

OCENA GOTOWOŚCI DO WYPISU I SAMOOPIEKI PACJENTÓW LECZONYCH CHIRURGICZNIE Z POWODU RAKA JELITA GRUBEGO

Assessment of readiness for discharge and self-care in patients treated surgically for colorectal cancer



Katarzyna Cierzniaowska¹, Elżbieta Kozłowska¹, Aleksandra Popow¹, Justyna Łątka²

¹Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu, Polska

²Studenckie Koło Naukowe Katedry Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu, Polska

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2022; 16(3): 108–116

Praca wpłynęła: 14.09.2022, przyjęto: 20.09.2022

Adres do korespondencji:

dr n. med. Katarzyna Cierzniaowska, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UMK w Toruniu, Polska, e-mail: kasia.cier@o2.pl

Streszczenie

Wstęp: Celem pracy było porównanie zakresu samodzielności w obrębie samoopieki i gotowości do wypisu wśród pacjentów leczonych chirurgicznie z powodu raka jelita grubego.

Materiał i metody: W badaniu uczestniczyło 100 osób leczonych chirurgicznie z powodu raka jelita grubego.

Do przeprowadzenia badań wykorzystano skalę ADL oraz kwestionariusz gotowości do wypisu/samoopieki według C-HOBIC.

Wyniki: Grupę badanych podzielono na dwie podgrupy: chorych z wylonioną stomią oraz chorych, u których w czasie zabiegu wykonano zespolenie jelitowe. Grupę badaną cechował wysoki status niezależności w zakresie czynności życia codziennego oraz gotowość do wypisu. Obydwie podgrupy nie różniły się istotnie w tym zakresie ($p > 0,05$). Badania wykazały różnice pod względem oceny gotowości do wypisu pomiędzy badanymi podgrupami ($p < 0,001$). Wyższy poziom gotowości do wypisu miały osoby bez stomii niż osoby ze stomią ($M = 50,72$ vs $M = 45,00$). Wyniki analiz korelacji wykazały, że wiek badanych osób powiązany był istotnie statystycznie z oceną stanu funkcjonalnego oraz z oceną gotowości do wypisu u wszystkich badanych ($p < 0,001$).

Wnioski: Badani chorzy w zdecydowanej większości prezentowali niezależną postawę podczas wykonywania podstawowych czynności życiowych i gotowość do wypisu. Osoby z wylonioną stomią cechują się niższą oceną gotowości do wypisu niż osoby bez stomii. Wraz z wiekiem badanych następowało pogorszenie funkcjonalności życia codziennego i gotowości do wypisu.

Słowa kluczowe: gotowość do wypisu i samoopieki, opieka pielęgniarska, rak jelita grubego, skala C-HOBIC.

Summary

Introduction: The aim of the following thesis was to compare the scope of self-care and readiness for being discharged among patients who underwent surgical treatment for colorectal cancer.

Material and methods: The study included 100 people who underwent surgical treatment for colorectal cancer.

The ADL Scale and the C-HOBIC Readiness to Discharge/Self-care Questionnaire were used to conduct the research.

Results: The research group was divided into 2 subgroups: patients with an open stoma and patients with intestinal anastomosis performed during the surgery. The study group was characterized by a high independence status when it comes to everyday life activities and high readiness for being discharged. The subgroups did not differ significantly in this matter ($p > 0.05$). The studies revealed differences in the evaluation of readiness for being discharged between the examined subgroups ($p < 0.001$). Patients without a stoma had a higher level of readiness for being discharged than those with a stoma ($M = 50.72$ vs $M = 45.00$). The results of correlation analyses indicated that the age of the patients was statistically significantly connected with the assessment of functional status and the assessment of readiness for being discharged in all patients ($p < 0.001$).

Conclusions: The majority of examined patients showed an independent attitude while performing basic life activities and high readiness for being discharged. People with a stoma have a lower discharge readiness than people without a stoma. With the increase of respondents' age, the functionality of everyday life decreased and the readiness for being discharged was lower.

Key words: readiness for being discharged and self-care, nursing care, colorectal cancer, C-HOBIC scale.

Wstęp

Rak jelita grubego (RJG) jest jedną z najczęściej występujących chorób onkologicznych w Polsce. Obserwuje się stały wzrost zachorowań na to schorzenie. Ryzyko wystąpienia jest znacznie wyższe w przypadku osób po 50. roku życia. W nowotworach jelita grubego podstawową metodą terapeutyczną jest zabieg chirurgiczny. Na jego rozległość ma wpływ:

- stopień zaawansowania oraz zróżnicowania nowotworu,
- lokalizacja guza,
- wielkość i ruchomość zmiany nowotworowej,
- naciekanie na sąsiadujące struktury,
- zajęcie węzłów chłonnych,
- sprawność zwieraczy odbytu,
- efektywność przebytego leczenia uzupełniającego,
- stan ogólny chorego oraz obecność chorób współistniejących,
- wiek [1–3].

Przygotowanie do samoopieki po zabiegu chirurgicznym

Pacjent przygotowując się do wypisu, powinien poznać metody samokontroli i samooceny. Ogromną rolę w tym zakresie spełnia pielęgniarka, która:

- ocenia możliwości pacjenta w zakresie samoopieki, biorąc pod uwagę jego wiek, sprawność fizyczną i psychiczną, zainteresowanie stanem zdrowia oraz nastawieniem do wyłonionej stomii, zasób wiedzy i umiejętności,
- opracowuje plan opieki, uwzględniając możliwości psychofizyczne pacjenta,
- przygotowuje chorego do samodzielnej pielęgnacji rany pooperacyjnej, obserwacji rany w celu wykrycia zakażenia, nieprawidłowego gojenia się,
- uzupełnia wiedzę w zakresie codziennego funkcjonowania, oceny stomii, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych, doboru sprzętu stomijnego i jego refundacji, działalności grup wsparcia,
- wdraża chorego do pielęgnacji stomii jelitowej, zmiany worka oraz zaleca wykonywanie ćwiczeń wzmacniających mięśnie brzucha,
- wskazuje działania profilaktyczne: umiarkowany wysiłek fizyczny, utrzymanie codziennej higieny ciała, zapobieganie nadwadze i otyłości, przeciwdziałanie zaparciom oraz leczenie chorób współistniejących [4].

Do przestrzegania zaleceń terapeutycznych niezbędna jest wiedza dotycząca korzyści wynikających z wdrożonej terapii, a także komplikacji związanych z nieprzebraniem zaleceń. Pacjent powinien zwiększać kompetencje potrzebne do samoopieki i samodzielnego kontrolowania stanu zdrowia po wypisie ze szpitala. Należy zaznaczyć, iż na jakość życia pacjenta ma wpływ również oddziaływanie psychologiczne, tj. motywowanie

do stosowania terapii i zachęcanie do wzięcia odpowiedzialności za swoje zdrowie. Jednym z podstawowych działań pielęgniarskich jest opieka nad osobami, których zdrowie jest lub może być zagrożone oraz wprowadzenie takich działań, które pomogą osiągnąć jak najlepszą sprawność i niezależność [5].

Jakość życia osoby po operacji jelita grubego znacznie się obniża. Pacjenci bez wyłonionej stomii łatwiej akceptują chorobę niż ci z przetoką jelitową. Okres adaptacji do nowej sytuacji jest uzależniony od stanu fizycznego i psychicznego osoby chorej. Po operacji czuje się ona nieatrakcyjna, jest mniej aktywna społecznie, gorzej funkcjonuje w różnych aspektach życia [6]. Aby zrozumieć i zaakceptować nową sytuację, chory potrzebuje wsparcia zespołu terapeutycznego, rodziny, a także instytucji, które pomogą mu osiągnąć jak najlepszą jakość życia, wrócić do codzienności, pracy, ulubionych zadań oraz utrzymać kontakt ze społeczeństwem. Gwarantem wsparcia jest rodzina zapewniająca każdego dnia poczucie bezpieczeństwa, oparcie, zrozumienie. Pacjent powinien także wiedzieć, że w przypadku wystąpienia niepokojących objawów lub pojawienia się wątpliwości może zgłosić się do zespołu terapeutycznego, który udzieli mu pomocy. Należy zachęcać chorego do dołączenia do terapeutycznej grupy wsparcia, która zajmuje się poradnictwem, pomaga przywrócić pewność siebie oraz dąży do odzyskania przez chorego aktywności życiowej sprzed operacji [6–8].

W procesie edukacji i przystosowywania do samodzielności chory powinien wykazywać się aktywnością i troską o swój stan zdrowia, zyska w ten sposób poczucie wpływu na przebieg choroby i jakość życia. W tym celu istotne jest przekazanie wiedzy, umiejętności, a także motywowanie osoby chorej. Ocena samoopieki opiera się na zdolności człowieka do jej realizacji w następujących sferach:

- stosowanie się do zaleceń terapeutycznych,
- rozpoznawanie niepożądanych objawów i szybkie reagowanie w momencie ich pojawienia się,
- wykonywanie czynności życia codziennego,
- zarządzanie zmianami stanu zdrowia.

Przygotowanie chorego do wypisu obejmuje działania mające na celu w miarę możliwości samodzielne radzenie sobie chorego w życiu codziennym. Edukacja pacjenta powinna być indywidualnie dobrana do potrzeb odbiorcy, zaplanowana, monitorowana oraz prowadzona przez każdego z członków zespołu terapeutycznego [9].

Cel pracy

Celem pracy było porównanie zakresu samodzielności w obrębie samoopieki i gotowości do wypisu wśród pacjentów leczonych chirurgicznie z powodu raka jelita grubego, u których konieczne było wyłonienie stomii jelitowej oraz u osób bez stomii jelitowej.

Materiał i metody

W badaniu uczestniczyło 100 osób po zabiegu resekcji jelita z powodu raka jelita grubego, w tym 50 osób, u których zachowano ciągłość przewodu pokarmowego oraz 50 osób z wylonioną podczas operacji stomią jelitową. Do przeprowadzenia badań wykorzystano skalę podstawowych czynności życia codziennego (ang. *activities of daily living* – ADL) oceniającą status funkcjonalny chorego w dniu wypisu. Ankietowani szacowali, w jakim stopniu wymagają pomocy (osoba zależna, częściowo zależna lub niezależna) podczas wykonywania podstawowych czynności życiowych, tj. kąpieli, ubierania się, poruszania się, przemieszczania, korzystania z toalety oraz jedzenia. Ponadto zastosowano kwestionariusz gotowości do wypisu/samoopieki według C-HOBIC oceniający zdolność pacjenta do podejmowania codziennych aktywności. Kwestionariusz obejmował pytania z zakresu:

- wiedzy na temat leków, przyczyn oraz zdolności ich przyjmowania,
- umiejętności zauważania niepokojących symptomów oraz objawów będących normą po zabiegu, umiejętności kontrolowania stanu zdrowia,
- zdolności do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem oraz samodzielnego wykonywania wskazówek zespołu medycznego,
- wiedzy związanej z osobami lub instytucjami, do których należy zgłosić się po pomoc w razie nagłego wypadku lub gdy będzie potrzebne wsparcie w codziennych czynnościach,
- zdolności do podejmowania codziennej aktywności fizycznej oraz dostosowania stylu życia do stanu zdrowia.

Do pytań została przyporządkowana sześciostopniowa skala punktowa: 0 – nieprzygotowany, 1 – słabo przygotowany, 2 – częściowo przygotowany, 3 – umiarkowanie przygotowany, 4 – dobrze przygotowany, 5 – bardzo dobrze przygotowany.

Badanie przeprowadzono w dniu wypisu. Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Collegium Medicum w Bydgoszczy.

Zgromadzone dane poddano analizom statystycznym, wykorzystując test χ^2 niezależności Pearsona, test *U* Manna-Whitneya oraz analizę korelacji rho Spearmana. W pracy przyjęto poziom istotności statystycznej $p < 0,05$.

Dane demograficzne i dotyczące stanu zdrowia badanych

Badaną grupę stanowiło 100 chorych operowanych z powodu raka jelita grubego, u połowy wyloniona była stomia. Najczęściej wykonywanymi procedurami u osób bez stomii były: przednia resekcja odbytnicy i hemikolektomia prawostronna, natomiast stomia była wyloniana u chorych podczas operacji Milesa i Hartmanna.

Płeć i wiek badanych

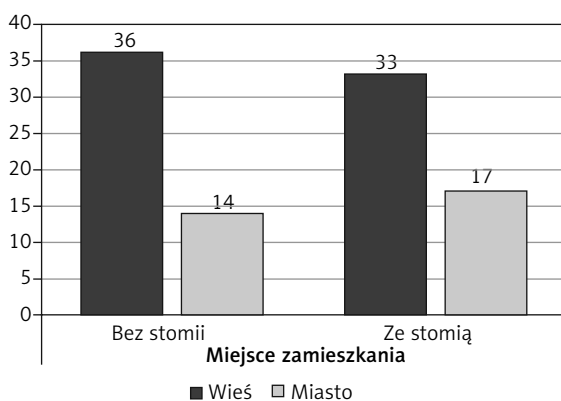
Rozkład płci w obu grupach był zbliżony (odpowiednio 29 mężczyzn i 21 kobiet vs 28 mężczyzn i 22 kobiety). Większy odsetek stanowili mężczyźni (wynik nieistotny statystycznie $p = 0,840$).

Grupy nie różniły się pod względem wieku (tab. 1). W obu grupach przeważały osoby w przedziale wieku 61–70 lat (po 22 chorych).

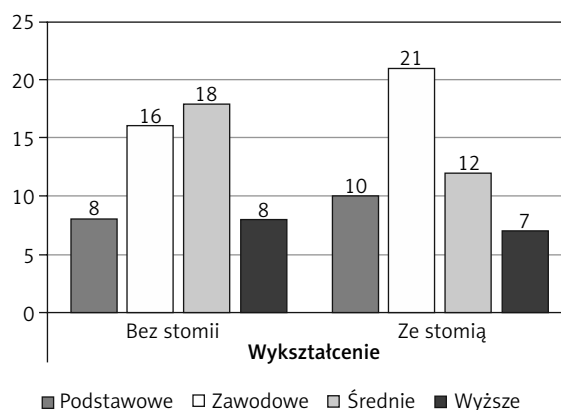
Tabela 1. Statystyki opisowe dla wieku z podziałem na grupy badane oraz wyniki analiz porównawczych testami *U* Manna-Whitneya

Parametry	Min.	Maks.	M	SD	Me	Z	p	r
Wiek pacjenta bez stomii	36	87	64,64	10,14	65	0,60	0,551	0,06
Wiek pacjenta ze stomią	48	87	64,46	9,49	64			

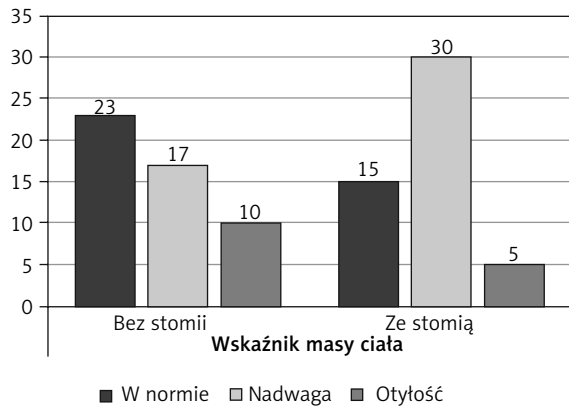
M – średnia, maks. – maksimum, Me – mediana, min. – minimum, p – poziom istotności statystycznej, r – siła różnic, SD – odchylenie standardowe, Z – statystyka *U* Manna-Whitneya



Ryc. 1. Rozkład miejsca zamieszkania z podziałem na grupy badane



Ryc. 2. Rozkład wykształcenia z podziałem na grupy badane



Ryc. 3. Rozkład wskaźnika masy ciała z podziałem na grupy badane

Miejsce zamieszkania i stan cywilny

Między grupami nie wykazano różnic pod względem miejsca zamieszkania ($p = 0,517$). Większość badanych osób mieszkała na wsi (ryc. 1).

Grupy nie różniły się pod względem stanu cywilnego ($p = 0,630$). W obydwu grupach przeważały osoby będące w związku małżeńskim.

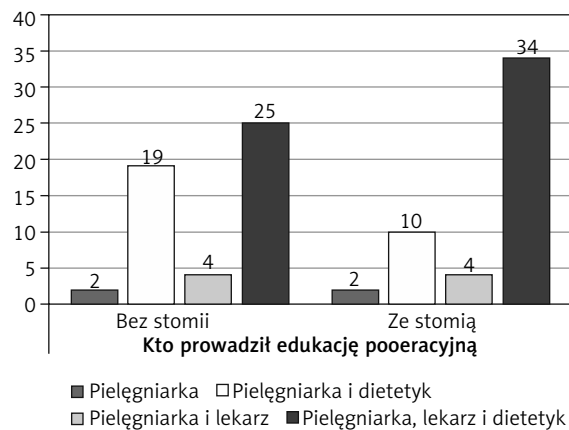
Wyszkolenie i aktywność zawodowa

W badanych grupach nie wykazano również związku z wykształceniem ($p = 0,539$). Najwięcej osób miało wykształcenie zawodowe lub średnie (ryc. 2).

Wynik testu χ^2 okazał się też nieistotny statystycznie ($p = 0,532$) dla porównań ze względu na aktywność zawodową. Około połowa badanych była aktywna zawodowo, a kolejna połowa była na rencie lub emeryturze.

Wskaźnik masy ciała

Rozkład wskaźnika masy ciała (ang. *body mass index* – BMI) wskazywał, że w grupie osób bez stomii był większy odsetek pacjentów z wagą w normie, nato-



Ryc. 4. Osoby prowadzące edukację pooperacyjną w badanych grupach

miast w grupie osób ze stomią było więcej osób z nadwagą ($p < 0,05$) (ryc. 3).

Wyniki analiz testu *U* Manna-Whitneya wykazały, że grupy badane nie różniły się pod względem średnich wartości BMI ($p = 0,304$) (tab. 2).

Edukacja pooperacyjna

Grupy nie różniły się pod względem osoby prowadzącej edukację pooperacyjną ($p = 0,244$). Najczęściej był to cały zespół: pielęgniarki, lekarze, dietetycy (ryc.4).

Skala podstawowych czynności życia codziennego

Zdecydowaną większość badanych stanowiły osoby o wysokim statusie niezależności w zakresie czynności życia codziennego ocenionych w skali ADL (ryc. 5). Grupy badane pod względem oceny statusu funkcjonalnego nie różniły się między sobą (nieistotny statystycznie wynik testu χ^2 $p = 0,603$).

Wyniki analiz testu *U* Manna-Whitneya wykazały, że grupy badane nie różniły się pod względem średnich wartości punktowych oceny statusu funkcjonalnego ($p = 0,199$) (tab. 3).

Tabela 2. Statystyki opisowe dla wskaźnika masy ciała z podziałem na grupy badane oraz wyniki analiz porównawczych testami *U* Manna-Whitneya

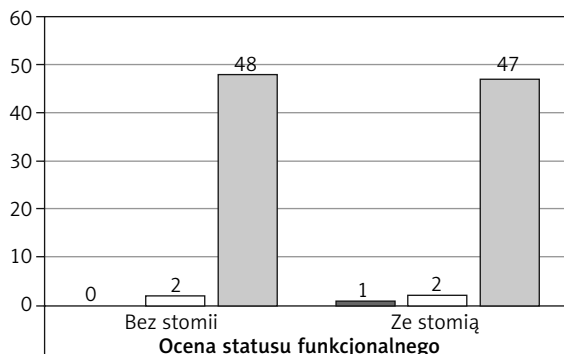
Parametry	Min.	Maks.	M	SD	Me	Z	p	r
BMI pacjenta bez stomii	19,37	38,19	26,00	4,22	25,61	1,03	0,304	0,10
BMI pacjenta ze stomią	20,20	31,80	26,49	2,90	26,52			

BMI – wskaźnik masy ciała, M – średnia, maks. – maksimum, Me – mediana, min. – minimum, p – poziom istotności statystycznej, r – siła różnic, SD – odchylenie standardowe, Z – statystyka *U* Manna-Whitneya

Tabela 3. Statystyki opisowe dla oceny statusu funkcjonalnego z podziałem na grupy badane oraz wyniki analiz porównawczych testami *U* Manna-Whitneya

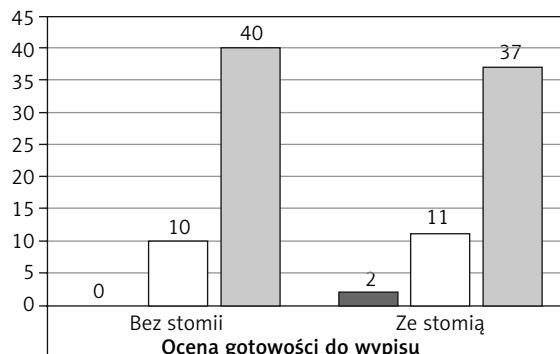
Parametry	Min.	Maks.	M	SD	Me	Z	p	r
Ocena statusu funkcjonalnego pacjentów bez stomii	10	18	16,98	1,91	18	1,28	0,199	0,13
Ocena statusu funkcjonalnego pacjentów ze stomią	6	18	16,68	2,57	18			

M – średnia, maks. – maksimum, Me – mediana, min. – minimum, p – poziom istotności statystycznej, r – siła różnic, SD – odchylenie standardowe, Z – statystyka *U* Manna-Whitneya



■ Osoba zależna □ Osoba częściowo zależna ▒ Osoba niezależna

Ryc. 5. Ocena stanu funkcjonalnego z podziałem na grupy badane



■ Niska gotowość □ Umiarkowana gotowość ▒ Wysoka gotowość

Ryc. 6. Ocena gotowości do wypisu z podziałem na grupy badane

W celu pogłębienia wyników analizy zbadano związek między grupami badanymi a oceną statusu funkcjonalnego we wszystkich jej parametrach. Analiza testami χ^2 wykazała, że między grupami występowały jedynie różnice pod względem ubierania się ($p < 0,05$) (tab. 4). Większej pomocy w ubieraniu się potrzebowali pacjenci bez stomii.

Skala C-HOBIC

Zdecydowaną większość pacjentów charakteryzowała pełna gotowość do wypisu (ryc. 6). Analiza klasyfikacji gotowości do wypisu nie wykazała też różnic między grupami (nieistotny statystycznie wynik testu χ^2 $p = 0,339$).

Wykazano między nimi natomiast różnice pod względem średnich wartości oceny gotowości do wypisu ($p < 0,001$). Wyższy poziom gotowości do wypisu miały osoby bez stomii w porównaniu z osobami ze sto-

mią ($M = 50,72$; $SD = 9,50$ vs $M = 45,00$; $SD = 10,63$) (tab. 5).

Następnie porównano średnie wyniki poszczególnych parametrów ocenianych w kwestionariuszu gotowości do wypisu z podziałem na badane grupy. Wyniki analizy testu U Manna-Whitneya wykazały, że grupy różniły się pod względem niemal wszystkich odpowiedzi na pytania dotyczące gotowości do wypisu (wyniki istotne statystycznie lub na granicy tendencji statystycznej). Nie wykazano jedynie różnic między grupami pod względem wiedzy na temat pory przyjmowania leków i samodzielnego przyjmowania leków, wiedzy na temat tego, do kogo zwrócić się po pomoc w wykonywaniu czynności takich jak: przygotowanie posiłku, zakupy lub pod jaki numer zadzwonić w razie nagłej potrzeby. Wyższy poziom gotowości do wypisu we wszystkich pytaniach miały osoby bez stomii, największe różnice były pod względem zdolności dostosowania pracy do stanu zdrowia (tab. 6).

Tabela 4. Wyniki analiz testami χ^2 niezależności dla związku grup badanych z oceną statusu funkcjonalnego

Parametry	χ^2	df	p	V
Kąpiel/mycie	2,88	2	0,236	0,17
Ubieranie się	6,11	2	0,047	0,24
Poruszanie się	1,85	2	0,396	0,14
Przemieszczanie się do toalety	4,16	2	0,125	0,20
Korzystanie z toalety	1,01	2	0,603	0,10
Jedzenie	W	2	0,603	0,10

df – liczba stopni swobody, p – poziom istotności statystycznej, V – siła związku V Craméra

Tabela 5. Statystyki opisowe oceny gotowości do wypisu z podziałem na grupy badane oraz wyniki analiz porównawczych testami U Manna-Whitneya

Parametry	Min.	Maks.	M	SD	Me	Z	p	r
Ocena gotowości do wypisu pacjentów bez stomii	31	60	50,72	9,50	55,5	3,55	< 0,001	0,35
Ocena gotowości do wypisu pacjentów ze stomią	16	58	45,00	10,63	48,5			

M – średnia, maks. – maksimum, Me – mediana, min. – minimum, p – poziom istotności statystycznej, r – siła różnic, SD – odchylenie standardowe, Z – statystyka U Manna-Whitneya

Tabela 6. Statystyki opisowe dla oceny gotowości do wypisu z podziałem na grupy badane oraz wyniki analiz porównawczych testami *U* Manna-Whitneya

Pytania		Min.	Maks.	M	SD	Me	Z	p	r
Czy wie Pani/Pan, jakie leki, o jakich porach, ile razy dziennie należy przyjmować?	Bez stomii	2	5	4,32	0,89	5	1,53	0,127	0,15
	Ze stomią	2	5	4,02	1,02	4			
Czy wie Pani/Pan, dlaczego należy te leki przyjmować?	Bez stomii	3	5	4,48	0,68	5	2,88	0,004	0,29
	Ze stomią	1	5	3,92	1,03	4			
Czy uważa Pani/Pan, że jest w stanie przyjmować zlecone leki?	Bez stomii	2	5	4,50	0,84	5	0,73	0,468	0,07
	Ze stomią	2	5	4,30	1,06	5			
Czy potrafi Pani/Pan zauważyć niepokojące objawy związane ze zdrowiem i z przeprowadzonym zabiegiem?	Bez stomii	3	5	4,30	0,81	5	2,27	0,024	0,23
	Ze stomią	1	5	3,84	1,04	4			
Czy wie Pani/Pan, jakie objawy są normą po zabiegu, który był wykonany i czy wie Pani/Pan, dlaczego tak się dzieje?	Bez stomii	3	5	4,24	0,80	4	2,53	0,011	0,25
	Ze stomią	1	5	3,74	0,99	4			
Czy posiada Pani/Pan wiedzę, jak kontrolować swój stan zdrowia po zabiegu chirurgicznym?	Bez stomii	2	5	4,26	0,83	4	2,57	0,010	0,26
	Ze stomią	1	5	3,76	1,00	4			
Czy uważa Pani/Pan, że jest w stanie przestrzegać zaleceń pooperacyjnych, w tym postępowania z raną, zmiany opatrunków?	Bez stomii	2	5	3,94	1,11	4	2,05	0,040	0,21
	Ze stomią	1	5	3,44	1,23	3,5			
Czy potrafi Pani/Pan samodzielnie wykonać zalecenia i wskazówki lekarza, pielęgniarki?	Bez stomii	1	5	3,88	1,19	4	2,55	0,011	0,25
	Ze stomią	1	5	3,28	1,23	3			
Czy wie Pani/Pan, do kogo się zgłosić, gdyby była potrzebna pomoc, np. podczas kąpienia, robienia zakupów, przygotowania posiłków?	Bez stomii	2	5	4,34	0,96	5	1,02	0,308	0,10
	Ze stomią	2	5	4,18	0,96	4,5			
Czy wie Pani/Pan, do kogo się zgłosić lub pod jaki numer zadzwonić w razie nagłej potrzeby?	Bez stomii	3	5	4,72	0,50	5	1,90	0,057	0,19
	Ze stomią	2	5	4,42	0,81	5			
Czy jest Pani/Pan w stanie sama/sam wykąpać się, zrobić zakupy, przygotować posiłki, odwiedzić przyjaciół?	Bez stomii	0	5	4,18	1,35	5	3,45	0,001	0,34
	Ze stomią	0	5	3,40	1,39	4			
Czy jest Pani/Pan w stanie dostosować pracę lub inne aktywności do swojego stanu zdrowia?	Bez stomii	1	5	3,56	1,09	4	3,78	<0,001	0,38
	Ze stomią	0	5	2,70	1,09	3			

M – średnia, *maks.* – maksimum, *Me* – mediana, *min.* – minimum, *p* – poziom istotności statystycznej, *r* – siła różnic, *SD* – odchylenie standardowe, *Z* – statystyka *U* Manna-Whitneya

Ocena stanu funkcjonalnego i ocena gotowości do wypisu względem zmiennych

W następnej kolejności zbadano, jakie czynniki mogły mieć wpływ na ocenę stanu funkcjonalnego pacjentów i ich ocenę gotowości do wypisu.

Wyniki analiz korelacji wykazały, że wiek badanych osób powiązany był istotnie statystycznie z oceną stanu funkcjonalnego oraz z oceną gotowości do wypisu w obydwu porównywanych grupach. Związki te były ujemne, co oznacza, że wraz z wiekiem w grupie badanej malała ocena stanu funkcjonalnego (występowało pogorszenie funkcjonalności) i gotowości do wypisu. Silniejsze zależności występowały w grupie chorych bez stomii.

Wykształcenie badanych osób powiązane było istotnie statystycznie z oceną stanu funkcjonalnego w obydwu grupach oraz z oceną gotowości do wypisu u osób bez stomii. Związki te były dodatnie, co oznacza, że im wyższe wykształcenie, tym wyższa ocena stanu

funkcjonalnego i gotowości do wypisu. Wykształcenie nie miało wpływu na gotowość do wypisu w grupie chorych ze stomią.

Nie zaobserwowano zależności pomiędzy wskaźnikiem BMI a oceną stanu funkcjonalnego pacjentów i ich oceną gotowości do wypisu (tab. 7).

Kolejnym czynnikiem poddanym analizie był związek płci z oceną stanu funkcjonalnego i oceną gotowości do wypisu z podziałem na grupy badane. Badania wykazały, że płeć nie miała wpływu na ocenę statusu funkcjonalnego oraz na poziom oceny gotowości do wypisu w badanych grupach (tab. 8).

Miejsce zamieszkania nie miało wpływu na ocenę statusu funkcjonalnego w grupie osób bez stomii ($p = 0,181$) oraz na poziom oceny gotowości do wypisu w grupie ze stomią ($p = 0,083$) i bez stomii ($p = 0,063$) (wyniki na granicy tendencji statystycznej). Osoby ze stomią mieszkające na wsi wykazywały niższe wartości średnie w zakresie pełnienia codziennych funkcji

Tabela 7. Wyniki analiz korelacji rho Spearmana dla związku oceny statusu funkcjonalnego i oceny gotowości do wypisu z wiekiem, wykształceniem i wskaźnikiem masy ciała z podziałem na grupy

Parametry	Pacjenci bez stomii		Pacjenci ze stomią	
	Ocena statusu funkcjonalnego	Ocena gotowości do wypisu	Ocena statusu funkcjonalnego	Ocena gotowości do wypisu
Wiek	-0,62***	-0,68***	-0,37**	-0,56***
Wykształcenie	0,51***	0,55***	0,30*	0,26
BMI	0,01	-0,02	-0,05	-0,10

BMI – wskaźnik masy ciała, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Tabela 8. Statystyki opisowe dla oceny stanu funkcjonalnego i oceny gotowości do wypisu z podziałem na grupy badane i płeć oraz wyniki analiz porównawczych testami U Manna-Whitneya

Parametry		Kobiety		Mężczyźni		Z	p	r
		M	SD	M	SD			
Ocena statusu funkcjonalnego pacjentów	Bez stomii	17,07	2,02	16,86	1,80	0,71	0,479	0,10
	Ze stomią	16,50	2,86	16,91	2,20	0,03	0,974	0,00
Ocena gotowości do wypisu pacjentów	Bez stomii	51,76	9,48	49,29	9,57	0,77	0,441	0,11
	Ze stomią	43,71	11,39	46,64	9,57	1,01	0,313	0,14

M – średnia, maks. – maksimum, Me – mediana, min. – minimum, p – poziom istotności statystycznej, r – siła różnic, SD – odchylenie standardowe, Z – statystyka U Manna-Whitneya

Tabela 9. Statystyki opisowe dla oceny stanu funkcjonalnego i oceny gotowości do wypisu z podziałem na grupy badane i miejsce zamieszkania oraz wyniki analiz porównawczych testami U Manna-Whitneya

Parametry		Wieś		Miasto		Z	p	r
		M	SD	M	SD			
Ocena statusu funkcjonalnego	Bez stomii	17,14	1,87	16,57	2,03	1,34	0,181	0,19
	Ze stomią	17,39	1,09	15,29	3,85	2,39	0,017	0,34
Ocena gotowości do wypisu	Bez stomii	52,00	8,99	47,43	10,32	1,74	0,083	0,25
	Ze stomią	47,55	8,29	40,06	13,01	1,86	0,063	0,26

M – średnia, maks. – maksimum, Me – mediana, min. – minimum, p – poziom istotności statystycznej, r – siła różnic, SD – odchylenie standardowe, Z – statystyka U Manna-Whitneya

w stosunku do zamieszkałych w mieście. Różnica ta była istotna statystycznie ($p = 0,017$) (tab. 9).

Wyniki

Analiza wyników badań dowodzi, że pacjenci leczeni chirurgicznie z powodu raka jelita grubego, u których została wyłoniona stomia jelitowa, niżej oceniali stopień przygotowania do wypisu niż osoby bez stomii. Podobne wyniki prezentują Andruszkiewicz i wsp. [9]. Autorzy dowodzą, że chorzy z wyłonioną stomią są jedną z grup najniżej oceniających stopień przygotowania do wypisu wśród pacjentów chorych przewlekle. Osoby leczone z powodu RJG, szczególnie te, u których została wyłoniona przetoka jelitowa, wymagają aktywniejszego przygotowania do samoopieki, zarówno ze względu na metodę leczenia, jak i specyfikę schorzenia. Także Stępień i wsp. wykazują gorsze przystosowanie i brak akceptacji siebie wśród osób ze stomią jelitową w porównaniu z osobami mającymi zachowaną ciągłość przewodu pokarmowego [10].

Pogorszenie jakości życia związane jest z wprowadzeniem wielu znaczących zmian w codziennym funkcjonowaniu. Pacjent potrzebuje czasu na przygotowanie się do wypisu oraz zapoznanie z zasadami postępowania po zabiegu z wyłonieniem stomii jelitowej. Wielokierunkowa opieka pielęgniarska na każdym z etapów choroby korzystnie wpływa na ciągłe podejmowanie aktywności oraz wspomaga spełnianie się w ważnych funkcjach życiowych: społecznych, zawodowych, rodzinnych [11]. Z badań Michalak i wsp. wynika, iż 30% wśród badanych mających wyłonioną stomię jelitową wykazało się wysokim stopniem satysfakcji z życia, natomiast 40% osób osiągnęło przeciętny stopień satysfakcji [12]. Dane takie są ważne w zestawieniu z obecnymi badaniami potwierdzającymi, że osoby badane w dniu wypisu ze szpitala prezentowały wysoką ocenę stanu funkcjonalnego i ocenę gotowości do wypisu.

W badaniu własnym respondenci najbardziej obawiają się dostosowania pracy zawodowej oraz innych aktywności do stanu zdrowia. Jest to obecnie znaczący problem, szczególnie dla osób młodszych oraz pragną-

cych rozwijać się zawodowo. Z badania Dziedzic i wsp. wynika, że większość chorych po zabiegu wyłonienia stomii wróciło do pracy zawodowej, a część zmieniła pracę na lżejszą [6]. Badania Kędry i wsp. natomiast wskazują, że u 55,2% badanych wytworzenie przetoki jelitowej nie wpłynęło na zmianę sytuacji zawodowej [13].

Niepokojąca jest ocena przestrzegania zaleceń terapeutycznych po zabiegu oraz samodzielności ich wykonywania. Grupa pacjentów ze stomią oceniła przygotowanie w tym zakresie jedynie na poziomie umiarkowanym. Edukacja na temat pielęgnacji stomii, wymiany worków, zaopatrzenia w sprzęt, postępowania w przypadku nieprawidłowości są kluczowym elementem samoopieki i samopielęgnacji. Czynności te chory powinien opanować jeszcze w czasie pobytu w szpitalu. Istotną częścią edukacji mającą wpływ na jej skuteczność jest poziom zaangażowania się wszystkich członków zespołu terapeutycznego oraz ich merytoryczne przygotowanie. Ważnym elementem jest także sposób przekazywania informacji. Niekiedy pacjenci nie rozumieją nomenklatury medycznej, jednak wstydzą się do tego przyznać. Edukacja zdrowotna pomaga choremu podejmować świadome decyzje w zakresie działań opiekuńczo-terapeutycznych [11, 14].

Osoby leczone z powodu RJG, u których nie została wyłoniona stomia, wykazują się lepszym przystosowaniem do radzenia sobie w życiu codziennym. Chorzy ci oceniają przygotowanie do wypisu w stopniu dobrym, najbardziej obawiając się rutynowych aktywności oraz powrotu do pracy. Samoocena pacjentów jest opinią subiektywną, uzależnioną od podejścia pacjenta do choroby oraz motywacji do edukacji terapeutycznej. Osoba przekonana, że posiada wystarczającą wiedzę lub mająca pewność, że ktoś inny wyreczy go w zaleceniach terapeutycznych nie ma bodźców do aktywnego uczestnictwa w zdobywaniu nowych informacji i umiejętności. Prawdopodobne jest, iż osoby z zachowaną ciągłością przewodu pokarmowego wykazują się większą zdolnością do samoopieki i lepszą jakością życia ze względu na mniejsze narażenie na zaburzenia jelitowe, bóle brzucha, niższy stopień lęku o życie, a także wyższy poziom akceptacji siebie i choroby. Doniesienia te potwierdzają Stępień i wsp. [10].

Z analizy badań własnych wynika, iż ankietowani to głównie osoby niezależne w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, tj. ubieranie się, mycie czy poruszanie się. Badani dobrze oceniają przygotowanie w zakresie przyjmowania leków oraz wiedzą, do kogo zgłosić się po pomoc w razie nagłego wypadku lub wsparcia w codziennych czynnościach. Umiejętności w kontrolowaniu stanu zdrowia oraz wiedza na temat symptomów mogących wystąpić po zabiegu i objawów niepożądanych są lepiej oceniane przez osoby bez stomii jelitowej. Może to świadczyć o niedostatecznym przekazywaniu przez zespół terapeutyczny informacji lub być oznaką natłoku wiadomości podawanych osobom,

u których wykonany został zabieg z wyłonieniem przetoki jelitowej. Pacjenci ci niekiedy popadają w depresję lub stany załamania psychicznego i nie biorą wtedy aktywnego udziału w edukacji. Posiadanie stomii znacznie obniża poczucie własnej wartości, wywołuje lęk i rodzi przekonanie o własnej bezwartościowości [15].

W obu grupach badanych wykazano, że ocena gotowości do wypisu i samoopieki miała związek z wiekiem chorego. Im starszy pacjent, tym gorzej przyswajał wiadomości i umiejętności. Może być to związane także z obecnością chorób współistniejących. Ważne jest więc, aby podczas edukacji była obecna rodzina pacjenta, która pomoże mu w trudnych chwilach. Przekazywanie informacji oraz praktyczna nauka powinny być dostosowane do stanu fizycznego i psychicznego chorego oraz jego możliwości. Badania Cierzniańskiej i wsp. dowodzą, że obniżenie jakości życia u osób starszych z wyłonioną stomią jelitową występuje głównie w sferach socjalnej i ekonomicznej. W tej grupie pacjentów często dochodzi do problemów finansowych spowodowanych chorobą, znaczenie ma również niewystarczająca liczba refundowanego sprzętu stomijnego [16].

Przeprowadzone badanie potwierdza, iż osoby lepiej wykształcone pozytywniej oceniają swoją gotowość do wypisu. Można sądzić, że osoby te łatwiej przyswajają wiadomości, szybciej uczą się nowych czynności, a także mają większą świadomość zdrowotną.

W grupie osób ze stomią jelitową odnotowano większą liczbę osób z nadwagą. Udowodnione jest, iż osobom tym trudniej funkcjonować w życiu codziennym. Wyłoniona stomia jelitowa jest niekiedy niewidoczna dla chorego przez nadmiar fałdów skórnych, często trudniej ją zaopatrzyć i pielęgnować. Osoby te są edukowane w zakresie możliwości wystąpienia powikłań związanych ze zwiększonym BMI, tj. przepukliny, zwężenia lub zamknięcia stomii. Jak wykazały Urbanik i wsp., u pacjentów z wyłonioną stomią mogą wystąpić także dolegliwości jelitowe związane ze stosowaniem nieodpowiedniej diety, należą do nich biegunki, zaparcia, nadmierna produkcja gazów, zapchanie stomii. Autorki zwracają uwagę na szczególne znaczenie edukacji w zakresie żywienia osób z przetoką jelitową, co z pewnością ma wpływ na stan zdrowia i poprawę komfortu życia tych osób [17].

Podobnie jak w badaniach prowadzonych w Klinice Chirurgii Plastycznej w Gdańsku najwyższy poziom przygotowania do podjęcia samoopieki chorych dotyczył zdolności przyjmowania leków zgodnie z zaleceniem [18]. Niemniej ogólne przygotowanie do wypisu pacjentów hospitalizowanych z powodu zabiegu okazało się niewystarczające. Niezbędne jest wprowadzenie intensywnych działań mających na celu wychwycenie osób wymagających wzmożonej edukacji oraz ukierunkowanych na problemy zdrowotne. Teoretyczne opanowanie wiedzy i praktyczne umiejętności powinny być zaplanowane, monitorowane oraz wdrażane przez cały zespół

terapeutyczny. Przygotowanie do samoopieki pacjenta w czasie hospitalizacji ma znaczny wpływ na jakość życia tych chorych. Mimo iż czas przebywania na oddziale osób leczonych chirurgicznie nie jest zbyt długi, należy postarać się, aby pacjent zdobył niezbędną wiedzę przydatną do samodzielnego wykonywania czynności terapeutyczno-pielęgnacyjnych, tj. zmiany opatrunku, zaopatrzenia stomii jelitowej, oraz aby miał pewność, że poradzi sobie w obecnej sytuacji zdrowotnej [9].

Autorzy pracy potwierdzają wniosek przedstawiony przez Kiłoczko i wsp., że kwestionariusz oceny gotowości do wypisu C-HOBIC okazał się przydatnym narzędziem umożliwiającym zdiagnozowanie deficytów wiedzy pacjentów oraz zaplanowanie działań z zakresu edukacji zdrowotnej [18].

Wnioski

Badani chorzy w zdecydowanej większości prezentowali niezależną postawę podczas wykonywania podstawowych czynności życiowych i wysoką gotowość do wypisu.

Osoby z wylonioną stomią gorzej oceniają swoją gotowość do wypisu niż osoby bez stomii.

Wraz z wiekiem badanych pogarszała się ich funkcjonalność życia codziennego i wzrastała obawa przed wypisem.

Autorki deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Deptała A, Wojtukiewicz M. Rak jelita grubego. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2018, 61-100.
2. Freier B, Dągiel J, Więckowska B. Model struktury leczenia w nowotworach jelita grubego. [W:] Onkologia tom I. Proces leczenia w Polsce – analizy i modele. Wydawnictwo Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2015, 213-241.
3. Rutkowski A. Leczenie chirurgiczne raka jelita grubego w Polsce. Gastroenterol Klin 2013; 5: 152-161.
4. Lewandowska I, Kowalik J, Kopański Z, Skura-Madziata A, Furmanik F. Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową. J Public Health Nurs Med Resc 2011; 2: 9-13.
5. Kilańska D. Rola pielęgniarów środowiskowych i rodzinnych w poprawie przestrzegania zaleceń terapeutycznych. OIPiP 2016; 3: 11-16.
6. Dziedzic B, Sienkiewicz Z, Leńczuk-Gruba A, Idzik A, Fidecki W, Wysokiński M. The quality of life of patients with an intestinal stoma. Pielęgn Chir Angiol/Surg Vasc Nurs 2019; 13: 100-106.
7. Glińska J, Malesza M, Lewandowska M, Miller R, Dżiki Ł, Dżiki A. Emotional expectations and emotional control of colorectal cancer patients after colostomy. Pielęgn Chir Angiol/Surg Vasc Nurs 2013; 7: 84-91.
8. Plata K, Majewski W. Jakość życia pacjentów po zabiegu operacyjnym na jelicie grubym, z wytworzeniem stomii i możliwości jej popraw. Roczn PAM 2008; 54: 77-85.
9. Andruszkiewicz A, Kubica A, Nowik M, Michalski P, Idczak H. Ocena gotowości do wypisu pacjentów z chorobami przewlekłymi. Zdr Publ Zarz 2016; 14: 44-52.
10. Stępień R, Wiraszka G, Wrońska I i wsp. Stomia jako czynnik determinujący jakość życia chorych z powodu raka jelita grubego. Probl Pielęgn 2014; 22: 190-195.
11. Cierznikowska K, Szewczyk M, Banaszekiewicz Z, Jawień A. Professional care of the person with a stoma in Poland. Pielęgn Chir Angiol/Surg Vasc Nurs 2010; 4: 35-39.
12. Michalak S, Cierznikowska K, Banaszekiewicz Z, Szewczyk M, Jawień A. Evaluation of patients adjustment to living with stoma. Pielęgn Chir Angiol/Surg Vasc Nurs 2008; 2: 91-98.
13. Kędra EM, Wiśniewski W. Wybrane aspekty oceny jakości życia chorych na nowotwór jelita grubego i członków ich rodzin w świetle wyników badań własnych. Pielęgn Zdr Publ 2018; 8: 33-38.
14. Pyć M. Standard opieki pielęgniarskiej nad chorym ze stomią. Med Ogólna 2008; 14: 105-115.
15. Banaszekiewicz Z, Szewczyk MT, Cierznikowska K, Jawień A. Jakość życia ze stomią jelitową. Wsp Onkol 2007; 11: 17-25.
16. Cierznikowska K, Kozłowska E, Szewczyk M, Banaszekiewicz Z, Szymańska H. Quality of life of patients with intestinal stoma. Pielęgn Chir Angiol/Surg Vasc Nurs 2013; 7: 142-147.
17. Urbanik A, Pachocka L. Analiza zachowań żywieniowych pacjentów z wylonioną stomią, Probl Hig Epidemiol 2015; 96: 523-528.
18. Kiłoczko W, Grabowska H. Using C-HOBIC data in the assessment of readiness for discharge of patients of the clinic of plastic surgery – a preliminary report. Pielęgn Chir Angiol/Surg Vasc Nurs 2019; 13: 12-18.