniarki.
- 2) W trakcie kompleksowej opieki nad pacjentką z wielochorobowością duży nacisk powinno się kłaść na dokładne monitorowanie stanu zdrowia, kontrolę parametrów życiowych oraz dokumentację obserwacji i wyników, żeby zapobiegać skutkom chorób oraz szybko reagować w razie wystąpienia stanu zagrożenia życia. Należy znać działania niepożądane leków stosowanych u chorej, aby wcześniej reagować na ich uboczne skutki.
- 3) Problemy, które występowały najczęściej u pacjentki dotyczyły sfery biologicznej, głównie deficyty samopielęgnacji wynikające z przebytego udaru oraz dolegliwości bólowych zwłaszcza kończyn górnych i dolnych, spowodowane chorobami przewlekłymi, tj. RZS i miażdżycą uogólnioną.
- 4) Indywidualne podejście do pacjenta jest ważne w przypadku osoby starszej z wieloma dolegliwościami chorobowymi. Większej wartości nabiera wtedy okazanie pomocy, zdobycie zaufania oraz zapewnienie bezpieczeństwa.
- 5) Ważnym elementem było udzielenie wsparcia psychicznego i zrozumienia ze względu na obawy i lęk występujące u pacjentki. Stworzenie przyjaznej i indywidualnej relacji pacjent – pielęgniarka przyczyniło się do zmniejszenia u niej lęku. Także kontakt z rodziną i córkami wpływał pozytywnie na samopoczucie chorej.
- 6) Problemem pielęgnacyjnym trudnym do wyeliminowania była trudność w poruszaniu się i wykonywaniu czynności dnia codziennego ze względu na skutki związane z udarem oraz przewlekłą chorobę – RZS.

Bibliografia

- Muszałik, M. Kędziora-Kornatowska, K. (2018). *Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Wieczorowska-Tobis, K. (2011). *Fizjoterapia w geriatrici*. Warszawa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem po amputacji kończyny dolnej w przebiegu powikłanego zespołu stopy cukrzycowej – studium przypadku

(Magdalena Sokańska¹, Anna Fornal², Dorota Poręba³, Stanisława Talaga⁴)

Wprowadzenie

Cukrzyca jest przewlekłą chorobą metaboliczną, która uzyskała miano „choroby cywilizacyjnej”. Jej podstępny początek, czyli brak specyficznych objawów powoduje, że pacjenci zazwyczaj diagnozowani są dopiero w zaawansowanym stadium choroby. Chorzy na cukrzycę często lekceważą zmiany na stopach, zaś brak wiedzy na temat powikłań cukrzycy sprawia, że nie wiążą oni powstałych ran z rozwojem choroby. W ciągu roku owrzodzenie stopy, jako powikłanie zespołu stopy cukrzycowej, powstaje nawet u 10 na 100 pacjentów z tą jednostką chorobową, a najczęstszą tego przyczyną jest uraz zewnętrzny. U 15% chorych rozwija się owrzodzenie stopy, które kończy się amputacją stopy. Po zabiegu amputacji kończyny dolnej powyżej kostki znacznie obniża się jakość życia pacjentów, 25% z nich nie jest poddana odpowiedniej rehabilitacji, 95% traci pracę, 85% jest zależna od pomocy drugiej osoby, a 10% na stałe jest unieruchomiona w łóżku. W konsekwencji wykonania dużej amputacji tylko 20% pacjentów przeżywa 5 lat po operacji (Karnafel, 2018).

Cel pracy

Celem pracy była analiza opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po amputacji kończyny dolnej w przebiegu powikłanego zespołu stopy cukrzycowej, przebywającego na oddziale chirurgii ogólnej, przygotowana w oparciu o metodę studium przypadku, a także opracowanie procesu pielęgnowania dla pacjenta po amputacji kończyny dolnej w przebiegu powikłanego zespołu stopy cukrzycowej.

W celu dokonania analizy opieki nad pacjentem zostały postawione pytania problemowe:

- Jaki jest stan pacjentki?
- W jakich sferach pacjentka wymaga opieki pielęgniarskiej?
- Jakie funkcje pełni pielęgniarka w opiece nad pacjentką po amputacji stopy?
- Jakie efekty uzyskano w wyniku podjętych działań pielęgniarskich?

Material i metody

Praca została napisana w oparciu o metodę *case study*, czyli indywidualnego studium przypadku. Wykorzystano następujące techniki pozyskiwania informacji: wywiad, obserwacja, analiza dokumentacji, pomiary, a także następujące narzędzia: Skala NRS, Skala Barthel, Skala Norton, Skala AIS, Skala GDS. Badanie przeprowadzono na oddziale chirurgii ogólnej u pacjentki Z.J. w wieku 70 lat.

¹ Szpital Specjalistyczny im. J Śniadeckiego w Nowym Sączu.

² Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu, Instytut Medyczny.

³ Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu, Instytut Medyczny.

⁴ Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Sączu, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu.

Proces pielęgnowania został podzielony na etapy: gromadzenie danych, diagnozę pielęgniarską, planowanie opieki, realizacja planu pielęgnowania, ocena wyników pielęgnowania.

Wyniki

Pacjentka lat 70. W dniu 09.01.2023 r. przyjęta na oddział chirurgii ogólnej w celu amputacji zmian martwiczych lewej stopy w przebiegu powikłanego zespołu stopy cukrzycowej. Cukrzycę typu 2 zdiagnozowano u pacjentki w 2012 roku. Przez pierwsze 5 lat pacjentka była leczona doustnymi lekami hipoglikemizującymi, a w kolejnych latach stosowano insulinoterapię.

Rozpoznanie: zgorzel lewej stopy w wyniku powikłanego zespołu stopy cukrzycowej. Tryb przyjęcia: planowy.

Choroby współistniejące: cukrzyca typu 2, niedoczynność tarczycy, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, przewlekła niewydolność nerek, choroba niedokrwienna serca.

Ocena pacjentki w wymiarze biologicznym:

Układ krążenia: tętno miarowe, napięcie prawidłowe, 78 ud./min, CTK 180/80 mmHg – nadciśnienie tętnicze. EKG wykonane przed zabiegiem prawidłowe.

Układ oddechowy: oddech prawidłowy, regularny, liczba oddechów 14/min. Brak kaszlu i duszności oraz zalegania wydzieliny.

Układ nerwowy: świadomość pełna, kontakt słowny werbalny. Pamięć bez zaburzeń. Napięcie mięśniowe prawidłowe. U pacjentki stwierdzono zaburzenia odczuwania dotyku, bólu i temperatury na podeszwowej części prawej stopy w okolicy palucha i drugiego palca.

Ból: pacjentka odczuwa kłujący ból zlokalizowany w okolicy dużego palucha lewej stopy. Do oceny natężenia bólu wykorzystano numeryczną skalę oceny bólu NRS. Pacjentka określiła nasilenie bólu na 5 pkt., co oznacza ból umiarkowany.

Układ pokarmowy: pragnienie i łaknienie prawidłowe. Pacjentka posiłki spożywa samodzielnie, nie stosuje diety cukrzycowej. Otyłość I stopnia.

Układ narządu ruchu: postawa ciała prawidłowa, pełna ruchomość w stawach, napięcie mięśniowe prawidłowe. Sprawność fizyczna pacjentki jest ograniczona, występują zaburzenia równowagi z powodu konieczności odciążenia chorej kończyny, pacjentka porusza się przy pomocy sprzętu (laska, kula) lub wymaga asekuracji ze strony drugiej osoby. Na podstawie skali Barthel dokonano oceny podstawowych czynności życia codziennego – pacjentka uzyskała 90 pkt., co oznacza, że jej stan funkcjonalny jest dobry.

Skóra, włosy, paznokcie: zadbane, brak patologicznych zmian z wyjątkiem zmian martwiczych lewej stopy. Skóra różowa, wilgotna, elastyczna, prawidłowo ocieplona z wyjątkiem lewej stopy gdzie stwierdzono zaczerwienienie i nadmierne ocieplenie. Brak odleżyn. Dokonano oceny ryzyka rozwoju odleżyn przy użyciu skali Norton – pacjentka uzyskała 18 pkt., co oznacza małe ryzyko rozwoju odleżyn.

Ocena pacjentki w wymiarze psychicznym: pacjentka komunikatywna, kontakt werbalny i niewerbalny zachowany. Chora odczuwa lęk i niepokój związany z operacją i jakością dalszego życia, boi się, że nie będzie mogła chodzić po operacji. Stosunek pacjentki do choroby oraz sytuacji życiowej, w jakiej się znalazła określono na podstawie skali akceptacji choroby AIS. Uzyskany wynik na poziomie 27 pkt. wykazuje średnią akceptację choroby i swojego stanu zdrowia przez pacjentkę. Pacjentka ma trudności

z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę. Z uwagi na obniżony nastrój dokonano oceny ryzyka wystąpienia depresji przy użyciu geriatrycznej skali depresji – GDS „wersja 4-punktowa”. Chora uzyskała 1 pkt, konieczne było zatem dokonanie szczegółowej oceny możliwości wystąpienia depresji. W skali GDS – „wersja 15-punktowa” uzyskany wynik na poziomie 4 pkt. wykluczył obecność depresji u pacjentki.

Ocena pacjentki w wymiarze społecznym: pacjentka mieszka w domu jednorodzinnym na wsi. W gospodarstwie domowym przebywa z mężem, synem i jego żoną oraz 2 wnuczkami. Warunki mieszkaniowe i sytuacja materialna pacjentki są dobre. Stosunki panujące między członkami rodziny są bardzo dobre, rodzina utrzymuje kontakt telefoniczny oraz odwiedza pacjentkę w szpitalu, syn jest upoważniony do uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjentki i dostępu do jej dokumentacji medycznej. W domu opiekę nad chorą sprawują mąż z synem. Wiedza pacjentki na temat jej stanu zdrowia jest niewystarczająca, wymaga uzupełnienia w zakresie zasad diety cukrzycowej, profilaktyki stopy cukrzycowej, pielęgnacji oraz rehabilitacji kikutu.

Diagnozy pielęgniarskie, cele działania, proces pielęgnowania, ocena działań:

1. Diagnoza: Lęk i obniżony nastrój związany z zabiegiem operacyjnym objawiający się trudnościami w zasypianiu oraz zaburzeniami snu.

Cel: Poprawa nastroju pacjentki. Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa. Zapewnienie pacjentce warunków do wypoczynku i do prawidłowego snu.

Realizacja:

Nawiązanie z pacjentką kontaktu terapeutycznego poprzez okazywanie szacunku, życzliwości i zrozumienia podczas rozmowy.

Obserwacja stanu emocjonalnego chorej.

Cierpliwe wysłuchanie obaw i wątpliwości pacjentki.

Wyjaśnienie chorej celu podejmowanych działań leczniczych i sposobu przygotowania do zabiegu chirurgicznego i zapewnienie jej o fachowej pomocy całego zespołu terapeutycznego.

Poinformowanie pacjentki o szkodliwości spożywania przed snem posiłków obfitych, ciężkostrawnych oraz napojów z kofeiną.

Zapewnienie chorej przyjaznych warunków do wypoczynku: przewietrzenie sali, przygaszenie światła, zamknięcie drzwi ograniczające hałas.

Ocena:

Wątpliwości pacjentki zostały wyjaśnione. Pacjentka potwierdza, że dzięki uzyskanym informacjom czuje się spokojniejsza, jednak lęk przed zabiegiem nie został całkowicie wyeliminowany.

2. Diagnoza: Niepokój pacjentki spowodowany martwicą stopy i koniecznością amputacji kończyny dolnej oraz lęk przed trudnościami, jakie mogą wystąpić po zakończeniu hospitalizacji.

Cel: Zmniejszenie lub wyeliminowanie poczucia lęku. Niedopuszczenie do zakażenia rany. Ułatwienie adaptacji do nowej sytuacji.

Realizacja:

Obserwacja stanu psychicznego i fizycznego pacjentki.

Wyjaśnienie chorej zasadności przeprowadzenia operacji amputacji stopy.

Dokonanie oceny rany (wzmoczone ocieplenie lewej kończyny dolnej, martwica sucha o zaczerwienionych krawędziach).

Zabezpieczenie rany opatrunkiem w celu uniknięcia zanieczyszczenia rany.

Przed zabiegiem w ramach profilaktyki zakażeń na zlecenie lekarza podano pacjentce dożylnie antybiotyk Biofazolin.

Okazanie pacjentce zainteresowania i akceptacji.

Wysłuchanie obaw i wątpliwości.

Wy tłumaczenie pacjentce, że dzięki rehabilitacji i dopasowaniu obuwia specjalistycznego istnieje możliwość powrotu do czynności i zadań, które chora wykonywała wcześniej.

Kształtowanie optymistycznego nastawienia chorej do życia i choroby przez wyrażanie pochwał za jej aktywność w samopielęgnacji.

Pomoc w akceptacji choroby poprzez rzetelną i fachową informację na temat schorzenia, a także stanu zdrowia (w ramach kompetencji).

Poinformowanie o możliwości kontaktu z innymi osobami po amputacjach, w celu wymiany doświadczeń i spostrzeżeń dotyczących procesu leczenia i rehabilitacji.

Zachęcanie do korzystania z ofert różnych organizacji i fundacji działających na rzecz osób niepełnosprawnych.

Zapewnienie pacjentki o możliwości wsparcia i pomocy ze strony psychologa.

Ocena:

Zmiany martwicze nie wykazują oznak zakażenia. Pacjentka wymaga pilnej interwencji chirurgicznej.

Samopoczucie chorej uległo poprawie. Pacjentka otrzymała szereg informacji dotyczących rehabilitacji oraz adaptacji do nowej sytuacji. Pacjentka nadal odczuwa lęk związany z koniecznością zmiany dotychczasowego sposobu życia.

3. Diagnoza: Ryzyko wystąpienia hipoglikemii lub hiperglikemii, spowodowane zaburzeniami poziomu glikemii wynikającymi z przygotowań oraz przebiegu zabiegu chirurgicznego.

Cel: Wyeliminowanie ryzyka zaburzeń i utrzymanie prawidłowego poziomu glikemii we krwi. Wczesne wykrycie nieprawidłowości.

Realizacja:

Wykonanie pomiaru poziomu glukozy we krwi. Wynik w dniu obserwacji 9,5 mmol/l. Odnoszenie wyników w karcie profilu glikemii.

Nie podano insuliny, gdyż pacjentka pozostawała na czczo do zabiegu.

Obserwacja pacjentki pod kątem występowania patologicznych oznak zaburzenia poziomu glikemii.

Poinformowano pacjentkę o przyczynach zaburzeń poziomu glikemii w okresie okołoperacyjnym (pozostanie na czczo, wzmożony metabolizm podczas zbiegu). Zapoznanie pacjentki z objawami hipoglikemii (ból głowy, nudności, odczucie głodu, splątanie, senność, zaburzenia widzenia, nadmierna potliwość zaburzenia widzenia, trudności w mówieniu, śpiączka) i hiperglikemii (wielomocz, wzmożone pragnienie, suchość w jamie ustnej, nudności i wymioty, osłabienie, wzmożona senność, skłonność do infekcji dróg moczowych, zaburzenia świadomości, zawroty i bóle głowy) oraz poinformowano o konieczności postępowania w razie ich wystąpienia. Hipoglikemia – należy spożyć pokarmy zawierające glukozę, hiperglikemia – należy podać szybko działającą insulinę ludzką.

Motywowanie do systematycznej kontroli poziomu cukru we krwi i prowadzenia dzienniczka samokontroli w warunkach domowych.

Ocena:

Poziom stężenia glukozy we krwi jest podwyższony – 9,5 mmol/l, ale nie wystąpiły objawy świadczące o hiperglikemii. Pacjentka zna objawy hiper- oraz hipoglikemii i jest w stanie rozpoznać stan zagrożenia życia.

4. Diagnoza: Zmniejszona zdolność do samoopieki, spowodowana unieruchomieniem oraz osłabieniem we wczesnym okresie pooperacyjnym.

Cel: Zapewnienie pacjentce opieki. Pomoc w zaspokajaniu jej podstawowych potrzeb.

Realizacja:

Dokonanie oceny wydolności pacjentki w zakresie samoopieki.

Obserwacja i rozpoznanie potrzeb chorej.

Udzielenie pomocy w zaspokojeniu potrzeb fizjologicznych (odprowadzenie do toalety i podanie basenu po zabiegu).

Pomoc w utrzymaniu czystości wokół pacjentki, uporządkowaniu rzeczy na stoliku i przyjęciu wygodnej pozycji do odpoczynku po zabiegu.

Aktywizowanie do samodzielnego wykonywania czynności samoobsługowych w miarę możliwości.

Podczas czynności higienicznych zapewnienie warunków intymności (parawan, zamknięcie drzwi do sali).

Ocena:

Pacjentka wymaga wzmożonej opieki (III kategoria opieki pielęgniarskiej) ze strony personelu medycznego we wczesnym okresie po zabiegu amputacji części stopy.

Potrzeby biologiczne chorej zostały na bieżąco zaspokajane. Pacjentka chętnie współpracowała podczas wykonywanych przy niej czynności.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonej analizy opieki pielęgniarskiej nad pacjentką po amputacji stopy wysunięto następujące wnioski:

- 1) Pacjentka z martwicą stopy w przebiegu powikłanego zespołu stopy cukrzycowej wymaga pilnej interwencji chirurgicznej. Brak czucia w stopie i zaburzenia krążenia obwodowego, niewyrównana glikemia i nadciśnienie z towarzyszącą otyłością powodują, że istnieje duże ryzyko zagrożenia życia pacjentki. Zaniechanie amputacji może spowodować pogłębienie się martwicy do proksymalnej części ciała i zakażenie ogólnoustrojowe.
- 2) Pacjentka powinna być objęta holistyczną opieką pielęgniarską. W początkowym etapie hospitalizacji ważne jest zadbanie o stan psychiczny pacjentki, o jej poczucie bezpieczeństwa poprzez wyjaśnienie jej celu oraz przebiegu interwencji pielęgniarskich i procesu leczenia, a także wysłuchanie pacjentki i rozmowę z nią. W przebiegu całego okresu hospitalizacji pacjentka wymaga opieki w sferze biologicznej. Niezbędne jest monitorowanie parametrów życiowych pacjentki, jej stanu fizykalnego, wczesne wykrycie objawów niepożądanych, wykonanie badań diagnostycznych, podanie leków, pomoc w zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych. W wymiarze społecznym pielęgniarka powinna zadbać o zwiększenie poziomu wiedzy pacjentki w zakresie zdrowego odżywiania, pielęgnacji kończyn dolnych i rehabilitacji kikuta oraz motywować chorą i jej rodzinę do zachowań prozdrowotnych.
- 3) W opiece nad pacjentką po amputacji stopy pielęgniarka pełni funkcje:
 - wychowawczą przez przygotowanie jej do samoopieki i samopielęgnacji oraz kształtowanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i członków jej rodziny,
 - opiekuńczą poprzez rozpoznawanie i pomoc w zaspakajaniu potrzeb pacjentki;
 - promowania zdrowia poprzez zachęcanie pacjentki do korzystania z specjalistycznych usług diagnostycznych do oceny stanu zdrowia oraz wsparcia ze strony instytucji zdrowia;
 - profilaktyczną poprzez edukację pacjentki w zakresie pielęgnacji stóp, co ograniczy ryzyko wystąpienia patologicznych zmian na drugiej kończynie dolnej, zapobieganie chorobie zakrzepowo-zatorowej (farmakoterapia, rehabilitacja);
 - terapeutyczną poprzez wykonywanie badań diagnostycznych, pomiarów, farmakoterapię, wykonanie iniekcji, zmianę opatrunków;
 - rehabilitacyjną poprzez usprawnienie pacjentki ćwiczeniami biernymi i czynnymi oraz wczesne uruchomienie po zabiegu amputacji, a także naukę rehabilitacji kikuta.
- 4) W wyniku podjętych działań pielęgniarskich stan pacjentki jest dobry. Parametry życiowe utrzymują się na stabilnym poziomie. Wszelkie nieprawidłowości (wzrost ciśnienia, wzrost poziomu glikemii, odczucia bólowe) są rozpoznawane w początkowej fazie i zastosowana farmakoterapia pozwala uniknąć powikłań. Organizm chorej nie wykazuje oznak zakażenia (rana operacyjna, wklucie obwodowe), a także powikłań po zabiegu chirurgicznym. Pacjentka aktywnie uczestniczy w procesie usprawniania, chętnie wykonuje czynności codziennego

dnia w zakresie swoich możliwości, pozostałe potrzeby są zaspokajane przez pielęgniarkę. Chora otrzymała szereg informacji niezbędnych do samoopieki oraz samopielęgnacji po zakończeniu hospitalizacji. Pacjentka nie wykazuje oznak depresji jednak nadal odczuwa lęk związany z ograniczeniami swojego organizmu po amputacji stopy.

Podjęte dziaania pielęgniarskie okazały się optymalne dla pacjentki.

Bibliografia

Karnafel, W. (2018). *Profilaktyka stopy cukrzycowej – praktyczne rady*. Warszawa: Wydawnictwo Medyk.