

Studenckie Koło Naukowe  
Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego WPiNoZ AM w Lublinie  
Opiekun: prof. dr hab. n. med. Krzysztof Turowski  
Student Scientific Association of Department of Clinical Nursing  
Faculty of Nursing and Health Sciences  
Medical University in Lublin

JOANNA ROLA, KRZYSZTOF TUROWSKI

***Relationship between clinical state and self-care of patients  
with brain tumors before and after surgery***

---

**Zależność stanu klinicznego i wydolności w zakresie samoopieki chorych  
z nowotworami mózgu w okresie przed- i pooperacyjnym**

---

**WSTĘP**

Nowotwory mózgu doprowadzają do jego uszkodzenia, wystąpienia objawów ogólnomózgowych i ogniskowych uszkodzenia o różnym stopniu ich nasilenia. Uszkodzenie mózgu doprowadza do obniżenia aktywności pacjenta w stopniu zależnym od ich nasilenia. Obniżenie aktywności chorego wpływa jednocześnie na obniżenie jego wydolności w zakresie samoopieki. Powoduje to konieczność wspomagania lub zastępowania w czynnościach opiekuńczych.

Celem pracy była ocena zależności ogólnej aktywności chorego mierzonej skalą Karnofsky'ego [2] i współczynnika wydolności chorego w zakresie samoopieki [1, 3].

Skala Karnofsky'ego jest skalą procentową szeroko stosowaną w onkologii oceniającą ogólny poziom wydolności i czynnościowych możliwości chorych poddanych terapii przeciwnowotworowej. Umożliwia określenie sprawności fizycznej chorych, metrycznej oceny stopnia funkcjonalnej samodzielności wyrażonej w postaci jednej liczby.

Skala Aktywności Ogólnej Karnofsky'ego

(Karnofsky Performance Scale)

- 100% - stan prawidłowy, bez skarg, bez zmian chorobowych
- 90% - zdolny do normalnej aktywności, bez większych objawów lub symptomów choroby
- 80% - normalna aktywność, jakieś objawy i symptomy choroby
- 70% - obsługuje się sam, niezdolny do prowadzenia normalnej aktywności lub aktywnej pracy

- 60% - potrzebuje okresowo osoby towarzyszącej, ale zdolny obsłużyć większość swoich potrzeb
- 50% - potrzebuje udziału osoby towarzyszącej i często pomocy medycznej
- 40% - obezwładniony, potrzebuje specjalnej troski i osoby towarzyszącej
- 30% - ciężko obezwładniony, wskazana hospitalizacja jakkolwiek śmierć nie zagraża
- 20% bardzo chory, konieczna hospitalizacja, konieczne leczenie podtrzymujące
- 10% - umierający, gwałtowna progresja.

Dla chorych neuroonkologicznych zaproponowano zmodyfikowaną Neurologiczną Skalę Wydolności [8].

#### Neurologiczna Skala Wydolności

- 100% - stan prawidłowy, bez skarg, bez zmian chorobowych
- 90% - zdolny do normalnej aktywności, bez większych objawów lub symptomów choroby. Ból głowy
- 80% - normalna aktywność, jakieś objawy i symptomy choroby. Bóle głowy, zaburzenia czucia nie utrudniające codziennych czynności, pronacja zaburzenia pamięci, lekkie epi (bez drgawek), lekkie objawy neurologiczne
- 70% - obsługuje się sam, niezdolny do prowadzenia normalnej aktywności lub aktywnej pracy. Bardzo silne bóle głowy, zaburzenia mowy zauważalne przez otoczenie, lekki niedowład zauważalny przez pacjenta i otoczenie, zmiany w nastroju, epi typu Jacksoni lub uogólnione
- 60% - potrzebuje okresowo osoby towarzyszącej, ale zdolny obsłużyć większość swoich potrzeb. Średni niedowład, zaburzenia pamięci i nępeu, spowolniały
- 50% - potrzebuje udziału osoby towarzyszącej i często pomocy medycznej. Senny, mało chodzi, znaczny niedowład, głębsze zaburzenia mowy, częstsze napady
- 40% - obezwładniony, potrzebuje specjalnej troski i osoby towarzyszącej, nie może opuścić łózka, afazja, niezdolny do obsłużenia się, splątany, senny, utrudniony kontakt, upośledzenie ostrości wzroku (zanik tarcz nerwów wzrokowych)
- 30% - ciężko obezwładniony, wskazana hospitalizacja jakkolwiek śmierć nie zagraża. Śpiączka, bezwład, bez kontaktu
- 20% - bardzo chory, konieczna hospitalizacja, konieczne leczenie podtrzymujące. Zaburzenia przytomności, zmiany wegetatywne, zaburzenia czynności podstawowych
- 10% - umierający, gwałtowna progresja.

Nowoczesną formą rozwiązywania problemów chorego jest proces pielęgnowania. Jego zasadniczym celem jest wyposażenie pielęgniarstwa w teoretyczne i praktyczne podstawy rozwiązywania problemów opiekuńczych i środowiska oraz określenia możliwości pacjenta w zakresie samoopieki. Asystowanie choremu w samoopiece lub przyjmowanie opieki przez pielęgniarzkę uzależnione jest od wydolności chorego w zakresie samoopieki. W piśmiennictwie spotyka się wiele sposobów oceny zapotrzebowania chorych na opiekę. W tym celu opracowano metodę kategoryzacji pacjentów klasyfikującą ich zależnie od możliwości samoopieki. Klasyfikacja pacjentów, ogólnie rzecz ujmując, może być definiowana jako ich grupowanie zgodnie z jakąś obserwowalną bądź zakładaną właściwością. W pielęgniarstwie używa się tego pojęcia w znaczeniu wyższym, oznacza kategoryzowanie pacjentów zgodnie z oszacowaniem wymagań co do pielęgnacji w określonym okresie czasu [3].

W literaturze wymienia się kilka kategorii opieki, zwykle jednak od 2 do 6 klas.

Klasyfikacja wg Lenartowicz [3] zawiera 4 kategorie opieki:

Kategoria I – minimalna opieka pielęgniarstwa

Kategoria II – umiarkowana opieka pielęgnarska

Kategoria III– wzmożona opieka pielęgnarska

Kategoria IV– intensywna opieka pielęgnarska

Klasyfikowanie chorych do kategorii odbywa się na podstawie wyniku obserwacji pielęgnarskiej w zakresie 9 wyznaczników opieki: łóżko, toaleta, odżywianie, wydalanie, pomiar objawów życia, transport, ruch i transport, leczenie, informowanie – nauczanie, opieka psychospołeczna. Pacjent trafia do tej kategorii opieki, która uzyskała najwięcej wyznaczników. Lenartowicz w opisie metody stwierdza, że „wadą tej metody jest, iż pacjent jest desygnowany do jednej kategorii opieki, mimo że w pewnych obszarach może on być zupełnie samodzielny, a w innych całkowicie zależny”.

W oparciu o badania nad arkuszem kategoryzacji opieki pielęgnarskiej wg Lenartowicz wniesiono do niego szereg poprawek w zakresie nazw i kolejności wyznaczników opieki [1].

Następnie zmodyfikowany arkusz kategorii opieki pielęgnarskiej przekształcono w Skalę Wydolności Chorego w Zakresie Samoopieki.

Skala ta zawiera 4 kategorie opieki:

Kategoria I – chory samowystarczający

Kategoria II – chory wymagający pomocy i stymulacji

Kategoria III – chory obłożny

Kategoria IV – chory wymagający intensywnej opieki

Każdemu wyznacznikowi opieki przypisano od 4 do 1 punktu w zależności od kategorii w zakresie danego wyznacznika opieki.

| Wyznaczniki opieki         | Kategoria opieki |    |     |    |
|----------------------------|------------------|----|-----|----|
|                            | I                | II | III | IV |
| 1. Poruszanie się          | 4                | 3  | 2   | 1  |
| 2. Utrzymywanie higieny    | 4                | 3  | 2   | 1  |
| 3. Odżywianie              | 4                | 3  | 2   | 1  |
| 4. Wydalanie               | 4                | 3  | 2   | 1  |
| 5. Mierzenie objawów życia | 4                | 3  | 2   | 1  |
| 6. Leczenie                | 4                | 3  | 2   | 1  |
| 7. Porozumiewanie się      | 4                | 3  | 2   | 1  |
| 8. Wiedza o samoopiece     | 4                | 3  | 2   | 1  |
| 9. Opieka psychospołeczna  | 4                | 3  | 2   | 1  |

W oparciu o powyższą punktację wyliczono Współczynnik wydolności (WW) chorego w zakresie samoopieki wg wzoru:

$$WW = K_I \times 4 + K_{II} \times 3 + K_{III} \times 2 + K_{IV} \times 1 \text{ gdzie:}$$

WW – współczynnik wydolności chorego w zakresie samoopieki

$K_{I-IV}$  – liczba wyznaczników opieki w danej kategorii

Każdej kategorii przyporządkowany jest określony przedział punktów, na podstawie których klasyfikujemy chorych do określonej kategorii opieki:

- kategoria I - 36 do 32 pkt.

- kategoria II - 31 do 23 pkt.

- kategoria III - 22 do 14 pkt.

- kategoria IV - 13 do 9 pkt.

## MATERIAŁ I METODA

Materiał stanowiło 30 chorych leczonych w Klinice Neurochirurgii AM w Lublinie z powodu nowotworów mózgu.

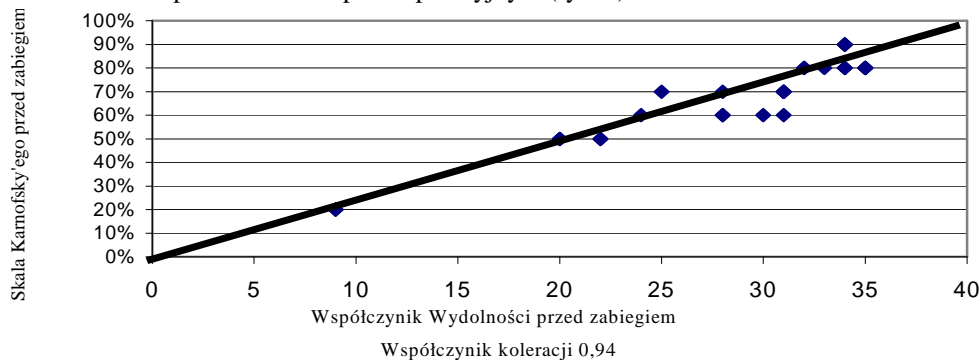
Wiek chorych wahał się od 13 do 74 lat. Wśród badanych było 12 mężczyzn i 18 kobiet, w tym dwoje dzieci w wieku 13 i 15 lat.

Ogólny stan kliniczny chorych oceniono w oparciu o skalę Karnofsky'ego.

Następnie chorzy zostali poddani kategoryzacji zgodnie z oceną ich wymagań co do pielęgnacji. W ocenie chorych posłużono się skalą Wydolności Chorych w Zakresie Samoopieki.

Badania przeprowadzono w okresie przed- i pooperacyjnym.

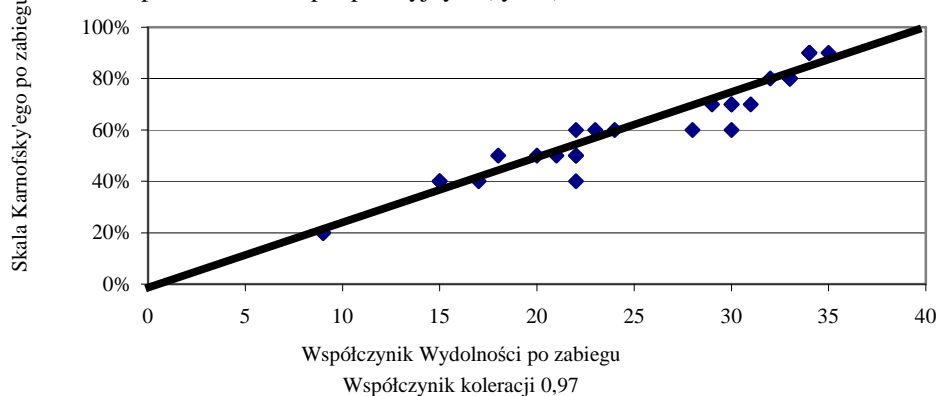
Zestawiono zależności między skalą Karnofsky'ego a współczynnikiem wydolności w zakresie samoopieki w okresie przedoperacyjnym (ryc. 1).



Ryc. 1. Zależność między skalą Karnofsky'ego a współczynnikiem wydolności w zakresie samoopieki w okresie przedoperacyjnym

Stwierdzono wysoką istotnie statystyczną korelację między skalą Karnofsky'ego w okresie przedoperacyjnym.

Zestawiono zależności między skalą Karnofsky'ego a współczynnikiem wydolności w zakresie samoopieki w okresie pooperacyjnym (ryc. 2).



Ryc. 1. Zależność między skalą Karnofsky'ego a współczynnikiem wydolności w zakresie samoopieki w okresie przedoperacyjnym

Stwierdzono istotnie statystyczną wysoką korelację między skalą Karnofsky'ego a współczynnikiem wydolności w okresie pooperacyjnym.

#### WNIOSKI

- Stwierdzono wysoką korelację między skalą Karnofsky'ego w współczynnikiem wydolności w zakresie samoopieki zarówno w okresie przedoperacyjnym jak i pooperacyjnym
- Stwierdzona wzajemna korelacja skali klinicznej i opieki pozwala na monitorowanie stanu klinicznego i opieki chorych leczonych z powodu nowotworu mózgu.

#### PIŚMIENNICTWO

1. Kaniewska B., Jędrys B., Stadnicka G., Turowski K.: Wartość kliniczna skali Wydolności Chorych w Zakresie Samoopieki. [W:] Organizacja opieki pielęgniarstwa a zmiany w systemie ochrony zdrowia. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1994.
2. Karnofsky D. A.: Meaningful clinical classification of therapeutic responses to anticancer drugs. Clin. Pharmacol. Ther., 1961, 2, 709-712.
3. Lenartowicz H.: Organizacja pracy pielęgniarstwa. Skrypt dla studentek Wydziału Pielęgniarskiego AM. Lublin 1985.
4. Turowski K. (red.): Neuropsychologiczna metoda Łuria-PR6. AM w Lublinie. Lublin 1993.

#### STRESZCZENIE

Autorzy wykazali wysoką korelację skali Karnofsky'ego i współczynnika wydolności w zakresie samoopieki w okresie przedoperacyjnym i pooperacyjnym chorych leczonych z powodu nowotworów mózgu. Potwierdza to przydatność metod pomiaru stanu klinicznego i opieki w neuroonkologii i pozwala na optymalizację opieki w zależności od stanu leczonych chorych.

#### SUMMARY

The aim of the study was evaluation of relationship between clinical state and self-care of patients with brain tumors before and after surgery. The high correlation between Karnofsky performance status and self-care coefficient has been found.