

Jakość życia osób starszych uwarunkowana stanem zdrowia

Dorota Trybusińska, Małgorzata Chmielewska, Aneta Joanna Musiał

Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny w Radomiu, Wydział Nauk o Zdrowiu i Kultury Fizycznej, Katedra Pielęgniarstwa



UNIWERSYTET
TECHNOLOGICZNO-HUMANISTYCZNY
im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu

Wstęp

W ostatnich latach zagadnienia dotyczące jakości życia są w kręgu zainteresowania badaczy z rozmaitych dyscyplin naukowych, w tym z pielęgniarstwa. Na percepcję jakości życia osoby starszej będą wpływały własne przekonania, jej kultura, moralność a także aspekt ekonomiczny. Dodatkowo w ocenie należy uwzględnić współistnienie rozmaitych sfer w życiu człowieka.

Cel pracy

Analiza zagadnienia dotycząca jakości życia osób starszych uwarunkowanej stanem zdrowia i wskazanie czynników mających na nią wpływ.

Podstawowe założenia

Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia obejmuje aspekty społeczne, funkcjonalne i emocjonalne zdrowia, które są ważne dla chorego i jego dotyczą. Dodatkowo należy uwzględnić kontekst dobrostanu pacjenta powiązanego z obecnością choroby lub zastosowanego leczenia. Należy zaznaczyć, że pomiar jakości życia powiązanej ze zdrowiem, szczególnie u osób starszych, dotyczy kompromisu między tym, jak długo i jak dobrze ludzie żyją. Aktualnie coraz większy nacisk kładzie się na badania nad jakością życia pacjentów, które ukierunkowują członków zespołu terapeutycznego w diagnozowaniu potrzeb i problemów chorych oraz w zapewnieniu im jak najlepszej opieki, badania te są ważnym ogniwem tworzenia profesjonalnej opieki nad pacjentem.

Podsumowanie

Dostrzegamy powszechnie, że w naszym bezpośrednim otoczeniu przybywa coraz więcej osób starszych, co skutkuje zmianami świadomościowymi oraz licznymi dyskusjami dotyczącymi np. zdolności państwa do zapewnienia określonego poziomu rent i emerytur czy właściwej opieki medycznej. Należy pamiętać, że osoby starsze dotyka wiele problemów, wśród których należy wymienić większe potrzeby medyczne, terapeutyczne, rehabilitacyjne, rosnące potrzeby opieki socjalnej i wsparcia społecznego, a także poczucie samotności, wykluczenia z życia rodzinnego oraz społecznego. Każdy z tych elementów będzie miał wpływ na subiektywne odczuwanie poziomu jakości życia przez osoby starsze co skłania do podjęcia działań zmierzających do ich poprawy.

Piśmiennictwo

1. Rolka H, Kowalewska B, Jankowiak B. Jakość a jakość życia w ujęciu historycznym. W: Jakość życia w naukach medycznych i społecznych Tom I. Red. Kowalewska B, Jankowiak B, Rolka H, Krajewska-Kulak E. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2017; 31-42.
2. Yousefi P, Rasekhi S, Heshmati H. Quality of Life in Medical Sciences. IJMRHS. 2016; 5,5(S): 43-46.
3. Cieślak A. Jakość życia w naukach medycznych. Studia Medyczne. 2010; 19: 49-53.
4. Campbell A. Subjective Measures of Well - Being. American Psychologist. 1976; 02: 117-124.
5. Sompolska-Rzechuła A. Jakość życia jako kategoria ekonomiczna. Folia Pomeranae Universitatis Technologiae Stetinensis. 2013; 301(71): 127-140.
6. WHOQOL Group. The WHO Quality of Life Assessment: Position Paper of the WHO. Soc Sci Med 1995; 41.
7. Patelewicz M, Drabowicz T. Jakość życia - globalnie i lokalnie. Pomiar i wizualizacja. Katedra Socjologii Ogólnej. Wydział Ekonomiczno - Socjologiczny Uniwersytet Łódzki, Łódź 2016; 7-30.
8. Costanza R., Fisher B., Ali S. et al. An Integrative Approach to Quality of Life Measurement, Research, and Policy. Surv. Perspect. Integr. Environ. Soc. 2008; 1.1: 11-15.
9. Schipper H, Clinch J, Powell V. Definitions and Conceptual Issues. In: Quality of Life Assessments in Clinical Trials. Ed. Spilker B. New York 1990; 11-25.
10. Levine NM. Incorporation of Quality of Life Assessment Into Clinical Trials. In: Effect of Cancer on Quality of Life. Boston. Ed. Osoba D. CRC Press, 1991; 105-111.

dr n. med. Magdalena Sylwia Kamińska (1), mgr Sandra Niedbał (2)

(1) Samodzielna Pracownia Opieki Długoterminowej i Medycyny Paliatywnej, Katedra Medycyny Społecznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

(2) Klinika Hematologii z Oddziałem Transplantacji Szpiku, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Wstęp

Starość jest nieuniknionym i naturalnym etapem w życiu każdego człowieka. Zarówno w Polsce, jak i we wszystkich rozwiniętych państwach świata, na skutek przemian gospodarczo-społecznych i kulturowych, znacząco wydłużył się okres życia ludzkiego. Jednak dominujący kult młodości, siły, zdrowia i piękna, sprawia że proces starzenia odbierany jest jako zjawisko patologiczne, a obraz starości jest uproszczony.

Cel pracy

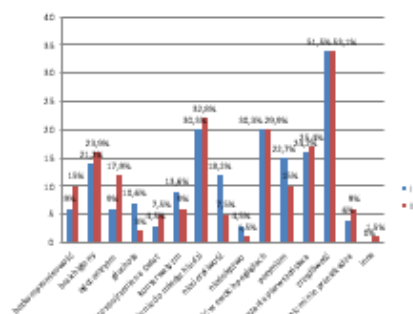
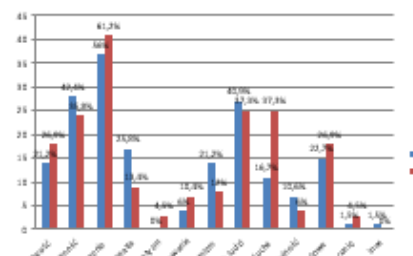
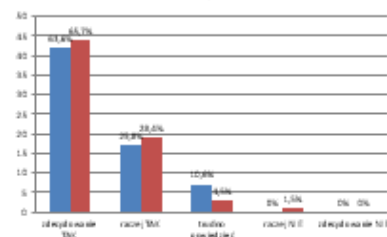
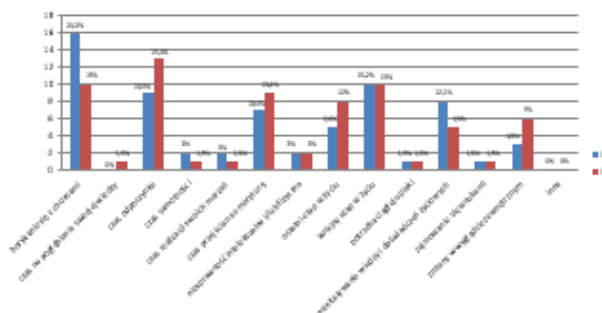
Celem pracy było poznanie opinii i postawy studentów kierunku Pielęgniarstwo wobec starości i człowieka w wieku podeszłym.

Materiał i metodyka

Badania zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego za pomocą kwestionariusza ankiety własnego autorstwa. Badaniem objęto 133 studentów kierunku Pielęgniarstwo I i III roku studiów stacjonarnych I stopnia na Wydziale Nauk o Zdrowiu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, pci żeńskiej (122) oraz męskiej (11).

Wyniki

Ponad 24% studentów I roku uważało, że starość to borykanie się z chorobami, natomiast 19,4% studentów III roku starość odbierała jako czas odpoczynku. Odpowiednio ponad 63% i 65% studentów I i III roku było zdania, że zdecydowanie darzy szacunkiem osoby starsze. Kobiety istotnie częściej niż mężczyźni deklarowały, że darzą szacunkiem starych ludzi ($p=0,001$). Ponad 51% studentów I roku oraz ponad 53% studentów III roku oświadczyła, że zrzędlivość to cecha osób starych, która najbardziej im przeszkadza. Cechy osób starszych najbardziej cenione przez studentów I (56%) i III roku (61,2%) to doświadczenie.



Wnioski

Istnieją różnice w postrzeganiu starości przez studentów I i III roku. Jednak ogólna opinia i postawa studentów I i III roku wobec osób w wieku podeszłym nie różniła się znacząco. W grupie badanej dominowała postawa pozytywna, a większość respondentów deklarowała swój szacunek wobec osób starszych.

Piśmiennictwo

1. Szatur-Jaworska B, Błędowski P, Dziegielewska M. Podstawy gerontologii społecznej. Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2006; 45-48.
2. Zych A. Słownik gerontologii społecznej. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001; 202.
3. Zych A. Red. Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość. Spółka Over Group, Łask 2012; 47-56.
4. Wiczerowska-Tobis K, Talarska D. Red. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018; 32-36.
5. Stala J. Red. Człowiek chory i umierający. Możliwości wsparcia i formy pomocy. Wydawnictwo Naukowe UJPiP, Kraków 2014; 61-63.
6. Stawiak-Ososińska M, Szpliat A. Red. Historyczno-społeczne aspekty starzenia się i starości. Agencja Reklamowa TOP, Kielce 2014; 9-101.
7. Zdzienbło K. Współczesne zjawiska demograficzne a problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa. Stud Med. 2008; 9: 63-69.
8. Szarota Z. Uczenie się starości. Edukacja Dorosłych 2015; 1: 23-35.

Depresja wielki problem geriatryczny

Bogumiła Małgorzata Nowak, Aneta Grochowska, Barbara Kubik, Monika

Łabuzek, Małgorzata Kołpa

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy, ZOZ w Dąbrowie Tarnowie, PWSZ w Tarnowie

Wstęp

Populacja osób w wieku podeszłym z roku na rok zwiększa się. Liczba osób w tej grupie wiekowej z zaburzeniami depresyjnymi stanowi poważny problem zdrowotny, zarówno w Polsce jak i w Europie. Rozpoznanie zaburzeń depresyjnych w wieku starszym jest trudne ze względu na współistnienie chorób somatycznych. Brak podjęcia leczenia depresji nie tylko wpływa na pogorszenie rokowania istniejących już chorób somatycznych ale również zwiększa ryzyko przedwczesnej śmierci.

Cel pracy

Ocena występowania zaburzeń depresyjnych oraz określenie czynników towarzyszących depresji osób w wieku geriatrycznym.

Materiał i metodyka

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. W tym celu stworzono autorski kwestionariusz wywiadu, który zawierał 10 pytań o charakterze zamkniętym. Pytania dotyczyły danych socjodemograficznych, chorób współistniejących, samotności, myśli samobójczych.

W badaniu zastosowano także 15-punktową Geriatryczną Skalę Oceny Depresji (GDS). Organizacja i przebieg badań

Badania przeprowadzono w okresie od września 2018 roku do stycznia 2020 roku. Grupę badanych stanowili pensjonariusze Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy w Dąbrowie Tarnowskiej. Dyrekcja Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy wyraziła zgodę na przeprowadzenie badań. Respondenci wyrazili zgodę na udział w badaniu, zostali poinformowani o dobrowolności uczestnictwa i anonimowości badań oraz możliwości rezygnacji na każdym etapie badań.

Wyniki

Badana grupa obejmowała 110 osób, kobiety stanowiły (47,27%), mężczyźni (52,73%). Spośród 110 uczestników ankiety 41,82% miało depresję umiarkowaną, natomiast aż 40,00% badanych przejawiało symptomy depresji ciężkiej. Zaburzenia depresyjne częściej dotyczyły osób, które odczuwały samotność (68,18%). W badanej grupie 14,55% osób starszych potwierdza obecność myśli samobójczych.

Tab 1. Charakterystyka demograficzna badanych.

Variable		N	%
Płeć	Kobiety	52	47,27
	Mężczyźni	58	52,73
Wiek	60-74 lat	44	40,00
	75-89 lat	45	40,91
	> 90 lat	21	19,09
Wykształcenie	Podstawowe	42	38,18
	Zawodowe	35	31,82
	Średnie	24	21,82
	Wyższe	9	8,18
Stan cywilny	Wdowiec/ Wdowa	38	34,55
	Żonaty/ zamężna	20	18,18
	Kawaler/panna	37	33,64
	Rozwiedziony	15	13,64

Tab 2. Związek między wiekiem a obecnością depresji.

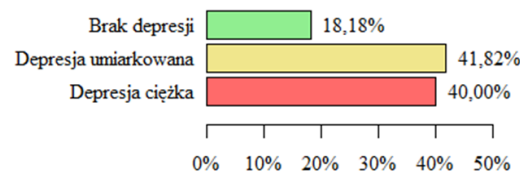
p - test Kruskala-Wallis'a

GDS [punkty]	Wiek			
	60-74 lata (N=44) - A	75-89 lat (N=45) - B	90 lat i więcej (N=21) - C	
Śr±SD	9,73±4,03	9,13±3,85	7,1±2,68	p=0,022
Mediana	11	9	7	
Kwartyle	6,75 - 13,25	6 - 12	6 - 8	A,B>C

Tab 3. Związek między odczuwaniem samotności a depresją.

p - test Manna-Whitney'a

GDS [punkty]	Czy czuje się Pan/i samotny/a?		
	Tak (N=75)	Nie (N=35)	
Śr±SD	9,92±3,74	6,97±3,21	p<0,001
Mediana	11	7	
Kwartyle	7 - 13	4,5 - 9	



Ryc. 1. Nasilenie objawów depresyjnych.

Wnioski

Wykazano istotne statystycznie korelacje pomiędzy wiekiem seniorów a nasileniem depresji. Stwierdzono, że depresja częściej dotyka osób wieku wczesnej starości (60 -75 rok życia) i późnej starości (75 – 89 rok życia) niż osób w wieku starości zaawansowanej (ponad 90 lat).

Pensjonariusze, którzy doświadczają poczucia samotności są narażeni w znacznym stopniu na ryzyko wystąpienia depresji.

Przewlekłe dolegliwości bólowe pensjonariuszy nie mają związku z nasileniem depresji. Zarówno pensjonariusze ze zdiagnozowaną depresją umiarkowaną i ciężką

w równym stopniu zgłaszają przewlekłe dolegliwości bólowe.

Choroby somatyczne mają wpływ na pojawienie się depresji. Zarówno osoby z chorobami układu krążenia i chorobami metabolicznymi w równym stopniu są narażeni na ryzyko depresji.

Piśmiennictwo

Filipska K., Pietrzykowski Ł.: Zaburzenia depresyjne u osób w podeszłym wieku – przegląd literatury. Gerontologia Polska 2015;4:165-169

Bidzan L. Depresyjne zaburzenia nastroju u osób w wieku podeszłym. Medycyna wieku podeszłego 2011;1(1):34 – 37

Parnowski T.: Depresje w wieku podeszłym. Medical Education. Warszawa 2016;11-89

Sprawność funkcjonalna a jakość życia pacjentów kardiologicznych w starszym wieku

Kamusińska Elżbieta¹, Dąbrowska Dominika¹

¹Instytut Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Wstęp

Wraz z wiekiem i pogarszającym się stanem zdrowia osoby starsze odczuwają w sferze sprawności funkcjonalnej, co wpływa na poczucie ich jakości życia.

Cel pracy

Poznanie poziomu sprawności funkcjonalnej oraz jakości życia w grupie chorych leczonych kardiologicznie w starszym wieku.

Materiał i metody

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego w oparciu o autorski kwestionariusz ankiety i wystandaryzowane kwestionariusze: SF-36, skalę ADL, skalę IADL, skrócony test Tinetti, skrócony test sprawności umysłowej wg Hodgkinsona. Badanie przeprowadzono w Klinice Kardiologii I i II Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach. W badaniu udział wzięło 106 osób w wieku ≥ 65 lat.

Wyniki

Charakterystyka badanej populacji

Tab. 1. Badana grupa wg wieku, stanu cywilnego i wykształcenia

Kategoria	Płeć			
	Kobiety		Mężczyźni	
	N	%	N	%
Wiek				
65-74	34	60,7	33	66,0
75-89	20	35,7	16	32,0
≥ 90	2	3,6	1	2,0
Ogółem	56	100	50	100
Stan cywilny				
Wolny (a)	3	5,4	3	6,0
Związek	23	41,1	33	66,0
Wdowiec(a)	28	50,0	9	18,0
Rozwiedziony(a)	2	3,6	5	10,0
Ogółem	56	100	50	100
Wykształcenie				
Podstawowe	13	23,2	5	10,0
Zawodowe	17	30,4	18	36,0
Średnie	18	32,1	17	34,0
Wyższe	8	14,3	10	20,0
Ogółem	56	100	50	100

Stan zdrowia badanej populacji

Wg samooceny 42,5% badanych określiło stan zdrowia jako niezadowolający; 30,2% jako zadowolający; 26,4% jako dobry (26,4%), a 0,9% - bardzo dobry.

Główne choroby w badanej grupie to: nadciśnienie tętnicze (87,7%), miażdżyca (84,9%), choroba niedokrwienna serca (63,2%), choroba zwyrodnieniowa stawów i kręgosłupa (57,5%).

Ocena sprawności funkcjonalnej

W przeważającej większości badani pacjenci byli samodzielni w podstawowych oraz złożonych czynnościach życia. Najczęściej problem dotyczył kontroli zwieraczy (34,9%) oraz przygotowywania posiłków (74,5%), dotarcia do miejsc oddalonych poza odległością spaceru (19,8%), wychodzenie z domu po zakupy (14,2%), wykonywania prac domowych (13,2%).

Dominowały osoby z minimalnym ryzykiem upadku (81,1%) oraz prawidłową sprawnością umysłową (93, 5%).

Jakość życia

Jakość życia badani określili na poziomie średnim (54,7%), niskim (32,1%) i wysokim (13,2%). Jakość życia można wiązać ze stanem cywilnym oraz samooceną stanu zdrowia.

Wnioski

1. Zakres niesamodzielności w podstawowych czynnościach dnia codziennego najczęściej dotyczył: kontroli zwieraczy, kąpieli oraz ubierania się.
2. Ograniczona samodzielność pacjentów z zakresu złożonych czynności dnia codziennego dotyczyła: przemieszczania się do miejsc oddalonych poza odległością spaceru, zakupów oraz sprzątania.
3. Ryzyko upadku w grupie badanych ocenione za pomocą testu Tinetti było minimalne.
4. Stan cywilny wpływał na poziom jakości życia, osoby będące w związku małżeńskim częściej wykazywały wyższy stopień jakości życia niż osoby owdowiałe.

Piśmiennictwo

1. Dobrzyń D., Marcisz Cz. 2007. Proste i złożone czynności dnia codziennego u starszych osób objętych opieką pomocy społecznej na Śląsku [w:] Krajewska-Kulak E., Szczepański M., Łukaszuk C., Lewko J. (red.). Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Tom I. Białystok: Wydawnictwo Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia Akademii Medycznej.
2. Kamińska A., Bryła A., Bodys-Cupak I. 2012. Jakość życia ludzi starszych mieszkających w domach rodzinnych i placówkach opiekuńczo-leczniczych. Pielęgniarstwo XXI wieku. 4(41): 117-122.
3. Minda M., Kukula D. Proces starzenia się a aktywność fizyczna osób starszych. Problemy Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu 2017; 2: 43-51.
4. Płaszewska-Żywko L. i wsp. 2008. Sprawność funkcjonalna u osób w wieku podeszłym w domach pomocy społecznej. Problemy Higieny i Epidemiologii. 89 (1): 62-66.
5. Rybka M., Rezmerska L., Haor B. Ocena sprawności osób w wieku podeszłym. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej 2016; 2: 4-12.

Sprawność funkcjonalna osób po 60. roku życia, hospitalizowanych w oddziale rehabilitacji.

Ewa Kawalec-Kajstura¹, Anna Kaczor (Szlachetka)^{2,3}, Ilona Kuźmicz¹, Grażyna Puto¹, Joanna Sułkowska²

¹Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
²Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – absolwent
³Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Wstęp

Istotnym wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest zapewnienie osobom starszym wysokiego poziomu jakości życia. Jednym z głównych czynników, determinujących pozytywną jej ocenę jest sprawność funkcjonalna, czyli zdolność do samodzielnego i bezpiecznego wykonywania codziennych czynności, bez nadmiernego wysiłku. Mimo, że niesamodzielność nie jest fizjologiczną konsekwencją procesu starzenia się, natężenie tego zjawiska nasila się z wiekiem wraz z postępującym procesem obniżenia wydolności i sprawności organizmu oraz w związku z częstym w okresie starości problemem wielochorobowości. W Polsce trudności z wykonaniem codziennych czynności związanych z samoobsługą ma co trzecia osoba w wieku 65 lat i więcej, w populacji osób powyżej 80. roku życia, problemy z samoobsługą dotyczą natomiast blisko 6 na 10 osób.

Cel pracy

Ocena poziomu sprawności funkcjonalnej osób po 60. roku życia, hospitalizowanych w oddziale rehabilitacji.

Materiał i metodyka

Badanie przeprowadzono wśród 92 pacjentów (54 kobiet i 38 mężczyzn) oddziałów rehabilitacji dwóch małopolskich szpitali. Zastosowano następujące kryteria włączenia do badania: 1) wiek powyżej 60. roku życia; 2) uzyskanie pisemnej zgody na udział w badaniu; 3) uzyskanie przez pacjenta przynajmniej 7 punktów w teście AMTS. Średnia wieku wynosiła 73,34±7,08 lat. Największą grupę stanowiły osoby w wieku 70-79 lat – 46,7% (n=43).

Wykorzystano następujące narzędzia badawcze: test AMTS, autorski kwestionariusz ankiety, skalę NOSGER i Barthel. W analizach przyjęto poziom istotności na poziomie 0,05.

Wyniki

Ocena badanej grupy pacjentów przy pomocy skali NOSGER wykazała dobry poziom sprawności funkcjonalnej. Średnia wyników wynosiła 46,71±12,60. Wynik powyżej 60. punktów uzyskało 15,2% badanych. Pacjenci najlepsze wyniki osiągnęli w dziedzinie pamięci (5,37±0,89) oraz zachowań destrukcyjnych, zakłócających i asocjalnych (6,04±1,36), najgorsze w zakresie instrumentalnych aktywności codziennego życia (10,10±3,52). Średni wynik punktowy w skali Barthel wśród badanych wynosił 72,12±30,43.

Tab. 1. Wyniki punktowe skali Barthel i skali NOSGER – statystyki opisowe

ZMIENNA	n	\bar{x}	Me	Min.	Max.	Q1	Q3	SD
SKALA BARTHEL	92	72,12	82,50	10	100	55	100	30,34
SKALA NOSGER	92	46,71	45	30	86	37	52,5	12,60
NOSGER – P	92	5,37	5	5	10	5	5	0,89
NOSGER – IACŻ	92	10,10	9,5	5	20	7,5	11,5	3,52
NOSGER – ACŻ	92	8,75	7	5	21	5	10	4,33
NOSGER – NE	92	8,14	8	5	15	6	10	2,60
NOSGER – ZS	92	8,30	8	5	17	7	9	2,22
NOSGER – ZD	92	6,04	6	5	12	5	6,5	1,36

Legenda:

n – liczba badanych; \bar{x} – średnia arytmetyczna; Me – mediana; Min. – minimum; Max. – maksimum;
Q1 – dolny kwartył; Q3 – górny kwartył; SD – odchylenie standardowe
P – pamięć; IACŻ – instrumentalne aktywności (czynności) codziennego życia; ACŻ – aktywności (czynności) codziennego życia; NE – nastroje i emocje; ZS – zachowania socjalne; ZD – zachowania destrukcyjne, zakłócające, asocjalne

Według skali Barthel stan „lekki” stwierdzono u 46,7%, „średniociężki” – 41,3%, a „bardzo ciężki” – 12,0% badanych.

Wykazano istotną statystycznie zależność między wiekiem a wynikami uzyskanymi w skali Barthel ($p=0,049$). Wyniki skali NOSGER różniły się istotnie w zależności od płci ($p=0,032$). Wykazano również istnienie istotnej zależności między wynikami uzyskanymi przez pacjentów w skali NOSGER i Barthel ($p=0,000$).

Tab. 2. Porównanie wyników w skali w skali NOSGER w zależności od uzyskanego wyniku w skali Barthel.

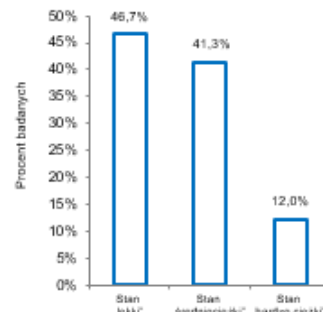
Zmienna zależna: SKALA NOSGER	ANOVA rang Kruskala-Wallis; Zmienna grupująca: skala Barthel – interpretacja wyników Test Kruskala-Wallis: H (2, n=92) = 57, 19411; p=0,000		
	n	Suma Rang	Średnia Ranga
Stan „lekki”	43	1104,500	25,68605
Stan „średnio ciężki”	38	2240,000	58,94737
Stan „bardzo ciężki”	11	933,500	84,86364

Wnioski

- 1) Stwierdzono istotną statystycznie zależność między wynikami uzyskanymi przez pacjentów w skali NOSGER i Barthel.
- 2) Poziom sprawności funkcjonalnej badanych oceniany w oparciu o skalę NOSGER oceniono jako dobry. Wyniki istotnie różniły się w zależności od płci.
- 3) Poziom sprawności funkcjonalnej badanych według skali Barthel oceniono jako przeciętny i był istotnie zależny od wieku.

Piśmiennictwo

1. Zawadzka D., Stalmach M.: Problemy psychologiczne osób w okresie starości. Cz.I. Najważniejsze wyzwania i trudności. Hygeia Public Health, 2015; 50(2): 298-304.
2. Fidecki W., Wysokiński M., Wrońska I., Szluzarski R.: Elementy kompleksowej oceny geriatrycznej w praktyce pielęgniarstwa. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie, 2011; 2: 205-211.
3. Fidecki W., Wysokiński M., Ptaszek M., Kulina D., Biercewicz M., Kuszplak K., Jędrzejewska A., Kijowska A.: Ocena sprawności funkcjonalnej mężczyzn w podeszłym wieku. Geriatria, 2018; 12: 185-192.
4. Biercewicz M., Fidecki W., Antczak-Komoterska A., Filipka K., Kędziora-Komałowska K.: Selected factors affecting biopsychosocial functioning of neurogeriatric patients. Pielęg. Neurol. Neurochir., 2018;7(3):118-123.
5. Główny Urząd Statystyczny: Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego, [w:] stat.gov.pl., 28 września 2018 [dostęp: 10 marca 2021]
6. Wysokiński M., Fidecki W.: Ocena sprawności funkcjonalnej pacjentów w podeszłym wieku. W: Cybulski M., Krajewska-Kulak E. [red]: Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołów terapeutycznych. Wyd. 1. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018.
7. Skalska A.: Ograniczenie sprawności funkcjonalnej osób w podeszłym wieku. Zdr. Publ. Zarz., 2011; 9(1): 50-59.



Ryc.1. Skala Barthel – interpretacja wyników

Subiektywna ocena skuteczności terapii inhibitorem VEGF przez pacjentów ze starczym zwyrodnieniem plamki żółtej zakwalifikowanych do programu lekowego

Babiarczyk Beata¹, Piechówka Beata², Kolonko Jolanta¹

¹ Wydział nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej; ² Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

Wstęp

Starcze zwyrodnienie plamki żółtej (AMD) jest chorobą starzejących się społeczeństw, w związku z czym w krajach rozwiniętych, w których wydłuża się długość życia ludzi, stanowi ona znaczny problem społeczny i medyczny. Szacuje się, że na AMD choruje około 25 mln ludzi na całym świecie. W Polsce statystyki podają, że choroba obejmuje 1,2 mln pacjentów, z czego 10-15% dotyczy jej postaci wysiękowej (wAMD) [1]. Choroba ta prowadzi do stopniowego pogorszenia widzenia, a czasami nawet nagłej utraty wzroku, co z kolei jest przyczyną utraty pełnej sprawności życiowej [2,3]. Obecnie doszkliskowa terapia inhibitorami VEGF jest jedyną metodą leczenia z wyboru. Preparaty te spowalniają i hamują postęp wAMD, zmniejszają obrzęk siatkówki i chronią przed utratą widzenia [4]. W Polsce od 1 maja 2015 roku prowadzony jest program lekowy, w ramach którego można uzyskać refundację leczenia na określonych zasadach [5].

Cel pracy

Zbadanie subiektywnej opinii pacjentów z wysiękową postacią AMD, leczonych preparatami anti-VEGF, na temat skuteczności terapii.

Materiał i metodyka

Badania przeprowadzano od kwietnia do sierpnia 2018 roku. Grupę badaną stanowiło 99 pacjentów oddziału okulistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku-Białej. Kryterium włączenia do badania było rozpoznane starcze wAMD, uczestnictwo w programie lekowym i wcześniejsze otrzymanie przynajmniej jednej iniekcji preparatu anti-VEGF.

Badanie przeprowadzono przy użyciu metody sondażu diagnostycznego, techniki ankiety, a narzędzie badawczym był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji.

Wyniki

Ocena sytuacji chorobowej i stylu życia chorych

- Badani średnio od 5,5±4,3 lat odczuwali pogorszenie widzenia, a wysiękowe AMD rozpoznano u nich średnio 3,4±2,4 lata temu
- Ponad połowa badanych (56,6%) zadeklarowała, że choroba przeszkadza im w życiu codziennym w dużym stopniu, a około 23,2% badanych stwierdziła, że wpływ ten jest na poziomie „średnim”
- 45,5% badanych stosowało w codziennym życiu dietę bogatą w antyoksydanty
- 90,9% osób biorących udział w badaniu stosowało preparaty ochraniające plamkę żółtą – większość badanych przyjmowało je w postaci kapsułek (67,8%)
- 62,6% badanych zadeklarowało, że prowadzi aktywny tryb życia
- ponad połowa badanych nadal pali papierosy (39,4% - regularnie; 16% - okazynie)
- jedynie połowa badanych wiedziała na czym polega test Amslera (52,5%) i do czego on służy (50,5%), natomiast co około trzeci ankietowany tego nie wiedział (odpowiednio 30,3% i 29,3%), a co około piąty badany odpowiedział „Trudno powiedzieć” (odpowiednio 17,2% i 20,2%); statystycznie istotnie częściej legitymowały się taką wiedzą badane kobiety (p=0,004), osoby < 75 r.ż. (p=0,033), z wykształceniem średnim i wyższym (p=0,001) oraz mieszkające w mieście (p=0,009)
- tylko niewielki odsetek ankietowanych (26,6%) uważał, że ma wystarczającą wiedzę na temat AMD, statystycznie częściej były to osoby młodsze (p=0,019)
- informacje o chorobie uzyskiwano w większości przypadków od lekarza (81,8%); co około trzeci badany zadeklarował korzystanie w tym aspekcie z informatorów, broszur, ulotek (36,4%), a co około czwarty – z wiedzy współpacjentów (25,2%); od pielęgniarki uzyskało informacje na temat wAMD 17,2% badanych, od znajomych rodziny - 8,1%, a z Internetu - 7,1%

Ocena stopnia zadowolenia pacjentów ze stosowanej terapii

- 60,6% ankietowanych była pozytywnie nastawiona do leczenia, istotnie częściej twierdziły tak kobiety (p=0,011)
- większość badanych, porównując swój obecny stan zdrowia do jego stanu przed leczeniem, zadeklarowała zauważalną poprawę (41,4% - niewielką; 37,4% - dużą; 5,1% - bardzo dużą); kobiety (p=0,047) i badani < 75 lat (p=0,006) statystycznie zdecydowanie lepiej oceniali stopień poprawy swojego stanu zdrowia
- większość badanych była zadowolona z efektów leczenia (poprawa widzenia) (40,4% - trochę; 39,4% - bardzo); kobiety (p=0,014) oraz mieszkańcy dużych miast (p=0,044) statystycznie istotnie bardziej wyrażali swoje zadowolenie
- ponad połowa badanych ufała, iż udało się chorobę czasowo zaleczyć (59,6%)
- około połowa ankietowanych nie odczuwała żadnych skutków ubocznych preparatów anti-VEGF (49,6%).
- w grupie badanej nie było osób w ogóle niezadowolonych ze stosowanego leczenia, choć zadowolenie co około dziesiątego badanego było jedynie na poziomie niskim (9,1%); zadowolonych w stopniu średnim było 43,4% ankietowanych; bardzo wysoki poziom zadowolenia stwierdzono u co około czwartego badanego (26,3%), a wysoki – u co piątego (21,2%); statystycznie istotnie bardziej zadowolone były badane kobiety (p=0,013), osoby < 75 lat (p=0,013) oraz samotne (p=0,030)

Wnioski

1. Większość badanych, chorujących na AMD od kilku lat, deklaruje prowadzenie prozdrowotnego stylu życia; stosuje dietę bogatą w antyoksydanty, prowadzi aktywny tryb życia i stosuje preparaty ochraniające plamkę żółtą. Niestety zdecydowana większość ankietowanych, pomimo choroby pali regularnie lub okazjonalnie papierosy. Duża część badanych nie jest też pewna swojej wiedzy na temat choroby. Takie wyniki mogą wskazywać na konieczność edukowania pacjentów na każdym etapie choroby przez profesjonalistów posiadających aktualną i wiarygodną wiedzę na temat choroby.
2. Zdecydowana większość badanych w mniejszym lub większym stopniu jest zadowolona z terapii inhibitorami VEGF i pozytywnie nastawiona do leczenia oraz jego efektów. Doświadczana poprawa jakości widzenia przełoży się zapewne na poprawę ogólnej jakości życia chorych z wAMD, dla których uczestnictwo w programie lekowym jest jedyną, skuteczną metodą leczenia tej choroby.

Piśmiennictwo

1. Jankowska-Lech I, Grabska-Liberek I, Krzyżewska-Niedziałek A, Pietruszyńska M. Zwyrodnienie plamki związane z wiekiem (AMD) – choroba starzejących się społeczeństw. Post Nauk Med 2013; 26(12): 868-73.
2. Kostrzewa B, Rojek A, Gabrys J, Karuga-Kuźniowska E, Staszuk A, Rybak Z. Starcze zwyrodnienie plamki żółtej - choroba cywilizacyjna XXI wieku. Inż Biomed 2015; 21(2): 77-85.
3. Topczewska-Cabanek A, Kalańczuk K, Nitsch-Osuch A, Gyrzuck E, Zycińska K, Wardyn K. Epidemiologia schorzeń okulistycznych u pacjentów powyżej 65 lat w wybranej poradni w Markach. Fam Med Primary Care Rev 2013; 2: 192-94.
4. Michalska A, Piotrowska M, Stala P. Wyniki leczenia chorych na wysiękową postać zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem po zmianie terapii z afliberceptu na ranibizumab - doświadczenia własne. Okulistyka 2018; 6: 11-15.
5. Walek E, Przeździecka-Dotył J, Misiuk- Hojto M. Zwyrodnienie plamki związane z wiekiem: kliniczno - patologiczne spektrum choroby i współczesne metody terapii. Geriatria 2017; 11(1): 37-47.

Ocena stanu odżywienia i zachowań zdrowotnych pacjentów po 65 roku życia
poddanych interwencji chirurgicznym w trybie planowym i nagłym
Ścisło L., Puto G., Walewska E., Staszekiewicz M., Paplaczyk M., Orzeł –Nowak A., Sikora M.
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Wstęp

Jednym z najczęściej występujących problemów zdrowotnych wynikających z niewłaściwych zachowań zdrowotnych są zaburzenia w stanie odżywienia, m.in. na skutek nieprawidłowych praktyk żywieniowych. Na szczególnie wysokie ryzyko wystąpienia zaburzeń stanu odżywienia narażeni są ludzie w wieku starszym, u których często zachodzi konieczność podejmowania interwencji chirurgicznych. Nieprawidłowości w stanie odżywienia pacjenta oraz wynikające z zachowań zdrowotnych mogą niekorzystnie wpływać na stan zdrowia, dlatego istotne jest rozpoznanie tych zaburzeń w celu zapobiegania następstwom.

Cel pracy

Celem podjętych badań była ocena stanu odżywienia i zachowań zdrowotnych pacjentów przed wykonaniem interwencji chirurgicznych w trybie planowym i nagłym.

Materiał i metodyka

Badania przeprowadzono wśród 83 osób po 65 roku życia (51,8% kobiet, 48,2% mężczyzn) zakwalifikowanych do interwencji chirurgicznych w trybie planowym. Badanie przeprowadzono przy użyciu formularza Mini Nutritional Assessment Short Form, BMI oraz Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) wg. Juczyńskiego. Istnienie różnic i siły związku między zmiennymi oszacowano na poziomie istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Na podstawie skali MNA-SF zaburzenia stanu odżywienia wystąpiły u 54,2% badanych. Istotną zależność wykazano między ogólnym wynikiem oceny stanu odżywienia a pacjentami zakwalifikowanymi do interwencji chirurgicznych w trybie planowym i nagłym ($p=0,02$). Średni wynik BMI wynosił 23,63. U osób zakwalifikowanych do interwencji chirurgicznych w trybie planowym najczęściej występowały zachowania profilaktyczne ($p=0,014$) oraz praktyki zdrowotne ($p=0,013$). U pacjentów w trybie nagłym najczęściej zaobserwowano zachowania profilaktyczne ($p=0,006$) oraz pozytywne nastawienie psychiczne ($p=0,049$), najrzadziej występowały praktyki zdrowotne ($p=0,051$). Prawidłowe nawyki żywieniowe kształtowały się na niskim poziomie, w grupie zabiegów nagłych „laparotomii” osiągnęły poziom najniższy ($p=0,033$).

Tabela 1. Stan odżywienia pacjentów na podstawie skali MNA w poszczególnych grupach

Stan odżywienia	Ogółem	Laparoskopia N=17 (20,4%)	Laparotomia N=33 (39,8%)	ECPW N=33 (39,8%)
	Średnia ± SD	Średnia ± SD	Średnia ± SD	Średnia ± SD
MNA-SF	10,54±2,21	9,71±2,66	10,36±2,13	11,15 ± 1,91
p	<0,001	0,019	0,002	0,004

Tabela 2. Rodzaje stanu odżywienia badanych kobiet i mężczyzn

Stan odżywienia	Kobiety (N=43)	Mężczyźni (N=40)	p
MNA-SF			
Niedożywienie	N=9 (20,90%)	N=1 (2,50%)	
Zagrożenie niedożywieniem	N=19 (44,20%)	N=16 (40,00%)	0,003
Stan prawidłowy	N=15 (34,90%)	N=23 (57,50%)	

Tabela 3. Zależność pomiędzy płcią a zachowaniami zdrowotnymi

Kategorie zachowań zdrowotnych	Kobiety	Mężczyźni	p
	Średnia ± SD	Średnia ± SD	
Prawidłowe nawyki żywieniowe	17,28 ±4,65	16,55±4,36	0,064
Zachowania profilaktyczne	20,05±4,41	20,78±2,97	0,383
Pozytywne nastawienie psychiczne	19,47±3,17	20,43±2,85	0,152
Praktyki zdrowotne	20,49±3,22	18,78±3,11	0,016

SD – odchylenie standardowe, wartość p – dla testu U Manna-Whitneya, MNA-SF – Mini Nutritional Assessment Short Form, ECPW – endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna

Tabela 4. Kategorie zachowań zdrowotnych w poszczególnych grupach

Grupy badanych i kategorie zachowań zdrowotnych	Średnia	SD	p
Laparoskopia N =17 (20,4%)			
Prawidłowe nawyki żywieniowe	17,29	4,27	0,180
Zachowania profilaktyczne	19,94	3,36	0,014
Pozytywne nastawienie psychiczne	19,65	2,26	0,776
Praktyki zdrowotne	18,82	3,81	0,013
Laparotomia N =33 (39,8%)			
Prawidłowe nawyki żywieniowe	16,15	4,64	0,033
Zachowania profilaktyczne	20,27	4,30	0,436
Pozytywne nastawienie psychiczne	19,88	3,59	0,181
Praktyki zdrowotne	20,30	3,32	0,220
ECPW N =33 (39,8%)			
Prawidłowe nawyki żywieniowe	17,52	4,49	0,06
Zachowania profilaktyczne	20,76	3,49	0,006
Pozytywne nastawienie psychiczne	20,12	2,87	0,049
Praktyki zdrowotne	3,62	0,66	0,051

Wnioski

1. Wśród wszystkich badanych występowały zaburzenia stanu odżywienia; na podstawie MNA najczęściej niedożywienie i ryzyko niedożywienia u pacjentów hospitalizowanych w trybie nagłym. Według BMI w całej grupie zaobserwowano nadwagę i otyłość.
2. Badani najczęściej prezentowali zachowania profilaktyczne, a najrzadziej prawidłowe nawyki żywieniowe, w najniższym stopniu w grupie pacjentów hospitalizowanych w trybie nagłym.
3. Kobiety częściej niż mężczyźni przestrzegali zachowań zdrowotnych, w największym stopniu w zakresie praktyk zawodowych.
4. Nieprawidłowości w stanie odżywienia wśród badanych potwierdzają ważność oceny stanu odżywienia u pacjentów hospitalizowanych, a poziom zachowań zdrowotnych, szczególnie w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, wskazuje na potrzebę propagowania profilaktyki w zakresie zdrowia.

Piśmiennictwo

1. Cierznikowska K., Szewczyk M.T., Kozłowska E., Banaszkiewicz Z., Popow A., Mościcka P., Cwajda-Białasik J., Jabłońska R., Burak A., trojek K.: Ocena stanu odżywienia chorych w podeszłym wieku hospitalizowanych na oddziale chirurgicznym. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2017;11 (2):61-67.

2. Gajecki K., Machaj M., Gajecki D., Kowalik M., Gromny I.: Stan odżywienia pacjentów w oddziale chirurgicznym a powikłania pooperacyjne. Postępy Żywienia Klinicznego 2019;2 (59): 19-28.

3. Kłęk S.: Żywnienie chorego w okresie okołoperacyjnym. W: Grodzicki T., Kenig J. (red.): Problemy okołoperacyjne u osób w wieku podeszłym. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018, 165-176.

4. Oluwayemisi L.A., Koelling T.M., Hummel S.L. Nutricional Risk Index predicts mortality in hospitalized advanced heart failure patients. J. Heart Lung Transplant 2015; 34(11): 1385-1389.

5. Ostrowska J., Jeznach-Steinhagel A.: Niedożywienie szpitalne. Metody oceny stanu odżywienia. Forum Medycyny Rodzinnej 2017;2 (11): 54-61.

Opieka pielęgniarska nad 74-letnim pacjentem po udarze niedokrwiennym mózgu w warunkach domowych

Bogusława Ryś¹, Beata Kudłacik¹, Małgorzata Fraś¹, Jolanta Kolonko¹

¹ Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej, Wydział Nauk o Zdrowiu; 43-309 Bielsko-Biała ul. Willowa 2

Wstęp

Udar mózgu według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jest zespołem klinicznym charakteryzującym się nagłym wystąpieniem ogniskowego, a niekiedy również uogólnionego zaburzenia czynności mózgu, którego objawy utrzymują się dłużej niż 24 godziny. Schorzenie to stanowi około 80% wszystkich zdarzeń mózgowo-naczyniowych, a trwałe zmiany neurologiczne przyczyniają się do ograniczenia samodzielności w funkcjonowaniu powodując często niepełnosprawność.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie problemów pielęgnacyjnych oraz ocena wdrożonych działań u 74-letniego mężczyzny po udarze niedokrwiennym mózgu przebywającym w środowisku domowym.

Materiał i metodyka

W pracy posłużono się metodą studium przypadku klinicznego oraz opracowano oryginalny proces pielęgnowania u starszego pacjenta po udarze niedokrwiennym mózgu. Diagnozy pielęgnarskie sporządzono na podstawie następujących technik badawczych: obserwacji chorego i jego opiekuna, analizy dokumentacji medycznej, wywiadu, pomiaru podstawowych parametrów życiowych. Do oceny stanu biopsychospołecznego posłużono się arkuszami skal.

Wyniki

Na podstawie przypadku klinicznego zdiagnozowano 10 problemów pielęgnacyjnych występujących u pacjenta po udarze niedokrwiennym mózgu w środowisku pierwotnym. Określono cele opieki do osiągnięcia przez pacjenta, rodzinę i pielęgniarkę. Następnie zaplanowano działania zmierzające do osiągnięcia tych celów a wykonane interwencje pielęgnarskie poddano ewaluacji.



Wnioski

Takie zorganizowane, regularne i długofalowe postępowanie ze strony pielęgniarki przyczyniło się do poprawy stanu zdrowotnego pacjenta oraz zmniejszenia ryzyka powikłań. Działania w zakresie profilaktyki trzeciorzędowej przyczyniły się do osiągnięcia przez rodzinę optymalnego poziomu samoopieki i samopielęgnacji.

Piśmiennictwo

- Grabowska-Fudala B., Jaracz K., Górna K. Zapadalność, śmiertelność i umieralność z powodu udarów mózgu-aktualne tendencje i prognozy na przyszłość. Przegląd Epidemiologiczny 2010; 64(3): 439-442
- Klak A. Udary mózgu-rosnący problem w starzejącym się społeczeństwie. Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2017; 21-28
- Antecki J., Brelak E., Sobolewski P. Profilaktyka pierwotna i wtórna udaru niedokrwiennego mózgu w świetle obecnych zaleceń i rekomendacji. Forum Medycyny Rodzinnej 2018; 12(3): 89-98
- Gliński P., Rak-Pasikowska A., Czajla A. Użyteczność wybranych parametrów laboratoryjnych w diagnostyce udaru mózgu. Diagnostyka Laboratoryjna 2018; 54(4): 275-284
- Filipska K., Wiśniewski A., Ślusarz R. Thrombolysis and Mechanical Thrombectomy as Leading Treatments for Acute Ischemic Stroke. The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing 2019; 8(4): 177-181
- Starosta M., Redlicka J., Brzeziński M. Udar mózgu-ryzyko niepełnosprawności oraz możliwości poprawy funkcji motorycznych i poznawczych. Polski Merkuriusz Lekarski 2016; XLI (241): 51-54
- Markus H., Pereira A., Cloud G., Udary mózgu. Kompendium diagnostyki i postępowania. Tom 1. Czelej, Lublin 2018; 108-128
- Weber-Rajek M., Ciechanowska K., Wpływ zasobów psychicznych na jakość życia chorych po udarze niedokrwiennym mózgu. Journal of Health Sciences 2014; 4(9): 51-60
- Jaszak J., Ogrodnik J., Burak-Czapiuk B., Kukowska D. Rola pielęgniarki we wczesnej rehabilitacji pacjenta po udarze mózgu. [w:] Rola pielęgniarki w procesie pielęgnowania pacjentów w zależności od jednostki chorobowej. Zeszyty naukowe. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu z Łomży, Łomża 2013; 49: 31-42
- Sienkiewicz Z., Stankiewicz D., Dykowska G. i wsp. Pielęgnacja chorego po udarze mózgu w warunkach domowych. 2016; 4(5): 2-6

Objawy kliniczne a funkcjonowanie w życiu codziennym chorych na POChP

Cudzik Ewelina¹, Zboina Bożena ¹, Cudzik Krzysztof ¹

Instytucja

Wstęp

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest schorzeniem postępującym polegającym na ograniczeniu przepływu powietrza przez dolne drogi oddechowe z towarzyszącym stanem zapalnym.

Rozpoznanie objawów klinicznych, które najbardziej zaburzają życie codzienne chorego na POChP będzie cennym źródłem poprawy jakości życia. Natężone objawy kliniczne występujące w chorobie przewlekłej powodują ograniczenia w funkcjonowaniu codziennym oraz dalsze niedołączenie chorych co istotnie wpływa na ich życie [1,2,3].

Cel pracy

Celem badań było określenie objawów klinicznych, które najbardziej zaburzają funkcjonowanie chorych na POChP.

Materiał i metodyka

Badanie prowadzono w okresie od maja 2014 do grudnia 2018r. Grupę badaną stanowiło 319 chorych z rozpoznaniem POChP. Poddano analizie statystycznej 319 kwestionariuszy SGRQ (Saint Georges Respiratory Questionnaire) oraz 319 testów oceny POChP CAT (COPD Assessment Test). Kryteria włączenia do badania: osoba powyżej 40 r.ż. z rozpoznaniem POChP od minimum 12 miesięcy w stopniu umiarkowanym do ciężkiego, prawidłowo wypełnione kwestionariusze. Kryteria wyłączenia : inna istotnie kliniczna choroba płuc, chorzy którzy nie potrafili czytać czy błędnie wypełniono kwestionariusze. Zebrany materiał badawczy opracowano za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS Statistics (v. 25).

Wyniki

Korelacja objawów klinicznych z jakością życia respondentów wykazała zależność pomiędzy ogólnym poczuciem jakości życia ale również aktywnością i objawami. Podskala kwestionariusza SGRQ dotycząca objawów nie wykazała zależności istotnej statystycznie. Aktywność chorych była istotnie zaburzona w przeż: kaszel (Rho=0,137), zaleganie wydzieliny (Rho=0,217), ucisk w klatce piersiowej (Rho=0,234), zadyszka (Rho=0,319), objawy podczas wykonywania jakichkolwiek czynności w domu (Rho=0,48). Z powodu braku pewności siebie (Rho=0,227), braku energii do działania (Rho=0,269) i objawów występujących w nocy (Rho=0,267) respondenci istotnie ograniczali swoją aktywność. Siła tych korelacji była słaba (0,1-0,2) lub przeciętna (0,3-0,4). Korelacja objawów chorobowych z podskala kwestionariusza SGRQ dotyczącą wpływu na życie była istotna statystycznie dla: kaszlu (Rho=0,267), zalegania wydzieliny (Rho=0,224), ucisku w klatce piersiowej (Rho=0,232) czy zadyszek (Rho=0,294). Objawy te istotnie obniżały jakość życia w tej poskali (Tab1).

Wnioski

Występowanie objawów: kaszlu, duszności, zalegania wydzieliny i ucisku w klatce piersiowej znacznie obniża jakość życia chorych i zaburza ich funkcjonowanie w życiu codziennym. W niemniejszym badaniu najistotniejszym objawem utrudniającym życie chorych była duszność, która uniemożliwiała poruszanie się.

Tab.1Korelacja objawów POChP z jakością życia

Objawy CAT	Jakość życia							
	Objawy		Aktywność		Wpływ na życie		Wynik ogólny	
	Rho	p	Rho	p	Rho	p	Rho	p
Kaszel	0,020	0,723	0,137	0,014	0,267	<0,001	0,211	<0,001
Zaleganie płwociny (śluzu) w oskrzelach	0,100	0,076	0,217	<0,001	0,224	<0,001	0,248	<0,001
Ucisk w klatce piersiowej	0,052	0,355	0,234	<0,001	0,232	<0,001	0,273	<0,001
Zadyszki, gdy idę pod górę lub wchodzę po schodach na piętro	0,106	0,059	0,319	<0,001	0,294	<0,001	0,337	<0,001
Trudności z wykonywaniem jakichkolwiek czynności w domu	0,020	0,726	0,148	0,008	0,163	0,004	0,163	0,004
Poczucie pewności	0,019	0,734	0,227	<0,001	0,270	<0,001	0,268	<0,001
Sen	0,034	0,544	0,267	<0,001	0,248	<0,001	0,287	<0,001
Energia do działania	0,010	0,863	0,269	<0,001	0,325	<0,001	0,320	<0,001

Piśmiennictwo

1. Śliwiński P, Górecka D, Jassem E, Pierzchała W, Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, „Pneumonologia i Alergologia Polska” 2014, t. 82, nr 3
2. Kuna P, Kupczyk M, Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) – diagnostyka i terapia Przewodnik Lekarski. 2002; 9
- 3.Grochans E i współ. Ocena jakości życia chorych z przewlekłymi chorobami układu oddechowego. Probl HigEpidemiol 2012; nr 93(3): 542-545.

Ocena jakości życia pacjentów wentylowanych mechanicznie w warunkach domowych.

dr n. med. Monika Borek; dr n. med. Dorota Maciąg; dr n. o zdr. Małgorzata Cichońska; mgr piel. Izabela Mykała

Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim Katedra Pielęgniarstwa

Wstęp

Głównym wskazaniem do stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej jest hipowentylacja, która pojawia się w przebiegu chorób takich jak m. in. stwardnienie rozsiane oraz boczne zanikowe, obturacyjny bezdech nocny, POChP oraz *myasthenia gravis*. Wentylacja mechaniczna wpływa na jakość życia poprzez aspekt fizyczny (np. rany na twarzy spowodowane maską twarzową) oraz psychiczny (np. ograniczenie aktywności zawodowej i towarzyskiej, stany depresyjne spowodowane stanem zdrowia).

Cel pracy

Celem pracy było określenie poziomu jakości życia osób nieinwazyjnie wentylowanych mechanicznie w warunkach domowych.

Materiał i metodyka

Badania były prowadzone od grudnia 2018 roku do lutego 2019 roku wśród pacjentów wentylowanych mechanicznie z wykorzystaniem metod nieinwazyjnych. Grupa badana liczyła 39 osób. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety oraz kwestionariusz WHOQOL-BREF.

Wyniki

Średni wynik punktowy jakości życia wg WHOQOL-BREF wynosił 10,5 w domenie fizycznej, 10,8 w domenie psychologicznej, 12,0 w domenie relacji społecznych oraz 12,7 w domenie środowiskowej. Wyniki kwestionariusza WHOQOL-BREF sugerują, że jakość życia przebadanych respondentów znajduje się na średnim poziomie.

Najwięcej osób (30,8%) przekazywało ponad 50% swojego miesięcznego dochodu na leczenie. Niemal 70% ankietowanych było leczonych za pomocą wentylacji mechanicznej od 1 roku do 5 lat. Natężenie bólu fizycznego był najczęściej określane na 3 w skali VAS (ból lekki). Przebadane osoby wentylowane mechanicznie w warunkach domowych prezentowały średnią kondycję psychiczną (64,1% respondentów czuło się przygnębionych czasami lub rzadko).

Analiza statystyczna danych zebranych za pomocą autorskiego kwestionariusza nie potwierdziła występowania istotnych zależności pomiędzy wysokością wydatków na leczenie a subiektywną oceną jakości życia we wszystkich domenach

Wśród przebadanych osób aż 59% odpowiedziało, że otrzymuje duże lub bardzo duże wsparcie psychiczne. Jednakże na podstawie tych danych i ich analizie nie wykazano zależności pomiędzy jakością życia osób wentylowanych mechanicznie w warunkach domowych a poziomem wsparcia psychicznego otrzymywanego od swoich bliskich. Okazało się jednak, że istnieje duży i dodatni związek zadowolenia z samego faktu otrzymywania wsparcia psychicznego (na podstawie kwestionariusza WHOQOL-BREF) a jakością życia w domenie relacji społecznych ($r_s = 0,68$) oraz w domenie środowiskowej ($r_s = 0,63$).

Wnioski

1. Kondycja psychiczna przebadanych osób wentylowanych mechanicznie w warunkach domowych jest średnia, natomiast jakość życia w subiektywnej ocenie jest raczej niska, wg kwestionariusza WHOQOL-BREF jest na średnim poziomie.
2. Wśród przebadanych osób nie ma tendencji do odczuwania niższej jakości życia wraz z upływem czasu leczenia za pomocą nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej w warunkach domowych.
3. Odczuwanie bólu fizycznego nie ma wpływu na jakość życia w żadnej domenie jakości życia wśród osób biorących udział w badaniach. Prawdopodobnie wynika to z niskiego średniego poziomu odczuwanego bólu w badanej grupie.
4. Wraz ze wzrostem deklarowanego zadowolenia z otrzymywanego wsparcia psychicznego udzielanego przez najbliższych wzrasta subiektywna ocena jakości życia w domenie środowiskowej oraz w domenie relacji społecznych.

Piśmiennictwo

1. Hasan A.: Zrozumieć wentylację mechaniczną. Warszawa: Medipage, 2013.
2. Majchrowicz B., Tomaszewska K.: Długoterminowa opieka domowa nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie – specyfika i zasady udzielania świadczeń. Gileya 2015; 95(476):304–307.
3. Szkulmowski Z.: Wentylacja nieinwazyjna – wskazania i ograniczenia stosowania w warunkach oddziału intensywnej terapii. Anestezjologia Intensywna Terapia 2001; 4:261–265.
4. Mędrzycka – Dąbrowska W., Bąkowska G., Dąbrowski S. i wsp.: Opieka nad dzieckiem wentylowanym mechanicznie w domu. Anestezjologia i Ratownictwo 2009; 3:206–219.
5. Szkulmowski Z.: Nieinwazyjna wentylacja mechaniczna w domu. Polska Medycyna Paliatywna 2004; 3(1):39–43.
6. Ghamloush M., Hill N. S.: Synchronized intermittent mandatory ventilation: time to send this workhorse out to pasture. Respiratory Care November 2013; 58(11):1992–1994.

Wstęp

Stwardnienie rozsiane jest przewlekłą, nieuleczalną chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Etiologia choroby nie jest w pełni poznana. Obraz kliniczny SM cechuje się różnorodnością objawów, zlokalizowanych w różnych częściach OUN. Choroba doprowadza do stopniowej utraty wydolności funkcjonalnej, czynnościowej, poznawczej. Podstawą staje się profesjonalna opieka pielęgniarska w środowisku domowym pacjenta. Pielęgniarka jak i opiekun pacjenta (najczęściej członek rodziny), pełną więc ważną funkcję w tym procesie. Działania pielęgniarskie powinny być zindywidualizowane i umożliwić pacjentowi adaptację do postępującej niepełnosprawności oraz wpływać na poprawę jakości życia.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie wybranych aspektów opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta z SM w warunkach domowych oraz prezentacja wybranych problemów pielęgnacyjnych z propozycją ich rozwiązania.

Podstawowe założenia

Podczas opieki nad pacjentem w warunkach domowych kluczowe jest dostosowanie zakresu opieki do stanu i aktualnych potrzeb chorego. Dążenie do utrzymania sprawności fizycznej i psychicznej na istniejącym poziomie oraz wdrożenie procesu pielęgnowania, który ograniczy lub/i zapobiegne powikłaniom należy do najważniejszych działań pielęgniarskich. Przygotowanie rodziny do sprawowania opieki oraz umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością to ważne aspekty postępowania z pacjentem. Świadczenia pielęgnacyjne muszą być zgodnie z diagnozą bio – psycho – społeczną oraz procesem pielęgnowania.

Podstawowe założenia

Podczas opieki pielęgniarka wykorzystuje standardy postępowania pielęgniarskiego i prowadzi dokumentację, zgodną z etapami i fazami procesu pielęgnowania. Sformułowane diagnozy pielęgniarskie oparte zostały o problemy wymagające natychmiastowych działań, potencjalne których ryzyko jest duże i możliwe, które mogą, ale nie muszą wystąpić

Diagnoza nr 1. Ograniczona zdolność w zakresie samoobsługi i aktywności ruchowej spowodowana postępowaniem choroby.

Cel: zabezpieczenie potrzeb w zakresie samoobsługi, pomoc w utrzymaniu aktywności ruchowej dostosowanej do stanu pacjenta.

Diagnoza nr 2 Utrudniony kontakt werbalny spowodowany zaburzeniami mowy i poznawczymi w przebiegu procesu chorobowego.

Cel : Zapewnienie skutecznej komunikacji.

Diagnoza nr 3. Trudności w przyjmowaniu pokarmów i ryzyko zachłyśnięcia z powodu zaburzeń połykania (dysfagia) w przebiegu stwardnienia rozsianego.

Cel: zapewnienie prawidłowej techniki karmienia

Diagnoza nr 4 Ryzyko wystąpienia powikłań wynikających z unieruchomienia i procesu chorobowego

Cel: zapobieganie skutkom unieruchomienia

Diagnoza nr 5 Występowanie bólu i parestezji w okolicach kończyn dolnych spowodowane przykurczami oraz uszkodzeniem układu nerwowego w przebiegu SM.

Cel: zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Diagnoza nr 6 Zaburzenie funkcjonowanie rodziny spowodowane zmianą ról, nadmiarem obowiązków i większą odpowiedzialnością opiekunów.

Cel: pomoc rodzinie i pacjentowi w adaptacji do życia z chorobą i niepełnosprawnością.

Podsumowanie

SM to choroba, dotykająca osoby w okresie największej aktywności, co stanowi poważny problem natury społecznej. Pacjent poza sytuacjami rzutu choroby, czy powikłań, przebywa zwykle w środowisku domowym. Profesjonalną opiekę pielęgniarską w warunkach domowych świadczą pielęgniarki środowiskowo-rodzinne oraz opieki długoterminowej domowej. Indywidualne, holistyczne i kompleksowe podejście do pacjenta i jego rodziny są niezbędne w profesjonalnej opiece. Właściwe rozpoznanie problemów i podejmowane interwencje przyczyniają się do poprawy stanu zdrowia, oraz wpływają na jakość życia chorego i rodziny. Interwencje pielęgniarskie, dostosowane są do różnego stopnia deficytów samoopieki oraz przygotowują chorego i rodzinę do pełnienia nowych ról i tworzenia wsparcia.

Piśmiennictwo

1. Tumiak M, Głabiński A. Rola androgenów w patogeniezie i przebiegu klinicznym stwardnienia rozsianego. Nowe możliwości terapii. Aktualn Neurol; 2015; 15 (1): 28-34.
2. Kozłowski W. Terapie w chorobach układu nerwowego. PZWL, Warszawa 2016; 167 -193.
3. Michalak M, Hydzik P, Waliszewska D. Opieka nad pacjentem ze stwardnieniem rozsianym. Modern Nurs Health Care 2018; 7: 48-50.
4. Broła W, Kasprzyk M, Fudala M, Opara J. Opieka paliatywna nad pacjentami ze stwardnieniem rozsianym Palliat Med 2013; 5: 41-47.
5. Losy J, Bartosik-Psujek H, Członkowska A, Kurowska K, Maciejek Z, Mirowska-Guzel D, i in. Leczenie stwardnienia rozsianego. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Pol Prz Neurol 2016; 12: 80-95.
6. Wiśniewska M, Grzelak L. Schorzenia demielinizacyjne. W: Wybrane problemy pielęgnacyjne pacjentów w schorzeniach układu nerwowego. Red. Jabłońska R, Ślusarz R. Continuo, Wrocław 2012; 14-16.
7. Marzec A, Biercewicz M. Opieka nad chorymi ze schorzeniami neurologicznymi. W: Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Red. Kędziora Kornatowska K, Muszałik M, Skolimowska E. PZWL, Warszawa 2010; 57-88.
8. Mitura K. Pacjent w opiece długoterminowej. Long-Term Care Nursing. 2017; 4: 54-60.
9. Jewczak B. Postępowanie z chorym na stwardnienie rozsiane w opiece domowej – studium przypadku. PNN J Neurol Neuro Nursi 2013; 2: 216-222.
10. Ślusarz R, Królikowska A. Wybrane problemy neurologiczne. W: Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Red. Kędziora Kornatowska K, Muszałik M, Skolimowska E. PZWL, Warszawa 2010; S. 70-83.
11. Stomian I, Olkiewicz J. Problemy pielęgnacyjne pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. W: Wybrane problemy pielęgnacyjne pacjentów w schorzeniach układu nerwowego. Red. Jabłońska R, Ślusarz R. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2012: 54-69.

Sprawność funkcjonalna pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów.

Sowińska Izabela¹, Kózka Maria ¹, Stochel Karolina ²

¹ Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie

² Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków - Absolwent studiów drugiego stopnia kierunku pielęgniarstwo

Wstęp

Choroba zwyrodnieniowa stawów to najczęściej występująca choroba przewlekła, której głównymi objawami są dolegliwości bólowe w układzie mięśniowo-szkieletowym. Jest to choroba postępująca, dlatego całkowite wyleczenie nie jest możliwe. Głównym celem leczenia jest zmniejszenie dolegliwości bólowych, a przede wszystkim poprawa jakości życia. Wraz z rozwojem/postępem choroby dochodzi do ograniczenia sprawności funkcjonalnej chorych. Wysoki wskaźnik inwalidztwa, a także obniżenie jakości życia sprawia, że osteoartroza jest przyczyną znacznych ograniczeń funkcjonalnych wśród osób starszych i stanowi poważny problem społeczny i ekonomiczny.

Cel pracy

Celem badań była ocena sprawności funkcjonalnej i samodzielności w czynności dnia codziennego pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów.

Materiał i metodyka

Badaniem objęto 55 osób z rozpoznaną chorobą zwyrodnieniową stawów leczonych w jednym szpitalu krakowskich. Badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem Kwestionariusza Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC), Skali Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego (ADL) oraz autorskiego kwestionariusza ankiety. Do analizy danych wykorzystano statystykę opisową, test korelacji Spearmana i Pearsona, przyjmując poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Subiektywna ocena stanu funkcjonalnego badanych kształtowała się na poziomie średnio $M = 46,45\%$; $SD = 16,27\%$; Mediana $[Q25 - Q75] = 46.08$. W zdecydowanej większości badani byli samodzielni w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Niesamodzielnosc prezentowali badani w zakresie: kąpieli (36,36%), ubierania i rozbierania (27,27%) oraz kontrolowania wydalania moczu i stolca (18,18%). Analiza wykazała istotny statystycznie, ujemny związek ($R = -0,7$; $t(N-2) = -7,15$; $p < 0,001$) między oceną zdolności zaspokajania podstawowych czynności dnia codziennego badanych a ich subiektywną oceną stanu funkcjonalnego. Wyższe wyniki w zakresie oceny stanu funkcjonalnego wiązały się z niższymi w zakresie zdolności zaspokajania podstawowych czynności dnia codziennego. Potwierdzeniem są również uzyskane wyniki statystyk opisowych – Tabela I.

Wnioski

1. Wraz z pogorszeniem stanu funkcjonalnego badanych maleje zdolność do zaspokajania podstawowych czynności dnia codziennego.

Piśmiennictwo

PIŚMIENNICTWO :
1. Romanowski W., Zdanowska A., Romanowski M.: Choroba zwyrodnieniowa stawów – aktualne standardy leczenia. Forum Reumatologiczne, 2016; 2(2):52-57.
2. Klimuk P. A., Kuryliszyn-Moskal A.: Choroba zwyrodnieniowa stawów. Reumatologia, 2012; 50(2):162-165.
3. Majda A., Walas K., Gawalek A.: Jakość życia pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych. Problemy Pielęgniarstwa, 2013; 21(1):29-37.
4. Wysokiński M., Fidecki W.: Ocena sprawności funkcjonalnej pacjentów w podeszłym wieku. W: Cybulski M., Krajewska-Kulak E.[red.].: Opieka nad osobami starszymi. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, ss. 35-37.

Ocena zdolności zaspokajania podstawowych czynności dnia codziennego	Statystyki opisowe- Subiektywna ocena stanu funkcjonalnego (WOMAC)		Korelacja porządku rang Spearmana
	Średnia ± Odch. Stand.	Mediana Q 25-Q 75	R = -0,7; t(N-2) = - 7,15; p < 0,001
znaczne upośledzenie sprawności (n=5)	69,31 ± 3,14	69,12 [66,24 - 72]	
umiarkowane upośledzenie sprawności (n=14)	58,35 ± 11,66	60,96 [56,64 - 67,2]	
osoby sprawne w zakresie czynności dnia codziennego (n= 36)	38,64 ± 12,75	37,44 [30,72 - 47,52]	

Interwencja muzyczna w pielęgniarstwie domowej opiece długoterminowej

Małgorzata 1, Łysiak Maria 2

1 Instytut Nauk o Zdrowiu, Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski; 2 Centrum Medyczne Mplus Dynmed w Dynowie

Wstęp

Interwencja muzyczna ma współcześnie zastosowanie w różnych dziedzinach medycyny. Stosowanie jej ma na celu oddziaływanie na różne układy ludzkiego organizmu. W sferze poznawczej poprawia procesy myślowo- pamięciowe, nastrój, wpływa na kształtowanie kompetencji społecznych, oddziałuje również na redukcję izolacji oraz poczucie własnej wartości. Zastosowanie odpowiednich utworów może mieć wpływ na wartości podstawowych parametrów życiowych. Najważniejszym aspektem interwencji muzycznej jest poprawa i podniesienie jakości życia pacjenta. Interwencja muzyczna jako forma wsparcia leczenia nefarmakologicznego może być stosowana w różnego rodzaju zaburzeniach wynikających z różnych chorób u człowieka.

Cel pracy

Ukazanie zależności pomiędzy parametrami tętna u chorych a stosowaną interwencją muzyczną przez pielęgniarkę opieki długoterminowej.

Materiał i metodyka

- Grupa badana-** 6 pacjentów objętych opieką długoterminową domową,
- Miejsce badań-** Centrum Medyczne Dynmed w Dynowie,
- Czas trwania badań-** od stycznia do marca 2018 roku,
- Metoda badań-** sondaż diagnostyczny,
- Narzędzia badawcze-** kwestionariusz ankiety własnego autorstwa (19 pytań), skala Barthel; Skrócony Test Sprawności Umysłowej (AMTS),
- Charakterystyka prowadzonej interwencji:** Interwencja muzyczna polegała na odtworzeniu muzyki relaksacyjnej oraz muzyki preferowanej przez pacjenta. Prowadzona interwencja odbywała się trzy razy w tygodniu po 20 minut dziennie.

Wyniki

- Analiza badań wykazała, że istnieje zależność pomiędzy tętnem przed i po interwencji. Widać wyraźny spadek wartości tętna po stosowanej interwencji muzyką u każdej z badanych osób- **Tabela 1.** Różnice w wartościach tętna przed i po stosowanej interwencji muzyką u każdej z badanych osób są istotne statystycznie.
- Połowa badanych (50%) osób obecnie preferuje muzykę klasyczną, natomiast druga połowa (50%) osób muzykę relaksacyjną. Nie zaobserwowano istotnie statystycznych zależności między rodzajem obecnie preferowanej muzyki a wartościami tętna przed i po interwencji muzyką- **Tabela 2.**
- Wszystkie badane osoby (100%) oceniły bardzo dobrze pierwszy kontakt z pielęgniarką- **Tabela 3.** Wśród badanych osób (66,7%) oceniło dobrze umiejętność i sprawność wykonywanych zabiegów przez pielęgniarkę, (33,3%) osób oceniło bardzo dobrze. Różnice te jednak nie były istotne- **Tabela 4.**

Tabela 1. Tętno przed i po interwencji muzyką u pacjentów- statystyki dla prób zależnych

Inicjały		Średnia	N	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej
PA	Tętno przed interwencją muzyką PA	72,75	51	8,81	1,233
	Tętno po interwencji muzyką PA	71,29	51	8,83	1,236
BZ	Tętno przed interwencją muzyką BZ	83,35	51	10,49	1,469
	Tętno po interwencji muzyką BZ	82,14	51	10,52	1,473
PI	Tętno przed interwencją muzyką PI	65,73	51	7,29	1,021
	Tętno po interwencji muzyką PI	65,08	51	7,50	1,051
SzM	Tętno przed interwencją muzyką SzM	70,04	51	10,29	1,441
	Tętno po interwencji muzyką SzM	69,43	51	10,64	1,489
ZK	Tętno przed interwencją muzyką ZK	72,35	51	9,79	1,371
	Tętno po interwencji muzyką ZK	71,45	51	9,68	1,356
ME	Tętno przed interwencją muzyką ME	80,51	51	9,53	1,334
	Tętno po interwencji muzyką ME	79,29	51	9,71	1,359

Tabela 3. Zależność pomiędzy oceną przez pacjenta pierwszego kontaktu z pielęgniarką a wartościami tętna przed i po interwencji muzyką oraz różnica w tętnie

Ocena pielęgniarki przez pacjenta	Tętno przed interwencją muzyczną		Tętno po interwencji muzycznej		Różnica w tętnie	
	N	%	N	%	N	%
Bardzo dobry	6	100,0%	6	100,0%	6	100,0%

Tabela 2. Zależność pomiędzy rodzajem/ gatunkiem muzyki preferowanej obecnie przez pacjenta a wartościami tętna przed i po interwencji muzyką oraz różnica w tętnie

Rodzaj muzyki preferowanej obecnie	Tętno przed interwencją muzyczną		Tętno po interwencji muzycznej		Różnica w tętnie	
	N	%	N	%	N	%
Muzyka klasyczna	3	50,0%	3	50,0%	3	50,0%
Muzyka relaksacyjna	3	50,0%	3	50,0%	3	50,0%
p	0,9553		0,9286		0,5442	

Tabela 4. Zależność pomiędzy oceną umiejętności i sprawności wykonywanych przez pielęgniarkę zabiegów pielęgnacyjnych a wartościami tętna przed i po interwencji muzyką oraz różnica w tętnie

Ocena pielęgniarki przez pacjenta	Tętno przed interwencją muzyczną		Tętno po interwencji muzycznej		Różnica w tętnie	
	N	%	N	%	N	%
Bardzo dobrze	2	33,3%	2	33,3%	2	33,3%
Dobrze	4	66,7%	4	66,7%	4	66,7%
p	0,7983		0,7746		0,6828	

Wnioski

- Pod wpływem stosowanej interwencji muzycznej u wszystkich badanych pacjentów zaobserwowano istotny spadek wartości tętna.
- W badanej grupie osób nie zaobserwowano istotnej zależności pomiędzy wartościami tętna a preferowaną muzyką.
- Ocena pierwszego kontaktu pielęgniarki z pacjentem oraz większość wykonywanych przez nią czynności związanych z opieką była bardzo dobra w opinii pacjenta, jednak nie miała istotnego wpływu na wartości tętna.

Piśmiennictwo

- Stachyra K. Rys historyczny muzykoterapii. W: Stachyra K (red.). Podstawy muzykoterapii. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie- Skłodowskiej, Lublin 2014;13-26.
- Brudek P, Kierpal P, Gamrowska A. Muzykoterapia jako forma wspierania rozwoju w okresie późnej dorosłości. W: Brudek P, Steuden S, Jamuszewska I, Gamrowska A (red.). Oblicza starości we współczesnym świecie. Perspektywa psychologiczno-medyczna. Wydawnictwo KUL, Lublin2015;241-255.
- Cylikowska-Nowak M, Strzelecki W, Tobis S. Muzykoterapia pacjenta starszego jako wspomaganie oddziaływania konwencjonalnej medycyny. Gerontologia Polska. 2013;4:138-42.
- Radzińska M. Muzykoterapia dla seniora. Gerontologia polska, 2018; 26: 226-228.
- Stachyra K. Definiowanie i klasyfikacja muzykoterapii. W: Stachyra K (red.). Podstawy muzykoterapii. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie- Skłodowskiej, Lublin 2014; 27-45.