

# Ocena ryzyka związanego z nieprzestrzeganiem zaleceń terapeutycznych wśród biorców przeszczepu nerki i serca – badanie wieloośrodkowe

Irena Milaniak<sup>1</sup>, Grażyna Dębska<sup>1</sup>, Karol Wierzbicki<sup>2</sup>, Bogumiła Król<sup>3</sup>, Alicja Dębska-Ślizień<sup>4</sup>, Piotr Przybyłowski<sup>2,3</sup>

1. Krakowska Akademia im. A. Frycza-Modrzewskiego, Wydział Lekarski I Nauk o Zdrowiu, 2. Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, 3. Śląskie Centrum Chorób Serca, 4. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

## Wstęp

Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych dotyczących przyjmowania leków, diety, zdrowego stylu życia jest warunkiem efektywnej terapii we wszystkich schorzeniach. Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych u pacjentów po przeszczepieniu narządu oscyluje od 5 % do 70 %. Najczęściej nie przestrzegają zaleceń pacjenci po przeszczepieniu nerki, a najrzadziej po przeszczepieniu wątroby. Z powodu nieprzestrzegania zaleceń wzrasta siedmiokrotnie ryzyko niewydolności graftu, utraty narządu i jest to trzecia główna przyczyna epizodów odrzucania przeszczepionego narządu

## Cel pracy

Ocena ryzyka związanego z nieprzestrzeganiem zaleceń terapeutycznych wśród biorców przeszczepu nerki i serca

## Materiał i metodyka

Badaniem objęto 234 pacjentów po przeszczepieniu serca i nerek z trzech ośrodków transplantacyjnych

Do badań wykorzystano kwestionariusze:

- ✓ Ocena ryzyka związanego z nieprzestrzeganiem zaleceń,
- ✓ Test Morisky'ego-Greena do oceny samooceny stopnia współpracy,
- ✓ Skalę depresji HADS
- ✓ Oraz pytania własnego autorstwa

## Wyniki

### Statystyki opisowe grupy badanej

| Zmienna                          | Tx nerki         | Tx serca         |
|----------------------------------|------------------|------------------|
| Wiek                             | 49,39 (SD 14,16) | 53,81 (SD 14,80) |
| Płeć                             | M-72; K-52       | M-87; K-23       |
| Lata po Tx                       | 11,15 (SD 6,89)  | Me 4             |
| Liczba przyjmowanych leków       | Me 10            | 10,28 (SD 4,21)  |
| Samoocena przestrzegania zaleceń | Me 9             | Me 9             |
| MMAS-4                           | 3,39(SD 0,67)    | Me 4             |
| HADS depresja                    | 4,64(SD 3,41)    | Me 5             |
| HADS lęk                         | 3,24 (SD 0,57)   | Me 3             |

### OCENA RYZYKA ZWIĄZANEGO Z NIEPRZESTRZEGANIEM ZALECEŃ DIAGNOZY PIELĘGNIARSKIE

| WYMIAR                           | POMIAR* [zakres] śr | RYZIKO NIEPRZESTRZEGANIA ZALECEŃ/PROBLEMY  |
|----------------------------------|---------------------|--|
| FIZYKALNY                        | [0-10] 1,40         | Ubooczne skutki działania leków (40%)  |
| PSYCHOLOGICZNY                   | [10-27] 10,68       | Przyjmowanie więcej niż 5 leków i częściej niż 2 razy dziennie (72,83 i 42,79%),   |
| SPOŁECZNO-KULTUROWY-ŚRODOWISKOWY | [4-8] 3,32          | Brak wsparcia w środowisku lokalnym(21%)   |
| DUCHOWY                          | [0-3] 0,15          | Pogląd, że choroba i zalecenia terapeutyczne są wyzwaniem dla poglądów duchowych/religijnych, zachowania nadziei i poczucia sensu życia (11,52%) |

\* Wartości minimalne – brak problemów; wartości max – problemy

Na poziom przestrzegania zaleceń miały wpływ:

- ✓ Samoocena ( $r=0,47$ )
- ✓ czas od przeszczepienia narządu ( $r=-0,16$ )

$P<0,05$ , korelacje istotne dwustronnie

Nie stwierdzono istotnie statystycznie różnic pomiędzy:

- ✓ Rodzajem przeszczepionego narządu
- ✓ Ośrodkiem transplantacyjnym

## Wnioski

- ✓ Poziom przestrzegania zaleceń terapeutycznych wśród biorców przeszczepu nerki i serca jest wysoki jest wysoki.
- ✓ Jednakże w minimalizacji ryzyka nieprzestrzegania zaleceń należy zwrócić uwagę na liczbę przyjmowanych leków oraz na konieczność reedukacji w zakresie przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

## Piśmiennictwo

1. B. Ślusarska. Ocena ryzyka związanego z nieprzestrzeganiem zaleceń terapeutycznych. W: Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych red. Gaciong Z, Kardas S.P. Naukowa Fundacja Polpharmy. Warszawa 2015
2. Sanders-Pinheiro H, Colugnati FAB, Marsicano EO, De Geest S, Medina JOP; Adhere Brazil Consortium Group. Prevalence and correlates of non-adherence to immunosuppressants and to health behaviours in patients after kidney transplantation in Brazil - the ADHERE BRAZIL multicentre study: a cross-sectional study protocol. *BMC Nephrol.* 2018;19(1):41. Published 2018 Feb 20. doi:10.1186/s12882-018-0840-6
3. Denhaerynck K, Berben L, Dobbels F, Russell CL, Crespo-Leiro MG, Poncellet AJ, De Geest S; BRIGHT study team. Multilevel factors are associated with immunosuppressant nonadherence in heart transplant recipients: The international BRIGHT study. *Am J Transplant.* 2018 Jun;18(6):1447-1460. doi: 10.1111/ajt.14611. Epub 2018 Jan 16. PMID: 29205855; PMCID: PMC6001479.



# AKCEPTACJA CHOROBY, PRZESTRZEGANIE ZALECEŃ ORAZ POZIOM STRESU U PACJENTÓW HEMODIALIZOWANYCH

dr n. zdr. Kamila Rachubińska, mgr Danuta Król, dr n. zdr. Anna Cybulska, dr n. zdr. Marzanna Stanisławska, dr hab. n. zdr. Małgorzata Szkup

Katedra i Zakład Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

## Wstęp

Przewlekła choroba nerek została uznana za chorobę cywilizacyjną, na którą choruje 10-11% całej populacji. W Polsce osób chorujących jest około 4,2 mln. Pacjenci często odczuwają problemy związane z akceptacją tej jednostki chorobowej. W przypadku terapii nerkozastępczej życie pacjenta zostaje całkowicie podporządkowane wybranej metodzie leczenia. Od chwili zdiagnozowania zmuszeni są do wprowadzania ciągłych zmian w swoim życiu, tymczasem akceptacja choroby odgrywa dużą rolę w terapii i prawidłowym funkcjonowaniu w życiu codziennym. Pacjenci akceptujący chorobę, aktywnie uczestniczą w procesie leczenia, stosują się do zaleceń terapeutycznych i podejmują współpracę z personelem medycznym.

## Cel pracy

Celem badań była analiza wpływu czynników socjologicznych i medycznych na poziom akceptacji choroby, przestrzegania zaleceń oraz nasilenia stresu oraz ocena korelacji między nimi u pacjentów hemodializowanych.

## Materiał i metodyka

Badaniem objęto 66 pacjentów w wieku 32-92 lata, leczonych metodą dializoterapii w Stacji Dializ Da Vita Clinic w Pile, Polska. Badania przeprowadzono z zastosowaniem metody sondażu diagnostycznego wykorzystując technikę kwestionariuszową. Wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

- Skala dostosowania się do zaleceń farmakologicznych ARMS,
- Skala Akceptacji Choroby AIS,
- Skalę Odczuwanego Stresu PSS10,
- Kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

## Wyniki

- Pacjenci przyjęli neutralną postawę wobec choroby. Wykazano istotną statystycznie ujemną zależność pomiędzy wiekiem i akceptacją choroby. Poziom akceptacji choroby był wyższy w grupie pacjentów aktywnych zawodowo, w grupie respondentów, którzy wyrazili swoje zadowolenie z wyboru leczenia oraz wśród pacjentów bez chorób współistniejących. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności między płcią, stanem cywilnym, miejscem zamieszkania, wykształceniem, czasem trwania leczenia nerkozastępczego, czasem trwania jednego zabiegu HD, ograniczeniami związanymi z chorobą oraz samopoczuciem po zabiegu HD a stopniem akceptacji choroby.
- Im dłuższy czas trwania choroby tym większe nasilenie stresu u badanych. Analiza wykazała istotną statystycznie dodatnią korelację ilości niepożądanych objawów w czasie HD i nasilenia stresu wg PSS10: im więcej skutków niepożądanych, tym większe nasilenie stresu oraz dodatnią korelację ilości czynników pogarszających samopoczucie i nasilenia stresu ( $r=0,297$ ;  $p=0,01$ ): im większa ilość czynników pogarszających samopoczucie, tym większe nasilenie stresu badanych. Nasilenie stresu było niższe wśród pacjentów zadowolonych z wyboru leczenia nerkozastępczego. Poziom stresu był wyższy, gdy PNN schyłkowej towarzyszyły inne jednostki chorobowe (Me - 19 vs 14,5).
- Wykazano istotną statystycznie korelację czasu trwania choroby z wynikiem ogólnym ARMS ( $p=0,009$ ;  $r=0,32$ ) i ze skalą przyjmowania leków ( $p=0,021$ ;  $r=0,286$ ) oraz czasu trwania dializoterapii ( $r=0,31$ ;  $p=0,011$ ) z wynikiem ogólnym ARMS i ze skalą przyjmowania leków ( $r=0,296$ ;  $p=0,016$ ). Im dłuższy był czas trwania choroby i dializoterapii, tym wyższy wynik (gorszy adherence) w tych obszarach. Wykazano istotną statystycznie korelację pomiędzy AIS a PSS10 ( $r=-0,269$ ;  $p=0,029$ ). Nasilenie stresu istotnie korelowało ( $r=0,311$ ;  $p=0,011$ ) z uzyskanym ogólnym wynikiem ARMS i skalą przyjmowania leków ( $r=0,289$ ;  $p=0,0019$ ).

| ARMS  | Czas trwania choroby             |
|---|----------------------------------|
|   | Współczynnik korelacji Spearmana |
| Wynik ogólny ARMS   | $R=0,32$ , $p=0,009$ *           |
| Przyjmowanie leków  | $R=0,286$ , $p=0,021$ *          |
| Uzupełnianie leków i recept   | $R=0,219$ , $p=0,08$             |
|   | Czas trwania dializoterapii      |
|   | Współczynnik korelacji Spearmana |
| Wynik ogólny ARMS   | $r=0,31$ , $p=0,011$ *           |
| Przyjmowanie leków  | $r=0,296$ , $p=0,016$ *          |
| Uzupełnianie leków i recept   | $r=0,184$ , $p=0,14$             |
| Tab. 1 Wpływ czasu trwania choroby i czasu trwania dializoterapii na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych wg ARMS |                                  |

## Wnioski

- Akceptacja choroby przez pacjentów hemodializowanych jest na neutralnym poziomie, przy czym osoby starsze charakteryzowały się niższym poziomem akceptacji choroby w porównaniu do młodszych pacjentów.
- Zadowolenie z leczenia, brak objawów niepożądanych w trakcie terapii czy chorób współistniejących ułatwiają jej akceptację.
- Długi czas dializoterapii, niezadowolenie z zastosowanej techniki leczenia nerkozastępczego i choroby współistniejące nasilają zjawisko stresu wśród pacjentów z PNN schyłkową.
- Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych było na poziomie średnim.
- Większe nasilenie stresu przyczyniło się do gorszego przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Mniejsze nasilenie stresu wpływa na wyższy poziom akceptacji choroby.

## Piśmiennictwo

- Kurowska K., Kasprzyk K.: Akceptacja choroby i style radzenia sobie ze stresem u osób dializowanych. Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 2013,13(2):99-107.
- Kurowska K., Żyto R.: Poczucie koherencji a stan posiadanej wiedzy o schorzeniu u osób dializowanych. Nefrologia i Dializoterapia Polska 2015;19:66-70.
- Marcinkowska U., Zabiegaj B., Kulik H.: Interakcje społeczne i wsparcie społeczne u chorych leczonych nerkozastępczo metodą hemodializy. Część 2. Profesjonalna i pozaprofesjonalna struktura pomocy udzielanej pacjentom leczonym nerkozastępczo metodą hemodializy. Nefrologia i Dializoterapia Polska 2018; 22:153-157.
- Basińska A., Waraksa- Wiśniewska M., Andruszkiewicz A.: Nastrój jako wyznacznik akceptacji choroby pacjentów dializowanych. Nefrologia i Dializoterapia Polska 2014;18:27-31.
- Lichodziejewska- Niemierko M.: Przestrzeganie zaleceń przez pacjentów dializowanych otrzewnowo. Forum Nefrologiczne 2016;9(4):229-235.



# Ocena jakości życia pacjentów po nefrektomii

## Starczewska Małgorzata, Owczarek Anna, Augustyniuk Katarzyna

Katedra i Zakład Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

### Wstęp

Ocena jakości życia pacjentów po nefrektomii pozwoli na sformułowanie problemów wynikających z choroby przewlekłej i konsekwencji jej leczenia w odniesieniu do funkcjonowania człowieka w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym oraz ukazanie opinii chorego na temat zdrowia, a także subiektywnego samopoczucia.

### Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów po nefrektomii.

### Materiał i metodyka

Badanie przeprowadzono w grupie 100 pacjentów hospitalizowanych Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Zdroje” oraz w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 2 w Szczecinie. Do badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem standaryzowanego kwestionariusza SF-36 oraz autorskiego kwestionariusza ankiety.

### Wyniki

Wśród badanych, ogólny wskaźnik jakości życia wyniósł średnio 54,46 punktów (tabela).

U osób najstarszych, powyżej 70 roku życia stwierdzono istotnie niższą ogólną jakość życia ( $p<0,05$ ), a także obniżoną jakość życia związaną z fizycznym funkcjonowaniem ( $p<0,05$ ), aktywnością społeczną ( $p<0,05$ ), zmianami w zdrowiu ( $p<0,05$ ) i ogólnym stanem zdrowia ( $p<0,05$ ) w porównaniu z osobami młodszymi. Wykazano istotną zależność statystyczną pomiędzy płcią badanych a ogólną jakością życia ( $p<0,05$ ), problemami zdrowotnymi ograniczającymi aktywność fizyczną ( $p<0,05$ ), aktywnością społeczną ( $p<0,05$ ), ogólnym stanem zdrowia ( $p<0,05$ ) badanych pacjentów. Istotnie wyższą jakość życia wykazano u pacjentów z wykształceniem wyższym w porównaniu z pacjentami z wykształceniem niższym ( $p<0,05$ ). Wykazano istotnie wyższą jakość życia u pacjentów będących w związkach partnerskich i małżeńskich w porównaniu z pacjentami będącymi wdowcami ( $p<0,05$ ). Wykazano także istotną zależność statystyczną pomiędzy aktywnością zawodową a ogólną jakością życia ( $p=0,0000$ ).

| Jakość życia  | Średnia wartość jakości życia<br>W poszczególnych sferach |
|---|---|
| Problemy zdrowotne ograniczające aktywność fizyczną<br>(PF – Physical Function)   | 69,50   |
| Problemy zdrowotne ograniczające fizyczne pełnienie<br>dotychczasowych funkcji społecznych;<br>(RLP – Role Limitation Physical) | 50,50   |
| Problemy emocjonalne ograniczające pełnienie<br>dotychczasowych funkcji społecznych<br>(RLM – Role Limitation Mental)           | 60,00   |
| Aktywność społeczna<br>(SF – Social Functioning)  | 55,55   |
| Zdrowie psychiczne<br>(MH – Mental Health)  | 56,20   |
| Witalność<br>(V – Vitality)   | 53,95   |
| Dolegliwości bólowe<br>(P – Pain)   | 53,11   |
| Ogólny stan zdrowia<br>(GH – General Health)  | 47,88   |
| Zmiany w zdrowiu<br>(CIH – Change in Health)  | 43,50   |
| Ogólna jakość życia (QL – Quality of Life)  | 54,46   |

### Wnioski

1. Jakość życia pacjentów po nefrektomii była na niskim poziomie.
2. Wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny oraz aktywność zawodowa miały istotny wpływ na ogólną ocenę jakości życia.
3. Na obniżenie jakości życia pacjentów po nefrektomii w największym stopniu wpływało występowanie problemów zdrowotnych ograniczających fizyczne pełnienie funkcji społecznych oraz ogólny stan zdrowia.

### Piśmiennictwo

1. Szygula-Jurkiewicz B, Kowalska M, Mościński M. Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia i efektywności leczenia chorych ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego. Folia Cardiol. 2011; 6(1):62-67.
2. Giętek M, Czech N, Bialek-Dratwa A i wsp. Jakość życia chorych poddawanych przewlekłemu leczeniu nerkozastępczemu – przegląd piśmiennictwa. Hygeia Public Health 2012; 47(2):151-156.



# Jakość życia a stopień akceptacji choroby pacjentów z chorobą nowotworową pęcherza moczowego

Wilczkowska Anna<sup>1</sup>, Olczyk Monika<sup>2</sup>, Dziewiecka Edyta<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im św. Rafała w Czerwonej Górze

<sup>2</sup>Instytut Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

<sup>3</sup>Wyższa Szkoła Ekonomii, Prawa i Nauk Medycznych im. prof. Edwarda Lipińskiego w Kielcach

## Wstęp

Subiektywna ocena jakości życia oraz stopnia akceptacji choroby nowotworowej w bardzo dużym stopniu zależy od ogólnego stanu zdrowia jak również ograniczeń spowodowanych samą chorobą.

## Cel pracy

Ocena jakości życia oraz stopnia akceptacji choroby pacjentów z nowotworem pęcherza moczowego, w kontekście wybranych czynników socjodemograficznych.

## Materiał i metodyka

Grupę badawczą stanowiło 101 pacjentów z Oddziału Urologii. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego

## Wyniki

Jakość życia pacjentów kształtowała na poziomie przeciętnym w większości domen, jedynie w dziedzinie społecznej na poziomie wysokim.

Potwierdzono silny wpływ wieku na wszystkie kategorie *HRQOL* ( $p < 0,05$ ), najsilniejszy stwierdzono w dziedzinie psychologicznej a najniższy w dziedzinie fizycznej.

Stwierdzono także istotny statystycznie związek stanu cywilnego z wynikami jakości życia ( $p < 0,05$ ), najsilniejszy odnotowano w sferze psychologicznej, a nieco słabszy w sferach fizycznej i społecznej.

Największy odsetek badanych (73,3%), deklarowała średni poziom akceptacji choroby wg skali *AIS*.

Analiza związku pomiędzy stopniem akceptacji choroby a wynikami *HRQOL* potwierdziła istotny związek w sferze fizycznej ( $p = 0,000001$ ), psychologicznej ( $p = 0,00001$ ), społecznej ( $p = 0,0002$ ) i środowiskowej ( $p = 0,002$ ).

## Wnioski

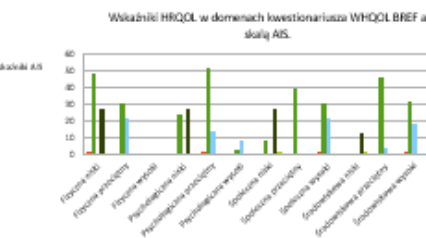
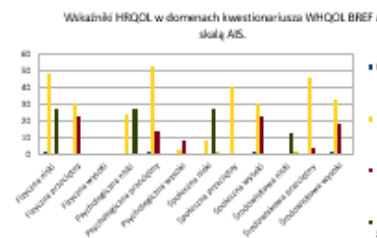
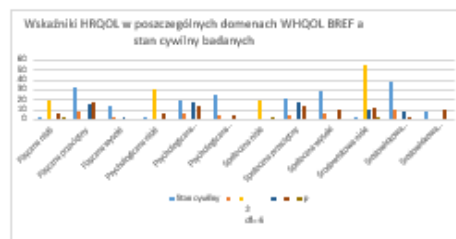
Zdecydowana większość badanych oceniła swoją jakość życia jako przeciętną a przystosowanie do choroby nowotworowej na poziomie średnim.

Stwierdzono istotny związek wieku i stanu cywilnego z wynikami *HRQOL*.

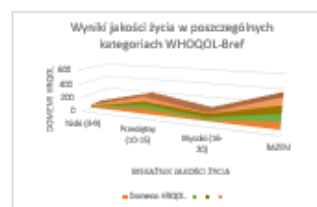
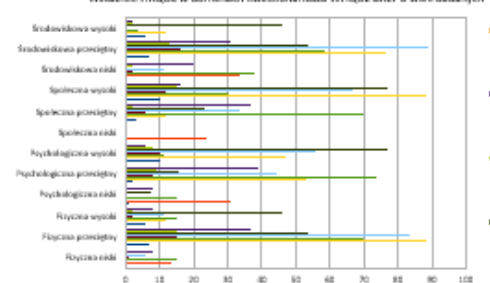
Stopień akceptacji choroby wg skali *AIS* istotnie wpływał na wyniki *HRQOL* badanych pacjentów.

## Piśmiennictwo

1. Trojanowska A. Znaczenie badań nad jakością życia w medycynie. *Zdrowie Publiczne* 2011;121: 99-10.
2. Gnacińska-Szymańska M, Dardzińska J, Majkiewicz M. Ocena jakości życia osób z nadmierną masą ciała za pomocą formularza WHOQOL-Bref. *Endokrynologia* 2012; 8 (4):137.
3. Wołowicka L, Jaracz K. Polska wersja WHOQOL 100 i WHOQOL Bref. W: *Jakość życia w naukach medycznych*. Red. Wołowicka L. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej w Poznaniu, Poznań 2001: 231-280.
4. Mazurek J, Lurbecki J. Skala Akceptacji Choroby i jej znaczenie w praktyce klinicznej. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2014; 36:106-108.
5. Mess E i wsp. Jakość życia chorych z nowotworem pęcherza moczowego. *Onkologia Polska* 2006;162-165.



Wskaźniki HRQOL w domenach kwestionariusza WHOQOL BREF a wiek badanych



# Czynniki warunkujące komfort pacjentów onkologicznych w trakcie chemioterapii

Anna Jurczak<sup>1</sup>, Łukasik Mardżana<sup>2</sup>, Owsianowska Joanna<sup>1</sup>, Karakiewicz-Krawczyk Katarzyna<sup>1</sup>, Branecka-Woźniak Dorota<sup>3</sup>, Wieder – Huszla Sylwia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Pielęgniarstwa Specjalistycznego, <sup>2</sup>Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Specjalistycznego, <sup>3</sup>Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Zdrowia Prokreacyjnego

## Wstęp

Komfort określany jest jako zaspokojenie potrzeb bio-psycho-społecznych, wykluczając wszelkie niedogodności. W codziennym życiu występują czynniki, które wpływają na komfort ludzi. Pacjent onkologiczny w trakcie leczenia cytostatycznego jest szczególnie narażony na wystąpienie różnego rodzaju powikłań, które wpływają na poziom komfortu a zarazem na jakość życia. Pomimo występujących na co dzień czynników powodujących dyskomfort, występuje u chorych również ból, zmęczenie, brak akceptacji choroby, problemy w radzeniu sobie z trudną sytuacją, lęk czy nawet depresja.

## Cel pracy

Celem pracy była analiza czynników warunkujących komfort pacjentów onkologicznych w trakcie chemioterapii.

## Materiał i metodyka

Badanie przeprowadzono wśród 117 pacjentów leczonych onkologicznie na terenie Szczecina.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego wykorzystując autorski kwestionariusz ankiety oraz Polską Wersję Skali Adaptacji i Radzenia Sobie (CAPS) i Kwestionariusz Ogólnego Komfortu (GCQ).

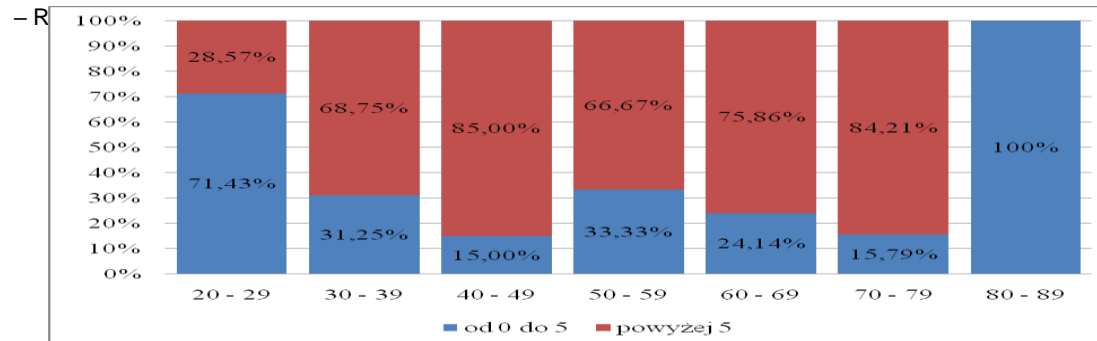
W badanej grupie średnia wieku wyniosła 54,53 lata ( $\sigma = 15,52$ ). Najmłodsza osoba w badanej grupie miała 20 lat a najstarsza 89. W badaniu wzięły głównie udział osoby z nowotworami układów krwionośnego

i pokarmowego (odpowiednio: 43 i 37 osób). Pozostali pacjenci stanowili 31,6% badanej grupy, tj. 15 osób to chorzy na nowotwory układu gruczołowego, 12 - układu rozrodczego, a 7 - układu moczowego. Najmniejsza liczba osób choruje na nowotwór skóry oraz układu nerwowego (odpowiednio: 1 i 2 osoby).

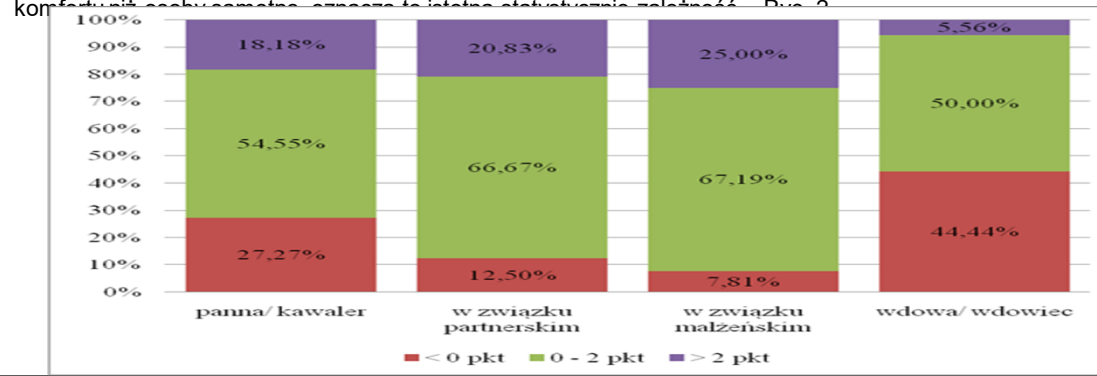
## Wyniki

Na podstawie pytań z *Kwestionariusza Ogólnego Komfortu* oceniono ogólny komfort pacjentów poprzez porównanie odpowiedzi dopasowanych do stwierdzeń pozytywnych oraz negatywnych. Różnica tych dwóch wartości pozwala oszacować ogólny komfort pacjentów poddanych leczeniu cytostatycznemu. Maksymalny do uzyskania wynik to 4 - świadczy on o całkowitym komforcie pacjentów. Minimalny wynik jaki ankietowani mogli uzyskać to -4 i opisuje on całkowity brak komfortu. Średnia wartość ogólnego komfortu w badanej grupie wyniosła 1,05 (SD = 1,11). Najwyższa uzyskana przez respondentów wartość ogólnego komfortu to 3,56 a najniższa -1,92.

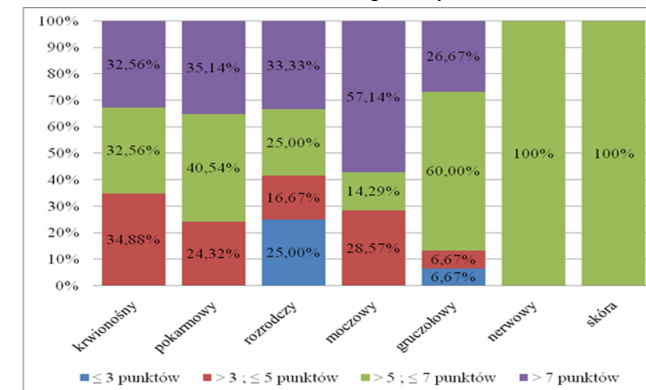
Wiek ankietowanych to zmienna, która istotnie statystycznie determinuje komfort życia i adaptację do choroby. Najwyższym poziomem komfortu odznaczali się pacjenci w przedziałach wiekowych 40 - 49 lat oraz 70 - 79 lat. Najniższy poziom komfortu wykazywali pacjenci z najmłodszej i najstarszej grupy wiekowej biorącej udział w badaniu



Ankietowani będący w związku partnerskim lub małżeńskim wykazują zdecydowanie wyższy poziom ogólnego komfortu niż osoby samotne, co może być istotną statystycznie zależnością. Ryc. 2



Najwyższy poziom komfortu wykazywali pacjenci z nowotworem układu moczowego a najniższy osoby z nowotworem układu rozrodczego – Ryc. 3.



## Wnioski

1. Wykazano obniżony komfort życia pacjentów poddanych leczeniu cytostatycznemu w sferze fizycznej i psychicznej.
2. Pacjenci onkologiczni w średnim wieku określają swój poziom komfortu na najwyższym poziomie.
3. Wzrost poziomu adaptacji do choroby i radzenia sobie, który występował w grupie respondentów, świadczy o dobrym przystosowaniu się do choroby.

## Piśmiennictwo

1. Egger-Rainer A., Trinka E., Höfler J., Dieplinger A.M.: Epilepsy monitoring – The patients' views. A qualitative study based on Kolcaba's Comfort Theory. *Epilepsy Behav* 2017;68:208-215.
2. Kamijo Y., Miyamura T.: Spirituality and associated factors among cancer patients undergoing chemotherapy. *Jpn J Nurs Sci*. 2020;17:1-12
3. Lima J.V.F., Guedes M.V.C., Silva L.V., Freitas M.C., Melo Fialho A.V.: Usefulness of the comfort theory in the clinical nursing care of new mothers: critical analysis. *Rev Gaucha Enferm* 2016;37(4):1-5.
4. Smorąg L., Jezowska-Smorąg I., Florkowski A., Zboralski K., Macander M., Gądek I., et al.: Jakość życia i depresyjność u kobiet z rozpoznaniem raka trzonu macicy i raka jajnika. *Folia Medica Lodz* 2015;42(2):123-143.
5. Yamagishi A., Morita T., Miyashita M., Kimura F.: Symptom prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy. *Journal of pain and symptom management* 2009;37(5):823-830.

# Przystosowanie do choroby nowotworowej pacjentów leczonych w SPZZOZ w Staszowie

Barbara Lelonek<sup>1</sup>, Emilia Grosicka<sup>2</sup>, Jakub Lelonek- student<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Collegium Medicum, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach; <sup>2</sup> Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie

## Wstęp

Każda choroba, zwłaszcza choroba nowotworowa traktowana jako nieuleczalna, stwarza problemy z przystosowaniem. W zależności od rodzaju nabytych przez jednostkę doświadczeń w momencie pojawienia się choroby dochodzi do zaakceptowania roli chorego albo zaprzeczenia i odrzucenia tej roli [1]. Akceptacją choroby nazywamy sposób zgodzenia się na zmiany, jakie wprowadzi choroba w życie pacjentów nią dotkniętych. W przypadku chorób leczonych przewlekłe i nawracających brak tej akceptacji wiąże się z wystąpieniem u chorego poczucia bezradności i wyczerpania [2, 3, 4]. Ocena możliwości adaptacyjnych i przebiegu adaptacji pozwala na poznanie emocjonalnego stanu pacjenta i na wdrożenie takiego rodzaju postępowania, które będzie najkorzystniejsze i umożliwi ekspresję emocji [5].

## Cel pracy

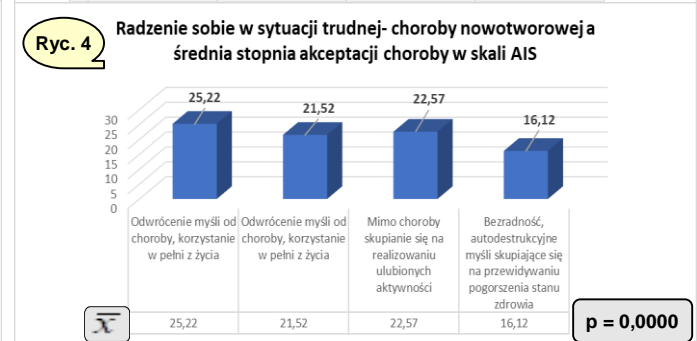
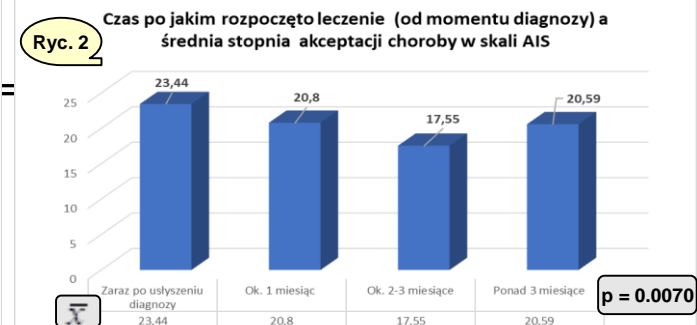
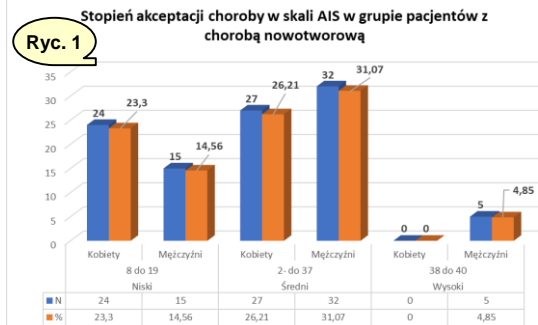
Celem pracy było określenie stopnia akceptacji choroby u pacjentów hospitalizowanych z powodu choroby nowotworowej w SPZZOZ w Staszowie. Starano się również ustalić czy stopień akceptacji choroby ma związek z cechami socjodemograficznymi badanych chorych, czasem leczenia, otrzymywanym wsparciem, deklarowanym radzeniem sobie w sytuacji trudnej i aktualną samooceną stanu zdrowia.

## Materiał i metodyka

Badania przeprowadzono w okresie od marca do maja 2020 roku wśród pacjentów leczonych z powodu choroby nowotworowej w SPZZOZ w Staszowie. W badaniach wzięło udział 103 pacjentów. Badania przeprowadzono w okresie od marca do maja 2020 roku. W pracy wykorzystano oraz Skalę Akceptacji AIS (Acceptance of Illness Scale) w adaptacji Z. Juczyńskiego [6] oraz ankietę własnego autorstwa zawierającą dane społeczno-demograficzne oraz pytania dotyczące zagadnień kluczowych w akceptacji choroby.

## Wyniki

W badaniu wzięły udział 103 osoby. Średnia wieku ankietowanych kobiet wyniosła = 46,08 (SD = 16,66), mężczyzn = 52,73 (SD = 14,46). Największą grupą stanowili pacjenci powyżej 50 roku życia – (49,5 %), chorujący na nowotwór od 6 miesięcy do 2 lat (51,46%). Najlichniesza grupę stanowili chorzy zwlekający z podjęciem leczenia ponad 3 miesiące od usłyszenia diagnozy choroby nowotworowej (39,81%), co było podyktowane brakiem wiary w pozytywne efekty leczenia. Ogólny wskaźnik akceptacji choroby w badanej grupie pacjentów z zdiagnozowaną chorobą nowotworową wyniósł = 20,66. Stopień akceptacji choroby korelował istotnie statystycznie ze zmiennymi socjodemograficznymi takimi jak: płeć (p=0,042), wykształcenie (p=0,386), czas jaki upłynął od momentu postawienia diagnozy do rozpoczęcia leczenia (p=0,038), poczucia bycia chorym (p=0,005) oraz otrzymanego wsparcia (p=0,002). Wyższy stopień akceptacji choroby prezentowali mężczyźni (=21,83) i osoby będące w trakcie nauki (=22,43). Zdecydowanie lepsze przystosowanie do choroby nowotworowej, a co za tym idzie wyższy wskaźnik akceptacji choroby w skali AIS prezentowali chorzy którzy rozpoczęli leczenie natychmiast po usłyszeniu diagnozy (=23,44) w porównaniu z chorymi odkładającymi w czasie moment rozpoczęcia leczenia. Najwyższy stopień akceptacji choroby odnotowano u chorych deklarujących wsparcie otrzymywane od najbliższej rodziny (=24,25) i przyjaciół (=21,25) i chorzy którzy starali się nie myśleć o chorobie (=25,22) i mimo choroby żyć wykorzystując aktywnie każdy dzień. Najlepsze przystosowanie do choroby miało miejsce u pacjentów, którzy w chwili badania nie czuli się chorymi (=23,78).



## Wnioski

1. W badanej grupie pacjentów z chorobą nowotworową dominował średni stopień akceptacji choroby.
2. Mężczyźni i osoby uczące się jak również posiadające wyższe i średnie wykształcenie deklarowały mniejsze poczucie dyskomfortu i lepszą akceptację siebie w roli chorego uzyskując wyższą wartość wskaźnika akceptacji choroby w porównaniu z kobietami i osobami legitymującymi się wykształceniem zawodowym i podstawowym.
3. Chorzy starający się nie myśleć o chorobie i trudnościach wynikających z choroby skupiając się na realizowaniu ulubionych aktywności jak również nie czujący się chorymi deklarowali lepsze przystosowanie do choroby nowotworowej uzyskując wyższą średnią stopnia akceptacji choroby w skali AIS.
4. Chorzy otrzymujący wsparcie od rodziny i przyjaciół w walce z chorobą nowotworową jak również ci którzy podjęli leczenie natychmiast po usłyszeniu diagnozy deklarowali wyższy stopień akceptacji choroby.

## Piśmiennictwo

1. Sęk H, Cieślak R. Wsparcie społeczne - sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Red. Sęk H, Cieślak R. PWN, Warszawa 2004; 11-14.
2. Pasek M, Dębska G. Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową. Wydawnictwo Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne Sp. z o.o. - Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2011; 39-45.
3. Smoleń E, Jarema M, Hombek K, Słysz M, Kalita K. Akceptacja i przystosowanie do choroby u pacjentów leczonych onkologicznie. Problemy Pielęgniarstwa 2018; 26 (1): 37-43.
4. White B, Driver S, Warren AM. Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. Rehabil Psychol. 2010; 55(1): 23-32.
5. Leksowska A i wsp. Choroba somatyczna jako wyzwanie adaptacyjne dla człowieka. Folia Cardiologica Excerpta 2011; 6(4): 243-246.
6. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2012; 162-166.



# Ocena występowania stresu i sposobów radzenia sobie z nim wśród pacjentek oczekujących na wynik badania histopatologicznego

Joanna Błażejewska- Jaśkowiak 1, Anna Boruń 2, Dorota Branecka-Woźniak 1, Sylwia Wiedler- Huszla 3, Rafał Kurzawa 1

1. Katedra i Zakład Ginekologii i Zdrowia Prokreacyjnego- Pomorski Uniwersytet Medyczny Szczecin  
2. Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje” Szczecin  
3. Zakład Pielęgniarstwa Specjalistycznego- Pomorski Uniwersytet Medyczny Szczecin

## Wstęp

Oczekiwanie na wynik badania histopatologicznego niesie za sobą strach i wiele niewiadomych. Niepokój związany z sytuacją charakteryzuje się poczuciem braku bezpieczeństwa, bliżej nieokreślonego dyskomfortu i związanego z nim stresu, stając się źródłem określonych reakcji emocjonalnych. Wpływa on na codzienne funkcjonowanie człowieka. Dlatego tak ważne jest umiejętne radzenie sobie z emocjami towarzyszącymi nam w danym momencie.

Poziom odczuwanego stresu powiązany jest ze świadomością diagnostyki w obszarze choroby nowotworowej. Pacjentki mogą zatem zakładać, iż wynik takiego badania będzie brzmiał dla nich jak wyrok.

## Cel pracy

Ocena występowania stresu i sposobów radzenia sobie z nim pacjentek oczekujących na wynik badania histopatologicznego.

## Materiał i metodyka

W badaniu wzięło udział 136 kobiet oczekujących na wynik badania histopatologicznego w oddziale ginekologicznym. W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego: własny kwestionariusz ankiety, składający się z: danych socjo-demograficznych, informacji dotyczących wiedzy pacjentek na temat istoty badania, okoliczności jej pozyskania, rodzaju wsparcia podczas oczekiwania na wynik badania oraz 2. narzędzi standaryzowanych- Skali Odczuwanego Stresu (PSS 10), Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS).

Do analizy statystycznej użyto: korelacji rang Spearmana, testu niezależności chi-kwadrat Pearsona oraz programu IBM SPSS Statistics 24 pochodzącego z pakietu oprogramowania PS Imago 4.0. Za istotne statystycznie wyniki przyjęto  $p < 0,05$ .

## Wyniki

Wysoki poziom stresu występuje u 86,8% kobiet a styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na unikaniu wybrało 71,3% (Tabela 1,2.). Nie występują istotne statystycznie korelacje między zmiennymi socjodemograficznymi a sposobem radzenia sobie w sytuacji stresowej, poziomem odczuwanego stresu jak i stylami unikania takich sytuacji u kobiet oczekujących na wyniki badania histopatologicznego ( $p > 0,05$ ). Poziom stresu badanych kobiet nie zależy od posiadanej wiedzy na temat istoty badania histopatologicznego ani jej źródła ( $p > 0,05$ ). Wyższy poziom stresu występuje u pacjentek, które uzyskały wiedzę na temat istoty badania w czasie najdłuższym przed momentem pojawienia się w szpitalu  $p < 0,014$  (Tabela 3.). Niższy poziom stresu u kobiet zależy od wsparcia: podczas pobytu w szpitalu  $p < 0,002$  w momencie oczekiwania na wynik badania histopatologicznego  $p < 0,05$ , rodziny  $p < 0,05$  oraz duchowego  $p < 0,001$  (Tabela 4.).

Tabela 1. Poziom stresu kobiet oczekujących na wynik badania histopatologicznego

| Poziom stresu według PSS | N   | %     |
|--------------------------|-----|-------|
| Niski poziom             | 4   | 2,9%  |
| Przeciętny poziom        | 14  | 10,3% |
| Wysoki poziom            | 118 | 86,8% |
| Ogółem                   | 136 | 100%  |

N - liczba ważnych przypadków, % - udział procentowy

Tabela 2. Style radzenia sobie ze stresem u kobiet oczekujących na wynik badania histopatologicznego

| Styl radzenia sobie ze stresem (wg CISS)          | N   | %     |
|---|-----|-------|
| Styl skoncentrowany na zadaniu (SSA)              | 21  | 15,4% |
| Styl skoncentrowany na emocjach (SSB)             | 8   | 5,9%  |
| Styl skoncentrowany na unikaniu (SSU)             | 97  | 71,3% |
| Brak dominującego stylu radzenia sobie ze stresem | 10  | 7,4%  |
| Ogółem  | 136 | 100%  |

N - liczba ważnych przypadków, % - udział procentowy

Tabela 3. Okoliczności uzyskania wiedzy o badaniu a występowanie stresu u kobiet oczekujących na wynik badania histopatologicznego

| Okoliczności uzyskania wiedzy     | Poziom stresu wg PSS |       |            |       |        |       | p     | I*    |
|-----------------------------------|----------------------|-------|------------|-------|--------|-------|-------|-------|
|                                   | Niski                |       | Przeciętny |       | Wysoki |       |       |       |
|                                   | N                    | %     | N          | %     | N      | %     |       |       |
| Przed przyjęciem do szpitala      | -                    | -     | 7          | 8%    | 99     | 92%   |       |       |
| Podczas przyjęcia do szpitala     | 1                    | 4%    | 4          | 16%   | 20     | 80%   |       |       |
| Przed badaniem histopatologicznym | 2                    | 12,5% | 3          | 18,8% | 11     | 68,8% | 0,211 | 0,014 |
| Na badaniu histopatologicznym     | 1                    | 12,5% | -          | -     | 7      | 87,5% |       |       |
| Ogółem                            | 4                    | 2,9%  | 14         | 10,3% | 118    | 86,8% |       |       |

N - liczba ważnych przypadków, % - udział procentowy p - współczynnik korelacji rang Spearmana, I\* - poziom istotności

Tabela 4. Rodzaje wsparcia psychicznego a występowanie stresu u kobiet oczekujących na wynik badania histopatologicznego

| Rodzaje wsparcia psychicznego                          | Poziom składowy PSS |      |            |       |        |       | p     | I*    |       |
|--|---------------------|------|------------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|
|  | Niski               |      | Przeciętny |       | Wysoki |       |       |       |       |
|  | N                   | %    | N          | %     | N      | %     |       |       |       |
| Obecność osoby towarzyszącej podczas pobytu w szpitalu | Tak                 | 2    | 1,6%       | 12    | 9,4%   | 113   | 89%   | 0,258 | 0,002 |
|  | Nie                 | 2    | 22,2%      | 2     | 22,2%  | 5     | 55,6% |       |       |
| Korzystanie ze wsparcia podczas oczekiwania na wynik   | Tak                 | 2    | 1,6%       | 13    | 10,2%  | 113   | 88,3% | 0,156 | 0,002 |
|  | Nie                 | 2    | 25%        | 1     | 12,5%  | 5     | 62,5% |       |       |
| Wsparcie rodzinne                                      | Tak                 | 2    | 1,6%       | 12    | 9,7%   | 110   | 88,7% | 0,156 | 0,002 |
|  | Nie                 | 2    | 16,7%      | 2     | 16,7%  | 8     | 66,7% |       |       |
| Wsparcie społeczne                                     | Tak                 | -    | -          | 2     | 25%    | 8     | 75%   | 0,801 | 0,347 |
|  | Nie                 | 4    | 3,1%       | 12    | 9,4%   | 112   | 87,5% |       |       |
| Wsparcie duchowe                                       | Tak                 | -    | -          | 5     | 5%     | 95    | 95%   | 0,612 | 0,001 |
|  | Nie                 | 4    | 11,4%      | 9     | 25%    | 23    | 63,9% |       |       |
| Wsparcie profesjonalne                                 | Tak                 | -    | -          | 2     | 6,7%   | 28    | 93,3% | 0,106 | 0,219 |
|  | Nie                 | 4    | 3,8%       | 12    | 11,3%  | 90    | 84,9% |       |       |
| Wsparcie nieprofesjonalne                              | Tak                 | -    | -          | -     | -      | 15    | 100%  | 0,137 | 0,111 |
|  | Nie                 | 4    | 3,3%       | 14    | 11,6%  | 103   | 85,1% |       |       |
| Ogółem   | 4                   | 2,9% | 14         | 10,3% | 118    | 86,8% |       |       |       |

N - liczba ważnych przypadków, % - udział procentowy p - współczynnik korelacji rang Spearmana, I\* - poziom istotności

## Wnioski

- Wysoki poziom stresu jest ogólną właściwością kobiet oczekujących na wynik badania histopatologicznego, niezależne od zmiennych socjodemograficznych oraz wiedzy w zakresie wykonywania badania, co nie jest związane z istotą badania, ale ze świadomością jego konsekwencji.
- Tylko wsparcie osób bliskich oraz wsparcie duchowe w istotny sposób obniżają poziom odczuwanego stresu.
- Maksymalne skrócenie czasu oczekiwania na wynik badania histopatologicznego, byłoby bardzo ważnym czynnikiem obniżającym występowanie stresu.

## Piśmiennictwo

- Szadowska-Szlachetka Z., Łuczyk M., Ślusarska B., Nowicki G., Łuczyk R., Bartosze A.: Problemy społeczno-socjalne chorego na nowotwór a zakres wsparcia społecznego pacjenta i jego rodziny, Medycyna Paliatywna 2016; 164-172.
- Ślomiecka A., Kamusińska E., Psychologiczne problemy kobiet hospitalizowanych z powodu chorób ginekologicznych, Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19(1)130-133.
- Malicka I., Szczepańska J., Anioł K., Rymaszewska J., Woźniak M.: Zaburzenia nastroju i strategie przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych, Współczesna Onkologia 2009; 41-46.
- Pilewska-Kozak A., Łepek-Klusek C., Żelazowska A., Putowski L.: Poczucie koherencji u kobiet leczonych z powodu patologii szyjki macicy, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2012; 119-124.

# Dynamika zmian w zakresie wydolności funkcjonalnej chorych po leczeniu chirurgicznym raka jelita grubego

Renata Stępień 1, Renata Siemińska 2

1 Instytut Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, 2 Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

## Wstęp

- Nowotwór jelita grubego (C18-21) w Polsce stanowi u mężczyzn około 12%, a u kobiet 10% zachorowań z powodu wszystkich chorób nowotworowych.
- Każdego roku rozpoznaje się prawie 16 000 nowych przypadków.
- Biorąc pod uwagę zmiany w strukturze ludności, polegające na zwiększeniu się liczby osób po 65 r.ż. oraz obecne trendy zachorowalności prognozuje się, że w 2025 r. liczba zachorowań na nowotwory raka jelita grubego wyniesie ogółem 24 600
- Nowotwór złośliwy jelita grubego jest drugim pod względem umieralności nowotworem złośliwym w Polsce u kobiet i trzecim u mężczyzn. (Krajowy Rejestr Nowotworów)

## Cel pracy

Analiza dynamiki przemian nasilenia objawów klinicznych oraz możliwości funkcjonalnych pacjentów po sześćdziesiątym roku życia z wytworzoną stomią.

## Materiał i metodyka

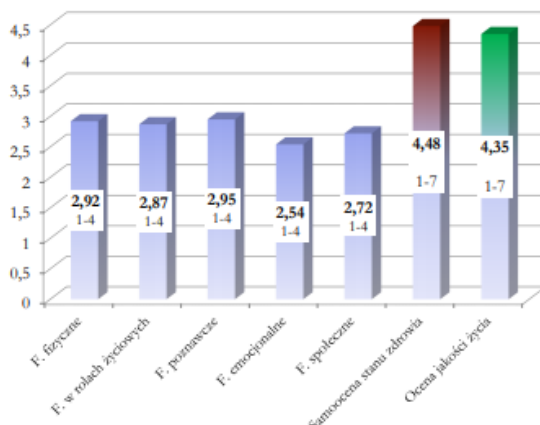
- Badania zostały przeprowadzone wśród 89 pacjentów z wyłonioną kolostomią z powodu raka jelita na terenie Poradni Stomijnej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach.
- Wiek** Średnia wieku badanych wyniosła 67,3 lat.
- Płeć:** Kobiety (n=44; 49,4%). Mężczyźni (n=45; 50,6%).
- Stan cywilny:** Osoby żyjące w związkach małżeńskich (n=77; 86,5%), stanu wolnego (n=9; 13,5%)
- Miejsce zamieszkania:** Miasto (n=45, 50,6%). Wieś (n=44, 49,4%).
- Wykształcenie:** Analogiczny odsetek pacjentów legitymował się wykształceniem zawodowym (n=32; 36%) i średnim (n=32; 36%). Wykształcenie podstawowe posiadało 16 osób (18%), a wyższe jedynie 9 (10%).
- Czas od wyłonienia stomii:** < 1 roku 25,9% (n=23), ≥ 74,1% (n=66)
- W prezentowanych badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i technikę ankietowania. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety w opracowaniu autorskim oraz standaryzowaną skalę do oceny jakości życia EORTC QLQ-C30 (version 3.0). Udział pacjentów w badaniach był dobrowolny, a zgoda została wyrażona sposobem świadomy.

## Wyniki

- Wyniki analizy porównawczej dokonanej w odniesieniu do wyników skali QLQ C30 z uwzględnieniem czasu od zabiegu operacyjnego (< 1 roku i ≥ 1 roku) wykazały istotną różnicę na korzyść pacjentów będących w okresie po roku i dłuższym od zabiegu operacyjnego (Tabela 1).
- W zakresie funkcjonowania emocjonalnego w odniesieniu do mężczyzn, u kobiet wykazano istotnie silniej przeżywane zmartwienie (p=0,0051) oraz tendencję do odczuwania większego poziomu rozdrażnienia (p=0,051) i przygnębienia (p=0,061).
- Funkcjonowanie poznawcze** - pacjenci, których charakteryzowało wykształcenie wyższe wykazywali się większą zdolnością w skupianiu uwagi. Badani, którzy zamieszkiwali wieś wykazywali lepsze możliwości w zakresie procesów poznawczych, takich jak uwaga i zapamiętywanie.
- Funkcjonowanie fizyczne** - Pacjenci prezentujący wyższe wykształcenie wykazywali tendencję do przyznawania wyższych ocen w zakresie swoich możliwości funkcjonowania w obszarze fizycznym, zwłaszcza w zakresie czynności codziennych w środowisku domowym oraz korzystania ze spacerów.
- Funkcjonowanie społeczne** - łatwiej było utrzymać kontakty towarzyskie w pacjentom z wytworzoną kolostomią zamieszkującym miasto. Miejsce zamieszkania nie wpływało natomiast istotnie na relacje rodzinne badanych.

## Wnioski

- Pacjenci starsi posiadający wytworzoną kolostomię z powodu chirurgicznego leczenia raka jelita grubego wymagają szczególnego wsparcia i opieki medycznej w zakresie funkcjonowania fizycznego.
- Główne objawy pogarszające samoocenę zdrowia chorych oraz ich jakość życia wiążą się z zaburzeniami funkcjonowania przewodu pokarmowego, a także bezsennością i poczuciem zmęczenia.
- Wraz z upływem czasu do wytworzenia stomii pacjenci uzyskują istotną poprawę w funkcjonowaniu, a w szczególności w sferze emocjonalnej i społecznej.
- Wybrane zmienne społeczno-demograficzne, takie jak: miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz płeć determinują możliwości funkcjonalne i jakość życia chorych z kolostomią wytworzoną z powodu raka jelita grubego.
- Bardziej zagrożone negatywnymi konsekwencjami emocjonalnymi przebytej choroby oraz efektami jej leczenia są kobiety.



Ryc 2. Wyniki Skali QLQ C-30 uzyskane w badanej grupie chorych

Tabela 1. Analiza istotności różnic w obszarze funkcjonowania pod względem czasu od zabiegu

| Podskale QLQ C30          | Czas po zabiegu wyłonienia przetoki jelitowej |      |                |      | t     | t0,05;<br>df(118)=1,663               | p                 |
|---------------------------|---|------|----------------|------|-------|---------------------------------------|-------------------|
|                           | do 1 roku                                     |      | powyżej 1 roku |      |       |                                       |                   |
|                           | Śr<br>arytm                                   | SD   | Śr<br>arytm.   | SD   |       |                                       |                   |
| F. FIZYCZNE               | 2,67  | 1,01 | 3,02           | 0,85 | -1,74 | 1,74 >1,663<br>H1: $\mu_1 \neq \mu_2$ | 0,031<br>(p<0,05) |
| F. W ROLACH<br>ŻYCIOWYCH  | 2,41  | 0,93 | 3,04           | 0,85 | -3,29 | 3,29 >1,663<br>H1: $\mu_1 \neq \mu_2$ | 0,041<br>(p<0,05) |
| F. POZNAWCZE              | 2,83  | 0,94 | 3,02           | 0,96 | -0,81 | 0,81 <1,663<br>H1: $\mu_1 \neq \mu_2$ | 0,026<br>(p<0,05) |
| F. EMOCJONALNE            | 2,03  | 0,91 | 3,73           | 0,85 | -3,71 | 3,71 >1,663<br>H1: $\mu_1 \neq \mu_2$ | 0,011<br>(p<0,02) |
| F. SPOŁECZNE              | 2,28  | 1,06 | 2,88           | 0,95 | -2,80 | 2,80 >1,663<br>H1: $\mu_1 \neq \mu_2$ | 0,019<br>(p<0,02) |
| Ocena stanu zdrowia 29-30 | 4,07  | 1,40 | 4,55           | 1,42 | -1,64 | 1,64 >1,663<br>H1: $\mu_1 \neq \mu_2$ | 0,037<br>(p<0,05) |



# Ocena jakości życia pacjentów ze stomią jelitową

dr n. med. Monika Borek; dr n. med. Dorota Maciąg; dr n. o zdr. Małgorzata Cichońska; mgr piel. Lucyna Pluta

Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim Katedra Pielęgniarstwa

## Wstęp

Jedną z zasadniczych przyczyn wyłonienia stomii jelitowej jest choroba nowotworowa. Zabieg operacyjny związany z wyłonieniem stomii stanowi dla pacjentów nierzadko jedyną szansę na osiągnięcie remisji klinicznej i uniknięcie progresji. Niestety zabieg ten przekłada się na pogorszenie jakości życia, co jest wyzwaniem dla grup wsparcia

## Cel pracy

Celem głównym pracy była ocena jakości życia pacjentów z wyłonią stomią jelitową.

## Materiał i metodyka

Do zgromadzenia materiału empirycznego posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety narzędzia standaryzowanego WHOQOL-BREF.

Grupa badana liczyła 109 ankietowanych, w tym 63 kobiet oraz 46 mężczyzn. Najliczniejszą grupę badanych stanowiły osoby między 51. a 60. rokiem życia. Najwięcej osób uczestniczących w badaniu deklarowało wykształcenie średnie oraz wyższe. Większość respondentów to osoby będące w związkach małżeńskich oraz mieszkańcy miast.

## Wyniki

Wykazano, że średnia jakość życia badanych wyniosła 3,20 pkt. (SD=0,68) i wahała się od 1,71 pkt. do 4,50 pkt. Połowa osób uzyskała poniżej 3,14 pkt. Uzyskany wynik był istotnie wyższy ( $t=3,134$ ;  $p=0,0022$ ) od wartości środka skali 1-5 pkt., tj. 3 pkt., co świadczy, że jakość życia osób

z wyłonią stomią jelitową była nieco powyżej poziomu przeciętnego.

Obniżoną jakość życia badani mieli w zakresie zadowolenia ze swojego snu ( $p=0,0001$ ), akceptacji wyglądu zewnętrznego ( $p=0,0131$ ), konieczności wsparcia medycznego ( $p<0,0001$ ), wpływu bólu na funkcjonowanie ( $p<0,0001$ ) oraz zadowolenia ze swojego zdrowia ( $p<0,0001$ ).

Na poziomie przeciętnym było zadowolenie z życia intymnego ( $p=0,2828$ ), zadowolenie z siebie ( $p=0,0957$ ), odnajdywanie się w obecnej sytuacji ( $p=0,7606$ ), możliwość realizowania swoich zainteresowań ( $p=0,0849$ ).

Wykazano, również, że wyższą jakość życia posiadali mężczyźni (3,36 pkt.) niż kobiety (3,09 pkt.). Różnice były istotne statystycznie ( $p=0,0443$ ) w zakresie ilości energii w życiu ( $p=0,0746$ ) oraz samoocenie satysfakcji z jakości życia ( $p=0,0960$ ). Stwierdzono także, że wyższą jakość życia miały osoby z wykształceniem wyższym (3,89 pkt.) niższą badani z wykształceniem średnim (3,05 pkt.), a najniższą osoby z wykształceniem zawodowym (2,59 pkt.). Różnice były istotne statystycznie ( $p<0,0001$ )

Najwyższą jakość życia posiadały osoby do 40 roku życia (3,61 pkt.). Obniżoną jakość życia mieli badani między 41 a 50 rokiem życia (3,75 pkt.). Wśród osób w wieku 51-60 lat jakość życia była przeciętna (3,21 pkt.), natomiast wśród badanych powyżej 60 roku życia nieznacznie podwyższona (3,37 pkt.). Różnice były istotne statystycznie ( $p<0,0001$ )

## Wnioski

Uzyskane w toku prowadzonego badania wyniki pozwoliły na wysnucie wniosku, że pacjenci z wyłonią stomią oceniają jakość swojego życia powyżej poziomu przeciętnego, zaś swoje zdrowie – negatywnie. Pacjenci, u których wyłoniono stomię wykazują zadowolenie ze swojego samopoczucia, jak również z życia, ponieważ mimo choroby i wyłonią stomii mogą realizować własne zainteresowania. Ankietowani rzadko doświadczają negatywnych uczuć (przygnębienie, rozpacz, lęk czy nastroje depresyjne). Jakość życia pacjentów ze stomią jest determinowana przez płeć. Lepszą jakość życia posiadają mężczyźni. Na ocenę jakości życia pacjentów z wyłonią stomią jelitową wpływa posiadane przez nich wykształcenie, zwłaszcza u osób z wykształceniem wyższym. Ponadto, jakość życia pacjentów ze stomią jest uzależniona od stanu cywilnego. Lepszą jakość posiadają panny i kawalerowie.

## Piśmiennictwo

1. Bazaliński D., Barańska B., Cipora E., *Stomia jelitowa nie musi być przyczyną niepełnosprawności*, „Medycyna Rodzinna” 2006, nr 3, s. 58-63.
2. M. Szczepkowski, *Dobra stomia*, „Postępy Nauk Medycznych” 2006, nr 5, s. 240-250.
3. Lewandowska I., Kowalik J., Kopanki Z., Skura-Madzińska A., Furmanik F., *Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową*, „Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue” 2011, nr 2, s. 9-13.
4. K. Bielecki, M. Szczepkowski, *Prawidłowe wykonanie i umiejscowienie stomii jako problem chirurgiczny*, „Polski Przegląd Chirurgiczny” 2011, nr 9, s. 41-55.
5. L. Pachocka, A. Urbanik, *Stomia jelitowa – epidemiologia, rys historyczny, zasady wylaniania i rodzaje stomii jelitowych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2014, nr 3, s. 586-590.

## Wstęp

Udane życie seksualne, obok pracy, rodziny, wypoczynku, rozrywki jest ważnym czynnikiem decydującym o jakości życia człowieka. W ocenie osób ze stomią, ograniczenia w życiu seksualnym po jej wylonieniu są jednym z najważniejszych determinantów obniżenia u nich jakości życia. Pojawienie się dysfunkcji seksualnych u osób ze stomią może być związane z chorobą podstawową, informacją o konieczności wykonania operacji zakończonej wylonieniem stomii, jak również bezpośrednio z samym zabiegiem operacyjnym, czy zastosowaną formą leczenia uzupełniającego, zwłaszcza w nowotworach złośliwych. Pomimo powyższych faktów obecność stomii wywiera dodatkowo niekorzystny wpływ na aktywność seksualną.

## Cel pracy

Głównym celem pracy jest analiza związków jakości życia, w tym życia seksualnego oraz oceny ciała u osób z wylonioną stomią jelitową

## Materiał i metodyka

Korzystając z internetowych baz danych: Cinahl, Medline, PsychInfo, Embase i Pubmed, dokonano przeglądu literatury na temat jakości życia seksualnego pacjentów z kolostomią i ileostomią.

## Wyniki

Przeprowadzone badania, wykazały, że problemy w życiu seksualnym pacjentów ze stomią wynikają z dyskomfortu w relacjach z innymi osobami. Osoby ze stomią najczęściej obawiają się wycieku zawartości worka stomijnego, problemów z erekcją oraz odrzucenia ze strony partnera seksualnego. Zaobserwowano, że depresja i lęk, wynikające ze zmiany w wyglądzie fizycznym, znacząco obniżają zainteresowanie życiem seksualnym.

Wykazano, że posiadanie wspierającego partnera, który akceptuje zmiany w obrazie ciała pomaga w odzyskaniu satysfakcjonującego życia seksualnego.

Wśród opisanych przez pacjentów sposobów, które pomogły zmniejszyć niepokój podczas stosunku seksualnego były: zmiana worka stomijnego, w celu zmniejszenia nieprzyjemnych zapachów, stosowanie pasów do podtrzymywania worka oraz eksperymentowanie z różnymi pozycjami, które mogą zmniejszyć problemy z poruszaniem się i uszkodzeniem worka stomijnego. Obecność wyrozumiałego partnera pomaga zwiększyć pewność siebie, co przekłada się na jakość życia seksualnego. Edukacja i doradztwo, zwłaszcza w pierwszych miesiącach po zabiegu, mogą być korzystne w procesie przystosowania się do życia ze stomią. Niestety, niektórzy pacjenci zgłaszali brak wsparcia i edukacji, związanej z życiem seksualnym ze stomią, co przyczyniło się do wzrostu niepokoju oraz negatywnie wpłynęło na sferę intymną pacjentów.

## Wnioski

Powszechnie stwierdzono, że utworzenie stomii negatywnie wpływa na seksualność dorosłych. Aby poprawić jakość życia seksualnego stomików, kwestie związane ze zdrowiem seksualnym muszą zostać dokładnie omówione w placówkach opieki zdrowotnej.

## Piśmiennictwo

1. Martin, S.T., Vogel, J.D.: Intestinal stomas: indications, management, and complications. *Adv. Surg.* **46**, 19–49 (2012)
2. Danielsen, A.K.: Life after stoma creation. *Dan. Med. J.* **60**(10), B4732 (2013)
3. Sun, V., Grant, M., Wendel, C.S., McMullen, C.K., Bulkely, J.E., Herrinton, L.J., et al.: Sexual function and health-related quality of life in long-term rectal cancer survivors. *J. Sex Med.* **13**(7), 1071–1079 (2016)
4. Girgin, C., Oder, M., Sahin, M.O., Sezer, A., Berkenen, S., Aydin, R., Dincol, C.: Erection- and ejaculation-presenting cystostomy with orthotopic urinary diversion: is it feasible? *J. Androl.* **27**(2), 263–267 (2013)
5. Kimura, C.A., Guilhem, D.B., Kamada, I., de Abreu, B.S., Fortes, R.C.: Oncology ostomized patients' perception regarding sexual relationship as an important dimension in quality of life. *J. Coloproctol.* **37**(3), 199–204 (2017)
6. Kanderim, D., Oskay, U.: Sexual problems of patients with urostomy: a qualitative study. *Sex. Disabil.* **35**(3), 331–340 (2017)
7. Smith, J.A., Spiers, J., Simpson, P., Nicholls, A.R.: The psychological challenges of living with an ileostomy: an interpretive phenomenological analysis. *Health Psychol.* **36**(2), 143–151 (2017)
8. Cardoso, D.B.R., Almeida, C.E., Santana, M.E., de Carvalho, D.S., Sonobe, H.M., Sawada, N.O.: Sexuality of people with intestinal ostomy. *Rev. da Rede Enferm. do Nord. Rev. Rene* **16**(4), 576–585 (2015)
9. Vural, F., Harputlu, D., Karayurt, O., Suler, G., Edeer, A.D., Ucer, C., et al.: The impact of an ostomy on the sexual lives of persons with stomas: a phenomenological study. *J. Wound Ostomy Cont. Nurs.* *Off Publ. Wound Ostomy Cont. Nurses Soc.* **43**(4), 381–384 (2016)
10. Sarabi, N., Navipour, H., Mohammadi, E.: Sexual performance and reproductive health of patients with an ostomy: a qualitative content analysis. *Sex. Disabil.* **35**(2), 171–183 (2017)



# Endoskopowe metody diagnostyki i leczenia schorzeń przełyku

mgr Ewa Sławińska<sup>1</sup>, dr n. o zdr. Monika Kadłubowska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bielskie Centrum Onkologiczne Szpital Miejski w Bielsku-Białej

<sup>2</sup>Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej

## Wstęp

Dokonujący się postęp technologiczny przyczynia się do lepszego i szybszego rozpoznawania chorób i znajduje odzwierciedlenie w nowoczesnej terapii endoskopowej. Jej wykorzystanie umożliwia szybszą diagnostykę jak i leczenie chorób przewodu pokarmowego. Jednocześnie niejednokrotnie ułatwia przeprowadzanie zabiegów ratujących życie lub pomagających w dalszym leczeniu chorych.

## Cel pracy

Analiza zastosowania ezofagoskopii w nowoczesnej Diagnostyce i terapii chorób przełyku

## Endoskopia przełyku

Endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego stosowana jest coraz częściej w leczeniu i rozpoznawaniu chorób nowotworowych, ułatwia przeprowadzanie zabiegów ratujących życie lub pomagających w leczeniu chorych, wśród których interwencja endoskopowa podejmowana jest z powodu krwawienia, przełyku Barett, żylaków przełyku, choroby refluksowej, chorób nowotworowych. Tak więc rozwój medycyny, a w szczególności w dziedzinie zabiegów i diagnostyki małoinwazyjnej przy użyciu sprzętu endoskopowego jest wielką nadzieją dla wielu chorych. Istotnie zmniejsza ryzyko powikłań, skraca czas hospitalizacji oraz umożliwia szybką i skuteczną interwencję medyczną. Wpływa na podniesienie jakości życia pacjentów oraz obniża koszty leczenia chorych. Wprowadzanie coraz to doskonalszej aparatury endoskopowej, dostosowywanie osprzętu do zmieniających się potrzeb zabiegowych stwarza możliwość objęcia pacjentów profesjonalną opieką. Można przypuszczać, że na przestrzeni najbliższych lat będziemy obserwować fascynujący postęp dotyczący sprzętu, technik i metod endoskopowych wykorzystywanych dla podniesienia jakości świadczonych usług.

### Piśmiennictwo

- Wadalek J. Zagadnienia ogólne endoskopii przewodu pokarmowego wpływające na wybór sedacji i znieczulenia ogólnego. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2013; 7: 194-203.
- Noszczyk W. *Chirurgia*. Wyd. I. Tom 2. PZWL, Warszawa, 2009.
- Sieroń-Stożny K., Markiel M., Sieroń A. Endoskopia. *Technika- Technologia* 2010; 6: 16-18.
- Michałowski J., Kępiński R., Wieczorek S., Poniewierka E. Endoskopia przewodu pokarmowego. Od historii do teraźniejszości i przyszłości. *Nowiny Lekarskie* 2011; 80 (2): 153-156.
- Ginsberg G., Kochman M., Norton I., Gostout C. *Kliniczna endoskopia przewodu pokarmowego*. Wyd. 1. Tom I. Medipage, Warszawa, 2009.
- Theissing J., Rettinger G., Werner J.A. *Otarynolaryngologia. Chirurgia głowy i szyi*. Wyd. 1. Medipage, Warszawa 2014.

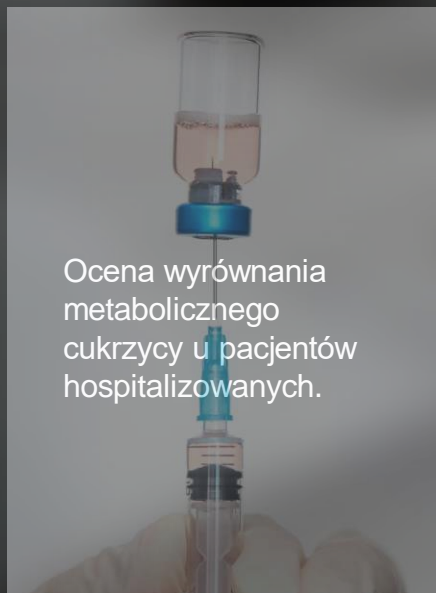


# WYRÓWNIANIE METABOLICZNE CUKRZYCY U PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH

## Wstęp

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego pod pojęciem celów leczenia cukrzycy należy rozumieć uzyskanie wartości docelowych w zakresie: masy ciała, glikemii, ciśnienia tętniczego oraz lipidogramu. Brak dobrego wyrównania metabolicznego może skutkować pojawieniem się powikłań, zwiększających śmiertelność i obniżających jakość życia chorych.

## Cel badania



Ocena wyrównania metabolicznego cukrzycy u pacjentów hospitalizowanych.

## Materiał i metody

Badaniem objęto grupę 250 pacjentów z cukrzycą typu 1 i 2 (46% kobiet, 54% mężczyzn) przebywających w szpitalu. Wyrównanie metaboliczne w zakresie: gospodarki węglowodanowej, lipidowej, wskaźnika masy ciała (BMI) i ciśnienia tętniczego oceniano zgodnie z zaleceniami PTD z 2019 roku. Analizom poddano wyniki badań pacjentów.

## Wnioski

Kontrola metaboliczna cukrzycy w badanej populacji jest niezadowalająca. Wiek pacjentów oraz typ cukrzycy są czynnikami ryzyka niepowodzenia w osiąganiu celów wyrównania metabolicznego.

## Wyniki

| Spełnienie kryterium wyrównania metabolicznego | Tak % | Nie % |
|--|-------|-------|
| BMI <25  | 25.2  | 71.2  |
| RR skurczowe <130 (mm/Hg)                      | 38.4  | 58.4  |
| RR rozkurczowe <80 (mm/Hg)                     | 32.4  | 64.4  |
| HbA1c (<7% (%))                                | 13.6  | 80.8  |
| Cholesterol całkowity <175 (mg/dl)             | 52.0  | 41.2  |
| HDL >40M i >50 K (mg/dl)                       | 44.8  | 46.8  |
| LDL <70 (mg/dl)                                | 20.8  | 67.3  |
| Triglicerydy <150 (mg/dl)                      | 56.8  | 34.4  |



# Zachowania zdrowotne a skuteczność terapii pacjentów z cukrzycą typu 1 leczonych ambulatoryjnie

Małgorzata Fraś<sup>1</sup>, Beata Kudłacik<sup>1</sup>, Kornelia Skoczylas<sup>1</sup>, Bogusława Ryś<sup>1</sup>, Klaudia Mola<sup>1</sup>

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

## Wstęp

Cukrzyca typu 1 jest przewlekłym schorzeniem trwającym przez całe życie. Dobrze zaplanowana terapia oraz opieka i edukacja pacjenta umożliwiają długie życie z chorobą. Wymusza to jednak podejmowanie przez pacjenta wielu działań jak stała kontrola zdrowia i stosowanie się do zachowań prozdrowotnych.

## Cel pracy

Celem pracy było poszukiwanie odpowiedzi na pytanie czy podejmowanie prawidłowych zachowań zdrowotnych sprzyja leczeniu oraz zapobieganiu powikłań cukrzycy u pacjentów leczonych ambulatoryjnie.

## Materiał i metodyka

W badaniu wzięły udział 94 osoby, w tym 51 kobiet i 43 mężczyzn w wieku powyżej 18 roku życia chorujące na cukrzycę typu 1. Badanie zostało przeprowadzone w przychodni DIAMED w Czechowicach – Dziedzicach w terminie od grudnia 2019 roku do lutego 2020 roku. W badaniach wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety oraz kwestionariusz IZZ Zygryda Juczyńskiego.

## Wyniki

- Skuteczność terapii u chorych w badanej grupie na podstawie wyników poziomu hemoglobiny glikowanej wykazała, że w grupie respondentów z niskim poziomem zachowań zdrowotnych istotnie częściej diagnozowano wyższy poziom hemoglobiny glikowanej ( $p < 0,0001$ ), tabela I.

Tabela I. Wartości hemoglobiny a zachowania zdrowotne.

| Wartość (HbA1c) | IZZ |      | p       | PNŻ  | p       | ZP   | p      | PNP  | p      | PZ   | p      |
|-----------------|-----|------|---------|------|---------|------|--------|------|--------|------|--------|
| 6,6% – 7,0%     | M   | 6,60 | <0,0001 | 4,07 | <0,0001 | 3,82 | 0,0002 | 3,52 | 0,1457 | 3,71 | 0,0002 |
|                 | SD  | 1,24 |         | 0,70 |         | 0,44 |        | 0,43 |        | 0,47 |        |
| 7,1% – 7,5%     | M   | 6,31 |         | 3,93 |         | 3,96 |        | 3,61 |        | 3,48 |        |
|                 | SD  | 1,01 |         | 0,45 |         | 0,54 |        | 0,40 |        | 0,47 |        |
| 7,6% – 8,0%     | M   | 5,79 |         | 3,52 |         | 3,49 |        | 3,56 |        | 3,37 |        |
|                 | SD  | 1,32 |         | 0,55 |         | 0,57 |        | 0,46 |        | 0,50 |        |
| 8,1% – 9,0%     | M   | 4,81 |         | 3,10 |         | 3,17 |        | 3,49 |        | 2,99 |        |
|                 | SD  | 1,36 |         | 0,50 |         | 0,49 |        | 0,36 |        | 0,57 |        |
| powyżej 9%      | M   | 4,11 |         | 2,87 |         | 3,15 |        | 3,15 |        | 2,80 |        |
|                 | SD  | 1,36 |         | 0,45 |         | 0,73 |        | 0,48 |        | 0,64 |        |

Legenda: M – średnia stnowa; SD-odchylenie standardowe, test Kruskala-Wallis

- W badanej grupie ostre powikłania cukrzycy częściej występowały w grupie mężczyzn ( $p = 0,0413$ ) oraz wśród osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym ( $p = 0,0445$ ), tabela II.

Tabela II. Występowanie ostrego i późnego powikłań cukrzycy a wybrane zmienne.

| Zmienne   |                       | Występowanie ostrego powikłań cukrzycy |      |     |      | Test chi-kwadrat | Poziom istotności | Występowanie późnych powikłań cukrzycy |      |     |      | Test chi-kwadrat | Poziom istotności |
|---|-----------------------|--|------|-----|------|------------------|-------------------|--|------|-----|------|------------------|-------------------|
|   |                       | Tak                                    |      | Nie |      |                  |                   | Tak                                    |      | Nie |      |                  |                   |
|   |                       | n                                      | %    | n   | %    |                  |                   | n                                      | %    | n   | %    |                  |                   |
| Płeć  | kobieta               | 35                                     | 68,6 | 16  | 31,4 | 4,166            | 0,0413*           | 16                                     | 31,4 | 35  | 68,6 | 2,263            | 0,1325            |
|   | mężczyzna             | 38                                     | 88,4 | 5   | 11,6 |                  |                   | 20                                     | 46,5 | 23  | 53,5 |                  |                   |
| Wiek  | 50 lat i mniej        | 58                                     | 76,3 | 18  | 23,7 | 0,108            | 0,7429*           | 20                                     | 26,3 | 56  | 73,7 | 21,538           | 0,0001*           |
|   | więcej niż 50 lat     | 15                                     | 83,3 | 3   | 16,7 |                  |                   | 16                                     | 88,9 | 2   | 11,1 |                  |                   |
| Miejsce zamieszkania  | wieś                  | 23                                     | 92,0 | 2   | 8,0  | 2,989            | 0,0838*           | 10                                     | 40,0 | 15  | 60,0 | 0,042            | 0,8381            |
|   | miasto                | 50                                     | 72,5 | 19  | 27,5 |                  |                   | 26                                     | 37,7 | 43  | 62,3 |                  |                   |
| Wykształcenie   | podstawowe i zawodowe | 30                                     | 90,9 | 3   | 9,1  | 4,036            | 0,0445*           | 23                                     | 69,7 | 10  | 30,3 | 21,216           | 0,0001            |
|   | średnie i wyższe      | 43                                     | 70,5 | 18  | 29,5 |                  |                   | 13                                     | 21,3 | 48  | 78,7 |                  |                   |
| Stan cywilny  | panna/kawaler         | 27                                     | 79,4 | 7   | 20,6 | 1,570            | 0,4561            | 6                                      | 17,6 | 28  | 82,4 | 9,974            | 0,0068            |
|   | zamężna/zonaty        | 32                                     | 72,7 | 12  | 27,3 |                  |                   | 21                                     | 47,7 | 23  | 52,3 |                  |                   |
| Wskaźnik BMI  | inny stan cywilny     | 14                                     | 87,5 | 2   | 12,5 | 0,038            | 0,8449            | 9                                      | 56,2 | 7   | 43,8 | 7,739            | 0,0054            |
|   | prawidłowa masa ciała | 40                                     | 78,4 | 11  | 21,6 |                  |                   | 13                                     | 25,5 | 38  | 74,5 |                  |                   |
| Częstość pomiarów glukozy na dobie  | nadwaga i otyłość     | 33                                     | 76,7 | 10  | 23,3 | 0,176            | 0,6747            | 23                                     | 53,5 | 20  | 46,5 | 5,952            | 0,0147            |
|   | 1-4                   | 42                                     | 79,2 | 11  | 20,8 |                  |                   | 26                                     | 49,1 | 27  | 50,9 |                  |                   |
| Stosowanie diety cukrzycowej  | powyżej 5             | 31                                     | 75,6 | 10  | 24,4 | 1,213            | 0,2707*           | 10                                     | 24,4 | 31  | 75,6 | 7,888            | 0,0050            |
|   | tak                   | 33                                     | 71,7 | 13  | 28,3 |                  |                   | 11                                     | 23,9 | 35  | 76,1 |                  |                   |
| Legenda: n – liczba rzeczywista; % – wartość procentowa; * testu chi-kwadrat, test chi-kwadrat i poprawki Yates'a p – poziom istotności |                       | 40                                     | 83,3 | 8   | 16,7 |                  |                   | 25                                     | 52,1 | 23  | 47,9 |                  |                   |

Legenda: n – liczba rzeczywista; % – wartość procentowa; \* – testu chi-kwadrat, \*\* – testu chi-kwadrat z poprawką Yates'a; p – poziom istotności

- Późne powikłania cukrzycy częściej występowały w grupie badanych po 50 r.ż. ( $p = 0,0001$ ), częściej też dotyczyły mężczyzn niż kobiet (46,5% vs 31,4%), jak również miały istotny wpływ na stosowanie zachowań zdrowotnych ( $p = 0,0005$ ), tabela II.

## Wnioski

- Poruszany temat stanowi uzupełnienie dostępnej wiedzy na temat roli zachowań zdrowotnych w stabilizowaniu sytuacji zdrowotnej pacjentów z cukrzycą typu 1 oraz w jakże istotnym, zapobieganiu powikłaniom cukrzycy.
- Wyniki badań wnoszą istotny argument o konieczności podejmowania dalszych działań na rzecz edukacji pacjentów oraz podnoszenia kwalifikacji personelu medycznego.

## Piśmiennictwo

- Basińska M. A., Maćkowska P., Listwan A. Przekonania o umiejscowieniu kontroli zdrowia chorych na cukrzycę typu 1 a zachowania zdrowotne. Diabetologia Praktyczna 2011, 12 (4): 151-159.
- Gawrecki A., Duda-Sobczak A., Zozulińska-Ziółkiewicz D., Wierusz-Wysocka B. Wybrane aspekty leczenia dorosłych chorych na cukrzycę typu 1 za pomocą osobistej pompy insulinowej. Forum Zaburzeń Metabolicznych 2011;2(2):143-150.
- Chobot A., Polanska J., Deja G., Jarosz-Chobot P. Incidence of type 1 diabetes among Polish children ages 0-14 years from 1989-2012. Acta Diabetol. 2015; 52(3):483-488.
- Szefko K. Hemoglobina glikowana – problemy analityczne. Diagnostyka laboratoryjna 2012; 48(3):303-311
- Ignaczak A., Szymańska-Garbacz E., Kwiecińska E., Czupryniak L. Czynniki ryzyka wystąpienia hipoglikemii u hospitalizowanych chorych na cukrzycę leczonych ciągłym dożylnym wlewem insuliny. Diabetologia Praktyczna 2017;3(2):47-54.
- Szadkowska A. Ostre stany w cukrzycy. Family Medicine & Primary Care Review 2012, 14, 2: 286-290
- Araszkiewicz A., Bandurska-Stankiewicz E., Budzyński A., Cypryk K. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2019. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Diabetologia Praktyczna 2019;5(1):1-100.
- Zdziebło K., Stępień R., Wiraszka G. Profilaktyka zespołu stopy cukrzycowej. Polish Journal of Health and Fitness 2016(1):1-11.

Zachowania zdrowotne pacjentów z cukrzycą typu 2 a wyrównanie metaboliczne choroby

Aneta Grochowska, Barbara Kubik, Łucja Turska

PWSZ w Tarnowie, NZOZ Krynica Zdrój z filią w Kłęczanach

Wstęp

Cukrzyca jest chorobą cywilizacyjną. Należy do chorób przewlekłych i postępujących. Wpływa na wszystkie dziedziny życia. Wymaga nie tylko leczenia farmakologicznego, ale przede wszystkim zmiany stylu życia, redukcji masy ciała i leczenia dietetycznego. Niewłaściwie leczona powoduje z biegiem lat wiele powikłań, które prowadzą do niepełnosprawności a często nawet śmierci.

Cel pracy

Celem pracy była ocena wpływu zachowań zdrowotnych chorych z cukrzycą typu 2 na wyrównanie metaboliczne cukrzycy.

Materiał i metodyka

Badaną grupę stanowiło 116 pacjentów. Badania przeprowadzono w Poradni Diabetologicznej Alfa NZOZ Krynica Zdrój z filią w Kłęczanach. Przed przystąpieniem do badań uzyskano zgodę dyrektora placówki. Badania prowadzono od połowy października 2017 roku do końca lutego 2018 roku. Kryterium włączenia pacjentów do grupy badanej był wiek między 40 a 65 rokiem życia, oraz stwierdzona przez lekarza diabetologa cukrzyca typu 2 trwająca minimum rok. Jako narzędzie badawcze wykorzystano standaryzowane skale: kwestionariusz KomPAN dla osób w wieku od 16 do 65 lat, skale PSS 10, Międzynarodowy kwestionariusz aktywności fizycznej IPAQ oraz analizę dokumentacji medycznej. Ostatecznie analizie poddano 104 ankiety. Wśród badanych było 54 kobiety i 50 mężczyzn.. Do weryfikacji zależności między zmiennymi użyto testu chi kwadrat. Za poziom istotności przyjęto  $p < 0,05$ .

x

Wyniki

Badania wykazały, że nie było żadnego pacjenta spełniającego wszystkie kryteria wyrównania metabolicznego choroby. Najlepiej wyrównanym parametrem był poziom glikemii poposiłkowej. Najrzadziej wyrównanym parametrem było stężenie frakcji LDL. Osoby z małym natężeniem cech diety niezdrowej miały znacznie częściej wyrównaną cukrzycę w porównaniu do osób z umiarkowanym nasileniem tych samych cech. 78% kobiet i 90% mężczyzn, których BMI świadczyło o nadwadze lub otyłości I i II stopnia charakteryzowało się nieprawidłowym poziomem glukozy na czczo. Wyrównanie choroby było znacznie wyższe u osób z wysokim i umiarkowanym poziomem aktywności fizycznej w porównaniu do osób prowadzących bierny styl życia.

Tab 1. Charakterystyka demograficzna badanych.

| Variable             |                     | N  | %    |
|----------------------|---------------------|----|------|
| Płeć                 | Kobiety             | 54 | 52   |
|                      | Mężczyźni           | 50 | 48   |
| Wiek                 | 40-50 lat           | 36 | 35   |
|                      | 51-60 lat           | 37 | 36   |
|                      | 61-65 lat           | 31 | 29   |
|                      |                     |    |      |
| Wykształcenie        | Podstawowe          | 4  | 3,8  |
|                      | Zawodowe            | 41 | 39,4 |
|                      | Średnie             | 39 | 37,5 |
|                      | Wyższe              | 20 | 19,3 |
| Miejsce zamieszkania | Wieś                | 82 | 78,8 |
|                      | Miasto              | 22 | 21,2 |
| Aktywność zawodowa   | Czynni zawodowo     | 47 | 45,1 |
|                      | Emerytura lub renta | 38 | 36,5 |
|                      | Nie pracujący       | 7  | 6,7  |
|                      | Prace dorywcze      | 12 | 11,7 |

Tab. 3. Wyrównanie metaboliczne cukrzycy a poziom aktywności fizycznej

| Aktywność fizyczna      | Wyrównanie metaboliczne | badanych |     | Mężczyźni |     | P      |
|-------------------------|-------------------------|----------|-----|-----------|-----|--------|
|                         |                         | Kobiety  |     |           |     |        |
|                         |                         | n        | %   | n         | %   |        |
| Poziom niewystarczający | tak (≥5)                | 4        | 13% | 14        | 52% | 0,0014 |
|                         | nie (<5)                | 27       | 87% | 13        | 48% |        |
| Poziom wystarczający    | tak (≥5)                | 14       | 82% | 15        | 88% | 0,6282 |
|                         | nie (<5)                | 3        | 18% | 2         | 12% |        |
| Poziom wysoki           | tak (≥5)                | 4        | 67% | 5         | 83% | 0,5050 |
|                         | nie (<5)                | 2        | 33% | 1         | 17% |        |

Tab. 2. Poziom wyrównania metabolicznego w badanej populacji

|                     |               | Kobiety |     | Mężczyźni |     | P      |
|---------------------|---------------|---------|-----|-----------|-----|--------|
|                     |               | n       | %   | n         | %   |        |
| Glukoza na czczo    | Norma         | 12      | 22% | 4         | 8%  | 0,0446 |
|                     | Powyżej normy | 42      | 78% | 46        | 92% |        |
| Glukoza poposiłkowa | Norma         | 42      | 78% | 28        | 56% | 0,0180 |
|                     | Powyżej normy | 12      | 22% | 22        | 44% |        |
| HbA1C               | Norma         | 37      | 69% | 27        | 54% | 0,1284 |
|                     | Powyżej normy | 17      | 31% | 23        | 46% |        |
| RR skurczowe        | Norma         | 23      | 43% | 12        | 24% | 0,0450 |
|                     | Powyżej normy | 31      | 57% | 38        | 76% |        |
| RR rozkurczowe      | Norma         | 35      | 65% | 29        | 58% | 0,4754 |
|                     | Powyżej normy | 19      | 35% | 21        | 42% |        |
| Cholesterol         | Norma         | 24      | 44% | 28        | 56% | 0,2390 |
|                     | Powyżej normy | 30      | 56% | 22        | 44% |        |
| HDL                 | Norma         | 32      | 59% | 40        | 80% | 0,0220 |
|                     | Poniżej normy | 22      | 41% | 10        | 20% |        |
| LDL                 | Norma         | 5       | 9%  | 6         | 12% | 0,6498 |
|                     | Powyżej normy | 49      | 91% | 44        | 88% |        |
| TG                  | Norma         | 16      | 30% | 13        | 26% | 0,6800 |
|                     | Powyżej normy | 38      | 70% | 37        | 74% |        |

Wnioski

Antropometryczne wskaźniki stanu odżywienia wskazują na częste występowanie nadwagi i otyłości. Otyłość brzuszna występuje częściej u kobiet a otyłość pośladkowo-udowa u mężczyzn. Palenie tytoniu jest codziennością dla ¼ badanych respondentów. Po alkohol, często, raz na tydzień sięga ponad połowa mężczyzn. Zdecydowana większość kobiet nie pije alkoholu lub sięga po niego sporadycznie. Wyrównanie metaboliczne choroby jest niewielkie. Czynniki mający istotny wpływ na kompensację cukrzycy są sposób odżywiania, poziom stresu i poziom aktywności fizycznej. Najwyższe wyniki wyrównania choroby prezentowali ankietowani z niskim poziomem stresu i wysokim poziomem aktywności fizycznej.

Piśmiennictwo

Czupryniak L., Strojek K. Diabetologia 2016. Via Medica, Gdańsk 2016  
Chudiak A., Lomper K., Jankowska-Polańska B., Uchmanowicz I., Wpływ edukacji diabetologicznej na ocenę jakości życia chorych z cukrzycą typu 2, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu ,Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (1), 1–6  
Wróbel M., Epidemiologia cukrzycy. Strojek K. red. [w:] Diabetologia praktyczny poradnik, TerMedia, Poznań, 2014, 9-20



# Edukacja pacjentek z cukrzycą ciążową w Poradni Diabetologicznej

Ewa Kostrzewa-Zabłocka  
SPWŚS Poradnia Diabetologiczna w Chełmie  
Instytut Medycyny Wsi w Lublinie. Klinika Diabetologii.

## Wstęp

Hiperglikemia w ciąży zwiększa ryzyko powikłań u ciężarnej i rozwijającego się płodu oraz rzutuje na dalszy rozwój dziecka. Dlatego należy w trakcie terapii dążyć do wartości glikemii stwierdzanych u zdrowych ciężarnych. Kobiety w ciąży powinny przestrzegać diety oraz wykonywać pomiary glikemii samodzielnie, po odpowiednim przeszkoleniu przez pielęgniarkę edukacyjną, posiadającą doświadczenie w opiece nad chorymi na cukrzycę.

## Cel pracy

Ocena poziomu wiedzy u pacjentek na temat cukrzycy ciążowej.

## Materiał i metodyka

Metodą, która posłużyła do przeprowadzenia badań własnych, był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji. Ankieta zawierała pytania dotyczące: wieku, wykształcenia, odczuć związanych z rozpoznaną cukrzycą ciążową (GDM) oraz źródeł czerpania wiedzy o hiperglikemii. Badanie ankietowe przeprowadzono w SPWŚS w Poradni Diabetologicznej w Chełmie w 2020 r.

## Wyniki

Ankiety przeprowadzono wśród 60 kobiet, które zgłosiły się ze skierowaniem od lekarza ginekologa do Poradni Diabetologicznej z powodu podwyższonej glikemii w teście diagnostycznym 75 g OGTT wykonanym w 24. a 28. tygodniem ciąży. Średnia wieku badanych, to 35 lat. Większa część Pań posiadała wykształcenie średnie (65%).

Z chwilą postawienia diagnozy o cukrzycy ciążowej, wystąpił: lęk (90%), smutek (100%), przerażenie (100%), niepokój o zdrowie dziecka i swoje (100%). Wszystkie pacjentki pozyskiwały niepełną wiedzę z internetu. Edukacja indywidualna z pielęgniarką uspokoiła w 90% pacjentki.

Emocje w trakcie pierwszej wizyty były tak duże, że była potrzeba reedukacji pacjentek (20 osób) za tydzień z powodu wykonywania błędów dietetycznych.

Uzupełnieniem wiedzy stanowią aplikacje medyczne z dietą i samokontrolą.

## Wnioski

1. W edukacji pacjentek chorych na GDM należy położyć nacisk na jak najszybsze zdobycie wiedzy na temat diety i samokontroli glikemii.
2. Podstawę leczenia cukrzycy ciążowej jest tzw. terapeutyczny styl życia, obejmujący prawidłowo zbilansowaną dietę, regularną aktywność fizyczną, odpowiednio długi sen oraz unikanie stresu.
3. W procesie edukacji trzeba standardowo uwzględnić specjalne, medyczne aplikacje, strony internetowe i programy do analizy danych cukrzycowych.

## Piśmiennictwo

1. Cypryk K. : *Cukrzyca i ciąża* . Medycyna Praktyczna Kraków 2020.
2. Kinałski M., Śledziwski A.: *Ciąża a cukrzyca*. Białystok 2018.
3. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2020. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Diabetologia Praktyczna.

# Wpływ akceptacji choroby na jakość życia pacjentów ze schorzeniem Hashimoto

Wieder – Huszla Sylwia, Szymanowska Ewelina, Owsianowska Joanna, Karakiewicz-Krawczyk Katarzyna, Błażejewska -Jaśkowiak Joanna, Anna Jurczak  
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

## Wstęp

Przewlekłe limfocytarne zapalenie tarczycy jest najpowszechniej występującym zaburzeniem endokrynologicznym i jednocześnie dominującą nieatrogenną przyczyną niedoczynności tarczycy. Schorzenie to warunkuje zaburzenia w sferze fizycznej, jak również na poziomie obszaru społecznego i psychicznego, co determinuje jakość życia. Zainteresowanie analizą zależności między akceptacją choroby a jakością życia jest wciąż niewielkie. Większość publikacji dotyczy czynników klinicznych, bądź wpływu jednostki chorobowej na parametry biomedyczne. Wobec tego wdrożenie badań o tej tematyce umożliwi poznanie poziomu akceptacji choroby, odczuć oraz problemów z jakimi borykają się pacjenci, co ułatwi rodzinie osób chorujących zrozumienie danej jednostki chorobowej.

## Cel pracy

Celem pracy była analiza zależności między poziomem akceptacji choroby a jakością życia pacjentów ze schorzeniem Hashimoto

## Materiał i metodyka

Badania zostały przeprowadzone w okresie od stycznia do marca 2020 roku metodą internetowego sondażu diagnostycznego. W ich celu posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety oraz kwestionariuszami standaryzowanymi, tj. ThyPROpl oraz AIS. W badaniach uczestniczyło 121 osób ze stwierdzonym limfocytarnym zapaleniem tarczycy. Zakwalifikowana grupa składała się w głównej mierze z kobiet (98,0%). Grupa ta pod względem wiekowym mieściła się w przedziale od 19 do 65 lat.

## Wyniki

Analiza danych uzyskanych przy pomocy kwestionariusza AIS umożliwiła ocenę poziomu akceptacji choroby. Respondenci uzyskali w nim średnio 28,54 punktów, co odpowiada średniemu poziomowi akceptacji choroby. Najliczniejszą grupę bo, aż 46,0%, stanowiły osoby o przeciętnej akceptacji choroby, natomiast 24,0% ogółu przejawiało niski poziom akceptacji choroby - Tabela 1.

Tabela 1. Poziom akceptacji choroby badanych

| Poziom akceptacji choroby | n  | %  |
|---------------------------|----|----|
| Niski                     | 29 | 24 |
| Średni                    | 55 | 46 |
| Wysoki                    | 36 | 30 |

Analizie poddano także wpływ cech socjodemograficznych takich jak: wiek, stan cywilny, wykształcenie, aktywność zawodowa i miejsce zamieszkania badanych na poziom akceptacji choroby. Wyniki badań dowiodły, że istnieje istotna statystycznie zależność ( $p = 0,046$ ) między wykształceniem a poziomem AIS. Zależność ta jest wprost proporcjonalna ( $r = 0,155$ ). Oznacza to, że osoby o wykształceniu wyższym częściej akceptowały swoją chorobę. Pozostałe zmienne nie były istotne statystycznie ( $p > 0,05$ ).

Z kolei analiza cech klinicznych wykazała, że zachodzi istotna statystycznie korelacja pomiędzy występowaniem chorób współistniejących a poziomem AIS ( $p \leq 0,05$ ). Zaobserwowano, że u osób, które nie chorowały na inne schorzenia przewlekłe akceptacja była na wyższym poziomie.

W badanej grupie poziom jakości życia oceniany za pomocą kwestionariusza ThyPROpl pozwolił stwierdzić, że jedynie 33,0% ankietowanych wykazywała się wysokim poziomem jakości życia, prawie połowa 43,0% - średnim, a pozostałe 24,0% - niskim. Największy wpływ na odczuwaną jakość życia badani uzyskali w następujących obszarach: objawy niedoczynności, procesy poznawcze, niepokój oraz wpływ na relacje z innymi, życie seksualne i wygląd zewnętrzny.

Ostatnim ważnym elementem badań była ocena, czy zaakceptowanie choroby Hashimoto wpływa na jakość życia. Analiza statystyczna dowiodła występowanie silnej zależności pomiędzy wspomnianymi czynnikami, o czym świadczy dodatni wynik korelacji ( $r = 0,624$ ;  $p < 0,000001$ ). Wraz z uzyskaniem przez respondentów większej ilości punktów w skali AIS wzrastał ich poziom jakości życia, co obrazuje tabela 2.

Tabela 2. Analiza korelacji poziomu AIS z poziomem ThyPROpl

| Poziom AIS          | Poziom jakości życia       |                             |                             | Analiza statystyczna |   |
|---------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|---|
|                     | Kategoria I<br>Wysoki n=40 | Kategoria II<br>Średni n=51 | Kategoria III<br>Niski n=29 | r                    | p |
| Grupa I<br>Niski    | 3                          | 8                           | 18                          | 0,624<br><0,000001   |   |
| Grupa II<br>Średni  | 10                         | 34                          | 11                          |                      |   |
| Grupa III<br>Wysoki | 27                         | 9                           | 0                           |                      |   |

## Wnioski

- Istnieje korelacja między akceptacją choroby a poziomem jakości życia osób z Hashimoto im wyższy poziom akceptacji choroby tym wyższy poziom jako życia.
- Wśród badanych osób chorujących na przewlekłe limfocytarne zapalenie tarczycy dominuje średni stopień akceptacji choroby oraz przeciętny poziom jakości życia.
- Do najczęstszych objawów choroby Hashimoto, które determinują jakość życia badanych należą: brak energii do życia, brak pełni życia, poczucie bycia grubym oraz poczucie wyeksploatowania.
- Pośród czynników socjodemograficznych jedynie wykształcenie badanych wpływa na poziom akceptacji choroby.
- Pośród analizowanych zmiennych klinicznych jedynie współwystępowanie innych schorzeń przewlekłych znacząco wpływa na stopień akceptacji choroby, jak i poziom jakości życia.

## Piśmiennictwo

- Ostrzyżek A. Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Probl Hig Epidemiol* 2008; 89(4): 467-470
- Uysal H. B., Ayhan M. Autoimmunity affects health-related quality of life in patients with Hashimoto's thyroiditis. *Kaohsiung J Med Sci*. 2016; 32(8): 427-433
- Neć M. Ocena Jakości życia pacjentów z autoimmunologiczną chorobą tarczycy. *Klinika Endokrynologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie* 2017.
- Zahan A. E., Watt T., Pascanu I., Rasmussen A. K., Hegedüs L., Bonnema S.J. et al. The romanian version of the thyroid-related patient-reported outcomes ThyPRO and ThyPRO – 39. Translation and assessment of reliability and cross-cultural validity. *Acta Endocrinol Buch* 2018; 14(2): 192-200
- Czarniak-Broniarczyk M. Zaburzenia psychiczne współistniejące z chorobą Hashimoto – przegląd piśmiennictwa. *Varia Medica* 2018; 2(1): 83-90