

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
University of Medical Sciences Karol Marcinkowski, Faculty of Health Sciences
Department of Nursing in Poznań

GRAŻYNA BĄCZYK, KRYSZYNA JARACZ, RENATA GRZEŚKOWIAK,
MONIKA KMIĘCIAK

The level of self-care among patients after an operation

Poziom samoopieki u chorych po zabiegu operacyjnym

Samoopieka – samopielęgnowanie, działanie podejmowane samodzielnie przez człowieka dla potrzeb utrzymywania własnego zdrowia jego poprawy i potęgowania (1).

Celem badań było ustalenie poziomu samoopieki chorych po operacji pęcherzyka żółciowego leczonych na oddziale chirurgicznym metodą klasyczną.

MATERIAŁ

Badaniami objęto 50 chorych leczonych chirurgicznie w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Pleszewie z powodu kamicy pęcherzyka żółciowego. Grupę badaną stanowiło 13 mężczyzn (26%) oraz 37 kobiet (74%) w wieku od 27 do 85 lat (średnia wieku 57.94; ± 15.67). Badanych podzielono na dwie grupy:

grupa I - pacjenci poniżej 60 roku życia. W grupie tej znajdowało się 27 chorych: 8 (29.63%) mężczyzn i 19 (70.37%) kobiet w wieku od 27 lat do 58 lat (średnia wieku 45.48, ± 7.36).

grupa II - chorzy powyżej 60 roku życia. W grupie tej było 23 chorych: 5 mężczyzn (21.74%) i 18 kobiet (78.26%) w wieku od 61 lat do 85 lat (średnia wieku 72.56, ± 8.32). Badania przeprowadzono dwukrotnie: I - w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym i badanie II w - dniu poprzedzającym wypis ze szpitala.

METODA

Do pomiaru poziomu deficytu samoopieki utworzono Skalę Deficytu Samoopieki (SDS) skonstruowaną w oparciu o założenia teoretycznego modelu pielęgnowania Roper-Logan. Skala umożliwia określenie stopnia samoopieki i zawiera się w zakresie od 0 do 3, przy czym 0 oznacza całkowitą zależność, samodzielność 3 - pełną samodzielność (2). Poziom samoopieki oceniano w dziesięciu obszarach: poruszanie się, oddychanie, jedzenie, picie, wydalanie, higiena osobista, ubieranie się, komunikowanie, kontrolowanie temperatury ciała, utrzymanie kontaktu z pacjentem. Stopień ograniczenia samoopieki jednocześnie określał zakres koniecznych interwencji pielęgniarzkich w obrębie ocenianych obszarów. Łącznie zakres skali wynosił od 0 do 30 punktów, przy czym - wyższym wartością odpowiada wyższy poziom samoopieki.

Do analizy statystycznej wyników wykorzystano testy nieparametryczne: test Manna-Whitney a, test Fischera, test Wilcoxon. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Analizę wykonano przy pomocy pakietu statystycznego Statistica 6.0.

WYNIKI

W grupie pacjentów poniżej 60 roku życia ponad 97% cechowało się pełną sprawnością funkcjonalną, 63% zostało zakwalifikowanych do II kategorii ryzyka operacyjnego według ASA, u 63% klinicznie rozpoznano obecność chorób współistniejących

W tabeli 1 przedstawiono poziom samoopieki chorych według Skali Deficytu Samoopieki w pierwszej dobie po operacji (badanie I) i w dniu poprzedzającym wypis ze szpitala (badanie II). W pierwszej dobie po zabiegu (badanie I) największy deficyt samoopieki stwierdzono w następujących czynnościach: jedzenie, poruszanie się, higiena osobista. W dniu poprzedzającym wypis ze szpitala (badanie II) największe ograniczenie samoopieki dotyczyło: poruszania, ubierania się, jedzenia. W wyniku analizy danych z badania I i badania II wykazano istotną poprawę samoopieki w odniesieniu do wszystkich ocenianych czynności ($p < 0,001$). Wynik ogólny wg SDS mieszczący się w zakresie od 21.86 do 29.08 wskazywał, że badani byli samodzielni lub wymagali niewielkiej pomocy w czynnościach samoopiekuńczych.

W tabeli 2 przedstawiono średnią punktację skali SDS u chorych poniżej 60 roku życia i powyżej 60 roku życia w pierwszej dobie po zabiegu (badanie I). Analiza poziomu samoopieki pomiędzy badanymi do 60 roku życia i badanymi powyżej 60 roku życia wykazała istotne statystyczne różnice. Pacjenci powyżej 60 roku życia prezentowali większy deficyt samoopieki w porównaniu do pacjentów młodszych w takich czynnościach, jak: picie, wydalanie, ubieranie się, kontrolowanie temperatury ciała.

W tabeli 3 przedstawiono średnią punktację skali SDS u chorych poniżej 60 roku życia i powyżej 60 roku życia w dniu poprzedzającym wypis ze szpitala (badanie II). Analiza porównawcza poziomu samoopieki pomiędzy badanymi grupami wiekowymi wykazała istotną różnicę tylko w odniesieniu do ubierania się ($p = 0,04$).

OMÓWIENIE

Dokonana ocena stopnia samoopieki badanych po leczeniu operacyjnym umożliwiła ustalenie zapotrzebowania chorych na opiekę pielęgniarską. W wyniku badań stwierdzono, że w pierwszej dobie po operacji wszyscy chorzy wymagali pomocy ze strony personelu pielęgniarskiego w takich czynnościach jak: poruszanie, picie, jedzenie, wydalanie, higiena osobista, ubieranie się, kontrolowanie temperatury ciała. Trudności w poruszaniu wynikały przede wszystkim z osłabienia po operacji, bólu pooperacyjnego rany oraz obecności drenu w ranie pooperacyjnej. Pielęgnacja ukierunkowana była na pomoc w rehabilitacji ruchowej (w zmianie pozycji, pomoc przy pionizacji i chodzeniu). Na podstawie badań można stwierdzić, że samodzielność pacjentów w trakcie hospitalizacji uległa poprawie, badani poniżej 60 roku w dniu poprzedzającym wypis ze szpitala osiągnęli całkowitą samodzielność w zakresie wszystkich ocenianych czynności życia codziennego. Oznacza to, że chorzy nie wymagali pomocy ze strony personelu pielęgniarskiego. W przypadku osób starszych ciągle utrzymywał się deficyt samoopieki. W dniu poprzedzającym wypis ze szpitala chorzy powyżej 60 roku życia wymagali pomocy w następujących czynnościach życia codziennego: poruszanie się, jedzenie, higiena osobista, ubieranie się. Dlatego też, niezbędna jest pomoc rodziny i opiekunów w realizacji tych czynności opiekuńczych (3). Ważne jest, zatem poinformowanie opiekunów o tym fakcie i nauczenie ich sprawowania tej opieki. Dokonanie oceny stopnia zależności chorych pozwalało na wyróżnienie tych czynności życia codziennego, które wymagają największego zaangażowania ze strony pielęgniarek (4). Ponadto należy stwierdzić, że pacjenci przyjmowani do szpitala z deficytem samoopieki w zakresie czynności życiowych wymagali zwiększonej opieki pielęgniarskiej przed zabiegiem operacyjnym, jak i po zabiegu. Badania potwierdziły konieczność uwzględnienia w planowaniu opieki pielęgniarskiej wieku chorego, co istotnie może determinować planowanie opieki pielęgniarskiej nie tylko pod względem jego rodzaju, jakości ale i obsady pielęgniarskiej podczas pełnienia dyżurów.

WNIOSKI

- ⇒ Całkowity deficyt samoopieki chorych we wczesnym okresie po zabiegu operacyjnym stwierdzono w zakresie takich czynności życia codziennego jak: poruszanie, jedzenie, picie, wydalanie, higiena osobista, ubieranie się. W odniesieniu do tych czynności chorzy wymagali zastosowania w pełni kompensacyjnego modelu opieki pielęgniarskiej

- ⇒ Chorzy starsi prezentowali istotnie większy deficyt samoopieki zarówno we wczesnym okresie po operacji, jak i przed wypisaniem ze szpitala.
- ⇒ Teoretyczny model pielęgnowania stanowi właściwą podstawę do określenia rodzaju i stopnia deficytu samoopieki oraz planowania opieki pielęgniarstwa w poszczególnych dobach po zabiegu.

PIŚMIENNICTWO

1. Górajek-Jóźwik J. Proces pielęgnowania, model samodzielnego, całościowego i ciągłego pielęgnowania. Lublin: AM, 1989
2. Pearson A, Vangham B, Nursna models for practice, Heinenam Nursina, Halley Court, Jordan Hill. Oxford Ox28, EJ 1989; 53-61
3. Staręga-Piasek J.: Samodzielność ludzi starszych – cel czy instrument?, Gerontologia Polska, tom 6,3/4, 1998
4. Piechocka B. Zastosowanie modelu Roper-Logan u chorych po operacji złamania szyjki kości udowej. Praca magisterska. Poznań 1999

Tab. 1. Deficyt samodzielności chorych po zabiegu według Skali Deficytu Samoopieki w badaniu I i II (test Manna-Whitneya)

Czynności życiowe (Badani , N = 50)		Wartość średnia	SD	Mediana	Wartość testu	Poziom istotności
1. Poruszanie się	badanie 1	1.82	0.48	2	6.15	0.00
	badanie 2	2.84	0.42	3		
2. Oddychanie	badanie 1	2.98	0.14	3	1.54	0.9
	badanie 2	3.01	3	0		
3. Jedzenie	badanie 1	0	0	0	6.15	0.00
	badanie 2	2.84	0.42	3		
4. Picie	badanie 1	2.71	0.58	3	5.96	0.00
	badanie 2	2.94	0.24	3		
5. Wydalanie	badanie 1	2.2	0.75	2	4,93	0.00
	badanie 2	2.92	0.27	3		
6. Higiena osobista	badanie 1	1.88	0.48	2	6.09	0.00
	badanie 2	2.91	0.36	3		
7. Ubieranie się	badanie 1	2.01	0.64	2	5.30	0.00
	badanie 2	2.78	0.46	3		
8. Komunikowanie z otoczeniem	badanie 1	2.84	0.47	3	1.82	0.67
	badanie 2	2.96	0.20	3		
9. Kontrolowanie temperatury ciała	badanie 1	2.54	0.61	3	3.91	0.00
	badanie 2	2.96	0.20	3		
10. Utrzymanie kontaktu z pacjentem	badanie 1	2.91	0.36	3	1.39	0.92
	badanie 2	2.96	0.20	3		
Ocena globalna Zakres skali (0-30)	badanie 1	21.86	3.53	23	6.09	0.00
	badanie 2	29.08	2.20	30		

SD –odchylenie standardowe

Tab.2. Poziom samoopieki według Skali Deficytu Samoopieki u chorych poniżej 60 roku życia (Grupa I) i powyżej 60 roku życia (Grupa II) – badanie I, (test Manna-Whitneya)

Czynności życiowe		Wartość średnia	SD	Wartość testu	Poziom istotności
1. Poruszanie się	Grupa 1	1.88	0.42	0.84	0.405
	Grupa 2	1.73	0.54		
2. Oddychanie	Grupa 1	2.96	0.19	-0.22	0.831
	Grupa 2	3.01	0		
3. Jedzenie	Grupa 1	0	0	0.31	0.871
	Grupa 2	0	0		
4. Picie	Grupa 1	2.92	0.38	2.57	0.009
	Grupa 2	2.43	0.66		
5. Wydalanie	Grupa 1	2.62	0.56	4.26	0.0001
	Grupa 2	1.69	0.63		
6. Higiena osobista	Grupa 1	1.96	0.43	0.98	0.333
	Grupa 2	1.78	0.51		
7. Ubieranie się	Grupa 1	2.22	0.64	2.45	0.013
	Grupa 2	1.73	0.54		
8. Komunikowanie z otoczeniem	Grupa 1	2.88	0.32	0.17	0.862
	Grupa 2	2.78	0.60		
9. Kontrolowanie temperatury ciała	Grupa 1	2.81	0.39	2.96	0.002
	Grupa 2	2.21	0.67		
10. Utrzymanie Kontakt z pacjentem	Grupa 1	2.92	0.38	0.53	0.602
	Grupa 2	2.86	0.34		
Ocena globalna Zakres skali (0-30)	Grupa 1	23.22	2.84	4.55	0.0001
	Grupa 2	20.26	3.64		

SD - Odchylenie standardowe

Tabela 3. Poziom samoopieki według Skali Deficytu Samoopieki u chorych poniżej 60 roku życia (Grupa I) i powyżej 60 roku życia (Grupa II) - badanie II, (test Manna-Whitneya)

Czynności życiowe		Wartość średnia	SD	Wartość testu	Poziom istotności
1. Poruszanie się	Grupa 1	2.88	0.42	0.81	0.416
	Grupa 2	2.78	0.42		
2. Oddychanie	Grupa 1	3.02	0	0.92	0.681
	Grupa 2	3.03	0		
3. Jedzenie	Grupa 1	2.92	0.38	1.29	0.200
	Grupa 2	2.73	0.44		
4. Picie	Grupa 1	2.96	0.19	0.30	0.772
	Grupa 2	2.91	0.28		
5. Wydalanie	Grupa 1	2.96	0.19	0.56	0.575
	Grupa 2	2.86	0.34		
6. Higiena osobista	Grupa 1	2.92	0.38	0.53	0.602
	Grupa 2	2.86	0.34		
7. Ubieranie się	Grupa 1	2.92	0.38	2.05	0.040
	Grupa 2	2.60	0.50		
8. Komunikowanie z otoczeniem	Grupa 1	2.92	0.26	-0.44	0.657
	Grupa 2	3.03	0		
9. Kontrolowanie temperatury ciała	Grupa 1	3.10	0	0.52	0.612
	Grupa 2	2.91	0.28		
10. Utrzymanie kontaktu z pacjentem	Grupa 1	3.20	0	0.52	0.602
	Grupa 2	2.91	0.28		
Ocena globalna Zakres skali (0-30)	Grupa 1	29.50	1.96	1.98	0.047
	Grupa 2	28.60	2.40		

SD - Odchylenie standardowe

STRESZCZENIE

Głównym celem pracy było określenie poziomu samoopieki w dwóch grupach wiekowych po zabiegu operacyjnym. Podjęto próbę oceny stopnia samoopieki w zakresie dziesięciu czynności życia codziennego oraz zakres koniecznych interwencji pielęgniarskich w obrębie ocenionych obszarów.

Badania prowadzone w samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Pleszewie na oddziale chirurgii. Badania prowadzono w okresie od 29.12.2002 r. do 31.03.2003 r. Badaniem objęto 50 chorych po operacji pęcherzyka żółciowego metodą tradycyjną. Wszystkich chorych podzielono na dwie grupy:

Grupa I - chorzy poniżej 60 roku życia

Grupa II - chorzy powyżej 60 roku życia.

Badania przeprowadzono dwukrotnie:

Badanie I - w pierwszej dobie po zabiegu

Badanie II - w dniu poprzedzającym wypis ze szpitala.

W badaniu wykorzystano do oceny poziomu samoopieki narzędzie badawcze skonstruowane w oparciu o założenia teoretyczne modelu pielęgnowania Roper-Logan. Poziom samoopieki mierzono za pomocą czterostopniowej skali szacunkowej, gdzie 3 punkty oznaczały pełną samodzielność, 0 brak samodzielności.

W pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym wszyscy chorzy wymagali pomocy ze strony personelu pielęgniarskiego w ocenionych czynnościach życia codziennego. Deficyt samoopieki był większy u osób powyżej 60 roku życia. Chorzy ci wymagali zwiększonej opieki pielęgniarskiej zarówno w odniesieniu do ilości i zakresu interwencji pielęgniarskich.

W odniesieniu do osób starszych istnieje potrzeba pełnej informacji i edukacji rodziny prowadzonej przez pielęgniarki w związku z kontynuacją opieki nad chorym po wypisaniu do domu.

Teoretyczny model pielęgnowania Roper-Logan stanowi właściwą postawę do określenia stopnia deficytu samoopieki i planowania ilości i zakresu opieki pielęgniarskiej.

ABSTRACT

The main aim of this work was to define the level of self-care among patients in two age groups after an operation. The evaluation of the extent of self-care was tested concerning ten everyday activities as well as the range of necessary interventions within the evaluated areas.

The research was conducted in a self-dependent Public Health Care Unit on the surgery ward in the period from 29.12.2002 to 31.03.2003. The research concerned 50 patients after an operation of gall bladder performed by the means of traditional method. All the patients were divided into two groups:

Group I - patients under 60 years old

Group II - patients over 60 years old.

The research was conducted twice:

Research I - in the first twenty-four hours after the operation

Research II - on the day previous to the release from hospital.

The new research tool constructed on the basis of theoretical assumption of Roper Logan nursing model was used in the research. The level of self-care was measured by the means of four-grade scale where 3 points meant full self-care, 0 the lack of self-care.

In the first twenty-four hours after the operation all the patients required help from the nursing staff in evaluated everyday life activities. The lack of self-care was bigger among patients over 60. These patients required increasingly bigger nursing help both with reference to the amount and the range of nursing interventions. As far as older people are concerned there exists the need of providing full information and education of the family. This must be done by nurses in connection with the continuation of locking after the patient after the release from hospital.

Roper-Logan theoretical nursing model constitutes the adequate basis for defining the extent of the lack of self-care and planning the and range of nursing care.