

OCENA POZIOMU WIEDZY PACJENTÓW Z KAMICĄ PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO W ZAKRESIE POSTĘPOWANIA OKOŁOOPERACYJNEGO

Assessment of the knowledge of patients with cholecystolithiasis in the terms of perioperative management



Violetta Cebulska¹, Violetta Koźlak¹, Marta Kaźmierska²

¹Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Kaliska im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego

²Oddział Chirurgiczny, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2021; 1: 31–38

Praca wptynęła: 4.06.2020; przyjęto do druku: 16.09.2020

Adres do korespondencji:

dr n. med. **Violetta Cebulska**, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Kaliska im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego, e-mail: vcebulska@o2.pl

Streszczenie

Cel pracy: Kamica żółciowa należy do najczęstszych chorób przewodu pokarmowego leczonych chirurgicznie. Istotą schorzenia jest tworzenie i gromadzenie się złożeń w pęcherzyku żółciowym oraz, rzadko, w drogach żółciowych. Podstawową metodą leczenia rozpoznanej, objawowej kamicy żółciowej jest wykonanie zabiegu chirurgicznego usunięcia pęcherzyka żółciowego, najczęściej metodą laparoskopową. Postęp w zakresie wprowadzania coraz nowocześniejszych technik i procedur operacyjnych warunkuje konieczność rozwoju kompleksowej oraz wysokiej jakości opieki pielęgniarskiej nad chorym. Celem pracy była ocena poziomu wiedzy pacjentów z kamicią pęcherzyka żółciowego w zakresie postępowania okołoperacyjnego.

Materiał i metody: Badanie zostało przeprowadzane wśród 100 pacjentów poddanych zabiegowi cholecystektomii. W celu przeprowadzenia badania wykorzystano samodzielnie opracowany kwestionariusz ankiety. Do analizy statystycznej wykorzystano: test *U* Manna-Whitneya, test Kruskala-Wallisa oraz test istotności współczynnika korelacji rang Spearmana.

Wyniki: Ocena poziomu wiedzy badanej grupy pacjentów w zakresie znajomości zasad postępowania okołoperacyjnego ujawniła, iż dobry poziom wiedzy reprezentowało 36% osób, wiedzę dostateczną posiadało 33% ankietowanych, wiedzę bardzo dobrą miało 16% pacjentów, niewystarczającą 15% respondentów.

Wnioski: Większość pacjentów oceniło swoją wiedzę w zakresie postępowania okołoperacyjnego jako wystarczającą. Ogólny poziom wiedzy badanych na temat postępowania okołoperacyjnego był ponadprzeciętny. Mieszkańcy wsi oraz osoby nieaktywne zawodowo posiadały znacznie mniejszą wiedzę niż pacjenci mieszkający w mieście i pracujący. Pacjenci z wykształceniem wyższym posiadali znacznie większą wiedzę niż osoby z wykształceniem średnim. Rozpoznanie potrzeb edukacyjnych pacjentów w okresie okołoperacyjnym warunkuje prawidłowe ich przygotowanie do samoopieki i samopielęgnacji.

Słowa kluczowe: edukacja, cholecystektomia, postępowanie okołoperacyjne.

Summary

Aim of the study: Cholelithiasis is one of the most common gastrointestinal diseases treated surgically. The essence of the disease is the formation of deposits and accumulation in the gallbladder, and rarely originally in the bile ducts. The basic method of treatment of diagnosed symptomatic cholecystolithiasis is the surgical removal of the gallbladder, most often by keyhole surgery. Tremendous progress in the implementation of modern operating techniques and procedures determines the need for the development of comprehensive and high-quality nursing care. The aim of the study was to assess the level of knowledge of patients with cholecystolithiasis in perioperative management.

Material and methods: The study was conducted among 100 patients who underwent cholecystectomy.

A self-prepared questionnaire was used. For statistical analysis: Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test, and Spearman Rank Correlation Coefficient test were used.

Results: The assessment of the level of knowledge of the examined group in terms of knowledge of the principles of perioperative procedures revealed that 36% of people represented good knowledge, 33% had sufficient knowledge, 16% had very good knowledge, and 15% represented insufficient knowledge.

Conclusions: Most patients assessed their knowledge of perioperative management as sufficient. The general level of knowledge of perioperative procedures was above average. Village residents and inactive people had significantly less knowledge than the surveyed working patients and those living in the city. Patients with higher education had much more knowledge than people with secondary education. Recognition of educational needs in the perioperative period determines proper preparation for self-care.

Key words: education, cholecystectomy, perioperative management.

Wstęp

Kamica żółciowa należy do najczęstszych chorób przewodu pokarmowego leczonych chirurgicznie. Dane epidemiologiczne wskazują, iż schorzenie dotyczy około 10–20% ogółu populacji osób dorosłych na świecie. W Polsce na kamicy żółciową zapada około 20% społeczeństwa, przy czym czterokrotnie częściej choroba występuje u kobiet niż mężczyzn. Zachorowalność wzrasta z wiekiem i dotyczy przede wszystkim osób po 40. r.ż. Istotą schorzenia jest tworzenie się i gromadzenie złogów w pęcherzyku żółciowym oraz, rzadko, w drogach żółciowych. Wśród czynników ryzyka wymienia się m.in. wiek, płeć, czynniki genetyczne, przyjmowanie estrogenów, cukrzycę, ciążę, otyłość, hipertriglicydemię, wahania masy ciała. W obrazie klinicznym najbardziej charakterystycznym symptomem jest napad kolki żółciowej. Ból pojawia się nagle i zlokalizowany jest w nadbrzuszu lub w prawym podżebrzu, promieniuje do pleców oraz prawego stawu barkowego. Napadowi kolki mogą również towarzyszyć nudności, wymioty, wzdęcia brzucha, zaparcia, bledność powłok skórnych oraz zwiększona potliwość. Rozpoznanie schorzenia opiera się na badaniu podmiotowym, przedmiotowym oraz ultrasonografii jamy brzusznej, której czułość diagnostyczna wynosi 95%. Bezobjawowa kamica nie wymaga interwencji chirurgicznej. Nawracające napady kolki żółciowej mogą prowadzić do wystąpienia wielu groźnych powikłań: zapalenia pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych, perforacji narządu oraz ostrego zapalenia trzustki. Podstawową metodą leczenia kamicy żółciowej jest i usunięcie pęcherzyka żółciowego. Od 1987 r. laparoskopową cholecystektomię uważa się za złoty standard postępowania w odniesieniu do tej grupy chorych [1–6].

Postęp w dziedzinie chirurgii oraz wprowadzanie coraz to nowocześniejszych technik i procedur operacyjnych warunkuje konieczność rozwoju wysokiej jakości opieki pielęgniarskiej nad chorym. Wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego: chirurg, pielęgniarka, anestezjolog, rehabilitant, odgrywają bardzo ważną rolę na każdym etapie leczenia i hospitalizacji pacjenta. Pielęgniarka aktywnie uczestniczy w usunąć fizycznym i psychicznym przygotowaniu chorego do zabiegu, wdraża działania profilaktyczne zapobiegające powikłaniom pooperacyjnym, przygotowuje pacjenta/ jego rodzinę do samoopieki, uczy racjonalnego stylu życia po powrocie do środowiska domowego. Działania edukacyjne stanowią istotny element opieki, szczególnie w okresie przedoperacyjnym, kiedy przygotowujemy pacjenta do:

- prawidłowego wykonywania zabiegów profilaktycznych: ćwiczeń oddechowych, ćwiczeń kończyn dolnych w ramach profilaktyki przeciwzakrzepowej,
- wprowadzania zaleceń dietetycznych,
- pielęgnowania rany pooperacyjnej.

Warto podkreślić, iż skuteczność tych działań zależy od wielu czynników: wieku pacjenta, jego poziomu wykształcenia, aktualnego stanu klinicznego, stopnia natężenia dolegliwości bólowych, sytuacji rodzinnej, zawodowej itp. Niestety, w zespole terapeutycznym dość często obserwujemy zjawisko koncentrowania się na zadaniach wynikających przede wszystkim z funkcji terapeutycznej, a niedoceniaenia znaczenia działań wychowawczych, profilaktycznych, prozdrowotnych. Konsekwencjami takiego postępowania w opiece okołoperacyjnej może być niski stopień zaangażowania pacjenta w działania w zakresie samoopieki i samopielęgnacji. Analiza i ocena stopnia przygotowania chorego do aktywnego udziału w opiece stanowi niezwykle interesujący aspekt holistycznego podejścia do leczenia oraz zwraca uwagę na znaczenie tej problematyki we współczesnej medycynie oraz pielęgniarstwie [1, 5, 7, 8].

Celem pracy była ocena poziomu wiedzy pacjentów z kamicy pęcherzyka żółciowego w zakresie postępowania okołoperacyjnego.

Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzane wśród 100 pacjentów poddanych zabiegowi cholecystektomii hospitalizowanych na oddziale chirurgicznym Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kościanie od 15 października 2018 r. do 30 maja 2019 r.

W celu przeprowadzenia badań wykorzystano samodzielnie opracowany kwestionariusz ankiety składający się z 22 pytań, pozwalających na ocenę znajomości przez pacjentów najistotniejszych aspektów postępowania okołoperacyjnego w cholecystektomii. Pytania dotyczyły zaleceń żywieniowych, negatywnego wpływu nikotyny na ryzyko występowania powikłań płucnych, celowości stosowania kompresjoterapii oraz profilaktyki przeciwzakrzepowej, zasad przygotowania pola operacyjnego, znajomości objawów świadczących o powikłaniach pooperacyjnych, przyjmowania leków przed operacją. Ankietowane osoby mogły uzyskać za udzielone odpowiedzi łącznie od 0–16 pkt. Przyjęto następujące kryterium oceny wiedzy respondentów:

- niewystarczająca: 0–8 pkt,
- dostateczna: 9–11 pkt,
- dobra: 12–14 pkt,
- bardzo dobra: 15–16 pkt.

Do analizy statystycznej zgromadzonego materiału wykorzystano: test *U* Manna-Whitneya, test Kruskala-Wallisa oraz test istotności współczynnika korelacji rang Spearmana. Za istotną statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$.

Wyniki badań

W badanej populacji 100 pacjentów (50 kobiet i 50 mężczyzn) z rozpoznaną kamicy pęcherzyka żół-

ciowego, u których wykonano zabieg cholecystektomii, największą grupę stanowiły osoby w wieku 41–50 lat – 42% badanych. Pozostali respondenci to osoby w wieku 31–40 lat – 29%, badani w przedziale wieku 51–60 lat stanowili 13%, pacjenci powyżej 60 lat to 12% ankietowanych, najmniejszą grupę stanowiły osoby do 30. r.ż. – 4%. Większość badanych pozostawała w związku małżeńskim – 71%, 20% respondentów to osoby stanu wolnego, natomiast 9% badanych było wdowami lub wdowcami. Mieszkańcy miast stanowili 68% osób, z kolei mieszkańcy wsi to 32% pacjentów. Wykształcenie wyższe posiadało 40% badanych, wykształcenie średnie miało 24% pacjentów, wykształcenie zawodowe posiadało 26% ankietowanych, natomiast 10% osób deklarowało wykształcenie podstawowe. Zdecydowana większość pacjentów to osoby pracujące – 82% badanych, 18% ankietowanych to osoby nieczynne zawodowo.

Metodę laparoskopowej cholecystektomii zastosowano u 76% pacjentów, zabieg metodą tradycyjną wykonano u 24% ankietowanych. W większości ankietowani mieszkali wspólnie z rodziną – 76% osób, 24% respondentów to osoby samotne. Obecność przewlekłych chorób współistniejących zgłaszało 52% badanych, do najczęstszych schorzeń należały: nadciśnienie tętnicze – 24%, cukrzyca – 22%, oraz astma oskrzelowa – 14%. W badanej grupie pacjentów u 69% osób nie wykonano żadnego zabiegu chirurgicznego, 23% potwierdziło przebyty zabieg chirurgiczny (najczęściej usunięcie wyrostka robaczkowego).

Poddając analizie poziom sprawności ruchowej oraz wydolność badanej grupy, wszyscy pacjenci – 100%, wskazywali na pełną samodzielność w zakresie poruszania się, wykonywania czynności dnia codziennego oraz prowadzenia gospodarstwa domowego.

Na pytanie dotyczące znajomości przez pacjentów objawów klinicznych, których wystąpienie skłoni ich do skontaktowania się z lekarzem, uzyskano 495 odpowiedzi (respondenci podawali od 1 do 6 objawów). Najwięcej osób wiedziało o takich symptomach, jak cechy zakażenia rany – 93%, gorączka – 90%, uporczywe

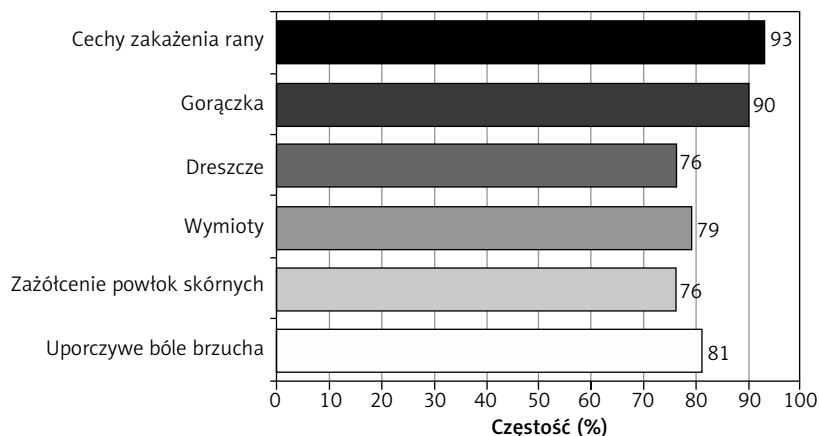
bóle brzucha – 81%. Wszystkie wymienione w pytaniu objawy wybrało 75% pacjentów (ryc. 1).

Samoocena badanej grupy pacjentów na temat stopnia posiadanej wiedzy dotyczącej postępowania przed i po zabiegu chirurgicznym została zweryfikowana w pytaniu: *Czy uważa Pani/Pan, że wiedza w zakresie postępowania przedoperacyjnego i pooperacyjnego, którą Pani/Pan posiada jest wystarczająca?* Uzyskane wyniki potwierdziły, iż 63% osób ocenia swoją wiedzę jako wystarczającą, 37% respondentów uznało, że jest ona niewystarczająca.

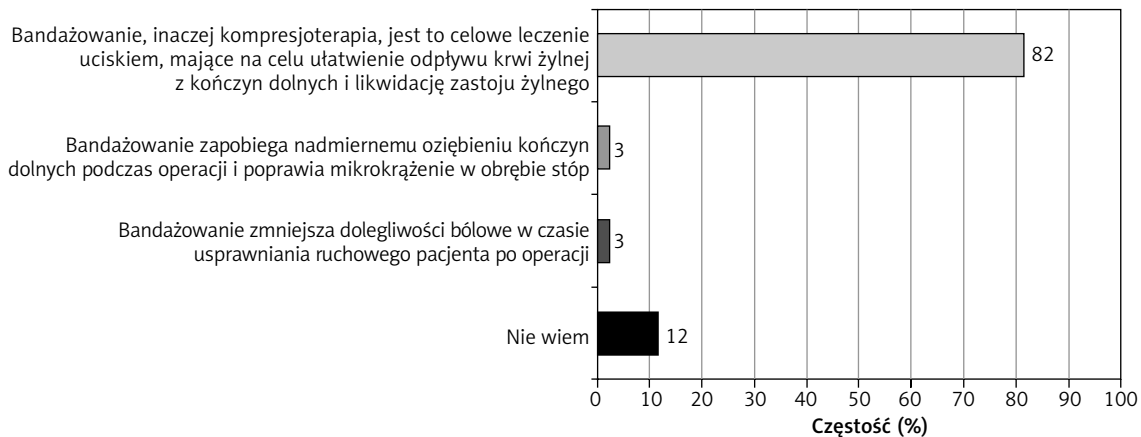
Następne pytanie dotyczyło źródeł pozyskiwania przez respondentów informacji na temat postępowania okołoperacyjnego. Odpowiedzi wskazały, iż najczęstszym źródłem informacji byli pracownicy ochrony zdrowia: pielęgniarki – 100% badanych, lekarze chirurdzy – 73% osób, lekarze anestezjolodzy – 53% osób.

Analizując problem nikotynizmu oraz skalę jego występowania w badanej grupie, ujawniono, iż większość – 68%, to osoby deklarujące niepalenie, 32% ankietowanych przyznało, że pali papierosy. Na pytanie: *Czy przed operacją zaprzestała Pani/zaprzestał Pan na kilka dni palenia papierosów bądź zmniejszyła ich liczbę?*, zdecydowana większość badanych odpowiedziała, że nie podjęła takich działań – 26% respondentów. Pozostali pacjenci zmniejszyli liczbę wypalanych papierosów lub przestali palić – 6% ankietowanych. Pozytywny jest fakt, iż poziom wiedzy chorych w zakresie problematyki nikotynizmu był w większości zadowalający. Na pytanie: *Czy według Pani/Pana palenie papierosów zwiększa ryzyko oddechowych powikłań pooperacyjnych?*, 75% pacjentów udzieliło prawidłowej odpowiedzi, 25% respondentów nie posiadało wiedzy na ten temat.

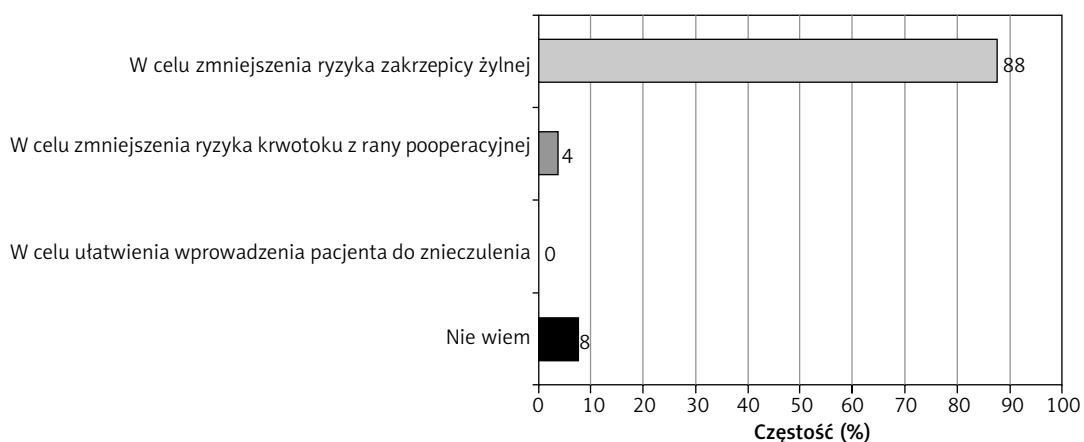
Na pytanie: *Czy zdaniem Pani/Pana w okresie okołoperacyjnym należy przyjmować zlecone na stałe przez lekarza leki?*, prawidłowe odpowiedzi, tj. *Nie – leki przeciwrzepliwne* oraz *Nie – leki przeciwpyłtkowe*, wskazało tylko 17% osób, 39% ankietowanych wybrało odpowiedź nieprawidłową, iż wszystkie dotychczas przyjmowane leki wymagają odstawienia.



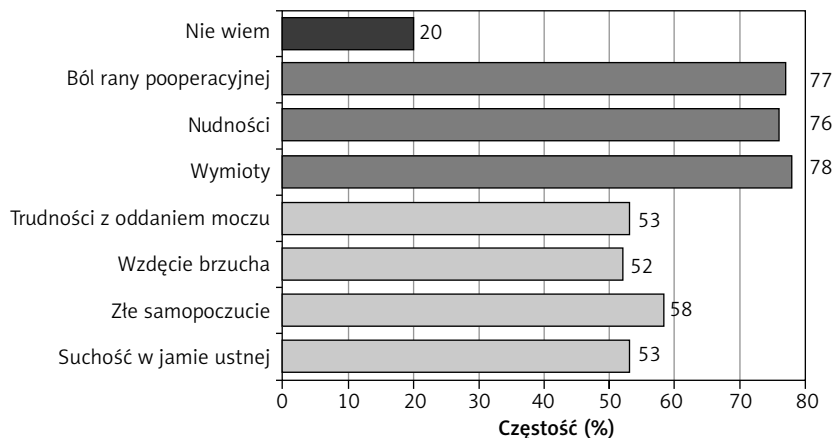
Ryc. 1. Wiedza badanych w zakresie objawów niepokojących, których wystąpienie w okresie pooperacyjnym skłoni pacjenta do skontaktowania się z lekarzem



Ryc. 2. Wiedza badanych dotycząca znajomości kompresjoterapii



Ryc. 3. Wiedza badanych dotycząca profilaktyki przeciwzakrzepowej



Ryc. 4. Wiedza badanych w zakresie znajomości niepokojących objawów w bezpośrednim okresie pooperacyjnym

Odpowiadając na pytanie: *W jakim celu według Pani/Pana przed zabiegiem chirurgicznym wykonuje się bandażowanie kończyn dolnych u osób z żylakami?*, zdecydowana większość pacjentów – 82%, znała definicję oraz cel kompresjoterapii, nie znało 6% osób (ryc. 2).

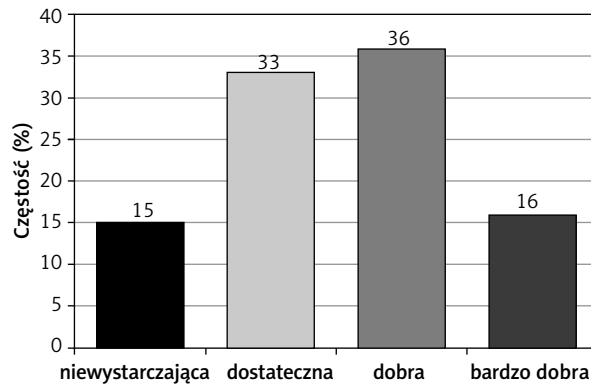
Na pytanie: *W jakim celu według Pani/Pana podaje się w okresie okołoperacyjnym leki przeciwzakrzepowe?*,

zdecydowana większość – 88% respondentów, odpowiedziała prawidłowo: *W celu zmniejszenia ryzyka zakrzepicy żyłnej*. Na nieprawidłową odpowiedź wskazało 4% respondentów, 8% badanych nie znało prawidłowej odpowiedzi (ryc. 3).

Odpowiedzi respondentów na pytanie: *Czy zna Pani/Pan zasady postępowania żywieniowego przed za-*

biegiem chirurgicznym usunięcia pęcherzyka żółciowego?, potwierdziły, iż zdecydowana większość badanej grupy – 84%, odpowiedziała prawidłowo: *Nie wolno spożywać pokarmów stałych na 12 godzin przed operacją oraz przyjmować płynów na 6 godzin przed zabiegiem*. Nieprawidłowej odpowiedzi: *Nie wolno spożywać pokarmów stałych oraz płynów na min. 12 godzin przed operacją*, udzieliło 13% ankietowanych.

Na pytanie: *Czy wie Pani/Pan, na czym polega przygotowanie pola operacyjnego do zabiegu?*, 75% pacjentów wybrało odpowiedź prawidłową: *Należy dokładnie ogolić pole operacyjne najlepiej na kilka minut przed zaplanowanym zabiegiem*, 19% osób wskazało nieprawidłową odpowiedź: *Należy dokładnie ogolić pole ope-*



Ryc. 5. Poziom wiedzy pacjentów na temat postępowania okołoperacyjnego w kamicy pęcherzyka żółciowego

Tabela 1. Poziom wiedzy badanych mieszkających w mieście i na wsi

Miejsce zamieszkania	n	Wiedza (pkt)					Test U Manna-Whitneya	
		Średnia	Mediana	Min.	Maks.	SD	Z	p
Miasto	68	12,0	12,0	4	16	2,7	2,82	0,0047*
Wieś	32	10,0	11,0	3	15	3,6		

* – istotny statystycznie, $p < 0,05$, SD – odchylenie standardowe

Tabela 2. Poziom wiedzy badanych w aspekcie wykształcenia

Wykształcenie	n	Wiedza (pkt)					Test Kruskala-Wallis	
		Średnia	Mediana	Min.	Maks.	SD	H	p
Podstawowe	10	10,8	11,0	4	15	3,0	16,08	0,0011*
Zawodowe	26	11,1	11,0	3	15	3,0		
Średnie	24	9,6	10,0	3	15	3,4		
Wyższe	40	12,7	13,0	4	16	2,4		

* – istotny statystycznie, $p < 0,05$, SD – odchylenie standardowe

Tabela 3. Poziom prawdopodobieństwa p wyniku testu porównań wielokrotnych dla poziomu wiedzy u pacjentów o różnym wykształceniu

Wykształcenie	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Wyższe
Podstawowe	–	1,0000	1,0000	0,3848
Zawodowe	1,0000	–	0,5962	0,2025
Średnie	1,0000	0,5962	–	0,0007*
Wyższe	0,3848	0,2025	0,0007*	–

* – istotny statystycznie, $p < 0,05$

Tabela 4. Poziom wiedzy badanych w aspekcie aktywności zawodowej

Aktywność zawodowa	n	Wiedza (pkt)					Test U Manna-Whitneya	
		Średnia	Mediana	Min.	Maks.	SD	Z	p
Nie	18	9,2	10,0	3	15	3,2	-3,17	0,0015*
Tak	82	11,9	12,0	3	16	2,9		

* – istotny statystycznie, $p < 0,05$, SD – odchylenie standardowe

racyjne dzień przed planowanym zabiegiem, 6% ankietowanych nie znało odpowiedzi.

Kolejny aspekt ankiety dotyczył pytania: *W jakim celu według Pani/Pana przed operacją należy wykonać kąpiel całego ciała, najlepiej z użyciem specjalnego detergentu?*, badani w większości – 96% respondentów, wybrali prawidłową odpowiedź: *W celu zmniejszenia ryzyka zakażenia rany pooperacyjnej*.

Rolę i znaczenie wczesnej pionizacji chorego po zabiegu chirurgicznym znało 57% ankietowanych – wybrali oni odpowiedź: *Zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych oraz powikłań płucnych*. Nieprawidłowe odpowiedzi wskazało 35% respondentów: *Poprawia samopoczucie pacjenta i umożliwia samodzielne korzystanie z toalety*, 8% badanych nie znało prawidłowej odpowiedzi.

Stopień przygotowania pacjentów w zakresie wczesnego rozpoznania problemów zdrowotnych w okresie pooperacyjnym był zadowalający. Na pytanie: *Czy wie Pani/Pan jakie ewentualne dolegliwości i problemy mogą wystąpić bezpośrednio po zabiegu chirurgicznym?*, 80% ankietowanych wskazało różne wymienione prawidłowe odpowiedzi, wszystkie problemy zaznaczyło 52% osób (ryc. 4).

Odpowiedzi na pytanie: *Czy zna Pani/Pan zasady postępowania żywieniowego po cholecystektomii?*, wykazały, iż 77% badanych znało zasady diety lekkostrawnej i wybierało prawidłową odpowiedź, 23% ankietowanych zaznaczyło odpowiedź nieprawidłową, wskazując na produkty przeciwwskazane w diecie, np. czosnek, cebulę, fasolę, podroby, słodycze.

Informacja zwrotna badanych odpowiadających na pytanie: *Czy zna Pani/Pan zasady postępowania z raną pooperacyjną?*, potwierdziła, że 89% respondentów zna prawidłową odpowiedź: *Należy codziennie kontrolować ranę pod kątem cech zakażenia, takich jak: zaczerwienienie, ból, obrzęk, wydzielina ropna z rany; kolejno aplikować na ranę środek antyseptyczny i na oczyszczoną ranę założyć jałowy opatrunek z zachowaniem zasad czystości*. Nieprawidłowe odpowiedzi wskazało 7% osób, pozostałe osoby nie znały zasad postępowania z raną pooperacyjną – 4% pacjentów.

Podsumowując poziom ogólnej wiedzy pacjentów w zakresie znajomości zasad postępowania okołoperacyjnego, wykazano, iż bardzo dobrą wiedzę posiadało 16% pacjentów – uzyskali więcej niż 14 pkt, dobry poziom wiedzy reprezentowało 36% osób – uzyskały od 12 do 14 pkt, a wiedzę dostateczną – 33% ankietowanych – uzyskały od 9 do 11 pkt. Wiedzę niewystarczającą posiadało 15% respondentów w w/w zakresie – uzyskali mniej niż 9 pkt. Zakres wiedzy pacjentów mieścił się między 3 a 6 pkt, średnia wiedzy respondentów wyniosła $11,4 \pm 3,1$ pkt. Połowa osób uzyskała nie więcej niż 12 pkt, a połowa osób – nie mniej niż 12 pkt. Poziom wiedzy pacjentów na temat postępowania okołoperacyjnego w kamicy pęcherzyka żółciowego był ponadprzeciętny (ryc. 5).

Uzyskane w badaniu wyniki potwierdziły, iż u pacjentów mieszkających w mieście średnia i mediana wiedzy na temat postępowania okołoperacyjnego była wyższa niż u mieszkańców wsi: $p = 0,0047$ (tab. 1).

Analiza statystyczna wykazała, iż poziom wiedzy pacjentów z wykształceniem wyższym w zakresie postępowania okołoperacyjnego był na wyższym poziomie niż u osób z wykształceniem średnim: $p = 0,0011$ (tab. 2).

Większą wiedzę w badanej grupie posiadali pacjenci z wykształceniem wyższym niż z wykształceniem średnim: $p = 0,0007$ (tab. 3).

Dokonując analizy zależności pomiędzy poziomem wiedzy pacjentów a ich aktywnością zawodową, ujawniono, iż osoby pracujące posiadały większą wiedzę niż niepracujące: $p = 0,0015$ (tab. 4).

Wyniki badań pokazały, iż czynniki takie, jak wiek, płeć, metoda wykonania operacji usunięcia pęcherzyka żółciowego, występowanie przewlekłych chorób współistniejących oraz wcześniejsze zabiegi chirurgiczne nie wpływały na wyższy poziom wiedzy chorych w zakresie postępowania okołoperacyjnego: $p > 0,05$.

Dyskusja

Zdrowie jest niewątpliwie jednym z najważniejszych czynników warunkujących prawidłowe funkcjonowanie człowieka we wszystkich sferach: biologicznej, psychicznej, społecznej, duchowej i kulturowej. Pozwala na osiągnięcie samodzielności i niezależności w zaspokajaniu potrzeb życiowych, prowadzenie aktywności zawodowej, prawidłowe pełnienie ról społecznych oraz dobrą jakość życia. Zabieg chirurgiczny dla każdego pacjenta oznacza nową i bardzo trudną sytuację zdrowotną, ponieważ znacząco ogranicza jego zdolności w zakresie samodzielnego funkcjonowania, wyzwała niepokój oraz zagrożenie poczucia bezpieczeństwa. Pomimo iż cholecystektomia należy do najczęściej wykonywanych operacji, a nowoczesne metody leczenia laparoskopowego są bezpieczne i obciążone małym ryzykiem powikłań, u wielu chorych bardzo często nie udaje się wyeliminować napięcia oraz lęku o własne życie [7, 9]. Obecnie na oddziałach chirurgicznych coraz częściej obserwuje się pacjentów z dużą świadomością zdrowotną, którzy chętnie angażują się w przebieg procesu leczenia oraz rekonwalescencji. Opieka okołoperacyjna to szczególnie obszar działań i stopień przygotowania pacjenta do samoopieki odgrywa bardzo ważną rolę w prawidłowym przebiegu terapii oraz decyduje o szybszym powrocie chorego do zdrowia. Pacjent prawidłowo przygotowany do aktywnego udziału w procedurach okołoperacyjnych może uniknąć wielu powikłań, efektywniej regenerować utracone w wyniku operacji rezerwy fizyczne organizmu oraz zmniejszać negatywne konsekwencje urazu spowodowane inter-

wencją chirurgiczną. Podejmowane przez personel pielęgniarski oraz innych członków zespołu terapeutycznego działania edukacyjne i wychowawcze nabierają szczególnego znaczenia w opiece nad pacjentem na kolejnych etapach procesu hospitalizacji [10].

Franek i wsp. wskazują, iż przemiany, które dokonały się w ostatnich latach w zakresie pełnionej przez pielęgniarkę roli zawodowej, przyczyniają się do większej autonomii, samodzielności oraz profesjonalizmu w podejmowanych przez nią działaniach. Zmiany te mają również wpływ na poszerzenie zakresu zadań wynikających z funkcji wychowawczej pielęgniarki oraz pełnioną przez nią rolę edukatora zdrowia. Zadania w tym obszarze winny obejmować m.in. ocenę kompetencji odbiorcy w zakresie zachowania i/lub przywracania zdrowia, przygotowywania i dostarczania niezbędnych informacji, organizowania i realizacji procesu edukacji zdrowotnej oraz oceniania skuteczności wdrożonych interwencji [11]. Badania przeprowadzone przez Kunecką i wsp. wśród pacjentów objętych opieką nefrologiczną potwierdzają, iż pielęgniarki/pielęgniarze mają znaczący autorytet jako edukatorzy, co w istotny sposób wpływa na wyższy poziom satysfakcji ze sprawowanej nad nimi opieki. Warto zauważyć, iż pielęgniarki coraz większą wagę przywiązują do przygotowywania chorego i jego rodziny do samoopieki [12].

Weryfikacja i analiza problematyki dotyczącej poziomu wiedzy pacjentów na temat postępowania przed i po zabiegu chirurgicznym winna stać się przedmiotem zainteresowań przedstawicieli różnych zawodów medycznych: pielęgniarek, lekarzy, psychologów, dietetyków, rehabilitantów. Powodzenie operacji oraz jej przebieg w dużej mierze zależy od kompleksowego przygotowania fizycznego i psychicznego pacjenta. Wysokie natężenie lęku u chorego potęguje przede wszystkim niewiedza i wynikające z niej obawy o przebieg leczenia oraz jakość dalszego codziennego funkcjonowania. Pacjent czekający na operację postrzega swoją sytuację głównie przez pryzmat cierpienia, bólu oraz wystąpienia potencjalnych powikłań, które uniemożliwią lub utrudnią jego powrót do zdrowia, podjęcie aktywności zawodowej, społecznej oraz osobistej [5, 9, 13].

Wyniki badań własnych wykazały, iż w grupie 100 pacjentów, u których wykonano zabieg cholecystektomii, poziom wiedzy na temat postępowania okołoperacyjnego był ponadprzeciętny. Średnia wiedzy respondentów wyniosła $11,4 \pm 3,1$ pkt (maks. liczba 16 pkt). Znajomość przez ankietowanych procedur przygotowawczych do cholecystektomii była wystarczająca, m.in.: w zakresie zaleceń dietetycznych, odstawienia przed operacją przyjmowania określonych leków, stosowania kompresjoterapii i postępowania z raną pooperacyjną. Respondenci znali najistotniejsze niepokojące objawy możliwych powikłań pooperacyjnych. Największe braki w wiedzy pacjentów dotyczyły wczesnej aktywności po zabiegu oraz zasad prawidłowego odżywiania się.

Skuteczność i dobre efekty edukacyjne w badanej grupie chorych mogły być uwarunkowane takimi czynnikami, jak wiek pacjentów (większość chorych poddanych zabiegowi chirurgicznemu to osoby w przedziale wieku 30–60 lat – 88%), pełna sprawność ruchowa oraz samodzielność. Badania wykazały, iż osoby z wykształceniem wyższym posiadały większą wiedzę niż osoby z wykształceniem średnim ($p = 0,0007$). Badani mieszkający w mieście prezentowali większą znajomość procedur okołoperacyjnych niż mieszkańcy wsi ($p = 0,0047$). Z kolei osoby czynne zawodowo posiadały wyższy poziom wiedzy niż osoby nieaktywne ($p = 0,0015$). Rozpoznany u ankietowanych ponadprzeciętny poziom wiedzy może wynikać m.in. z faktu uzyskiwania przez pacjentów informacji na temat zasad postępowania okołoperacyjnego od pielęgniarek i lekarzy. Wyniki badań nie potwierdziły istotnego wpływu zabiegu chirurgicznego na wyższy poziom wiedzy ankietowanych (dla 23% badanych była to kolejna operacja). Warto podkreślić, iż nadal istnieje potrzeba wdrażania przez personel medyczny efektywniejszych działań edukacyjnych oraz rozpoznawania deficytów w tym zakresie.

Badanie Sanaa i wsp. poddające ocenie ogólny poziom wiedzy pacjentów, u których wykonano zabieg cholecystektomii, potwierdziło odmienne wyniki w w/w zakresie, gdyż większość respondentów prezentowała niski poziom wiedzy. Dodatkowo uzyskane wyniki potwierdziły statystycznie istotną korelację między poziomem wiedzy pacjentów a ich wiekiem, wykształceniem, źródłem informacji [14].

Analiza samooceny poziomu posiadanej przez pacjentów wiedzy na temat postępowania okołoperacyjnego wykazała, iż większość respondentów – 63% potwierdziło, iż ma wystarczającą wiedzę w tym zakresie, 37% badanych oceniło ją jako niewystarczającą.

Badania Książek i wsp. przeprowadzone wśród 150 pacjentów przygotowywanych do planowanej operacji wskazują, iż 77 (53%) badanych uznało swoją wiedzę jako dobrą, 22 (15%) osoby oceniły ją w stopniu bardzo dobrym. Respondenci oczekują od personelu medycznego informacji dotyczących przygotowania do badań diagnostycznych, zabiegu chirurgicznego, ewentualnych powikłań w okresie pooperacyjnym [13].

Pytko i wsp. poddając analizie problem nikotynizmu oraz jego wpływ na występowanie powikłań płucnych w grupie 130 pacjentów hospitalizowanych na oddziale chirurgicznym (66,2% czynnych palaczy), wskazali, iż częstość występowania powikłań oddechowych w badanej populacji zwiększała się wraz ze wzrostem narażenia na dym tytoniowy (powikłania wystąpiły u 60% byłych palaczy i 62,8% palących obecnie). W badanej grupie chorych 33,7% respondentów nie miało wiedzy i świadomości na temat negatywnych skutków nikotynizmu [15]. W badaniach własnych 68% respondentów stanowiły osoby niepalące, 32% to osoby palące papierosy. Czynni palacze w większości (26%) przed za-

biegiem chirurgicznym nie zaprzestali palenia oraz nie zmniejszyli liczby wypalanych papierosów.

Wyniki uzyskane w badaniu własnym potwierdziły, iż źródłem informacji dotyczącej postępowania okołoperacyjnego najczęściej były pielęgniarki, następnie lekarze chirurdzy i lekarze anestezjodolodzy. Odmiennie wyniki badań uzyskali Girzelska i wsp. Przebadałi oni pacjentów oddziału chirurgii ogólnej i urazowej. W opinii respondentów głównym źródłem wiedzy o zdrowiu jest lekarz (74%) oraz pielęgniarka (27%) [7].

Minasiewicz i wsp. w badaniach przeprowadzonych wśród pacjentów oddziału chirurgicznego, u których wykonano zabieg cholecystektomii metodą laparoskopową podają, że osoby te szybciej odzyskały sprawność i wydolność, niż chorzy operowani metodą tradycyjną [16]. Badania własne wykazały, iż 76% badanych pacjentów miało wykonaną operację usunięcia pęcherzyka żółciowego metodą laparoskopową, natomiast 24% osób metodą tradycyjną. Doniesienia naukowe dotyczące zalet laparoskopowej cholecystektomii podają, iż zabieg jest mniej obciążający dla chorego, wiąże się z krótszym czasem hospitalizacji pacjenta oraz zmniejszonym ryzykiem wystąpienia powikłań pooperacyjnych [2, 4].

Grochans i wsp. przeprowadzając badania na oddziale chirurgicznym w grupie 140 pacjentów przyjętych do planowego zabiegu chirurgicznego podkreślają, iż potrzeba wsparcia emocjonalnego ma związek z nieustannie zwiększającą się świadomością zdrowotną chorych oraz wzrostem ich wymagań i oczekiwań w stosunku do personelu medycznego [17].

Wnioski

Większość pacjentów oceniło swoją wiedzę w zakresie postępowania okołoperacyjnego jako wystarczającą. Ogólny poziom wiedzy badanych na temat postępowania okołoperacyjnego był ponadprzeciętny.

Mieszkańcy wsi oraz osoby nieaktywne zawodowo posiadały znacznie mniejszą wiedzę niż pacjenci mieszkający w mieście i pracujący.

Pacjenci z wykształceniem wyższym miały znacznie większą wiedzę niż osoby z wykształceniem średnim.

Rozpoznanie potrzeb edukacyjnych pacjentów w okresie okołoperacyjnym warunkuje ich prawidłowe przygotowanie do samodzielnej opieki i pielęgnacji.

3. Kozicki I. Kamica pęcherzyka żółciowego – kogo operujemy i dlaczego. *Med Prakt* 2015; 4: 8-14.
4. Krawczyk M, Milkiewicz P. Postępowanie w kamicy żółciowej. Podsumowanie wytycznych EASL. *Med Prakt* 2016; 2: 65-70.
5. Kapała W, Skokowska B, Bączyk G. Pooperacyjna opieka pielęgniarska i problemy pielęgnacyjne pacjenta leczonego na oddziale chirurgii ogólnej. W: *Podstawy kliniczne oraz pielęgnowanie chorych w okresie przed- i pooperacyjnym w chirurgii, ortopedii i traumatologii*. Bączyk G, Kapała W (red.). Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2018, 106-112.
6. Krawczyk M. Kamica pęcherzyka żółciowego. W: *Chirurgia*. Noszczyk W (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2009, tom 2, 824-825.
7. Girzelska J, Kościółek A, Mianowana V i wsp. Funkcja edukacyjna pielęgniarki wobec pacjentów przebywających na oddziale chirurgicznym. *Probl Pielęg* 2010; 18: 420-428.
8. Grabowska H, Grabowski W. Zakres interwencji pielęgniarskich w opiece nad chorym w okresie okołoperacyjnym z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej. *Probl Pielęg* 2014; 22: 385-389.
9. Niechwiadowicz-Czapka T. Wybrane zagadnienia opieki pielęgniarskiej w aspekcie przygotowania psychicznego pacjenta do zabiegu chirurgicznego. *Piel Zdr Publ* 2014; 4: 155-159.
10. Grabowska H, Nowakowska H, Grabowski W i wsp. Funkcja wychowawcza pielęgniarki w aspekcie ICNP. *Pielęg Pol* 2017; 3: 552-557.
11. Franek AF, Łukasz-Paluch K, Cholewka B. Koncepcja roli zawodowej pielęgniarki w literaturze przedmiotu. *Probl Pielęg* 2012; 20: 252-259.
12. Kunecka D, Musiał B. Autorytet pielęgniarki jako edukatora. *Pomeranian J Life Sci* 2017; 63: 67-71.
13. Książek J, Habel A, Turowska K i wsp. Analiza samooceny wiedzy pacjentów oraz ich oczekiwań w zakresie przygotowania do planowej operacji. *Probl Pielęg* 2012; 20: 171-179.
14. Sanaa MAE, Amna YS, Samira SAA, El B. Health needs of patients with cholelithiasis undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Egyptian J Hos Med* 2019; 74 (4): 827-841.
15. Pytko K, Hereńczuk M, Czarnańska J i wsp. Palenie tytoniu przez pacjentów oddziałów chirurgicznych a występowanie powikłań oddechowych. *Probl Pielęg* 2018; 26: 146-150.
16. Minasiewicz R, Urban J, Szatłowski Z, Kukowska D. Ocena jakości życia pacjentów po usunięciu pęcherzyka żółciowego metodą klasyczną lub laparoskopową. *Zeszyty Naukowe WSA w Łomży* 2016; 64: 47-71.
17. Grochans E, Wieder-Huszla S, Jurczak A i wsp. Wsparcie emocjonalne jako wyznacznik jakości opieki pielęgniarskiej. *Probl Hig Epidemiol* 2009; 90: 236-239.

Autorki deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Ścisło L. Opieka nad chorym z wybranymi chorobami pęcherzyka żółciowego, dróg żółciowych i wątroby. W: *Walewska E (red.). Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, 424-450.
2. Pędziwiatr M, Major P. Wybrane elementy opieki okołoperacyjnej. *Chir Dypl* 2019; 1: 23-27.