

**Innowacje  
w Pielęgniarstwie  
i Naukach  
o Zdrowiu**



**Innowacje  
w Pielęgniarstwie  
i Naukach o Zdrowiu**

**4(5)/2020**

**Włocławek 2020**

### **Rada naukowa**

dr hab. n. o zdr. Mariusz Wysokiński (UM, Lublin, Polska)  
prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (UM, Wrocław, Polska)  
Assistant Professor, Ph.D. Helena Kadučáková, (Catholic University in Ruzomberok, Slovakia)  
Assistant Professor, Ph.D. Zuzana Hudáková (Catholic University in Ruzomberok, Slovakia)  
dr Ewa Barczykowska (Wyższa Szkoła Medyczna, Legnica, Polska)  
dr Wiesław Fidecki (UM, Lublin, Polska)  
dr Sefika Dilek Guven (Fundamentals of Nursing Department, Nevşehir Hacı Bektaş Veli  
Üniversitesi, Turkey)

### **Kolegium redakcyjne**

Redaktor naczelny: dr n. med. Beata Haor (PUZ we Włocławku, CM UMK w Bydgoszczy)  
Zastępca redaktora naczelnego: dr hab. n. o zdr. Robert Ślusarz  
(PUZ we Włocławku; CM UMK w Bydgoszczy)  
Zastępca redaktora naczelnego: dr hab. n. o zdr. Mariola Głowacka  
(Mazowiecka Uczelnia Publiczna w Płocku)  
Sekretarz redakcji: dr n. o zdr. Anna Antczak-Komoterska (PUZ we Włocławku)  
Sekretarz redakcji: dr n. med. Dorota Kochman (PUZ we Włocławku)  
Redaktor językowy (j. polski): dr Maciej Krzemiński (PUZ we Włocławku)  
Redaktor językowy (j. angielski): mgr Marta Waszin (PUZ we Włocławku)

Lista recenzentów publikowana jest na stronie czasopisma:  
[wyd.edu.pl/index.php/zblizenia-cywilizacyjne-civilizations-rapprochements](http://wyd.edu.pl/index.php/zblizenia-cywilizacyjne-civilizations-rapprochements)

### **Projekt okładki**

Kamil Zgodziński

Czasopismo jest wydawane na licencji niewyłącznej Creative Commons CC-BY-ND 4.0



ISSN 2451-1846

© Copyright by Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku  
Włocławek 2020

### **Redakcja czasopisma:**

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu  
Instytut Nauk o Zdrowiu  
Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku  
ul. Obrońców Wisły 1920 r. 21/25, 87-800 Włocławek  
<http://www.wyd.edu.pl/index.php/innowacje-w-pielęgniarstwie-i-naukach-i-zdrowiu>  
Wersją pierwotną czasopisma jest wersja elektroniczna.

## Spis treści

Od Redakcji/Editorial

### Artykuły oryginalne/Original

**MARIOŁA RYBKA, AGNIESZKA STRUŻYŃSKA**

Wiedza mieszkańców gminy Lipno na temat raka jelita grubego ..... 9

**MARIOŁA RYBKA, MAŁGORZATA ZIÓŁKOWSKA**

Jakość życia kobiet po mastektomii ..... 25

**LECH GRZELAK, ANNA WIŚNIEWSKA, ROBERT ŚLUSARZ**

Ocena satysfakcji rodziców z leczenia ludzkim

Rekombinowanym hormonem wzrostu dzieci z somatotropinową

niedoczynnością przysadki..... 38

**ANNA ANTCZAK-KOMOTERSKA, BEATA BORUCZKOWSKA**

Świadomość pacjentów na temat późnych powikłań cukrzycy .....54

### Opis przypadku/Case Report

**KASANDRA SZKLARCZYK, WIKTORIA SZTANDAROWICZ,**

**EMILIA SZYJKOWSKA, PAULINA SAK**

Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej realizowanej wobec

pacjenta po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu ..... 67

### Artykuły pogładowe/Review

**ARZU KADER HARMANCI SEREN**

Organ transplantation and chronic disturbances in the health

condition of the population- challenges and perspectives ..... 82



## **Od Redakcji/Editorial**

Szanowni Państwo,

Z przyjemnością przekazujemy Państwu kolejny numer międzynarodowego kwartalnika naukowego *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu (Innovations in Nursing and Health Sciences)*.

Zapraszamy do nadsyłania tekstów i zgłaszania sugestii dotyczących publikacji.

Z poważaniem  
Redakcja





## **Wiedza mieszkańców gminy Lipno na temat raka jelita grubego**

**Knowledge of the inhabitants of the Lipno  
commune about colorectal cancer**

MARIOLA RYBKA<sup>1</sup>, AGNIESZKA STRUŻYŃSKA<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Państwa Uczelnia Zawodowa we Włocławku, Szpital Lipno Sp. z o.o. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy

<sup>2</sup> WIMED Poradnia Lekarza POZ w Lipnie

DOI: <http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2020.019>

ISSN: 2451-1846

### **Streszczenie**

**Wstęp.** Rak jelita grubego należy do najczęściej występujących nowotworów przewodu pokarmowego niezależnie od płci. Najczęściej dotyczy obszaru odbytnicy. W Polsce dynamika zachorowań jest znacznie większa niż w Europie. Obserwuje się wzrostową tendencję zachorowalności i umieralności wśród populacji na raka jelita grubego.

**Cel.** Celem badań było poznanie poziomu wiedzy mieszkańców gminy Lipno na temat raka jelita grubego oraz zakresu nawyków zdrowotnych

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono na grupie 100 respondentów z terenu gminy i miasta Lipna. Respondenci byli zróżnicowani pod względem wieku, płci, wykształcenia i miejsca zamieszkania. Do oceny zastosowano kwestionariusz ankiety konstrukcji własnej oraz kwestionariusz IZZ.

**Wyniki.** Grupę badanych stanowiło 100 osób w tym 53% stanowiły kobiety natomiast mężczyźni 47 % , średni wiek respondentów wynosił 44,6 lat. Średnia punktowa poziomu wiedzy badanych wyniosła – 5,82 punktu. Wynik wskazuje na niski poziom wiedzy.

**Wnioski.** Przeprowadzone badania wykazały zróżnicowany poziom wiedzy respondentów oraz różne zachowania zdrowotne. Grupę badanych cechował niski poziom wiedzy na temat profilaktyki raka jelita grubego.

**Słowa kluczowe:** rak jelita grubego; wiedza; profilaktyka; zachowania zdrowotne.

### Summary

**Introduction.** Colorectal cancer is one of the most common cancers of the gastrointestinal tract, regardless of gender. Most often it affects the rectal area. In Poland, the dynamics of morbidity is much greater than in Europe. There is an upward trend in the incidence and mortality of colorectal cancer among the population.

**Aim.** The aim of the research was to find out the level of knowledge of the inhabitants of the Lipno commune about colorectal cancer and the range of health habits.

**Material and methods.** The research was carried out on a group of 100 respondents from the commune and city of Lipno. The respondents were diverse in terms of age, sex, education and place of residence. A questionnaire of the own-made questionnaire and the IZZ questionnaire were used for the evaluation.

**Results.** The group of respondents was 100 people, 53% of whom were women, while men - 47%, the average age of the respondents was 44.6 years. The point mean of the level of knowledge of the respondents was - 5.82 points. The result shows a low level of knowledge.

**Conclusions.** The conducted research showed a varied level of respondents' knowledge and different health behaviours. The group of respondents was characterized by a low level of knowledge about the prevention of colorectal cancer.

**Keywords:** colorectal cancer; knowledge; prevention; health behaviour.

## Wstęp

Rak jelita grubego (okreźnicy) jest nowotworem złośliwym umiejscowionym w obrębie odbytnicy, okrężnicy, zgięcia esico-odbytniczego. Do jego rozwoju dochodzi w wyniku rozrostu komórek w obszarze jelita grubego najczęściej pod postacią łagodnego polipa-gruczolaka, który po wielu latach dochodzi do powstania nowotworu złośliwego [1, 2]. Do czynników ryzyka zachorowania na raka jelita grubego zaliczamy: genetyczne obecność raka jelita grubego wśród rodziny 1 stopnia, w wywiadzie polipowatość, przewlekłe stany zapalne jelit-choroba Leśniewskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelit, otyłość, nadwaga, wiek –głównie 7-8 dekada życia, brak aktywności, płeć męska, rasa biała [3,4]. Do istotnych czynników zaliczamy styl życia: złe nawyki żywieniowe- dieta uboga w błonnik, duża zawartość cukru i tłuszczów, pokarmy wysoko przetwarzane, palenie tytoniu, alkoholizm [5]. W Polsce obserwujemy systematyczny wzrost zachorowalności, Dotyczy najczęściej mężczyzn w wieku powyżej 60 r.ż., [6]. Do charakterystycznych objawów zaliczamy stolec ołówkowy, biegunki na zmianę z zaparciami często pojawiają się wymioty, nudności, krew w stolcu [6]. Diagnostyka opiera się o wywiad, badanie fizykalne per rectum, kolonoskopię, rektoskopię, badanie występowania krwi utajonej w kale, badanie antygenu CEA (karcynoembrionalnego) we krwi. [7].

W leczeniu nowotworu jelita grubego stosuje się różne formy terapii. Dobór procesu terapeutycznego uzależniony jest od wielu czynników związanych m.in. od umiejscowienia guza, zaawansowania raka, aktualnego stanu fizycznego pacjenta, decyzji chorego.[8]. Leczenie chirurgiczne jest fundamentem postępowania terapeutycznego u pacjenta z postawioną diagnozą rak jelita grubego. Ponadto zostaje wdrożone postępowanie uzupełniające czyli skojarzone z radioterapią i chemioterapią, dootrzewnową chemioterapią perfuzyjną w hipertermii (DCPH) .

Wielu pacjentów podczas zabiegu chirurgicznego ma wyłonioną tzw. stomię, może ona być rozwiązaniem ostatecznym lub przejściowym w celu wygojenia zespolenia. Rokowanie u pacjenta z rakiem jelita grubego jest uzależnione poziomem na jakim jest rozpoznany rak oraz od szybkości rozwoju raka. Perspektywa przetrwania to okres 5 lat od chwili zdiagnozowania choroby [9,10].

Jednym z najistotniejszych działań w profilaktyce raka jelita grubego są działania z obszaru przeciwdziałania rozwijaniu się choroby, a dotyczy to spożywania produktów zawierających błonnik, uprawiania sportu, spożywania warzyw i owoców ograniczenia podaży produktów przetworzonych, picia płynów wysokoprocentowych [11]. Kolejny etap to badania przesiewowe/skryningowe czyli kolonoskopia u osób po 50 r.ż. co 10 lat, co 5 lat kontrastowe badanie jelita grubego oraz sigmoidoskopia , a raz w roku test na obecność krwi utajonej w kale.

Badania przesiewowe w przypadku nowotworu jelita grubego są metodą o dużej skuteczności. Pomimo szerokiej dostępności do badań jak i dobrych wyników leczenia z tytułu skutecznej i szybko wdrożonej terapii znaczna część naszego społeczeństwa niechętnie uczestniczy. Uwidacznia się to głównie wśród osób zamieszkujących małe miejscowości, gdzie wiedza odnośnie profilaktyki, czynników ryzyka jest niewystarczająca, a ilość osób wykonujących badania przesiewowe jest zbyt niska.

## **Cel**

Celem badań był poznanie poziomu wiedzy mieszkańców gminy Lipno na temat raka jelita grubego, realizowanych działań z obszaru profilaktyki, zachowań zdrowotnych, uczestnictwa w badaniach przesiewowych.

### **Materiał i metody**

Narzędziem badawczym niniejszego badania był kwestionariusz ankiety konstrukcji własnej. Zawierał on 27 pytań, w tym 23 pytania zamknięte, 4 pytania otwarte. Wykorzystano także kwestionariusz IZZ (Inwentarz Zachowań Zdrowotnych), który obejmuje 24 postawy związane ze zdrowiem: zachowania zapobiegawcze, działania zdrowotne, przyzwyczajenia żywieniowe, korzystne podejście psychiczne. Na skorzystanie z IZZ otrzymano zgodę z Pracowni Testów Psychologicznych.

Uczestnikami badania było 100 pacjentów objętych opieką lekarza rodzinnego przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „WIMED” w Lipnie. Badania przeprowadzono w okresie od grudnia 2019r. do końca stycznia 2020. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Państwowej Uczelni Zawodowej we Włocławku. Analiza opisowa otrzymanych wyników to liczebność, procentowość, średnia wraz z odchyleniem standardowym. Współzależność pomiędzy dwiema zmiennymi, obliczono za pomocą współczynnik korelacji R Spearmana. Zastosowano również, nieparametryczny Test U Manna-Whitneya, do oceny różnic jednej cechy pomiędzy dwoma populacjami (grupami) oraz nieparametryczny Test rang Kruskala-Wallisa.

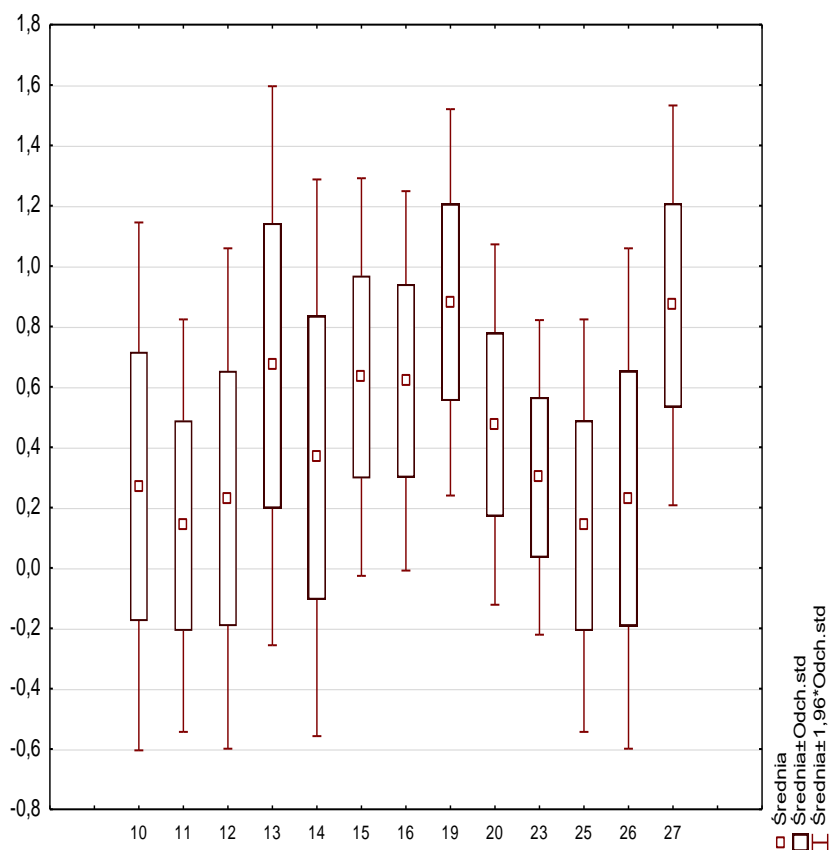
### **Wyniki**

Średnia wieku badanych to – 44,6 lat. Odchylenie standardowe stanowiło 36,3% wartości średniej, co świadczy o znacznym zróżnicowaniu wiekowym. Średnio kobiety były starsze od mężczyzn, ze średnią – 45,4 lat, przy średniej mężczyzn – 43,7 lat. Wiek minimalny 18 lat, maksymalny 89 lat. Respondentów podzielono na cztery, zbliżone liczebnie grupy wiekowe: 18-30 lat, 31-50 lat, 51-60 lat oraz >60 lat. Najliczniejszą grupę stanowili badani w wieku 31-50 lat – 38,0%, najmniej liczną w wieku 51-60 lat i >60 lat – po 19%. Uczestnicy badania porównywalnie zamieszkiwali tereny miejskie 52,0% oraz tereny

wiejskie 48% . Co do wykształcenia to dominowało wykształcenie zawodowe i średnie – po 31,0%, oraz porównywalne wyniki stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym -18% oraz wyższym 18%, najmniej respondentów posiadało wykształcenie gimnazjalne – 2,0%. Co do zmiennej demograficznej stan cywilny to najliczniejszą grupę stanowili respondenci pozostający w związku małżeńskim – 43,0%. Najmniej liczną grupą były osoby samotne – 9,0%. Dość liczną grupę stanowiły osoby będące z wyboru single 25% . Respondenci zakres swojej wiedzy dotyczący chorób dolnego odcinka przewodu pokarmowego określili jako dobry– 18,0%, jednak niepokojące jest to, że nie – 58,0% wskazało na brak wiedzy. Źródłem wiedzy na temat raka jelita grubego był najczęściej internet – 67 osób, co stanowiło 28,3%, 13,9% respondentów wskazało na telewizję/ radio na rodzinę wskazały – 33 osoby (13,9%). Respondenci mieli możliwość wskazania na wybrane dolegliwości ze strony układu pokarmowego z ukierunkowaniem na objawy wrażliwe w kierunku raka jelita grubego. Większość badanych wskazała, że nie odczuwa dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego– 83,0%. Jednak – 7 osób wskazało na bóle brzucha, 6 osób wzdęcia, zaparcia wystąpiły u 5 osób, biegunki – 5 osób, na zgagę uskarżały się 3 osoby oraz kolki, nadkwaśność, uczucie pełności, częste wypróżnianie i okresowo nudności – po 1 osobie. Do czynników sprzyjających rozwojowi raka jelita grubego zdecydowanie respondenci wskazali na obciążenia genetyczne – 76 osób, co stanowiło 23,3% wszystkich odpowiedzi.

Kolejnym czynnikiem była polipowatość jelit i nieprawidłowe odżywianie – po 49 osób (po 15,0%) oraz hemoroidy – 42 osoby (12,9%). Najmniej osób wskazało na niską aktywność fizyczną – 22 osoby (6,7%). Respondenci rozumieją czym jest badanie przesiewowe poprawną odpowiedź udzieliło – 88,0%. Jednak niepokojące jest to, że 93% badanych wskazało, że nie robiło badań przesiewowych w kierunku

raka jelita grubego. Podjęto próbę ustalenia oceny poziomu wiedzy na temat raka jelita grubego uzyskane wyniki przedstawia ryc. nr 1



Ryc. 1. Zakres i poziom wiedzy na temat czynników ryzyka jak i objawów oraz badań profilaktycznych

Najwyższą średnią odnotowano w pozycjach: rozumienie pojęcia badania przesiewowe (19) – 0,88 punktu, czy według Pana/i wczesne rozpoznanie rjg ma wpływ na efekt terapeutyczny (27) – 0,87 punktu, kto częściej choruje na raka jelita grubego (13) – 0,67 punktu oraz

czynniki przyczyniające się do raka jelita grubego (15) – 0,63 punktu. Najniższe średnie wyniki odnotowano w pozycjach: czy płeć zwiększa ryzyko zachorowania na raka jelita grubego (12) – 0,23 punktu, częstość z jaką powinno być wykonywane badane kolonoskopii w przypadku osób obciążonych ryzykiem zachorowania na rjg (26) – 0,23 punktu, czy wiek ma wpływ na występowanie raka jelita grubego (11) – 0,14 punktu oraz częstość z jaką powinno być wykonywane badane kolonoskopii w przypadku osób zdrowych (25) – 0,14 punktu. Średnia punktowa poziomu wiedzy badanych wyniosła – 5,82 punktu. Wynik wskazuje na niski poziom wiedzy.

Odchylenie standardowe stanowiło 31,6% wartości średniej, co świadczy o znacznym zróżnicowaniu wyników. Wynik minimalny – 2,8 punktu i uzyskała go 1 osoba, maksymalny – 11,0 punktów i uzyskała go 1 osoba. Zmienne statystyczne jak wiek, płeć oraz miejsce zamieszkania nie miały wpływu na posiadany zakres wiedzy dotyczący raka jelita grubego. Istotną zależność zaobserwowano przy analizie wykształcenia. Najwyższy poziom wiedzy prezentowali badani z wykształceniem wyższym. Najniższy poziom wiedzy prezentowali badani z wykształceniem zawodowym. Wyniki średniego poziomu wiedzy – 8 osób (24,2%), przy najwyższym wskaźniku poziomu braku wiedzy – 8 osób (24,2%). Na poziom wiedzy istotny wpływ miał stan cywilny. Najwyższy poziom wiedzy prezentowali badani będący w związku małżeńskim. Najniższy poziom wiedzy prezentowały osoby wolne z wyboru.

Analiza danych uzyskanych na podstawie Inwentarza Zachowań Zdrowotnych w odniesieniu do prawidłowych nawyków żywieniowych, najwyżej oceniono: dbam o prawidłowe odżywianie – średnia 3,53 punktu oraz jem dużo warzyw, owoców – średnia 3,47 punktu. Najniżej unikam soli i silnie solonej żywności – średnia 3,25 punktu oraz ograniczam spożywanie tłuszczu zwierzęcych, cukru – średnia 3,2 punktu. Co do zachowań profilaktycznych, najwyżej oceniono

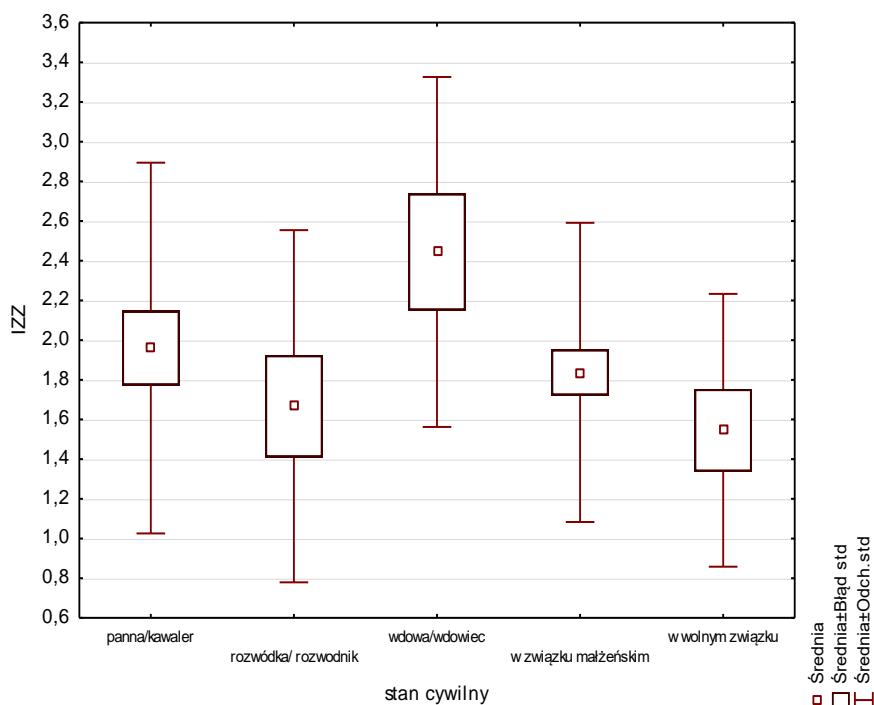


pozycje: przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań – średnia 3,57 punktu oraz mam zanotowane numery telefonów do służb pogotowia – średnia 3,5 punktu. Najniżej, regularnie zgłaszam się na badania lekarskie – średnia 3,09 punktu oraz staram się dowiedzieć jak inni unikają chorób – średnia 2,97 punktu. W pozytywnym nastawieniu psychicznym, najwyżej oceniono pozycje: mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne – średnia 4,03 punktu oraz myślę pozytywnie – średnia 3,6 punktu. Najniżej, u staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć – średnia 3,08 punktu oraz unikam takich uczuć jak gniew, lęk depresja – średnia 2,92 punktu. W praktykach zdrowotnych, najwyżej oceniono pozycje: ograniczam palenie tytoniu – średnia 3,52 punktu oraz unikam nadmiernego wysiłku fizycznego – średnia 3,39 punktu. Najniżej, kontroluje swoją wagę ciała – średnia 3,09 punktu oraz unikam przepracowania – średnia 3,07 punktu. Badani jako grupa prezentują przeciętny poziom prawidłowych nawyków żywieniowych, praktykach zdrowotnych, zachowań profilaktycznych, oraz pozytywnego nastawienia psychicznego. Średnia to 3,36 punktu.

Odchylenie standardowe wyniosło ponad 21,5% wartości średniej, co świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wyników. Ze względu na poziom istotności ( $p > 0,05$ ), nie odnotowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami, dotyczących wyników IZZ i jego podskal. Wyższe wyniki punktowe zarówno zachowań zdrowotnych (IZZ) oraz prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych i praktyk zdrowotnych odnotowano w grupie kobiet. Grupy wiekowe badanych, nie pozostawały w istotnej statystycznie korelacji z wynikami IZZ ora podskal ( $p > 0,05$ ). Najwyższy średni wynik punktowy zarówno zachowań zdrowotnych (IZZ) oraz zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych odnotowano w grupie wiekowej  $> 60$  lat. W prawidłowych nawykach żywieniowych w wieku 31-50 lat. Najniższe wyniki zarówno zachowań zdrowotnych oraz podskal: prawidłowych nawyków

żywieniowych i pozytywnego nastawienia psychicznego odnotowano w grupie wiekowej 51-60 lat, w zachowaniach profilaktycznych i praktykach zdrowotnych w wieku 18-30 lat. Najwyższy wskaźnik wysokich wyników zachowań zdrowotnych odnotowano w grupie wiekowej >60 lat – 9 osób (47,4%), przy wskaźniku wyników niskich – 5 osób (26,3%). Dalej w wieku powyżej 31-50 lat – 12 osób (31,6%), wyniki niskie – 14 osób (36,8%). Najniższy wskaźnik wyników wysokich odnotowano w wieku 51-60 lat – 3 osoby (15,8%), wyniki niskie – 11 osób (57,9%).

Ze względu na poziom istotności ( $p>0,05$ ), nie odnotowano statystycznie istotnych różnic pomiędzy grupami wiekowymi a miejscem zamieszkania, dotyczących wyników poziomu zachowań zdrowotnych i jego podskal. Wyższe wyniki punktowe zarówno zachowań zdrowotnych (IZZ) oraz pozostałych podskal z wyjątkiem prawidłowych nawyków żywieniowych, odnotowano w grupie mieszkańców wsi. Najwyższy średni wynik punktowy zarówno zachowań zdrowotnych (IZZ) jak i pozostałych podskal uzyskali respondenci z wykształceniem wyższym. Najniższe wyniki IZZ oraz podskal, odnotowano w grupie wykształcenia średniego. Ze względu na poziom istotności ( $p<0,05$ ), odnotowano istotną statystycznie różnicę pomiędzy grupami stanu cywilnego dotyczącą wyników praktyk zdrowotnych. Najwyższy średni wynik punktowy zarówno zachowań zdrowotnych (IZZ) oraz pozostałych podskal odnotowano w grupie osób owdowiałych. Najniższe wyniki zarówno zachowań zdrowotnych oraz zachowań profilaktycznych i pozytywnego nastawienia psychicznego w grupie w grupie będących w wolnym związku, w pozostałych podskalach w grupie rozwiedzionych co przedstawia ryc. nr 2.



Ryc. 2. Rozkład wyników średnich IZZ w grupach stanu cywilnego.

Poziom wiedzy badanych, nie pozostawał w istotnej statystycznie korelacji z wynikami IZZ i jego podskal ( $p > 0,05$ ).

## Dyskusja

Kwestionariusz ankiety przeprowadzono pośród pacjentów Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „WIMED” w Lipnie. Chęć udziału w badaniach wykazali zarówno kobiety (53%) jak i mężczyźni (47%) w przedziałach wiekowych 18-30 lat (24%), 31-50 lat (38%), 51-60 lat (19%), >60r.ż. (19%). 52 osoby mieszkają w mieście, 48 osób jest mieszkańcami wsi. Najwięcej z grona respondentów posiadało

wykształcenie zawodowe i średnie – po 31%, najmniej wykształcenie gimnazjalne 2%, natomiast podstawowe i wyższe po 18%. Najliczniejszą grupę ankietowanych stanowiły osoby w związku małżeńskim 43%, najmniejszą owdowiali 9,0%, pozostali: panna/kawaler 25%, rozwódka/rozwodnik 12%, w wolnym związku 11%. Dokonano oceny zachowań zdrowotnych za pomocą kwestionariusza IZZ (Inwentarz zachowań zdrowotnych).

Odnosząc się do sformułowanych problemów badawczych z przeprowadzonych badań uzyskane wyniki opisano i porównano z innymi wynikami.

Poziom wiedzy mieszkańców gminy i miasta Lipno na temat raka jelita grubego jest zróżnicowany w kierunku niskiego. Z grupy osób biorących udział w badaniu najwyższy poziom wiedzy na temat raka jelita grubego pod względem wieku były to osoby z przedziału wiekowego 31-50 lat przy poziomie braku wiedzy - (13,2%). Biorąc pod uwagę wykształcenie najlepszy wynik otrzymali z wykształceniem wyższym. Z badań Kuprewicz i wsp. odnośnie wiedzy mieszkańców miasta i wsi na temat raka jelita grubego, wynika, że najliczniejszą grupę stanowiły osoby z niskim poziomem wiedzy – 58,9% osób, poziom średni – 38,7% osób, a wysoki zaledwie – 2,4% osób [12]. Grys i wsp. w badaniach o wiedzy mieszkańców województwa świętokrzyskiego odnośnie rjg. osiągnęli średni poziom wiedzy ponieważ średnia uzyskana z wszystkich właściwych odpowiedzi wynosiła 61%. [13]. Sapiętkin i Gotlib pośród 114 chorych biorących udział w programie badań przesiewowych w sferze raka jelita grubego, którzy zgłosili się do oddziału endoskopii na kolonoskopię zgodnie z zaleceniami lekarskimi, w swych badaniach na temat wiedzy o rjg. wykazali niski poziom wiedzy ankietowanych o leczeniu i profilaktyce nowotworów jelita grubego. [14]

Wśród respondentów najwyższy poziom wiedzy z zakresu raka jelita grubego wykazywali badani w wieku 31-50 lat. Porównywalne

wyniki uzyskała Stefanowicz i współautorzy gdzie świadomość osób po 50 r.ż. w zakresie czynników ryzyka raka jelita grubego jest zdecydowanie wyższe (94,4%), od osób z pozostałych grup wiekowych np. osoby >60 r.ż. trzy krotnie mniej znały czynników ryzyka (30,2%). Uzyskane wyniki badań własnych wykazały, że najwyższym poziomem wiedzy wykazali się ankietowani z wykształceniem wyższym. Również uzyskane wyniki pokrywają się z wynikami innych autorów m.in. Stefanowicz i wsp. osoby z wyższym wykształceniem (84,8%) w stosunku do osób mających wykształcenie niższe (54,1%) posiadają szerszą wiedzę [15]. Analiza danych statystycznych uzyskany przez Markowską i wsp. pokazała różnicę między osobami z wykształceniem podstawowym, a wyższym ( $p=0,0482$ ), zawodowym, a wyższym ( $p=0,026$ ). Respondenci z wykształceniem wyższym udzielali przede wszystkim prawidłowych odpowiedzi, zaś z podstawowym głównie odpowiedzi złych [16]. Respondenci zamieszkujący tereny miejskie prezentowali wyższy poziom wiedzy, od osób zamieszkujących tereny wiejskie. Kuprewicz i wsp. w swych badaniach na temat wiedzy o rjg. wskazały na niski poziom wiedzy mieszkańców wsi 53,9% od osób zamieszkujących tereny miejskie. [12]. Również wyniki badań przeprowadzonych przez Stefanowicz i wsp. wykazują na wyższy poziom wiedzy z zakresu omawianego tematu mieszkańców miasta - 54%, niż mieszkańców wsi - 39,6%. [15]. Grys i wsp. w swych badaniach pozyskali ogólny poziom wiedzy z zakresu rjg., który dla mieszkańców miasta wyniósł 66% - jest to poziom średni, a dla mieszkańców wsi 48% - jest to poziom niski [13]. W badaniach wykonanych przez Markowską i wsp. odnośnie oceny wiadomości pewnych grup społecznych o profilaktyce CRC po analizie uzyskano następujące wyniki: ankietowani z obszarów wiejskich wykazali się niskim poziomem wiedzy, natomiast mieszkańcy miast uzyskali średni poziom wiedzy [16]. Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania wyższy wskaźnik wysokich wyników IZZ uzyskano w grupie mieszkańców miasta (49,2%), przy niższym wskaźniku

wyników niskich – 18 osób (37,5%). Również potwierdzają powyższą tezę badania Kuprewicz i wsp. z zakresu wiedzy o rjg. Największym poziomem IZZ wykazali się mieszkańcy miasta – 39,8% osób, ankietowani mieszkający na wsi osiągnęli niższy wskaźnik – 34% osób. Pod względem płci mężczyźni otrzymali niski wynik IZZ – 44,2%, kobiety wysoki wynik IZZ -40,7% [12]. Gromada i Kobos analizowali zachowania zdrowotne 160 mieszkańców wsi w sferze zapobiegania rjg. Ankietowani głównie w swych zachowaniach stronili od używek ( $M=1,79$ ) - im starsi tym bardziej, rzadko podejmowali działania w zakresie żywienia ( $M=2,68$ ) i wysiłku fizycznego ( $M=2,86$ ). Osoby pracujące, z większym wykształceniem regularnie robiły badania profilaktyczne ( $p<0,05$ ). Wśród respondentów kobiety okazywały większe zachowania zdrowotne od mężczyzn w rubrykach: badania profilaktyczne ( $p<0,0001$ ), używki, odżywianie ( $p=0,0008$ ) [17]

### **Wnioski**

1. Wiedza mieszkańców gminy i miasta Lipno jest zróżnicowana. Respondenci zakres swojej wiedzy dotyczący chorób dolnego odcinka przewodu pokarmowego określili jako dobry- 18,0%, jednak niepokojące jest to, że nie – 58,0% wskazało na brak wiedzy
2. Istotną zależność zaobserwowano co do wieku badanych, osoby z przedziału wieku 31-50 lat posiadają znacznie lepszą wiedzę na temat czynników ryzyka raka jelita grubego od osób młodszych i starszych.
3. Z przeprowadzonych badań wynika, że wykształcenie jest czynnikiem, który różnicuje poziom wiedzy respondentów. Osoby posiadający wykształcenie wyższe prezentowali wyższy poziom wiedzy. Na poziom wiedzy istotny wpływ miał stan cywilny. Najwyższy poziom wiedzy prezentowali badani pozostający w związku małżeńskim.

4. Zachowania profilaktyczne, na najwyższym poziomie są realizowane z zakresu przestrzegania zaleceń lekarskich – średnia 3,57 punktu.

### **Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej**

Edukacja oraz profilaktyka jest jednym z głównych determinantów przeciwdziałania powstania raka jelita grubego. Zadaniem pielęgniarek jest stałe prowadzenie profilaktyki pierwszego rzędu podczas kontaktu z pacjentem.

### **Bibliografia/Bibliography:**

1. Denys A. Zagrożenia zdrowia publicznego wybrane zagadnienia. Środowiskowe uwarunkowania rozwoju chorób. Wolters Kluwer 2014:102-105.
2. Kreis M.E. Rak jelita grubego. Aktualności medyczne 2015;(1):4-7.
3. Dmowska-Pycka A., Adamiak K., Wiedza mieszkańców wsi na temat raka jelita grubego. Pielęgniarstwo XXI wieku 2015;1(50):36-37.
4. Wyrwicz L. Diagnostyka i leczenie na raka jelita grubego. Głos pacjenta onkologicznego 2015;1(11):4.
5. Woźniak I. Właściwe odżywianie w profilaktyce przeciwnowotworowej. Magazyn Pielęgniarki i położnej 2016;(3):5-6.
6. Pączka L., Mucha K., Foroniewicz B. Choroby wewnętrzne Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2014;289-292.
7. Pazdur R., Wagman LD., Camphausen KA., Hoskins WJ. Nowotwory złośliwe: postępowanie wielodyscyplinarne – leczenie systemowe, chirurgia, radioterapia. Lublin: Czelej; 2012.
8. Zegarski W. Nowoczesne techniki leczenia raka jelita grubego. Aktualności medyczne 2019;(12):8-12.

9. Rybka M., Haor B., Grabowska H., Kilańska D., Tarkowska M., Głowacka M., Opieka nad pacjentem leczonym chirurgicznie z powodu raka odbytnicy, *Magazyn pielęgniarki i położnej* 2018;(5):41.
10. Peng J., Shi D, Goodman KA., et al. Early results of quality of life for curatively treated rectal cancers in Chinese patients with EORTC QLQ-CR29. *Radiat Oncol.* 2011;6:93.
11. Kim Min Ki et al. Comparison of the effects of an ERAS program and a single-port laparoscopic surgery on postoperative outcomes of colon cancer patients. *Scientific reports* 2019;9(1):1–8.
12. Kuprewicz A., Krajewska-Kułąk E., Trochimowicz L. Wiedza na temat raka jelita grubego i preferowane zachowania zdrowotne mieszkańców miasta i wsi. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2016;2(2):74.
13. Gryś A., Czarnecka J., Sienkiewicz Z., Krupienicz A. Wiedza mieszkańców województwa świętokrzyskiego na temat raka jelita grubego. *Pielęgniarstwo Polskie* 2013;1(47):26.
14. Sapietkin B., Gotlib J. Wiedza pacjentów oddziału endoskopii na temat profilaktyki i leczenia nowotworu jelita grubego. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2013;2(43):23–27.
15. Stefanowicz A., Kulik T.B., Skórzyńska H., Środa M. Wiedza o programie profilaktyki raka jelita grubego wśród osób w wieku 50-66 lat. *Geriatrics* 2017;11:259–260.
16. Markowska A., Górka J., Grochans E., Szkup M. Ocena wiedzy wybranych grup społecznych na temat profilaktyki raka jelita grubego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu.* 2016;Tom 22, Nr 4:303–306.
17. Gromada A.T., Kobos E. Zachowania zdrowotne mieszkańców wsi w zakresie profilaktyki jelita grubego. *Pielęgniarstwo Polskie.* 2018;(4): 372–378.



## Jakość życia kobiet po mastektomii

### Quality of life of women after mastectomy

MARIOLA RYBKA<sup>1</sup>, MAŁGORZATA ZIÓŁKOWSKA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku, Zakład Opiekuńczo-Lecznicy Szpital Lipno Sp. z o.o.

<sup>2</sup> Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku

DOI: <http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2020.020>

ISSN: 2451-1846

#### Streszczenie

**Wstęp.** Amazonki to grupa kobiet zrzeszona w organizacji społecznej niezwykle dzielnych i walecznych które wspierają się wzajemnie walce z ciężkim przeciwnikiem jakie postawiło na ich drodze życie- rak piersi. Działalność stowarzyszeń ułatwia adaptację do nowej sytuacji zdrowotnej tych kobiet. Nieodzownym aspektem kobiet po mastektomii jest ich jakość życia. Pojęcie jakości życia jest terminem wielowymiarowym obejmującym każdą sferę ludzkiego życia na każdym etapie.

**Cel.** Celem pracy była ocena jakości życia kobiet po mastektomii zrzeszonych w grupie Amazonek.

**Materiał i metody.** W badaniu dział wzięły 103 kobiety w wieku  $\geq 20$  r.ż. Ponad  $\frac{3}{4}$  respondentek zamieszkiwało tereny miejskie , a co trzecia kobieta tereny wiejskie. Do oceny jakości życia wykorzystany został kwestionariusz WHOQOL-BREF jest o narzędzie wystandaryzowane służące do oceny jakości życia osób zarówno zdrowych jak i chorych.

**Wyniki.** Kobiety po mastektomii zrzeszone w klubie Amazonek akceptują swój wygląd oraz stan zdrowia, co przekłada się na ogólną jakość życia.

**Wnioski.** Pacjentki po zabiegu oszczędzającym oceniają swoją jakość życia na najwyższym poziomie natomiast kobiety po obustronnej mastektomii na

poziomie najniższym. Zakres udzielanego wsparcia ze strony osób najbliższych ma istotny wpływ na samoocenę w zakresie zadowolenia z jakości życia. Świadomość choroby nowotworowej wpływa negatywnie na sferę psychiczną. Osoby aktywne zawodowo po mastektomii miały zapewnioną możliwość powrotu do pracy co wpłynęło pozytywnie na jakość życia.

**Słowa kluczowe:** mastektomia; jakość życia; Amazonki.

### Summary

**Introduction.** Amazons is a group of women who are extremely brave and valiant in their social organization, who support each other against the heavy adversary that has put their lives in their way- breast cancer. The activities of associations facilitate adaptation to the new health situation of these women. An indispensable aspect of women after a mastectomy is their quality of life. The concept of quality of life is a multidimensional term covering every sphere of human life at every stage.

**Aim.** The aim of the work was to assess the quality of life of women after mastectomies associated with the Amazon group.

**Material and methods.** The study examined 103 women aged  $\geq 20$ . More than three quarters of respondents lived in urban areas and one in three women lived in rural areas. The WHOQOL-BREF questionnaire is used to assess the quality of life and is a standardised tool for assessing the quality of life of both healthy and sick people.

**Results.** Women after mastectomy affiliated with the Amazon club accept their appearance and health, which translates into an overall quality of life.

**Conclusions.** Patients after the sparing procedure assess their quality of life at the highest level, while women after bilateral mastectomy at the lowest level. The extent of the support provided by loved ones has a significant impact on self-assessment in terms of quality of life satisfaction. Awareness of cancer negatively affects the mental sphere. Active professional persons after mastectomy were given the opportunity to return to work, which positively affected the quality of life.

**Keywords:** mastectomy; quality of life; Amazons.

## Wstęp

Amazonka z łac. *Amazones* „ta która nie ma piersi”. W starożytnej mitologii kobieta wojowniczką wywodząca się od boga Aresa i nimfy Harmonii. Osoby wyłącznie płci żeńskiej wychowane w duchu wojowniczkim. Usuwano im pierś w celu lepszego napinania cięciwy czy rzutu dzidą [1]. Klub „Amazonka” zrzesza kobiety, które stoczyły walkę z nowotworem piersi. Celem stowarzyszenia są wszechstronne działania na rzecz kobiet z rakiem piersi oraz edukacja i profilaktyka mająca na celu popularyzację wiedzy na temat raka piersi.

Pojęcie jakości życia jest terminem wielowymiarowym obejmującym każdą sferę ludzkiego życia. Mastektomia jest przeżyciem traumatycznym, który odciska niesamowite piętno na wszystkich sferach życia.

Rak gruczołu piersiowego jest nowotworem złośliwym występującym głównie u kobiet, zajmuje drugie miejsce co do częstości występowania u kobiet. Zwiększone występowanie tego nowotworu obserwuje się u kobiet wieku 50- 69 roku życia. Rak piersi najczęściej dotyczy kobiet rasy białej oraz zamieszkujących kontynent Europejski oraz kraje wysoko rozwinięte zdecydowanie rzadziej chorują kobiety zamieszkujące w Azji czy w Afryce.

Epidemiolodzy wskazują, iż do głównych czynników mających wpływ na rozwinięcie się raka piersi ma: rasa biała, klimat oraz sposób odżywiania – otyłość, nadużywanie alkoholu, stosowanie długotrwale doustnych środków antykoncepcyjnych. Niepokojące dane z ostatnich lat wskazują na wzrost zachorowalności wśród młodych kobiet w wieku 20-49 lat wynosi 1,7 razy częściej niż w poprzednim dziesięcioleciu. Ponadto istotny wpływ mają czynniki genetyczne, które stanowią one ok. 5% zachorowań [2,3,4].

Edukacja, promocja zdrowia to działania profilaktyczne prowadzone na szeroką skalę. Obejmują swym zasięgiem wszystkie kobiety. Działania edukacyjne obejmują dystrybucję materiałów promujących

z zakresu programu profilaktyki raka piersi obejmujące wskazówki odnośnie wykonywania samobadania piersi oraz mammografii.

Celem programów profilaktycznych jest zmniejszenie umieralności z powodu raka piersi, wzrost wykrywalności raka we wczesnych stadiach, zwiększenie odsetka wyleczeń oraz obniżenie kosztów leczenia. We wczesnej diagnostyce szczególne znaczenie ma mammografia, która umożliwia wykrywanie postaci przedklinicznych. Badania mammograficzne przeprowadzane są u kobiet > 50 roku życia jako badania skryningowe, które pozwalają zmniejszyć ryzyko zgonu o 30%. W działaniach prewencyjnych najistotniejsze znaczenie ma regularne samobadanie piersi. Samobadanie piersi jest prostą metodą wczesnego wykrywania zmian w piersi. Samobadanie powinno być wykonywane przez kobiety po ukończeniu 20 r.ż aż do późnej starości. Kobiety miesiączkujące systematycznie raz w miesiącu 2-3 dni po miesiączce, kobiety niemiesiączkujące 1 raz w miesiącu systematycznie zawsze wybranym dniu miesiąca. Badanie mammograficzne po 50 r. ż. co 12-24 miesiące [5, 6].

### **Cel pracy**

Celem pracy była ocena oraz analiza jakości życia kobiet po mastektomii aspekcie funkcjonowania biopsychospołecznego zrzeszonych w klubie Amazonek na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.

### **Materiał i metody**

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Techniki badawczymi, jakimi posłużono się dla potrzeb procesu badawczego były: ankietowanie oraz technika skali szacunkowej. Narzędzia użyte w pracy to: autorski kwestionariusz ankiety własnej oraz wystandaryzowane narzędzie badawcze WHOQOL-BREF, w polskiej adaptacji Jaracz i Wołowickiej służące do oceny jakości życia osób

zarówno zdrowych jak i chorych. Badanie zostało przeprowadzone z zachowaniem całkowitej anonimowości wśród 103 kobiet po mastektomii zrzeszonych w Klubie Amazonek na terenie województwa kujawsko-pomorskiego (Włocławek, Toruń). Respondentkami były kobiety w wieku  $\geq 20$  r.ż. po mastektomii. Badania miały charakter dobrowolny i anonimowy. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej nr INoZ 004-72/KB/19.

Zebrany materiał na bieżąco wprowadzано do specjalnie opracowanej na potrzeby badań bazy danych programu Excel. Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą pakietu statystycznego SPSS Statistics 21,0. Uzyskane wyniki poddano analizie opisowej, statystycznej, graficznej. Testu chi kwadrat użyto do zbadania zależności statystycznej pomiędzy analizowanymi cechami.

Otrzymane wyniki badań poddano analizie statystycznej testem  $\chi^2$  dla prób niezależnych. Ryzyko błędu przyjęto na poziomie 5%. Natomiast wartość prawdopodobieństwa  $p < 0,05$  uznano za istotną statystycznie.

## **Wyniki**

W badaniu udział wzięły 103 kobiety. Najliczniejszą grupę 46,6% stanowiły kobiety powyżej 61 roku życia, 23,3% kobiety w wieku 41-50 lat. W badanej grupie respondentek kobiet w wieku 51-60 lat było 22,3% ogółu badanych. Co dziesiąta kobieta po mastektomii była w wieku 20-40 lat. Pośród badanej grupy 36,9% stanowiły mężatki, 23,3% - wdowy, 19,4% kobiety po rozwodzie, 12,6% respondentek pozostawało w związku partnerskim, a 7,8% badanej grupy kobiet stanowiły kobiety będące w stanie wolnym.

W badanej grupie kobiet 68,9% z nich posiada dzieci natomiast co trzecia była bezdzietna. 47,6% respondentek posiadało wykształcenie średnie, 22,3% zawodowe, 19,4% wyższe a co dziesiąta kobieta posiadała wykształcenie podstawowe. Pośród badanej grupy 72 kobiety

zamieszkiwało obszary miejskie, natomiast co trzecia kobieta mieszka na wsi. Analiza uzyskanych wyników wskazuje, iż 36,9% respondentów jest na rencie/emeryturze, 35,9% pracuje umysłowo, 17,5% pracuje fizycznie a co dziesiąta jest na bezrobociu.

Wśród badanej grupy kobiet 54,4% kobiet miała wykonaną radykalną mastektomię, 29,1% kobiet miała wykonany zabieg oszczędzający a 16,5% kobiet miała wykonaną obustronną mastektomię. Pośród badanej grupy 39,8% miała wykonaną operację w okresie 1-5 lat wstecz, 25,2% kobiet była po okresie 10 lat od zabiegu, a 23,3% powyżej 10 lat. Wśród badanej grupy kobiet 89,3% z nich nie miała przeprowadzonej rekonstrukcji. Jedynie 10,7% kobiet miała przeprowadzony zabieg rekonstrukcji.

Uzyskane dane wskazują, że kobiety po mastektomii określają swoją jakość życia na poziomie średnim wskazując 3,5243 „ani dobrze ani źle”. Co do poszczególnych sfer życia najwyższy wynik dotyczył domeny życia społecznego oraz somatycznego.

Tab. I. Średnia ocena w poszczególnych domenach.

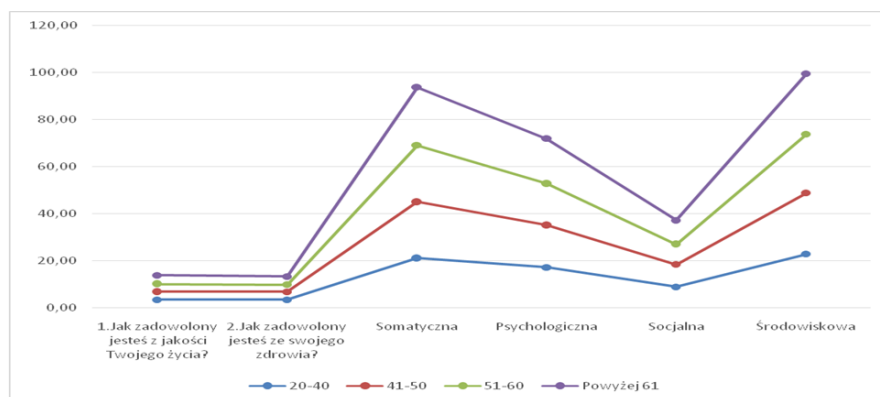
WHOQOL – BREF DOMENY	M	N	SD
1.Jak zadowolony jesteś z jakości Twojego życia?	3,5243	103	,96857
2.Jak zadowolony jesteś ze swojego zdrowia?	3,3981	103	1,03222
Somatyczna	24,1262	103	4,73965
Psychologiczna	18,3981	103	4,76988
Socjalna	9,6214	103	2,98728
Środowiskowa	25,4272	103	5,22175

N - liczba przypadków ważnych; M ± SD - średnia arytmetyczna ± odchylenie standardowe

Średnia ocena w poszczególnych domenach. Im wyższy wynik średniej w poszczególnych domenach tym wyższy poziom zadowolenia. Uzyskane wyniki wskazują, iż 43,7% respondentek przyznaje że ból fizyczny ogranicza funkcjonowanie, 25,2% twierdzi że dość mocno, a co trzecia wskazuje, że nie odczuwa dolegliwości. Ból fizyczny ma istotny wpływ na funkcjonowanie kobiet po mastektomii w życiu codziennym. Uzyskano istotną statystycznie zależność pomiędzy odczuwanym bólem, a codziennym funkcjonowaniem.

W odniesieniu do życia społecznego co czwarta respondentka wskazała na niezadowolenie z uczestnictwa w życiu społecznym.

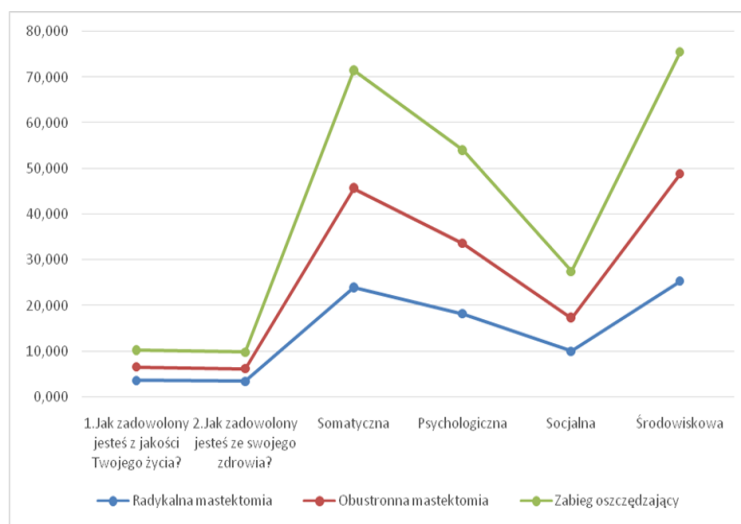
Analiza uzyskanych wyników wskazuje, iż 36,9% respondentek przyznaje że nie jest ani zadowolona ani niezadowolona ze swojej zdolności do pracy, około  $\frac{1}{4}$  (18,4%) badanych kobiet jest niezadowolona z powodu braku kontynuacji aktywności zawodowej. Analiza dotycząca aktywności w życiu seksualnym wskazuje, że 34% respondentek nie ma zdania na temat swojego życia seksualnego, 21,4% twierdzi że jest niezadowolona a zaledwie 17,5 % badanych kobiet jest zadowolona ze swojego życia seksualnego. Respondentki wskazują zadowolenie z otrzymywanego wsparcia od przyjaciół, znajomych czy rodziny,  $\frac{1}{4}$  badanych jest ani zadowolona ani niezadowolona, a niezadowolenie wskazuje 12,6% badanych kobiet. Analiza statystyczna potwierdziła zależność pomiędzy otrzymywanym wsparciem a jakością życia. Obecność choroby nowotworowej wpływa na sferę psychiczną kobiet, co obrazuje się w ich przeżyciach i nastrojach, ponad 40 % respondentek odczuwa przygnębienie, złe samopoczucie, smutek żal, rozgoryczenie. Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy wiekiem ankietowanych a oceną jakości życia, oraz oceną stanu zdrowia co przedstawia rycina nr.1



Ryc. 1 Odczuwanie jakości życia oraz samocena stanu zdrowia Amazonek w aspekcie poszczególnych dziedzin w odniesieniu do wieku badanych.

Odczuwanie jakości życia oraz samocena stanu zdrowia Amazonek w aspekcie poszczególnych dziedzin w odniesieniu do wieku badanych. Istotne zależności uzyskano podczas analizy rodzaju wykonanej operacji u respondentek a ich subiektywną oceną jakości życia. Najwyższy poziom jakości życia uzyskały – wskazały kobiety które miały wykonany zabieg oszczędzający. Natomiast najniższy poziom uzyskały kobiety po obustronnej mastektomii. Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy rodzajem wykonanej operacji u ankietowanych a ich oceną jakości życia w dziedzinie somatycznej. Najwyższy wskaźnik zadowolenia obserwujemy u kobiet które miały wykonany zabieg oszczędzający. Natomiast najniższy u kobiet po obustronnej mastektomii. Znamiennej zależność uzyskano pomiędzy rodzajem wykonanej operacji a oceną jakości życia w dziedzinie psychologicznej, socjalnej, środowiskowej. Uzyskane wyniki są porównywalne z wynikami uzyskanymi w odniesieniu do całościowej oceny jakości życia kobiet po mastektomii. Uzyskane zależności przedstawia rycina nr 2.





Ryc. 2 Rodzaj wykonanego zabiegu operacyjnego, a jakość życia w odniesieniu do poszczególnych domen.

## Dyskusja

Analiza statystyczna dotycząca jakości życia Amazołek wg. kwestionariusza Whoqol-Bref wskazuje na poziom przeciętny (3,52) a zadowolenie ze stanu zdrowia (3,40) uzyskane wyniki są porównywane z wynikami uzyskanymi przez Musiał i wsp. oraz Kurowską [7,8].

Choroba nowotworowa manifestuje się wieloma skutkami negatywnymi, które mają istotny wpływ na jakość życia kobiet po mastektomii. Uzyskane wyniki wskazujące na deficyty w funkcjonowaniu biopsychospołecznym, co potwierdzenie znalazło się również w badaniach przeprowadzonych przez Gałkę i Świątoniowską oraz Kimszał i Kurowską [9,10].

Dane socjodemograficzne nie wskazują na istotne zależności z subiektywną oceną jakości życia. Podobnie obrazują się wyniki badań przeprowadzone przez Pawlik i Karczmarek-Borowską [11] natomiast

uzyskane wyniki potwierdziły się z wynikami uzyskanymi przez Kurowską oraz Spierewkę, które wskazują, że mastektomia ma negatywny wpływ na wszystkie domeny życia i może prowadzić do rozwoju depresji [7].

Najliczniejszą grupę stanowiły pacjentki po interwencji chirurgicznej metodą radykalnej jednostronnej mastektomii bo aż 54,4%. Operacji oszczędzającej poddanych zostało blisko 29,1% badanych. Natomiast rekonstrukcji gruczołu piersiowego podało się zaledwie 10,7% ankietowanych, a 16,5% kobiet poddanych zostało radykalnej amputacji obu piersi, porównywalną grupę badawczą analizował Zdończyk uzyskał porównywalne wyniki do przedstawionych wyników [12].

Dolegliwości bólowe, które towarzyszą po leczeniu chirurgicznym oraz obrzęk limfatyczny, poczucie duszności, zmęczenie, trudności w funkcjonowaniu społecznym mają istotny wpływ na obniżony poziom akceptacji własnego ciała. Uzyskane wyniki są porównywalne z wynikami uzyskanymi przez Ośmiałowską oraz Świątoniowską. Kobiety wskazują na niezadowolenie oraz zgłaszają symptomy depresji [13].

Wykluczenie społeczne towarzyszy Amazonkom i po części doświadczają tego odczucia subiektywnie odczuwając brak akceptacji. Dlatego tak ważnym czynnikiem wpływającym na poziom zadowolenia oraz jakość życia jest wsparcie rodziny, znajomych. 39,8% respondentek wykazało że jest zadowolonych z wsparcia jakie otrzymuje potwierdzają to również wyniki uzyskane przez Stępień oraz Witaszka, które wskazują na istotną rolę najbliższych w procesie wspierania kobiet po amputacji piersi by obniżyć lub zniwelować pojawiające się objawy depresji [14].

Co do sfery intymnej, bliskości z drugim człowiekiem atrybut kobiecości i macierzyństwa odgrywa istotną rolę. Wyniki badań przedstawione przez Chałubińską uwzględniające wpływ mastektomii na sferę intymną są porównywalne do uzyskanych wyników własnych

[15]. Podjęcie pracy zarobkowej w grupie badawczej nie wskazuje na istotne znaczenia dla dalszego życia ponieważ 46,6% respondentek to kobiety w wieku emerytalnym. Natomiast aż 35,9% to osoby wykonujące prace umysłową, które deklarują powrót do pracy po okresie rekonwalescencji na dotychczas sprawowane stanowiska. Natomiast w badaniach prowadzonych przez Musiał i wsp. wynika, że zdecydowana większość kobiet po mastektomii potwierdziła, istotne zmiany w ich życiu zawodowym, gdzie ponad połowa kobiet wskazuje, że nie powróci do pracy zawodowej [8]. Świadomość zachorowania na chorobę nowotworową wywołuje w nas nieprzyjemne doznania, mieszane uczucia, niepewność. W grupie badanej negatywne odczucia odczuwa aż 40,8% kobiet, bojących się o swoją dalszą przyszłość. Nowotwór z jakim borykają się te kobiety odciska niesamowite piętno w psychice człowieka, które może prowadzić do zachwiania zdrowia psychicznego. Przejawia się to obniżeniem nastroju, poczuciem braku wartości. Negatywnym myśleniem co skutkuje również odizolowaniem się od najbliższych, agresywnym reagowaniem na dotyk, unikaniem rozmów. Stan taki potwierdzają wyniki badań własnych oraz Fibak [16].

### **Wnioski**

1. Rodzaj wykonanego zabiegu operacyjnego rzutuje na poziom jakości życia. Pacjentki po zabiegu oszczędzającym oceniają swoją jakość życia na poziomie najwyższym natomiast kobiety po obustronnej mastektomii na najniższym, dotyczy to wszystkich domen życia.
2. Ból fizyczny ogranicza kobiety w codziennym funkcjonowaniu
3. Pożycie seksualne dla Amazoнок jest na poziomie średnim.
4. Wpływ udzielanego wsparcia przez znajomych ma istotny wpływ na jakość życia.
5. Świadomość choroby nowotworowej wpływa negatywnie na sferę psychiczną.

6. Podjęcie pracy zarobkowej po zabiegu nie ma większego znaczenia na jakość życia ponieważ w świetle przeprowadzonych badań większość respondentek stanowiły osoby w wieku emerytalnym lub przedemerytalnym. Natomiast osoby aktywne zawodowe po zakończonym procesie terapeutycznym miały zapewnioną możliwość powrotu do pracy.

### **Zalecenia dla praktyki pielęgniarstwa**

Jakość życia ma istotny wpływ na funkcjonowanie człowieka w odniesieniu do wszystkich dziedzin życia. Profilaktyka oraz edukacja zmniejsza ryzyko wystąpienia raka piersi. Mastektomia niesie ze sobą negatywne emocje, duże obciążenie psychiczne. Aktywne uczestnictwo w grupach wsparcia m.in. w grupie Amazonek daje poczucie bezpieczeństwa oraz możliwość nabycia umiejętności akceptacji samej siebie.

### **Bibliografia/Bibliography:**

1. [www.wikipedia.org/wiki/Amazonki\\_\(mitologia\)](http://www.wikipedia.org/wiki/Amazonki_(mitologia)) dn. 14.10.2019.
2. Borzych B. Problemy pielęgnacyjne pacjentek z nowotworem piersi. [w:] Koper A. i Wrońska I. (red.), Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową. Czelej, Lublin 2017:35–39.
3. Jeziorski A., Szawłowski A.W., Towpik E. Chirurgia onkologiczna. PZWL, Warszawa 2009;531–535.
4. Kufel- Grabowska J., Nowakowski B. Rak piersi w codziennej praktyce lekarza. Kompendium Wiedzy, Warszawa 2019:13–17.
5. Płoch K., Puto G., Prażmowska B. Czynniki ryzyka raka piersi u kobiet zgłaszających się na badanie mammograficzne. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2009;1-2:47–51.
6. Szpurtacz K. Jakość życia kobiet po mastektomii. Pielęgniarstwo Polskie. 2016;3(61):397–402.

7. Kurowska K., Spierewka B. Rola przystosowania się do optymalnej jakości życia kobiet po mastektomii. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2012;3:114–122.
8. Musiał Z., Sendecka W., Zalewska–Puchała J. Jakość życia kobiet po mastektomii. *Probl Piel*. 2013;21:38–46.
9. Gałka A., Świątoniowska N.A. Ocena jakości życia kobiet z rakiem piersi w zależności od zastosowanej metody leczenia chirurgicznego. *Palliative Medicine in Practice* 2018;12(2):76–85.
10. Kimszał E., Kurowska K. Jak zabieg mastektomii wpływa na kobiecą psychikę. *Pielęgniarstwo Polskie* 2018;3 (69):293–297.
11. Pawlik M., Kaczmarek-Borowska B. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. *Wydawnictwo UR*. 2013:203–210.
12. Zdończyk S.A. Wpływ wybranych czynników socjomedycznych na jakość życia i funkcjonowanie psychoseksualne kobiet po leczeniu operacyjnym raka gruczołu piersiowego. *Pom J Life Sci*. 2015;61:199–206.
13. Ośmiałowska E., Świątoniowska N. Jakość życia pacjentek z rozpoznaniem nowotworu piersi. *Palliative Medicine in Practice*. 2018;12(3):143–150.
14. Stępień R., Witaszka G. Znaczenie rodziny w adaptacji funkcjonalnej kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2011;19(3):375–377.
15. Chałubińska J., Łuniewska – Bury J., Spych M. Jakość życia kobiet ze szczególnym uwzględnieniem życia seksualnego w trakcie leczenia i po leczeniu z powodu raka piersi. *Przegląd Menopauzalny*. 2010;3:178–183.
16. Gałuszko G., Gałuszko R. *Zdrowie Publiczne Standardem Dobrostanu*. 2015.

## **Ocena satysfakcji rodziców z leczenia ludzkim rekombinowanym hormonem wzrostu dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki**

**Assessment of parents' satisfaction with treatment with human recombinant growth hormone in children with somatotropin hypopituitarism**

LECH GRZELAK<sup>1,2</sup>, ANNA WIŚNIEWSKA<sup>3</sup>, ROBERT ŚLUSARZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instytut Nauk o Zdrowiu, Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku

<sup>2</sup> Koordynator Oddziału Neurochirurgii Specjalistycznego Szpitala Miejskiego w Toruniu

<sup>3</sup> Oddział Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii i Neurologii Dziecięcej w Szpitalu Dziecięcym w Toruniu

DOI: <http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2020.021>

ISSN: 2451-1846

### **Streszczenie**

**Wstęp.** Niskorosłość jest określeniem wzrostu dziecka poniżej dwóch odchyłeń standardowych od norm przyjętych dla płci i wieku. W Polsce refundacji podlega leczenie rekombinowanym hormonem wzrostu somatotropinowej niedoczynności przysadki w ramach programów lekowych Narodowego Funduszu Zdrowia. Podawanie hormonu wzrostu w postaci codziennych iniekcji jest uciążliwe i wymaga zaangażowania całej rodziny w proces leczenia. Wielokierunkowe działanie GH poprawia jakość życia małych pacjentów.

**Cel.** Celem pracy jest analiza satysfakcji rodziców z leczenia hormonem wzrostu dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki.

**Materiał i metody.** W badaniu wzięło udział 69 rodziców dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki leczonych hormonem wzrostu na oddziale Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii i Neurologii Dziecięcej w Szpitalu Dziecięcym w Toruniu. Do badań wykorzystano ankietę własną oraz standaryzowany kwestionariusz KIDSCREEN-52 wersja dla rodziców.

**Wyniki.** Rodzice dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki są usatysfakcjonowani z leczenia rekombinowanym hormonem wzrostu i oceniają kuracje pozytywnie. W trakcie terapii hormonem wzrostu wysoko oceniają jakość życia swoich dzieci. Istnieje zależność pomiędzy oceną przez rodziców terapii hormonem wzrostu a zmianą jakości życia ich dzieci.

**Wnioski.** Satysfakcja z leczenia rekombinowanym hormonem wzrostu jest zależna od czasu trwania kuracji, osiągniętych rezultatów wzrostowych oraz wieku dziecka.

**Słowa kluczowe:** niskorosłość; terapia hormonem wzrostu; satysfakcja rodziców; somatotropinowa niedoczynność przysadki.

## Summary

**Introduction.** Short stature is a term for a child's height below two standard deviations from the norms adopted for sex and age. In Poland, treatment with recombinant growth hormone of somatotropin hypopituitarism is reimbursed under the National Health Fund drug programs. Administration of growth hormone in the form of daily injections is cumbersome and requires the involvement of the whole family in the treatment process. The multidirectional action of GH improves the quality of life of small patients.

**Aim.** The aim of the study is to analyze parents' satisfaction with growth hormone treatment in children with somatotropin hypopituitarism.

**Material and methods.** The study involved 69 parents of children with somatotropin hypopituitarism treated with growth hormone at the Department of Pediatrics, Endocrinology, Diabetology and Pediatric Neurology at the Children's Hospital in Torun. The research used the own questionnaire and KIDSCREEN questionnaire for parents.

**Results.** Parents of children with somatotropin hypopituitarism are satisfied with the treatment with recombinant growth hormone and evaluate the

treatment positively. During growth hormone therapy, they highly estimate the quality of their children's lives. There is a correlation between parents' assessment of growth hormone therapy and the change in their children's quality of life.

**Conclusions.** Satisfaction with treatment recombinant growth hormone depends on the duration of treatment, achieved growth results and the child's age.

**Keywords:** short stature; somatotropin hypopituitarism; parents satisfaction with growth hormone therapy.

## Wstęp

Wzrastanie jest zależne od czynników genetycznych, metabolicznych a także hormonalnych. Wzrost jest uwarunkowany stanem zdrowia, dostarczeniem składników odżywczych i prawidłowo działającym układem nerwowym i hormonalnym. Istnieją choroby przewlekłe, które spowalniają wzrastanie u dziecka. Zwolnione tempo wzrostu może wyprzedzać o miesiące i lata wystąpienie chorób np.: choroby trzewnej. Niski wzrost jest jedną z najczęstszych z przyczyn kierowania dziecka do endokrynologa, ale znikomy procent wymaga leczenia hormonalnego. Oceniając dziecko niskorosłe należy brać pod uwagę pozycje centylową wzrostu dziecka. Pozycję centylową określa się na podstawie siatek centylowych opracowanych przez Zakład Rozwoju Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Postęp w dziedzinie genetyki umożliwia postawienie dokładnej diagnozy ocenę rokowania i możliwości leczenia. Niskorosłość to określenie stanu wzrostu dziecka poniżej 3 centyla na siatce centylowej, poniżej 2 odchyłeń standardowych(-2SD) od normy dla płci i wieku. Dzieci z tak określonym niedoborem nie wykazują cech choroby. Niski wzrost dotyczy 3% populacji. W Polsce około 200 000 dzieci ma postawioną diagnozę zaburzeń wzrastania z czego 1,5% powodują zaburzenia w uwalnianiu hormonu wzrostu [1,2,3,4,5].



Hormon wzrostu (growth hormone, GH) nazywany somatotropiną jest produkowany przez komórki przedniego płata przysadki mózgowej. Synteza GH następuje w komórkach somatotropowych, które znajdują się lateralnie w przednim płacie przysadki. Rola hormonu wzrostu polega na stymulacji procesów wzrastania. Hormon pełni różne funkcje w organizmie i zależy w jakim okresie rozwoju jest organizm. Pobudza wzrost i podział komórek, chrząstek, wpływa na dojrzewanie płciowe, gospodarkę lipidową, węglowodanową, białkową, wodno-elektrolitową. Ma też wpływ na układ mięśniowy i krążenia. Hormon wpływając na układ kostny działa bezpośrednio na pobudzenie wzrostu kości długich, zapewniając prawidłową mineralizację kości [6,7,8,2].

Somatotropinowa niedoczynność przysadki (SNP) powstaje na skutek upośledzonego wydzielania hormonu wzrostu przez komórki somatotropowe przysadki w okresie rozwojowym, powodując upośledzenie tempa wzrastania. (SNP) może występować jako izolowane schorzenie a przy braku wydzielaniem innych hormonów przysadki występuje wielohormonalna niedoczynności przysadki (WNP). Przyczyny somatotropinowej niedoczynności przysadki mogą być nabyte i wrodzone. Bardzo często SNP spowodowana jest wadami rozwoju okolicy podwzgórzowo-przysadkowej i uszkodzeniami w okresie ciąży i porodu. Występowanie SNP ocenia się 1:4000 – 1:10 000 żywych urodzeń. Większość przypadków somatotropinowej niedoczynności przysadki ma podłoże idiopatyczne [9,10,7,2,11].

Niedobór hormonu wzrostu to zaburzenie, które nie powoduje typowych objawów somatycznych. Początkowo rodzice są zaniepokojeni wzrostem swojego dziecka, które jest znacznie mniejsze niż dzieci w jego wieku. Dzieci „niskie” są wyszydzane, wyśmiewane przez kolegów. Często traktowane jako młodsze, wyklucza się je z zabawy, przyjaźni. U dzieci z niskorosłością dominują zachowania wycofania, występuje u nich lękliwość, często zaburzenia koncentracji. Niski wzrost

potęguje izolację społeczną, niską samoocenę, brak umiejętności społecznych. Rodzice zgłaszają, że ich dziecko spotyka się z traktowaniem typu: zaczepki, drażnienie, fizyczne znęcanie. Niskorosłość dziecka trudno zaakceptować rodzicom, często zaburzone zostają relacje pomiędzy członkami rodziny. Dysfunkcja życia w grupie rówieśniczej w skrajnych przypadkach może doprowadzić do prób samobójczych. To jak niskorosłość jest odbierana przez dziecko zależy również od tego jak rodzice akceptują niedobór wzrostu. Dziecko na tej podstawie buduje swoje poczucie wartości. Istnieje bowiem przekonanie, że wysocy ludzie osiągają bardziej prestiżowy zawód [1,12,13,14,15,16].

Somatotropinowa niedoczynność przysadki jest podstawowym wskazaniem do leczenia hormonem wzrostu. W Polsce do refundowanej terapii ludzkim rekombinowanym hormonem wzrostu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu. Programy zdrowotne- lekowe Narodowego Funduszu Zdrowia określają kryteria włączenia i wyłączenia z leczenia hormonem wzrostu. Leczenie jest ściśle określone i trwa do czasu podjęcia przez Zespół ds. Stosowania Hormonu Wzrostu bądź lekarza prowadzącego decyzji o wyłączenia z programu zgodnie z kryteriami [6,17,18,5].

Podjęcie decyzji o leczeniu hormonem wzrostu wymaga zaangażowania całej rodziny w program terapeutyczny. Konieczne, okresowe wizyty w szpitalu. Pobieranie krwi do badań kontrolnych, wymagają przygotowania psychicznego dziecka. Dziecko zakwalifikowane do leczenia hormonem wzrostu musi codziennie otrzymywać podskórne iniekcje. Rodzic przechodzi szkolenie jak należy poprawnie wykonać wstrzyknięcie i przechowywać hormon wzrostu. Na początku leczenia jest to bardzo stresujące, szczególnie dla małych dzieci. Pobyt w szpitalu w celu wykonania badań kontrolnych jest często przyczyną płaczu i stresu dla dziecka. Hormon wzrostu musi być zawsze przechowywany w lodówce także podczas urlopu, podróży czy innych sytuacjach życiowych.

**Cel**

W pracy podjęto próbę analizy satysfakcji rodziców z leczenia ludzkim rekombinowanym hormonem wzrostu dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki. Postawiono sobie pytania jak rodzice oceniają leczenie. Czy tylko poprawą jakości życia leczonych dzieci? Czy istnieje zależność między ich oceną a oceną jakości życia leczonego dziecka? Jak wreszcie długość leczenia i osiągnięty rezultat wzrostu wpływa na satysfakcję rodziców z leczenia ich dzieci.

**Materiał i metody**

Badania prowadzone były wśród rodziców dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki leczonych ludzkim rekombinowanym hormonem wzrostu w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Rydygiera w Toruniu na oddziale Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii i Neurologii Dziecięcej, w terminie od 01.12.2019 do 01.02.2020r. Na badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Wydziale Nauk o Zdrowiu Państwowej Uczelni Zawodowej we Włocławku.

Spośród 69 ankietowanych rodziców, 77%(53) stanowiły kobiety, 23%(16) mężczyźni. Grupa ankietowanych została zróżnicowana pod względem wieku rodziców. 57%(39) stanowili rodzice w wieku od 25 do 35 lat, natomiast 41%(28) respondentów miało powyżej 35 lat, natomiast 3%(2) stanowili ankietowani rodzice przed 25 rokiem życia.

Wśród dzieci leczonych rekombinowanym hormonem wzrostu 70%(48) stanowili chłopcy, natomiast 30%(21) dziewczynki.

W przeprowadzonych badaniach zastosowano technikę badawczą metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym były: metryczka oraz kwestionariusze ankiet, które służyły do realizacji wybranej techniki badań. Do badań wykorzystano również standaryzowany kwestionariusz zdrowotny dla dzieci i młodzieży KID-SCREEN-52 w wersji dla rodziców, który służy do badania 10 wymiarów jakości życia: samopoczucie fizyczne (W1), samopoczucie

psychiczne (W2), nastroje i emocje (W3), obraz własnej osoby (W4), niezależność (W5), relacje z rodzicami i dom (W6), zasoby finansowe (W7), wsparcie społeczne, koledzy (W8), środowisko szkolne (W9) oraz akceptacja społeczna (W10). Przy pomiarze danego obszaru/wskaźnika za najlepszy wynik przyjmuje się 100, natomiast im niższy wynik na skali tym gorsza jakość życia w danym obszarze/wskaźniku.

Do oceny statystycznej wykorzystano test Shapiro-Wilka, nieparametrycznego testu U Manna-Whitney'a oraz współczynnika korelacji rang Spearmana (Rs). Założono poziom istotności  $\alpha = 0,05$ . Za istotne statystycznie uznawano wyniki, gdy wyliczone prawdopodobieństwo testowe  $p$  spełniało nierówność  $p < 0,05$ . Do analizy statystycznej wykorzystany został program Statistica 10.0 (StatSoft Inc., 2011).

## Wyniki

W przebiegu przeprowadzonych badań stwierdzono w 77% przypadkach zgodność efektów leczenia z oczekiwaniami rodziców jako bardzo dużą, w 17% przypadków średnią a tylko 5% jako „trochę” lub „wcale”. Korespondowało to z spostrzeżeniem przez rodziców wzrostu samooceny dziecka. 46% rodziców uznało, że leczenie bardzo przyczyniło się do wzrostu samooceny dziecka, 28% zadeklarowało, że „średnio”, 20%, że „trochę”, natomiast 6% udzieliło odpowiedzi „wcale”. Może to być powiązane z poprawą spostrzegania dziecka w grupie rówieśniczej. Badania wykazały, że 41% respondentów zauważyło pozytywny wpływ leczenia na postrzeganie dziecka w grupie rówieśniczej, 33% zadeklarowało średni wpływ, 16% udzieliło odpowiedzi „trochę”, natomiast 10% stwierdziło, że leczenie nie miało pozytywnego wpływu na postrzeganie dziecka w grupie rówieśniczej. Znalazło to częściowe potwierdzenie w ocenie poszczególnych obszarów kwestionariusza zdrowotnego KIDSCREEN-52. Najwyższe średnie wartości standaryzowanej skali wykazano dla obszarów: nastroje i emocje

(84,55 ± 12,73), relacje z rodzicami i dom (81,83 ± 10,88) oraz akceptacja społeczna (89,86 ± 12,86). Wyniki świadczyły o wysokim poziomie jakości życia w tych obszarach. Najniższe średnie wartości, świadczące o niskim poziomie jakości życia prezentowały obszary: zasoby finansowe (70,14 ± 17,44), wsparcie społeczne i koledzy (65,51 ± 16,60) oraz środowisko szkolne (67,34 ± 15,78). Wyniki pozostałych obszarów przedstawiono w Tabeli 1.

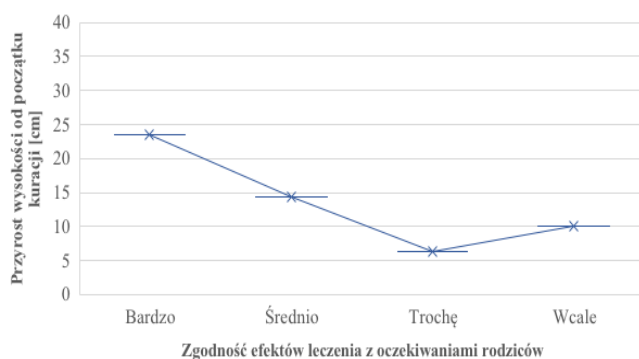
Dokonano również analizy zależności między poszczególnymi obszarami oceny leczenia/satysfakcji rodziców a obszarami jakości życia dzieci. Istotnie statystycznie zależności zaobserwowano dla sześciu par zmiennych. Stwierdzono, że im wyższa jakość obszaru samopoczucia fizycznego i zdrowia, tym mniejsza potrzeba przygotowania psychicznego dziecka do wizyt w szpitalu w związku z leczeniem. Im wyższa jakość obszaru wsparcia społecznego i kolegów, tym mniejsze utrudnienie wynikające z wizyt na oddziale szpitalnym związanych z leczeniem również mniejsza potrzeba przygotowania psychicznego dziecka do wizyt w szpitalu. Wyższy poziom zasobów finansowych związany był istotnie z mniejszym wzrostem samooceny dziecka w wyniku stosowanego leczenia oraz mniejszym wpływem leczenia na bardziej pozytywne postrzeganie dziecka w grupie rówieśniczej.

Tabela 1. Statystyki opisowe poszczególnych obszarów kwestionariusza KID-SCREEN-52 w wersji dla rodziców (N=69).

Obszar	Wskaźnik	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	Minimum	Maksimum	Zakres
Samopoczucie fizyczne i zdrowie	W1	71,88	13,09	76,00	32,00	96,00	64,00
Samopoczucie psychiczne	W2	74,73	11,54	76,67	40,00	100,00	60,00
Nastroje i emocje	W3	84,55	12,73	85,71	22,86	100,00	77,14
Obraz własnej osoby	W4	77,62	12,37	80,00	44,00	100,00	56,00
Niezależność	W5	70,72	12,53	68,00	52,00	100,00	48,00
Relacje z rodzicami i dom	W6	81,83	10,88	83,33	53,33	96,67	43,33
Zasoby finansowe	W7	70,14	17,44	66,67	20,00	100,00	80,00
Wsparcie społeczne i koledzy	W8	65,51	16,60	63,33	20,00	100,00	80,00
Środowisko szkolne	W9	67,34	15,78	70,00	26,67	100,00	73,33
Akceptacja społeczna	W10	89,86	12,86	93,33	40,00	100,00	60,00

Stwierdzono, również, że im wyższa jakość obszaru środowiska szkolnego, tym mniejszy wpływ leczenia na bardziej pozytywne postrzeganie dziecka w grupie rówieśniczej. Potwierdziło to wypowiedzi, rodziców w kwestionariuszu, w którym 17% rodziców oceniło jakość życia dziecka w trakcie leczenia jako doskonałą, 55% jako bardzo dobrą, 26% dobrze. 1% udzielił odpowiedzi „tak sobie”.

Dokonano analizy korelacyjnej poszczególnych obszarów oceny leczenia i osiągniętego przyrostu dziecka. Analizy wykazały, że osiągnięty przyrost wysokości dziecka korelował ze zgodnością efektu leczenia z oczekiwaniami rodziców. Współczynnik  $R_s = -0,458$  przy poziomie  $p = 0,000$  oznaczał, że im większy przyrost, efekt leczenia był bardziej zgodny z oczekiwaniami rodziców (Rycina 1).



Rycina 1. Graficzne porównanie rozłożenia średnich arytmetycznych przyrostu wysokości (od początku kuracji) zgodności efektów leczenia z oczekiwaniami rodziców (N=67).

## Dyskusja

W Polsce każdego roku zgłasza się do lekarza endokrynologa ok 200 dzieci z powodu niskorosłości. Osoby niskiego wzrostu są obecne wśród nas. Często niskorosłość związana jest z uwarunkowaniami

rodzinnymi i genetycznymi. Tylko 2%-8% ma niedobór wzrostu, który wymaga leczenia hormonem. Terapia hormonem wzrostu jest promowana na świecie. Postęp medycyny pozwala na osiągnięcie wzrostu zadowolającego samo dziecko i rodziców. Dlatego rodzice chcą aby ich dziecko było zakwalifikowane do leczenia[19].

Przeprowadzone badania dotyczące satysfakcji rodziców z leczenia SNP, zakładają że ocena poziomu satysfakcji rodziców z leczenia możliwa jest przez ocenę jakości życia dzieci z niskorosłością w trakcie leczenia. Rodzic, który wysoko ocenia jakość życia dziecka w trakcie kuracji hormonem, pozytywnie ocenia całą kurację jest usatysfakcjonowany z całego programu terapii.

Buczyńska-Górna w swojej Rozprawie doktorskiej badała „Jakość życia dzieci i młodzieży z somatotropinowa niedoczynnością przysadki przed i w trakcie leczenia ludzkim rekombinowanym hormonem wzrostu”. Praca opisuje wiele aspektów życia dziecka z niskorosłością i jego całej rodziny. Autorka mówi o wpływie niskorosłości na funkcjonowanie rodziny dziecka[20].

Quitmann opisuje w artykule „Quality of life of short-statured children born small for gestational age or idiopathic growth hormone”, obawy, stres u rodziców związany z leczeniem dzieci. Autorka opisuje odczucia rodziców co do terapii, przebiegu i satysfakcji z efektu leczenia [11].

Badania własne wykazały, że uzyskanie zadowolającej odpowiedzi wzrostowej jest głównym celem terapii hormonem u dzieci z SNP. Rodzice czują się usatysfakcjonowani z efektów wzrostowych. Jak pisze Buczyńska Górna, pozytywne nastawienie pacjenta i rodziny do prowadzonej terapii jest jednym z warunków do uzyskania dobrych rezultatów z leczenia”[20]. Stwarza to konieczność do wprowadzenia parametrów, które oceniają cały wpływ choroby, zastosowanej terapii na życie i funkcjonowanie całej rodziny. Pomimo obaw, związanych z długotrwałym leczeniem, obowiązujących obostrzeniach – wizyty



i badania kontrolne, codzienne iniekcje i konieczność prawidłowego przechowywania lek, rodzice za wszelką cenę chcą aby ich dziecko było objęte programem leczenia. Pozwala to na uspokojenie sumienia i że zrobiło się wszystko aby ułatwić start dziecka w dorosłym życiu. Julia Quitmann w badaniach analizując dane rodziców pisze, że odczuwają oni niepokój związany z leczeniem ich dzieci, mówi o rodzicielskim poczuciu smutku z powodu poczucia winy i frustracji podczas podawania zastrzyków, co wpływa na satysfakcję i cały proces leczenia. Autorzy podkreślają, że rodzice i pacjenci podejmując decyzje za i przeciw leczeniu GH muszą posiadać pełną wiedzę na temat leczenia[11].

Kolejnym aspektem poddanym analizie była ocena jakości życia dziecka leczonego hormonem. W badaniu rodzice wysoko oceniają jakość życia dziecka w trakcie terapii. Oceniono zależność między satysfakcją rodziców z leczenia a jakością życia leczonego dziecka. 17% rodziców oceniło jakość życia w trakcie leczenia jako doskonałą, 55% jako bardzo dobrą, 26% dobrze. Buczyńska -Górna w swoich badaniach wykazuje poprawę w zakresie aktywności fizycznej, samooceny, funkcjonowania dzieci w szkole. A także pozytywnego oddziaływania terapii hormonem na całą rodzinę, podnosi jakość życia. [9] Leczenie rekombinowanym hormonem wzrostu jest nie tylko promującym wzrastanie ale działając wielokierunkowo daje możliwość dużej poprawy jakości życia, wywierając korzystny wpływ na funkcjonowanie psychospołeczne dziecka i rodziny[21].

Satysfakcja rodziców z leczenia hormonem wzrostu jest ściśle powiązana z efektami leczenia i poprawą jakości życia ich dzieci. Znalazło to potwierdzenie w przeprowadzonych badaniach ale również w literaturze. Esther Leiberman i wsp. w swej pracy ocenili satysfakcję z leczenia rekombinowanym hormonem wzrostu wysoko. Umiejętność radzenia sobie z przewlekłą chorobą, która wymaga długiego leczenia wpływa na jakość życia dzieci i ich rodziców. W badaniach tych autorów stwierdzono, że mimo iż terapia hormonem stanowi duże

obciążenie dla pacjentów i rodziców, wszyscy „radzili sobie” i wyrażali zadowolenie z leczenia. Zdolność radzenia sobie i satysfakcja z leczenia służą jako wskaźnik jakości leczenia. Badacze udowadniają, że pacjenci i rodzice traktują terapię jako inwestycję, którą są gotowi wykonać aby zwiększyć swój wzrost. W ich badaniach długość leczenia nie wpłynęła na wynik radzenia sobie i satysfakcji z leczenia. Dzieci z zaburzeniami wzrastania cierpią na niepełnosprawność społeczną i psychiczną nie mniej korzyści wynikające z leczenia hormonem wnoszą w ich życie wiele pozytywnych zmian[22].

### **Wnioski**

1. Rodzice dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki są usatysfakcjonowani z leczenia rekombinowanym hormonem wzrostu i oceniają kuracje pozytywnie. Z badań wynika, że wysoko oceniają jakość życia swoich dzieci w trakcie terapii hormonem wzrostu.
2. Zależność między oceną leczenia hormonem przez rodziców a oceną jakości życia dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki potwierdziła się. Lepsze zdrowie i samopoczucie dziecka skutkuje mniejszymi problemami w dalszym leczeniu.
3. Satysfakcja rodziców z leczenia rekombinowanym hormonem wzrostu jest zależna od czasu trwania kuracji i osiągniętych rezultatów wzrostowych. Efekt leczenia jest zgodny z oczekiwaniami rodziców.

### **Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej**

Świadomość, że niskorosłość dziecka nie jest tylko jego problemem fizycznym, ale również emocjonalnym i społecznym pozwala pielęgniarce zaplanować i dopasować swoje postępowanie do etapu leczenia na jakim dziecko się znajduje. Biorąc pod uwagę długotrwałość terapii i jej uciążliwość dla pacjenta, pielęgniarka musi nawiązać

odpowiednie relacje z chorym i jego rodzicami w celu zapewnienia im poczucia bezpieczeństwa jednocześnie zapewniając o słuszności podjętej decyzji leczenia.

W swoim działaniu pielęgniarka musi pamiętać, że wynik terapii w dużej mierze zależy od zaangażowania rodziców chorego dziecka, którzy sukces mierzą wielkością wzrostu i poprawą jakości życia swoich dzieci. Należy tak zaplanować swoje działania edukacyjne, aby umiejętnie wdobyć rodziców w długotrwały proces leczenia i problemy z tego wynikające.

### **Bibliografia/Bibliography:**

1. Beń-Skowronek I. Leczenie niskorosłości u dzieci. Forum pediatrii praktycznej. 2016; 11.
2. Pyrzak B. Endokrynologia wieku rozwojowego. PZWL 2019.
3. Radzikowski A. Pediatria Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa. Wydawnictwo MediPage, Warszawa 2008.
4. Romer E. Dziecko niskorosłe. Pediatria po dyplomie, Wydanie Specjalne, Wrzesień 2008.
5. Zbukiewicz-Kucharska A. Wpływ wybranych czynników na skuteczność leczenia GH u dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki. Endokrynologia Pediatria 2014;13,4(49).
6. Bednarczuk T. ITEM Publishing Podstawy endokrynologii. Warszawa 2017.
7. Oświęcimska J. Niedobór hormonu wzrostu u dzieci młodych i dorosłych. Postępy Hig med. Dosw,2016;70:928-937.
8. Pilch T. Zasady badań pedagogicznych, Wydawnictwo Żak, Warszawa 2010:46,71.

9. Bednarczuk T. Niedoczynność przysadki 2014 <https://www.mp.pl/pacjent/endokrynologia/choroby/78201>, niedoczynnosc-przysadki, (111-118).
10. Melissa D. Problemy kliniczne w diagnostyce dziecka niskorosłego. 2015. <https://www.mp.pl/pediatrics/2014/43:321-327>.
11. Quitmann J. Quality of life of short-statured children born small for gestational age or idiopathic growth hormone deficiency within 1 year of growth hormone treatment. Original Research 2019.
12. Bielecka-Jasiocha J. Psychospołeczne funkcjonowanie dzieci niskorosłych, Endokrynologia Pediatria, 2008;7,1(22).
13. Borek E. Gorsze wzrastanie dziecka- dylematy terapeutyczne. Medical Tribune 2015.
14. Buczyńska-Górna M. Zastosowanie Kwestionariusza Samopoczucia Dziecka Leczonego Hormonem Wzrostu do badania dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki podczas terapii rekombinowanym ludzkim hormonem wzrostu. Endokrynologia Pediatria 2012;11,4(41).
15. Krukowska-Andrzejczyk B. Czy terapia rekombinowany hormonem wzrostu ma wpływ na poprawę jakości życia dzieci z idiopatycznie niskim wzrostem. Endokrynologia Pediatria 2010;10,3(36).
16. Oleś M. Subiektywna jakość życia, poczucie własnej wartości i postrzegane wsparcie społeczne u nastolatków z zaburzeniami endokrynnymi. Endokrynologia Pediatria 2014;13:35-48.
17. Hilczer M. Wskazania do leczenia hormonem wzrostu u dzieci i dorosłych. Przegląd Pediatryczny 2004; 34,3/4.
18. Lewiński A. Ogólnopolski Program Leczenia Ciężkiego Niedoboru Hormonu Wzrostu u Osób Dorosłych oraz u Młodzieży po Zakończeniu Terapii Promującej Wzrastanie. Endokrynologia Polska. 2018;69,5.

19. Biczysko-Mokosa A. Ocena wybranych parametrów i metod przewidywania wzrostu końcowego u pacjentów z trwałym i przejściowym niedoborem hormonu wzrostu. *Endokrynologia Pediatria* 2012;11,3(40).
20. Buczyńska-Górna M. Jakość życia u dzieci i młodzieży z somatotropinową niedoczynnością przysadki przed i w trakcie leczenia ludzki rekombinowanym hormonem wzrostu. Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem dr hab.n.med. Andrzeja Kędzi 2009, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
21. Barstow C., Evaluation of short and tall stature in children, <https://www.mp.pl/endokrynologia/wytyczne> 173471, 10.11.2017.
22. Leiberman E. Coping and Satisfaction with Growth Hormone Teratment among Short-Stature Children. *Hormone Research in Peadiatrics* 40(4)128-135, 2002.

## Świadomość pacjentów na temat późnych powikłań cukrzycy typu 2

Patients' awareness of late complications  
in type 2 diabetes

ANNA ANT CZAK-KOMOTERSKA<sup>1</sup>, BEATA BORUCZKOWSKA<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku, Instytut Nauk o Zdrowiu

<sup>2</sup> Centrum Diagnostyczno-Lecznicze Barska we Włocławku

DOI: <http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2020.022>

ISSN: 2451-1846

### Streszczenie

**Wstęp.** Cukrzyca to grupa chorób metabolicznych charakteryzująca się hiper-glikemią wynikającą z defektu produkcji lub działania insuliny wydzielanej przez komórki beta trzustki. Najczęstszą postacią cukrzycy jest cukrzyca typu 2, w której pierwotnie dochodzi do zmniejszonej wrażliwości tkanek na insulinę (insulino oporność). Wieloletnia cukrzyca prowadzi do wielu groźnych powikłań, które dotyczą wielu narządów, np. narządu wzroku, nerek czy włókien nerwowych.

**Cel.** Celem pracy była ocena świadomości pacjentów na temat późnych powikłań cukrzycy typu 2.

**Materiał i metody.** W badaniu wzięło udział 100 pacjentów zarówno płci żeńskiej jak i męskiej leczących się w Poradni Diabetologicznej CDL Barska. Wybrano metodę sondażu diagnostycznego, zastosowano technikę ankietową i analizę dokumentacji medycznej. Narzędziem badawczym wykorzystanym w pracy był autorski kwestionariusz ankiety oraz dokumentacja medyczna.

**Wyniki.** Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że zdecydowaną większość pacjentów stanowią kobiety (63%), powyżej 60 roku życia (40%), mieszkające w mieście (62%), aktywne zawodowo (44%), które chorowały poniżej 5 lat (45%). Najwięcej badanych wskazywało na uczestniczenie

w konsultacjach okulistycznych (65%). Największa grupa badanych wskazywała na powikłanie w postaci nadciśnienia (37,4%), zaburzenie widzenia (23,7%), najmniej wskazało na stopę cukrzycową (0,7%).

**Słowa kluczowe:** cukrzyca; powikłania cukrzycy; retinopatia; neuropatia; nefropatia; kardiomiopatia; stopa cukrzycowa.

### **Abstract**

**Admission.** Diabetes mellitus is a group of metabolic diseases characterized by hyperglycaemia resulting from a defect in the production or function of insulin secreted by the beta cells of the pancreas. The most common form of diabetes is type 2 diabetes, in which there is primarily a decreased sensitivity of tissues to insulin (insulin resistance). Long-term diabetes leads to many serious complications that affect many organs, such as the eyes, kidneys and nerve fibers.

**Aim.** The aim of the study was to assess the patients' awareness of late complication of type 2 diabetes.

**Material and methods.** The study involved 100 female and male patients treated at the CDL Barska Diabetes Clinic. The diagnostic survey method was selected, the survey technique and the analysis of medical records were used. The research tool used in the work was the original questionnaire and medical documentation.

**Results.** The conducted research shows that the vast majority of patients are women (63%), over 60 (40%), living in the city (62%), professionally active (44%), who were ill for less than 5 years (45%). Most respondents indicated participation in ophthalmological consultations (65%). The largest group of respondents indicated a complication in the form of hypertension (37.4%), visual impairment (23.7%), and the least indicated a diabetic foot (0.7%).

**Keywords:** diabetes; diabetes complications; retinopathy; neuropathy; nephropathy; cardiomyopathy; diabetic foot.

## Wstęp

Według WHO cukrzyca: „Jest to grupa chorób metabolicznych charakteryzująca się hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania i/lub działania insuliny. Przewlekła hiperglikemia w cukrzycy wiąże się z uszkodzeniem, zaburzeniem czynności i niewydolnością różnych narządów, szczególnie oczu, nerek, nerwów, serca i naczyń krwionośnych”[1].

Objawem cukrzycy jest podwyższone stężenie glukozy we krwi, a także opornością na działanie insuliny, mimo tego, że jej stężenie we krwi jest prawidłowe. Stan ten nazywany jest insulinoopornością – znaczne obniżenie wrażliwości tkanek organizmu na działanie insuliny[2].

Cukrzyca typu 2 to choroba, która stanowi ogromny problem epidemiologiczny i diabetologiczny. Jest jednym z bardzo ważnych i trudnych zagadnień w medycynie XXI wieku [5]. Cukrzyca typu 2 jest jedną z głównych przyczyn przedwczesnej umieralności głównie z powodu sercowo-naczyniowe. Niesie za sobą również groźne powikła prowadzących do ślepoty, amputacji kończyn oraz niewydolności nerek. Przy rozpoznaniu cukrzycy typu 2 oczekiwana długość życia znacząco się skraca[6,7].

Do późnych powikłań cukrzycy zaliczamy :

- **Retinopatia cukrzycowa – to** zespół zmian czynnościowych, biochemicznych i anatomicznych wstępujących w przebiegu cukrzycy. Zmiany te prowadzą do zaburzeń widzenia, niekiedy do całkowitej utraty wzroku. Mogą zostać uszkodzone wszystkie struktury oka. Są to zmiany o podłożu naczyniowym. Retinopatia cukrzycowa często przebiega bez objawów – nie pojawiają się ani problemy z widzeniem, ani dolegliwości bólowe. Dlatego bardzo ważne są badania przesiewowe u pacjenta chorego na cukrzycę[1,8,9].



- **Nefropatia cukrzycowa** –charakteryzuje się nieodwracalnym i postępującym pogorszeniem czynności nerek. Dochodzi do uszkodzenia włośniczek kłębuszka nerkowego, które wynika z długotrwałego zwiększonego stężenia glukozy we krwi i innych zmian patologicznych u chorych na cukrzycę – makroangiopatia cukrzycowa (choroba wieńcowa, miażdżycza naczyń obwodowych)[1,8,9].
- **Neuropatia cukrzycowa**- uszkodzenie nerwów. Główną przyczyną neuropatii cukrzycowej jest hiperglikemia, która powoduje zaburzenia budowy włókien nerwowych oraz zaburzenia ich funkcji, polegającej na przewodzeniu impulsów nerwowych. jest przyczyną silnych dolegliwości powodujących pogorszenie jakości życia i jest znaczącym czynnikiem ryzyka rozwoju stopy cukrzycowej oraz nagłego zgonu[1,8,9].
- **Kardiomiopatia cukrzycowa** -postępująca choroba mięśnia sercowego prowadząca do zaburzeń jego budowy i czynności skutkująca osłabieniem czynności skurczowej i niewydolnością serca. W efekcie organizm pozbawiony jest utlenowanej krwi co może doprowadzić do zgonu. Cukrzyca doprowadza w obrębie mięśnia sercowego do mikroangiopatii [1,8,9].
- **Stopa cukrzycowa** - występowanie infekcji, owrzodzenia i/lub destrukcję tkanek głębokich w obrębie kończyn dolnych poniżej kostki u pacjentów z cukrzycą, u których stwierdzono neuropatię/lub zmiany miażdżycowe kończyn dolnych. W rozwoju zespołu stopy cukrzycowej najważniejszą rolę odgrywa neuropatia cukrzycowa i miażdżycza tętnic kończyn dolnych. Hiperglikemia jest głównym czynnikiem, który powoduje uszkodzenie nerwów, jak też nasilenie i przyspieszenie miażdżycy tętnic kończyn dolnych. Oprócz hiperglikemii rozwojowi miażdżycy sprzyjają również czynniki takie jak zaburzenia lipidowe, insulinooporność, dysfunkcja śródbłonna, owrzodzenia[1,8,9].

## Cel

Celem niniejszej pracy była ocena świadomości pacjentów na temat późnych powikłań cukrzycy typu 2.

## Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 100 pacjentów zarówno płci żeńskiej jak i męskiej leczących się w Poradni Diabetologicznej CDL Barska. Wybrano metodę sondażu diagnostycznego, zastosowano technikę ankietową i analizę dokumentacji medycznej. Narzędziem badawczym wykorzystanym w pracy był autorski kwestionariusz ankiety oraz dokumentacja medyczna.

## Wyniki

Tabela I. Zauważone objawy.

Objawy	Liczba	%
bóle nóg	2	3,9
choroba wieńcowa	1	2,0
miażdżycy kończyn dolnych	3	5,9
nadciśnienie	20	39,2
stenty	2	3,9
stopa cukrzycowa	1	2,0
zaburzenia pracy serca	3	5,9
zaburzenia widzenia	6	11,8
zaburzenie pracy serca	1	2,0
zaburzenie siatkówki	1	2,0
zawał bypassy	1	2,0
zawał serca	9	17,6
złe bicie serca	1	2,0
Razem	51	100,0

Wskazując na zauważone objawy badani wymieniali po kilka stwierdzeń. Łącznie od 41 osób odnotowano 51 odpowiedzi. Najwięcej badanych wskazało na nadciśnienie – 20 osób, co stanowiło 39,2%) wszystkich wymienionych stwierdzeń. Dalej wskazywali na zawał serca – 9 osób (17,6%) oraz zaburzenia widzenia – 6 osób (11,8%)

Tabela II. Wystąpienie powikłań.

<b>powikłania</b>	liczba	%
zaburzenia widzenia	33	23,7
bóle kończyn dolnych	23	16,5
zaburzenia pracy serca	30	21,6
nadciśnienie tętnicze	52	37,4
stopa cukrzycowa	1	0,7
Razem	139	100,0

Odpowiadając na pytanie o wystąpienie powikłań badani zaznaczali po kilka twierdzeń. Łącznie odnotowano 139 odpowiedzi. Najwięcej wskazało na nadciśnienie tętnicze – 52 osoby, co stanowiło 37,4% wszystkich odpowiedzi. Dalej wskazywali na zaburzenia widzenia – 33 osoby (23,7%). Najmniej wskazało na stopę cukrzycową – 1 osoba (0,7%). Na jedno powikłanie wskazało – 49 osób, dwóch powikłań – 27 osób, trzech powikłań – 8 osób i czterech powikłań – 3 osoby.

Tabela III. Sposób prowadzenia samokontroli oznak cukrzycy.

<b>Odpowiedź</b>	Liczba	%
badam stężenie glukozy przy użyciu gleukometru	96	54,9
kontroluję ciśnienie	41	23,4
kontroluję masę ciała	28	16,0
kontroluję wygląd stóp	9	5,1
inne	1	0,6
Razem	175	100,0

Wskazując na sposoby prowadzenia oznak samokontroli cukrzycy badani zaznaczali po kilka stwierdzeń. Łącznie odnotowano 175 odpowiedzi. Najwięcej wskazało badam stężenie glukozy przy użyciu gleukometru – 96 osób, co stanowiło 54,9% wszystkich odpowiedzi oraz na kontrolę ciśnienia – 41 osób (23,4%). Najmniej wskazało na inne sposoby – 1 osoba (0,6%). Na jeden sposób wskazało – 50 osób, na dwa sposoby – 32 osoby, na trzy sposoby – 11 osób i na cztery sposoby – 7 osób.

Tabela IV. Częstość sprawdzania poziomu glukozy.

<b>Odpowiedź</b>	Liczba	%
raz w tygodniu	9	9,0
dwa razy w tygodniu	40	40,0
dwa razy w tygodniu cztery razy dziennie	29	29,0
raz na dwa tygodnie	6	6,0
raz na dwa tygodnie cztery razy dziennie	9	9,0
rzadziej	7	7,0
Razem	100	100,0

Najwięcej badanych stwierdziło, że poziom glukozy sprawdza dwa razy w tygodniu – 40,0% lub dwa razy w tygodniu cztery razy dziennie – 29,0%, najmniej wskazało, że raz na dwa tygodnie – 6,0%.

Tabela V. Sposoby pielęgnacji stóp.

<b>Odpowiedź</b>	Liczba	%
myję w gorącej wodzie i osuszam poprzez energiczne wycieranie szorstkim ręcznikiem	8	7,2
myję w letniej wodzie i delikatni osuszam kładąc nacisk na przestrzenie między palcami	85	76,6
usuwam samodzielnie odciski/ modzele	5	4,5
dwa razy dziennie nawilżam stopy kremem do stóp	13	11,7
Razem	111	100,0

Wskazując na sposoby pielęgnacji stóp badani zaznaczali po kilka stwierdzeń. Łącznie odnotowano 111 odpowiedzi. Najwięcej wskazało myję w letniej wodzie i delikatni osuszam kładąc nacisk na przestrzenie między palcami – 85 osób, co stanowiło 76,6% wszystkich odpowiedzi oraz dwa razy dziennie nawilżam stopy kremem do stóp – 13 osób (11,7%). Najmniej wskazało na usuwam samodzielnie odciski/modzele – 5 osób (4,5%). Na jeden sposób wskazało – 89 osób, na dwa sposoby – 11 osób.

Tabela VI. Korelacje wykształcenia i wyników zagadnień samokontroli w cukrzycy.

Pozycja	N	R	t(N-2)	poziom p
jak prowadzi Pan/i samokontrolę oznak cukrzycy	100	0,065	0,644	0,521
częstość sprawdzania poziomu glukozy	100	0,201	2,034	0,045
sposoby pielęgnacji stóp	100	0,153	1,586	0,051

Wykształcenie badanych, pozostawało w istotnej statystycznie korelacji z wynikami zagadnienia częstość sprawdzania poziomu glukozy ( $p < 0,05$ ).

### Dyskusja

W cukrzycy ważne jest poznanie wiedzy pacjentów na temat tej choroby, jej objawów oraz konsekwencji z nią związanych. Ponad 90% pacjentów z cukrzycą stwierdza, że edukacja jest bardzo ważna w leczeniu cukrzycy. Ważną częścią opieką nad chorym winno być mobilizowanie do samodzielnego prowadzenia samokontroli [10].

Najwięcej badanych wskazywało na uczestniczenie w konsultacjach okulistycznych (65%). Największa grupa badanych wskazywała

na powikłanie w postaci nadciśnienia (37,4%), zaburzenie widzenia (23,7%), najmniej wskazało na stopę cukrzycową (0,7%). Najwięcej osób odpowiedziało, że do diabetologa uczęszcza 2 razy w roku (43%). Pacjenci podają, że edukacja chorych na cukrzycę jest ważna (95%). U większości nikt w rodzinie nie chorował (58%), a zdecydowana większość uważa, iż wczesne wykrycie cukrzycy typu 2 jest ważne (97%).

Wiedza na temat samokontroli pacjentów chorych na cukrzycę jest kluczem do osiągnięcia sukcesów w tej chorobie. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że najczęściej badanych posiadało wykształcenie średnie (32%), osoby te chorowały poniżej 5 lat (45%). Wskazując na sposoby prowadzenia oznak samokontroli cukrzycy badani najczęściej wskazywali na badanie stężenia glukozy przy użyciu glukometru (54,9%) oraz kontrolę ciśnienia (23,4%). Najwięcej badanych stwierdziło, że poziom glukozy sprawdza dwa razy w tygodniu (40,0%).

Według Kołpy, Grochowskiej, Kubik i Stradomskiej badani po rozpoznaniu cukrzycy deklarowali zmianę stylu życia obejmującą samokontrolę (86,5%), regularne wizyty u diabetologa (76,3%). Poziom wykształcenia przekłada się na poziom dyscypliny w samokontroli [1].

Oдноśnie zwiększania swojej wiedzy na temat cukrzycy typu 2 najczęściej badanych wskazało na rozmowę z lekarzem, pielęgniarką (45,8%) oraz na czytanie książek, poradników, czasopism na temat cukrzycy typu 2 (22,9%). Najwięcej badanych oceniło swój poziom wiedzy na temat cukrzycy typu 2 na ocenę „4” (41,0%) oraz ocenę „5” (34,0%). Najwyżej swoją wiedzę na temat cukrzycy typu 2 ocenili badani z wyższym wykształceniem – 4,7 punktu oraz średnim – 4,0 punkty. Są to kobiety leczące się poniżej 5 lat.

Według Burkiewicza, Stasiuka, Kozłowskiego kryterium brany pod uwagę był poziom wiedzy badanych chorych na temat własnej choroby. Grupa kobiet – 60% określiło swoją wiedzę jako dobrą. Grupa mężczyzn – 52% uważa, że ich wiedza jest na poziomie dobrym.

Autorzy wskazują, że im wyższe wykształcenie tym wyższa świadomość chorego na temat własnej choroby [11]. Potwierdziły to także wyniki badań własnych.

### **Wnioski**

Na podstawie uzyskanych wyników można wyodrębnić następujące wnioski:

1. Najczęściej występującym powikłaniem w grupie badanych osób jest nadciśnienie tętnicze.
2. Znaczna większość badanych wskazuje, że edukacja chorych na cukrzycę jest ważna.
3. Najwięcej osób, jako sposób pielęgnacji stóp, zaznaczyło: mycie w letniej wodzie i delikatne osuszanie kładąc nacisk na przestrzenie między palcami.
4. Badani oceni swój poziom wiedzy o cukrzycy typu 2 na poziomie dobrym i bardzo dobrym.

### **Zalecenia dla praktyki pielęgniarstwiej.**

W oparciu o niniejszą pracę można wywnioskować, że źle kontrolowana cukrzyca prowadzi do wielonarządowych powikłań. Poprzez odpowiednie wyrównanie metaboliczne u pacjentów z cukrzycą typu 2 u których powikłania już występują można spowolnić ich progresję i zapobiec dalszemu rozwojowi

### **Bibliografia/Bibliography**

1. Kołpa M., Grochowska A., Kubik B., Stradomska K., Styl życia i wyrównanie metaboliczne u pacjentów z cukrzycą typu 2, a ryzyko powikłań przewlekłych tej choroby, *Diabetologia Praktyczna* 2018; 4(3):162–170.
2. Sieradzki J.(red.) *Cukrzyca*. Via Medica, Gdańsk 2015.



3. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2019, Diabetologia Praktyczna 2019, tom 5, nr 1, s. 6.
4. Karpińska A., Łopatka P. A., Rossa S., Cwajda-Białasik J., Szewczk M. T., Znaczenie Fizjoterapii w prewencji i leczeniu cukrzycy typu 2, z uwzględnieniem zespołu stopy cukrzycowej, Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2018; 2:39–43.
5. Jankowska-Polańska B., Uchmanowicz I., Bober A. Wpływ edukacji na jakość życia chorych z cukrzycą typu 2, Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia, 2013;2,1:7–11.
6. Szewczyk A. Pielęgniarstwo Diabetologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.
7. Sieradzki J.(red.) Cukrzyca. Via Medica, Gdańsk 2009.
8. Franek E. (red.) Leczenie powikłań cukrzycy i chorób z nią współistniejących. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018.
9. Kara I., Nowicka T.M., Bryl W., Zachowania kardioprotekcyjne u chorych na cukrzycę typu 2, Forum Zaburzeń Metabolicznych, 2012;3(2):80–84.
10. Kobus G., Łagoda K., Stawicka J., Dobrzycki S., Bachurzevska-Gajewska H. Czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych u osób z cukrzycą i rozpoznaną chorobą niedokrwinną serca kierowanych na koronarografię – ocena wiedzy pacjentów, Przegląd Kardiologiczny, 2010;5(3,4):151–158.
11. Burkiewicz A., Stasiuk J., Kozłowski D. Świadomość chorych i jej wpływ na jakość życia oraz współpracę z zespołem medycznym u pacjentów z cukrzycą typu II, Ann. Acad. Med. Gedan., 2017;47:39–48.

# **Opis przypadku/Case report**

## Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej realizowanej wobec pacjenta po przebyłym udarze niedokrwiennym mózgu

**Selected aspects of nursing care provided to patient after ischemic stroke**

KASANDRA SZKLARCZYK<sup>1</sup>, WIKTORIA SZTANDAROWICZ<sup>1</sup>,  
EMILIA SZYJKOWSKA<sup>1</sup>, PAULINA SAK<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu<sup>1</sup>, Instytut Nauk o Zdrowiu, Państwowej Uczelni Zawodowej we Włocławku opiekun koła: dr Beata Haor

DOI: <http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2020.023>

ISSN: 2451-1846

### Streszczenie

**Wstęp.** Udar mózgu to zespół kliniczny, w którym dochodzi do nagłych zmian ogniskowych bądź globalnych zaburzeń czynności mózgowia. Mimo zauważalnego w ciągu ostatnich lat postępu w diagnostyce oraz możliwościach leczenia, udar mózgu stanowi trzecią co do częstości przyczynę zgonów w krajach uprzemysłowionych. W Polsce rocznie odnotowuje się 60 tysięcy przypadków udaru, z czego połowa w ciągu pierwszego roku umiera. Pacjenci po udarach często stają się niesamodzielni oraz zależni od innych osób.

**Cel.** Celem pracy jest analiza wybranych aspektów opieki pielęgniarskiej realizowanej wobec pacjenta po przebyłym udarze niedokrwiennym mózgu.

**Materiały i metody.** W pracy użyto metody analizy piśmiennictwa związanego z zagadnieniem udaru mózgu oraz opieki nad pacjentem po przebyłym udarze, jak również mapowanie diagnoz i interwencji pielęgniarskich z zastosowaniem słownika ICNP®

**Wyniki i wnioski.** Użycie klasyfikacji ICNP® pozwala ukazać stan zdrowia

pacjenta po przebytych udarze mózgu oraz zaplanować opiekę pielęgniarską opierając się o jednolitą terminologię zawodową.

**Słowa kluczowe:** opieka pielęgniarska; udar mózgu; pacjent; ICNP®.

### Abstract

**Introduction.** Stroke is a clinical syndrome in which focal or global brain dysfunction suddenly occurs. Despite the progress in diagnostics and treatment options that has been noticeable in recent years, stroke is the third most common cause of death in industrialized countries. In Poland, there are 60,000 people after a stroke every year, half of them die during the first year. Stroke patients often become dependent and needs help from other people.

**Aim.** The aim of this study is to analyze selected aspects of nursing care provided to a patient after an ischemic stroke.

**Material and methods.** Analysis of available literature related to issue of stroke and nursing care in patients after stroke as well as mapping medical diagnosis and interventions using the INCP ® dictionary.

**Results.** Using the ICNP classification allows to show the patient's state of health after a stroke and plan nursing care based on uniform professional terminology.

**Keywords:** nursing care; stroke; patient; ICNP®.

### Wstęp

Według Światowej Organizacji Zdrowia udar mózgu należy definiować jako „zespół kliniczny charakteryzujący się nagłym pojawieniem się ogniskowych lub globalnych zaburzeń czynności mózgowia, które – jeżeli nie doprowadzą wcześniej do zgonu – utrzymują się dłużej niż 24 godziny i nie mają innej przyczyny niż naczyniowa”.

Podobnie definiuje chorobę Amerykański Narodowy Instytut Chorób Układu Nerwowego i Udaru Mózgu z 1990 r. - „zespół objawów wynikłych z czasowego lub stałego upośledzenia funkcji ośrodkowego

układu nerwowego przez proces niedokrwienny lub krwotoczny, w którym doszło do pierwotnego uszkodzenia jednego lub wielu naczyń mózgu przez proces patologiczny". [1] Udar mózgu powstaje poprzez zamknięcie tętnicy przez materiał zatorowy bądź miejscowo rosnący zakrzep. Występuje on nagle w przebiegu upośledzenia krążenia mózgowego wskutek niedokrwienia lub krwotoku[2,3]. W wyniku udaru następuje szybko postępujące pogorszenie sprawności intelektualnej i fizycznej chorego. Przyczyną udaru jest zawał mózgu bądź krwotok do mózgu. Zawał jest skutkiem zakrzepu bądź zatoru, jak i również zaburzeń czynnościowych serca. Krwotok pojawia się w miejscu uszkodzenia ściany naczynia, zazwyczaj przez miażdżycę lub tętniak [4]. Udar stanowi nadal główną przyczynę zgonów w populacji osób dorosłych, jak i również istotną przyczynę niepełnosprawności oraz zależności społecznej. Jak podają dane WHO – udar mózgu odpowiedzialny jest za 10% wszystkich zgonów. W Polsce wykazano, iż rocznie odnotowuje się udar mózgu u 60 tysięcy osób, z czego połowa umiera w ciągu roku oraz ma trwałe deficyty przyczyniające się do niesamodzielności człowieka [5]. Udar mózgu jest stanem bezpośredniego zagrożenia życia i musi być traktowany przez wszystkich pracowników ochrony zdrowia jako stan wymagający niezwłocznej pomocy oraz szybkiej reakcji według procedur.

Rozpoznanie choroby w krótkim czasie pozwala na wdrożenie adekwatnej terapii, co może przyczynić się do uratowania życia choremu oraz dania możliwości uniknięcia poważnego kalectwa, które niesie za sobą udar.[2]

W zależności od mechanizmu chorobotwórczego niedokrwienne zaburzenia krążenia w ośrodkowym układzie nerwowym dzieli się na:

- zakrzepowo-zatorowe,
- zatorowe,
- zatokowe,
- hemodynamiczne.

W mechanizmie zakrzepowo – zatorowym przejawia się zawał mózgu, który stanowi 14-40% wszystkich udarów. Spowodowany jest miażdżycą tętnic, która rozwija się głównie w miejscu ich podziału.

Proces ten przejawia ścisły związek z przewlekłym nadciśnieniem tętniczym u chorych. Następuje stopniowe zwężanie się tętnic mózgowych, a w zaawansowanym stadium dochodzi do całkowitego zamknięcia światła naczynia. Początkowo w naczyniach dochodzi do przerostu błony wewnętrznej, po czym uszkodzeniu ulegają głębsze warstwy ściany naczynia. W większości udarów zakrzepowo – zatorowych pojawiają się objawy zwiastunowe, które wynikają z przemijających upośledzeń czynności mózgu, związanych z niedokrwieniem obszaru unaczynienia tętnic szyjnych wewnętrznych bądź kręgowych. W zespołach TIA tętnic szyjnych wewnętrznych można zaobserwować objawy takie jak:

- niedowład połowiczny,
- opadnięcie kącika ust,
- zaburzenia mowy,
- zaburzenia czucia w obrębie twarzy, kończyny górnej lub dolnej;
- zaburzenia widzenia.

Udary zatorowe stanowią 15-30% wszystkich udarów. Pod pojęciem udar zatorowy rozumie się niedokrwienie, które powstało w sytuacji, gdy źródło zatoru znajduje się poza naczyniami mózgowymi bądź bezpośrednio doprowadzającymi krew do mózgu. Najczęstszym materiałem zatorowym jest skrzeplina niesiona z prądem krwi do naczyń mózgowych. Materiał zatorowy ma zazwyczaj pochodzenie sercowe. W skutek chorób serca, takich jak migotanie przedsionków, inne zaburzenia rytmu serca, przebyty zawał mięśnia sercowego, powstają przyściennie skrzepliny komory bądź przedsionka, które po rozłączeniu się stanowią materiał zatorowy. Objawy udaru zatorowego występują bez uprzedzenia oraz nie zwiastują ich żadne objawy, w przeciwieństwie do udaru zakrzepowo-zatorowego. Ze względu na

miejsce, które najczęściej obejmuje zator – tętnicę środkową mózgu – dochodzi do pojawienia się połowicznego niedowładu/porażenia kończyny górnej, niedowładu centralnego nerwu twarzowego, a w przypadku lewej strony można zaobserwować upośledzenie mowy.

Udary lakunarne, inaczej zatokowe, występują z częstością podobną do udarów zatorowych (15–30%). Najczęściej są one skutkiem upośledzenia małych naczyń. Dotyczą one struktur podkorowych – torebka wewnętrzna, jądra podstawy, wzgórze, pień mózgu. Udary są spowodowane zamknięciem, zatkaniem niewielkich naczyń przesywających.

Udary hemodynamiczne dotyczą zaburzeń systemowych perfuzji w otoczeniu ośrodkowego układu nerwowego, wynikających z nagłego, niewystarczającego krążenia np. w wyniku wstrząsu hipowolemicznego bądź nagłego zatrzymania krążenia. Udar hemodynamiczny spowodowany jest niedostatecznym dopływem krwi do mózgu z uwagi na nagły spadek ciśnienia tętniczego. Zmiany niedokrwienne dotyczą zazwyczaj obrębu unaczynienia dwóch, bądź więcej, tętnic mózgowych. Obszary te nazywane są „ostatnią łaką”.

Najczęściej udar niedokrwienno dotyka płatu ciemieniowego oraz czołowego, na granicy unaczynienia tętnicy środkowego oraz przedniej mózgu [1,2].

W zależności od dynamiki objawów udary dzieli się na:

- przemijający napad niedokrwienno mózgu (*transient ischaemic attack* – TIA), rozumiany jest jako wystąpienie ogniskowego ubytku czynności części mózgowia, w tym siatkówki, spowodowany niedokrwieniem. Trwa nie dłużej niż 24 godziny. Większość epizodów trwa od kilku do kilkunastu minut, nieczęsto przekraczając godzinę.
- odwracalny niedokrwienno ubytek neurologiczny (*reversible ischaemic neurologic deficit*– RIND)- objawy ustępują w przeciągu 21 dni.

- zawał mózgu – stwierdza się, gdy zostanie stwierdzone ustabilizowanie kliniczne objawów klinicznych udaru.
- udar postępujący – występuje, gdy stwierdzi się wzmożenie objawów ogniskowych w pierwszej dobie, głównie w przeciągu 6 godzin po udarze; stabilizacja następuje najczęściej w 3 dobie [1,2].

W przypadku udarów niedokrwiennych (80-85% wszystkich udarów) objawy neurologiczne pojawiają się w wyniku niedostatecznego zaopatrzenia w krew tkanki mózgowej. Najczęstszymi przyczynami są zwichnięcia miażdżycowe tętnicy bądź zatory [3].

Objawy sugerujące udar mózgu:

- zaburzenia tzw. wyższych czynności nerwowych – nagłe problemy w mówieniu i/lub rozumieniu mowy (afazja) oraz artykulacji (dyzartria);
- nagłe zaburzenia widzenia na jedno oko, podwójne widzenia;
- nagłe trudności w chodzeniu;
- ostry ból głowy;
- zawroty głowy bądź nagła utrata świadomości- zaburzenia przytomności przyjmują różną postać, od senności do głębokiej śpiączki;
- nagłe pogorszenie funkcji poznawczych;
- zaburzenia tzw. wyższych czynności nerwowych;
- zaburzenia czucia;
- porażenie bądź niedowład połowiczny. [2,3]

Znajomość czynników ryzyka jest niezmiernie potrzebna w praktyce pielęgniarskiej, gdyż pozwala na identyfikację poszczególnych osób bądź większych populacji o zwiększonym ryzyku wystąpienia udaru. Wśród czynników ryzyka niedokrwiennych zaburzeń krążenia wyróżnia się czynniki modyfikowalne oraz niemodyfikowalne:



1. niemodyfikowalne, znamienne czynniki ryzyka udaru:
  - wiek- powyżej 55 r.ż.,
  - płeć- ryzyko wyższe wśród mężczyzn (mężczyźni/kobiety: 1,3/1,0)
  - rasa oraz czynniki genetyczne – częściej występuje wśród rasy czarnej
2. modyfikowalne czynniki ryzyka udaru mózgu, zależne od stylu życia i wpływów środowiskowych:
  - stosowanie używek i biologicznie aktywnych środków chemicznych; nikotynizm 2,5-3-krotnie zwiększa ryzyko udaru;
  - niewłaściwy sposób odżywiania i otyłość, która 1,5-krotnie zwiększa ryzyko udaru;
  - zbyt niska aktywność fizyczna;
  - złe warunki socjoekonomiczne oraz niski poziom edukacji.
3. modyfikowalne czynniki zależne od występowania chorób oraz zaburzeń metabolicznych:
  - nadciśnienie tętnicze- stwarza 3 – 6 – krotnie większe ryzyko;
  - cukrzyca powoduje 1,8 – 2,2 – krotny wzrost ryzyka;
  - choroby mięśnia sercowego, układu bódźoprzewodzącego i zastawek serca;
  - dyslipidemie;
  - choroby krwi;
  - zespół zaburzeń metabolicznych związanych z niewydolnością nerek;
  - niedoczynność tarczycy;
  - niemiażdżycowe choroby tętnic szyjnych i mózgowych.
4. czynniki biochemiczne i hematologiczne stwierdzane w badaniach laboratoryjnych:
  - zwiększone stężenie białka C-reaktywnego w surowicy oraz fibrynogenu w osoczu,

- podwyższone wartości hematokrytu,
- hiperhomocysteinemia i homocysteinuria. [1]

Pacjenci po udarach często pozostają niesprawni oraz uzależnieni od opiekunów. Ograniczenia mogą dotyczyć czynności samoobsługowych związanych z zaburzeniami mobilności oraz przykurczami w obrębie kończyny górnej, jak i również nietrzymaniem moczu i stolca. Trudności mogą pojawić się również zmiana pozycji w łóżku, poruszaniu się oraz spożywaniu pokarmu. Może dojść do zaburzeń komunikowania się z otoczeniem, co przyczynia się do izolacji społecznej, nasilającej istniejącą depresję. [4]

### **Cel**

Celem pracy jest analiza wybranych aspektów opieki pielęgniarskiej realizowanej wobec pacjenta po przebytych udarach niedokrwiennym mózgu.

### **Materiały i metody**

W pracy użyto metody analizy piśmiennictwa związanego z zagadnieniem udaru mózgu oraz opieki nad pacjentem po przebytych udarach, jak również mapowanie diagnoz i interwencji pielęgniarskich z zastosowaniem słownika ICNP ® (wersja z 2019r.) [6]

### **Prezentacja przypadku**

Poniżej przedstawiono propozycje opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po przebytych udarach niedokrwiennym mózgu, hospitalizowanego w oddziale neurologii.

Diagnoza pielęgniarska nr 1. Ryzyko zaburzenia funkcji układu nerwowego [10037333].

Przedmiot: Potencjalne ryzyko [10017252].

Potencjalne ryzyko: zjawisko: ryzyko utraty lub wystąpienia problemu,

spodziewane wystąpienie problemu o pewnym prawdopodobieństwie;  
potencjalny stan negatywny.

Interwencje:

1. Monitorowanie statusu neurologicznego [10035326];
2. Monitorowanie statusu fizjologicznego [10012183];
3. Planowanie opieki [10035915];
4. Zapewnienie ciągłości opieki [10006966];
5. Administrowanie lekiem [10025444];
6. Ewaluacja reżimu leczenia [10031268];
7. Zapewnienie rodzinie wytycznych dotyczących przyszłości [10026375];
8. Uzgadnianie przestrzegania zaleceń [10024349];
9. Nauczanie rodziny o chorobie [10021719];
10. Nauczanie rodziny o reżimie terapii [10024656].

Diagnoza/wynik: Efektywny status neurologiczny [10033811].

Diagnoza pielęgniarska nr 2. Porażenie [10014006].

Przedmiot: Zaburzony proces układu mięśniowo – szkieletowego [10012773].

Porażenie: zaburzony proces układu mięśniowo – szkieletowego: nieprawidłowa kondycja charakteryzująca się utratą funkcji mięśni i/lub utratą doznań, utratą zdolności poruszania ciała lub jego części wraz z utratą kontroli nad czynnościami jelit i pęcherza moczowego, dystres oddechowy związany z urazem, zmiany w mechanizmie nerwowym lub mięśniowym, bądź w wyniku traumy takiej jak uraz rdzenia kręgowego, choroby lub zatrucia.

Interwencje:

1. Dostarczenie urządzeń wspomagających terapię [10039158];
2. Dostarczenie urządzeń zabezpieczających [10024527];
3. Nauczanie o rehabilitacji [10033017];
4. Ocenianie wzorca mobilności [10030641];

5. Ocenianie zdolności do uruchamiania [10030527];
6. Pozycjonowanie pacjenta [10014761];
7. Zapobieganie upadkowi [10040211].

Diagnoza/wynik: Prawidłowy status mięśniowo – szkieletowy [10033807].

Diagnoza pielęgniarstwa nr 3. Deficyt samoopieki [10022730].

Przedmiot: Zaburzona zdolność uczestniczenia w planowaniu opieki [10035134]; Zdolność wykonywania samoopieki [10023729].

Interwencje:

1. Ocenianie samoopieki [10021844];
2. Ewaluacja planu opieki [10031252];
3. Nauczanie o samoopiece [10045014];
4. Ocenianie samodzielności [10024280];
5. Wzmacnianie samodzielności [10022537];
6. Motywowanie [10012242];
7. Ocenianie radzenia sobie [1002725];
8. Ocenianie możliwości [10026040];
9. Ocenianie potrzeb [10033360];
10. Zarządzanie zaburzonym procesem radzenia sobie [10039284];
11. Ewaluacja psychospołecznej odpowiedzi na plan opieki [10007153].

Diagnoza/wynik: Deficyt samoopieki [10022730].

Diagnoza pielęgniarstwa nr 4. Nietrzymanie moczu [10025686].

Przedmiot: Trzymanie moczu [10026663].

Nietrzymanie moczu: status trzymania: mimowolne oddawanie moczu, brak świadomej kontroli nad pęcherzem i zwieraczem cewki moczowej.

## Interwencje:

1. Ocenianie trzymywania moczu [10030781];
2. Zarządzanie nietrzymaniem moczu [10031879];
3. Zarządzanie cewnikiem urologicznym [10031977];
4. Używanie techniki aseptycznej [10041784];
5. Asystowanie w czynnościach toaletowych [10023531];
6. Utrzymywanie godności i prywatności [10011527];
7. Współdziałanie z lekarzem [10023565];
8. Prewencja infekcji [10036916];

Diagnoza/wynik: Nietrzymanie moczu [10025686], bez infekcji [10028945].

Diagnoza pielęgniarska nr 5. Zaburzona aktywność psychomotoryczna [10025087].

Przedmiot: Aktywność psychoruchowa [10016008].

Aktywność psychoruchowa: proces układu nerwowego: koordynacja ruchu, dobrowolnych sposobów poruszania się i mobilizacji aparatu ciała wymagające pewnego stopnia koordynacji nerwowo – mięśniowej z wykorzystaniem świadomego działania umysłu.

## Interwencje:

1. Promowanie mobilności fizycznej [10037379];
2. Monitorowanie tolerancji aktywności ruchowej [10036622];
3. Zwiększanie tolerancji aktywności [10024884];
4. Promowanie ćwiczeń [10040834];
5. Wzmacnianie techniki wykonywania ćwiczeń mięśni lub stawów [10036512];
6. Nauczanie o sposobie zwiększania tolerancji aktywności ruchowej [10024660];

Diagnoza/wynik: Dobra funkcja motoryczna [10043026].

Diagnoza pielęgniarstwa nr 6. Ryzyko odleżyny [10027337].

Przedmiot: Odleżyna [10015612].

Odleżyna: wrzód: uszkodzenie, stan zapalny oraz bolesność skóry lub tkanki podskórnej, wywołana uciskiem na tkanki i nieadekwatnym ukrwieniem.

Interwencje:

1. Ocenianie ryzyka odleżyny [10030710];
2. Ocenianie integralności skóry [10033922];
3. Pozycjonowanie pacjenta [10014761];
4. Używanie wsparcia do pozycjonowania [10035467];
5. Nauczanie o higienie [10044549];
6. Asystowanie w higienie [10030821];
7. Pielęgnacja skóry [10032757];
8. Prewencja odleżyny [10040224];

Diagnoza/wynik: Bez odleżyny [10029065].

Diagnoza pielęgniarstwa nr 7. Niewyraźna mowa [10018304].

Przedmiot: Dysfazja [10006457].

Niewyraźna mowa: dysfazja: niewyraźne lub niepełne wypowiedzenie słów, zlewanie się słów lub ich częściowe pomijanie; związane z osłabieniem mięśni odpowiedzialnych za artykulację, uszkodzeniami układu nerwowego, zażywaniem specyfików lub niedbałą wymową.

Interwencje:

1. Identyfikowanie przeszkody w komunikacji [10009683];
2. Ocenianie radzenia sobie rodziny [10026600];
3. Ocenianie własnego wizerunku [10027080];
4. Ocenianie zdolności do komunikacji przez mówienie [10030515];
5. Nauczanie pacjenta [10033086];
6. Nauczanie opiekuna [10033086];

Diagnoza/wynik: Gotowość do prawidłowej komunikacji [10001430].

Diagnoza pielęgniarska nr 8. Niepokój [1000477].

Przedmiot: Niepokój [10002429].

Niepokój: emocja negatywna: poczucie zagrożenia, niebezpieczeństwa lub dystresu.

Interwencje:

1. Ocenianie statusu psychologicznego [10030734];
2. Zarządzanie negatywnymi emocjami [10031851];
3. Zarządzanie niepokojem [10031711];
4. Wprowadzanie terapii odwracania uwagi [10030348];
5. Nawiązywanie kontaktu [10016678];
6. Ocenianie strachu [10024267];
7. Ocenianie postawy wobec reżimu terapii [10024205];

Diagnoza/wynik: Zmniejszający się niepokój [10027858].

### **Wnioski**

Z zastosowaniem klasyfikacji ICNP® możliwe jest ukazanie prawdziwego stanu zdrowia pacjenta po przeżytym udarze niedokrwiennym mózgu oraz prawidłowe zaplanowanie działań pielęgniarskich, opierając się o jednolitą terminologię zawodową.

### **Bibliografia/ Bibliography**

1. Jaracz K., Kozubski W. Pielęgniarstwo neurologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
2. Pączek L., Mucha K., Foroncewicz B. Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
3. Wieczorkowska-Tobis K., Talarska D. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
4. Domagała W., Chosia M., Urasińska E. Podstawy patologii. Wydawnictwo

Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

5. Kózka M., Rumian B., Maślanka M. Pielęgniarstwo ratunkowe. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013.
6. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser> [dostęp z dnia 10.04.2020r.].



## **Artykuły poglądowe/Review**

# **Organ transplantation and chronic disturbances in the health condition of the population- challenges and perspectives**

**Przeszczepianie narządów i chroniczne zaburzenia stanu zdrowia populacji – wyzwania i perspektywy**

ARZU KADER HARMANCI SEREN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PhD, RN, Assoc. Professor, Department of Nursing Management, Hamidiye Faculty of Nursing, University of Health Sciences, Istanbul / Turkey

DOI: <http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2020.024>

ISSN: 2451-1846

## **Abstract**

End-stage organ failure cases are increasing around the World. Especially chronic kidney failure has been becoming a worldwide epidemic. Although available medical technology and human health resources capacity is enough to transplant organs and tissues to patients diagnosed with end-stage organ failure, many people cannot access the transplantation services because of economic reasons and organ shortage. Thus, health care professionals should focus on preventing chronic organ failures besides increasing the organ donor pool.

**Keywords:** organ failure; organ transplantation; organ donation; preventive health programs; preventative medicine.

**Streszczenie**

Na całym świecie rośnie liczba przypadków końcowej niewydolności narządów. Szczególnie przewlekła niewydolność nerek staje się ogólnoswiatową epidemią. Choć dostępna technologia medyczna i zasoby ludzkie wystarczają do przeszczepu narządów i tkanek pacjentom, u których zdiagnozowano schyłkową niewydolność narządów, wiele osób nie może uzyskać dostępu do usług transplantacyjnych z powodów ekonomicznych i niedoboru narządów. Dlatego pracownicy służby zdrowia powinni skupić się na zapobieganiu przewlekłej niewydolności narządów, a nie tylko na zwiększaniu puli dawców narządów.

**Słowa kluczowe:** niewydolność narządów; przeszczepianie narządów; dawstwo narządów; profilaktyczne programy zdrowotne; medycyna zapobiegawcza.

**Introduction**

Efforts to remove an organ that does not function in the human body and replace it with a new and functioning one have a long history in medical history. According to the well-known narrative, Saints Cosmas and Damian, who were serving in a Roman province of Syria, amputated the patient's right leg and transplanted him a healthy leg from a deceased male [1]. This narrative and many others have been evidence that human beings had imagined transplant organs from humans to other humans hundreds of years ago. However, organ transplantation could be possible via the development of modern medicine in the past century [2]. Today, although available medical technology and capacity are enough to transplant organs and tissues, many people may not be transplanted because of organ shortage and barriers to access transplantation services [3,4]. Thus, health care professionals should focus on preventing chronic organ failures besides increasing the organ donor pool.

---

### **Organ and tissue transplantations**

Organ transplant surgeries are one of the treatment options preferred in chronic kidney failure and improve patients' quality of life considerably compared to other options in different aspects [5,6]. Those operations are the only treatment option to keep alive the patient with severe liver, lung, and heart failures. In recent years, apart from solid organ transplants, arm and face transplant surgeries called composite tissue transplantation can also be performed successfully [7]. Organ transplant surgeries, which are better treatment methods in terms of both quality of life and cost, unfortunately, cannot be performed in a number to meet the needs.

Organ transplant operations can be performed with organs obtained from living donors, deceased donors diagnosed with brainstem death, and non-heart-beating donors. Although Istanbul Declaration recommended to transplant organs from deceased donors firstly [8,9], organ transplantation operations are performed mostly by living donors [10] because of cultural values or religious beliefs in Eastern societies [11], even it is allowed to transplant organs from deceased donors legally.

### **Which points are we focusing on?**

Through the considering countries global data, it is clear that chronic kidney failure has become a worldwide epidemic with its impact on a massive population in the Global scale [12]. In the annual report published by the Turkish Society of Nephrology, it is stated that only in 2019, 9,630 new hemodialysis and 1,109 peritoneal dialysis patients were added to the patients who needed renal replacement therapy [13]. Chronic kidney failure prevalence was reported between 11 to 13% in Global scale according to the results of a comprehensive meta-analysis [14]. It can be said that chronic kidney failure has a high prevalence based on the aforementioned data above.

Although the problem has been getting serious, studies and reports are still mostly focusing on increasing safe transplantation interventions, ensuring the provision of care and follow-up of living donors and transplant recipients [15,16].

### **Which points should we focus on?**

Previous studies also reported significant variabilities between the regions based on the current capacity for kidney care throughout the world. There were significant gaps among the countries according to the capacity of health care services and workforce [17]. Those numbers and findings should warn the global medical society about thinking on different aspects except from enlarging the donor pool and increasing of the number of transplant operations. It may be claimed that with this progress it will not be possible to supply enough number of organs which demanded in between a few decades later.

Although the Declaration of Istanbul clearly states that “Governments should develop and implement ethically and clinically sound programs for the prevention and treatment of organ failure, consistent with meeting the overall healthcare needs of their populations.” [8,16], decision makers of the countries and health care professionals mostly focus on the other aspects rather than preventing strategies..

Today, more disciplines should study in collaboration in the fight against chronic diseases. For coping with the chronic diseases which cause organ failure, health authorities of the countries and governments should develop strategies to implement an international action against chronic diseases especially in low and middle-income countries [18]. Multidisciplinary international committees should work on the issue aiming preventing and management of the diseases that cause end stage organ failure.

**Conclusion**

Organ transplantation is one of the essential medical treatments to cope with chronic organ failures. However, the increasing number of patients who need organ transplantations and global organ shortage problems should direct healthcare professionals not only to treat the diseases but also to prevent them more. Multidisciplinary studies focused on strategy development are recommended in this topic.

**Acknowledgement:** The manuscript was presented as an oral abstract in the International Virtual Conference- Interdisciplinary Approach Towards Chronic Patients and Challenges in Today's Transplantology held on 23 October 2020 at the State University of Applied Sciences in Wloclawek

**Bibliografia/Bibliography**

1. Friedlaender GE., Friedlaender LK. Saints Cosmas and Damian: patron saints of medicine. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2016; 474(8): 1765–1769.
2. Hatzinger M., Stastny M., Grützmacher P., Sohn M. The history of kidney transplantation. *Der Urologe. A*. 2016; 55(10):1353–1359.
3. Cantarovich F. Organ Shortage, Will Peoples Knowledge be a Path to the Solution?. *Nursing and Health Care*. 2019; 4: 44–49.
4. Taylor DM. et al. Limited health literacy is associated with reduced access to kidney transplantation. *Kidney International*. 2019; 95.5: 1244–1252.
5. Axelrod DA., et al. An economic assessment of contemporary kidney transplant practice. *American Journal of Transplantation*, 2018, 18(5): 1168–1176.

6. Shingde R, et al. Relative survival and quality of life benefits of pancreas–kidney transplantation, deceased kidney transplantation and dialysis in type 1 diabetes mellitus—a probabilistic simulation model. *Transplant International*. 2020; 33(11): 1393–1404.
7. Hettiaratchya S, Randolph MA, Petit F, Leed WPA, Butler PEM. Composite tissue allotransplantation—a new era in plastic surgery? *The British Association of Plastic Surgeons*. 2004; 57: 381–391.
8. The Declaration of Istanbul 2018 Edition. [https://www.declarationofistanbul.org/images/Policy\\_Documents/2018\\_Ed\\_Do/2018\\_Edition\\_of\\_the\\_Declaration\\_of\\_Istanbul\\_Final.pdf](https://www.declarationofistanbul.org/images/Policy_Documents/2018_Ed_Do/2018_Edition_of_the_Declaration_of_Istanbul_Final.pdf)
9. Steering Committee of the Istanbul Summit. Organ trafficking and transplant tourism and commercialism: The Declaration of Istanbul. *The Lancet*. 2008; 372(9632): 5–6.
10. Gómez MP, Irazábal M M, Manyalich M. International Registry In Organ Donation And Transplantation–2019 Worldwide Data. *Transplantation*, 2020; 104(S3): S272.
11. Demirkiran O, Bozbay S, Elmaagac M, Agkoç M. Religious and Cultural Aspects of Organ Donation in the Turkish Population. In *Transplantation proceedings*. 2019; 51(7): 2158–2162.
12. Boukenze B, Haqiq A, Mousannif H. Predicting chronic kidney failure disease using data mining techniques. In *International Symposium on Ubiquitous Networking*. Springer, Singapore. 2016: 701–712.
13. Suleymanlar G, Ateş K, Seyahi N. Registry of The Nephrology, Dialysis and Transplantation In Turkey-Registry 2019. Ankara. 2020. [http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/registry\\_2019.pdf](http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/registry_2019.pdf)
14. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O’Callaghan CA, Lasserson DS, Hobbs FR. Global prevalence of chronic kidney disease—a systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2016; 11(7): e0158765.

15. Janki S. et al. Long-term prognosis after kidney donation: a propensity score matched comparison of living donors and non-donors from two population cohorts. *European Journal of Epidemiology*.2020.
16. Delmonico FL. The implications of Istanbul Declaration on organ trafficking and transplant tourism. *Current Opinion in Organ Transplantation*, 2009; 14(2): 116–119.
17. Bello AK., et al. Assessment of global kidney health care status. *Jama*. 2017; 317(18): 1864–1881.
18. Geneau R. et al. Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process. *The Lancet*, 2010; 376(9753): 1689–1698.