

SATYSFAKCJA Z ŻYCIA PACJENTÓW LECZONYCH ŻYWIENIOWO DROGĄ DOJELITOWĄ I POZAJELITOWĄ

Life satisfaction of patients receiving nutrition enterally and parenterally



Jolanta A. Glińska¹, Łukasz Dziki², Adam Dziki³, Dorota Szymczyk⁴

¹Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie, Katedra Nauczania Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

²Zakład Żywienia Klinicznego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

³Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

⁴Studentka Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2018; 1: 14–19

Praca wpłynęła: 27.12.2017; przyjęto do druku: 27.12.2017

Adres do korespondencji:

Jolanta Glińska, Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie, Katedra Nauczania Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. S. Jaracza 63, 90-251 Łódź, e-mail: jolanta.glińska@umed.lodz.pl

Streszczenie

Wstęp: Żywienie do- i pozajelitowe wpływa nieuchronnie na satysfakcję z życia człowieka. Z czasem jednak okazuje się, że można z nim żyć, dalej się rozwijać, korzystać z życia, akceptując zaistniałą sytuację.

Cel pracy: Ocena wpływu leczenia żywieniowego na satysfakcję z życia chorego.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w Centrum Żywienia Klinicznego w Wojewódzkim Szpitalu Klinicznym w Łodzi wśród 100 pacjentów żywionych sztucznie drogą do- i pozajelitową. Metodą badawczą był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji oraz skala oceny jakości życia (SWLS). Skala SWLS składa się z 5 stwierdzeń, badany pacjent mógł uzyskać maksymalnie 35 punktów, osiągając w ten sposób wynik świadczący o wysokim poziomie satysfakcji z życia.

Wyniki: Wyniki przeprowadzonych badań świadczą, że ponad połowa (77%) spośród badanych osób posiada przeciętny i niski poziom satysfakcji z życia. Początkowy okres adaptacji bywa trudny i znacząco wpływa na poziom satysfakcji pacjenta, natomiast z czasem chory nabiera dystansu, akceptuje zaistniałą sytuację, a proces żywienia traktuje jako ratujący mu życie oraz coś, z czym można żyć bez wstydu i stresu.

Wnioski: Pacjenci odżywiani sztucznie drogą pozajelitową i dojelitową wykazują ogólny wskaźnik satysfakcji życiowej na poziomie przeciętnym. Najwyższa dodatnia korelacja wystąpiła pomiędzy wiekiem ($p = 0,0001$), długością odżywiania ($p < 0,001$) oraz wsparciem ($p < 0,001$). Wraz ze wzrostem wieku, poziomu wsparcia medycznego oraz czasu leczenia żywieniowego ankietowani czerpią większe zadowolenie oraz satysfakcję z życia.

Słowa kluczowe: satysfakcja, żywienie, droga jelitowa, droga pozajelitowa.

Summary

Introduction: Enteral and parenteral nutrition affects satisfaction of life, but over time it transpires that you can live with it, continue to grow, and enjoy life by accepting the situation.

Aim of the study: Evaluation of the impact of nutritional treatment to the satisfaction of the patient's life.

Material and methods: The study was conducted at the Centre for Clinical Nutrition at the Regional Clinical Hospital in Lodz, among 100 patients fed via artificial and parenteral routes. The research method was a questionnaire of our own design and the scale of assessment of quality of life. The scale consists of five statements. Test subjects may receive a maximum of 35 points, thereby obtaining a high level of satisfaction with life.

Results: The results of this study indicate that more than half of the respondents have average (77%) and low levels of life satisfaction. The initial period of adaptation can be difficult and significantly affects the level of patient satisfaction, but with time the patient creates some distance, accepts the situation, and the process of feeding can be treated as something that saves his/her life, something he/she can endure without shame and stress.

Conclusions: Patients artificially nourished by the parenteral and enteral route show a general indicator of life satisfaction at the level of average. The highest positive correlation occurred between age, the length of nutrition ($p < 0.001$), and support ($p < 0.001$). Along with the increase of age, medical support, and the time of nutritional treatment, the respondents drew greater happiness and satisfaction from life.

Key words: satisfaction, nutrition, intestinal route, parenteral.

Wstęp

Odżywianie to jedna z najważniejszych funkcji życiowych człowieka. Dostarczanie odpowiednich składników pokarmowych gwarantuje prawidłowe funkcjonowanie organizmu. Jedzenie jest dla zdrowego człowieka przyjemnością. Uzależniamy od niego nasze zdrowie, samopoczucie, niekiedy nastawienie do życia. Na ogół ludzie dostarczają organizmowi niezbędnych składników odżywczych drogą doustną, nie wszyscy jednak mogą korzystać z przyjemności wynikającej z jedzenia. Zdarzają się sytuacje, kiedy żywienie drogą doustną jest niemożliwe, przeciwwskazane lub niewystarczające i zapada decyzja o wdrożeniu żywienia sztucznego drogą enteralną lub parenteralną. Leczenie żywieniowe staje się wówczas integralną częścią terapii, przynoszącą pacjentowi wiele wymiernych korzyści zdrowotnych [1–3]. Pod pojęciem leczenia żywieniem pozajelitowym lub dojelitowym rozumie się podawanie substancji odżywczych drogą dożylną lub do przewodu pokarmowego przez zgłębnik lub przetokę odżywczą. Głównym wskazaniem jest brak możliwości odżywiania drogą naturalną [4, 5]. Jednocześnie taka metoda odżywiania jest formą dość agresywną i inwazyjną. Nie tylko odbiera ona choremu przyjemność związaną z jedzeniem, ale również jest obciążona ryzykiem groźnych powikłań, co w znaczny sposób odmienia jego życie [1, 6]. Pacjentom towarzyszą negatywne emocje, takie jak apatia, obniżenie samopoczucia, zaburzenia snu. Do tego dołącza się poczucie niższej samooceny z powodu uzależnienia od pomocy ze strony personelu medycznego [6, 7].

Celem pracy jest ocena wpływu leczenia żywieniowego na satysfakcję z życia chorych leczonych żywieniowo drogą dojelitową i pozajelitową.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w 2015 r. w Centrum Żywnienia Klinicznego w Wojewódzkim Szpitalu Klinicznym im. M. Pirogowa w Łodzi wśród 100 pacjentów żywionych sztucznie drogą do- i pozajelitową. Metodą badawczą był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji oraz skala oceny jakości życia (SWLS) autorstwa Ed Dinner i wsp. Polskim adaptatorem skali był Zygfryd Jurczyński. Skala SWLS składała się z 5 stwierdzeń oceniających stopień dotychczasowego życia. Zakres wyników oscylował w granicach od 5 do 35 pkt. Im wyższy uzyskany rezultat, tym wyższy poziom zadowolenia z życia. W interpretacji zastosowano skalę stenową, gdzie 1–4 steny (od 5 do 17 pkt) oznaczały wyniki niskie, 5–6 stenów (od 18 do 23 pkt) wyniki przeciętne, a 7–10 stenów (od 24 do 35 pkt) wysokie [8]. Ankieta własna badała czynniki demograficzne. W celu weryfikacji różnic w wartościach średnich między co najmniej

trzema grupami osób zastosowano statystykę jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA. Dla istotnych interakcji obliczono test szczegółowych różnic post-hoc Duncana. W celu porównania dwóch grup, tj. płci osób badanych, obliczono statystykę testu t-Studenta dla prób niezależnych. Wszystkie testy statystyczne zostały obliczone na poziomie istotności statystycznej $\alpha = 0,05$ (F lub $t < 0,05$).

Wyniki

W badaniu wzięto udział 54% mężczyzn i 46% kobiet. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym pomiędzy 50. a 60. rokiem życia. Większość ankietowanych (51%) mieszkała w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców, najmniej osób pochodziło ze wsi. Ponad połowa respondentów (54%) wysoko oceniła wsparcie otrzymane ze strony personelu medycznego w zakresie leczenia żywieniowego.

Poniżej analizowano opinię badanych odnośnie do wpływu zmiany sposobu odżywiania na ich satysfakcję życiową. Analiza danych wykazała, że ogólny wskaźnik satysfakcji życiowej w skali SWLS uzyskany przez ankietowanych w wyniku surowym wyniósł 21,34 pkt przy odchyleniu 5,68. Oznacza to przeciętny poziom satysfakcji życiowej. Najniższy odnotowany rezultat wynosił 10 pkt, natomiast najwyższy – 32 pkt. W analizowanej grupie było 10% osób, które charakteryzowały się niskim poziomem satysfakcji z życia. Poziom satysfakcji z życia 58% badanych był przeciętny, natomiast 32% respondentów deklarowało wysoki poziom satysfakcji. Zdaniem dominującej grupy respondentów (77%) od momentu wdrożenia leczenia żywieniowego ich życie daleko odbiegło od ideału. Jedynie 7 osób wskazało na najwyższy wynik zadowolenia z aktualnego życia.

Wraz z wiekiem wzrastał poziom satysfakcji z życia [$F(3, 96) = 7,313$; $p = 0,0001 < 0,05$]. Na najwyższy poziom wskazały osoby najstarsze, po 60. roku życia. W ich opinii satysfakcja z życia mieściła się w dolnej granicy wysokiej jakości życia (7 stenów). Osoby młodsze, od 30. do 50. roku życia, oceniły jakość swojego życia na poziomie przeciętnym (5 stenów) (tab. 1.). Statystyki testu post-hoc Duncana szczegółowych różnic

Tabela 1. Wiek a poziom satysfakcji z życia

Wiek	Satysfakcja z życia				
	N	M	Min	Max	SD
30–40	24	20,0	10	28	5,05
40–50	25	20,3	10	32	6,69
50–60	37	24,5	10	32	7,09
> 60	14	25,5	24	30	2,63

N – liczba badanych osób; M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; Min – wartość minimalna skali; Max – wartość maksymalna skali

Tabela 2. Statystyki testu post-hoc Duncana szczegółowych różnic w satysfakcji z życia według wieku

Wiek	1	2	3	4
	30–40	40–50	50–60	> 60
30–40		$p = 0,980965$	$p = 0,004455$	$p = 0,000995$
40–50	$p = 0,980965$		$p = 0,005633$	$p = 0,001156$
50–60	$p = 0,004455$	$p = 0,005633$		$p = 0,551815$
> 60	$p = 0,000995$	$p = 0,001156$	$p = 0,551815$	

Tabela 3. Płeć a satysfakcja z życia

Płeć	Satysfakcja z życia				
	N	M	Min	Max	SD
kobieta	46	23,1	10	32	7,13
mężczyzna	54	20,4	10	32	5,55

Tabela 4. Poziom wykształcenia a satysfakcja z życia

Wykształcenie	Satysfakcja z życia				
	N	M	Min	Max	SD
podstawowe/zawodowe	33	24,5	10	32	7,78
średnie	38	23,5	12	32	5,73
wyższe	29	20,3	14	28	4,43

Tabela 5. Miejsce zamieszkania a satysfakcja z życia

Miejsce zamieszkania	Satysfakcja z życia				
	N	M	Min	Max	SD
miasto poniżej 100 tys. mieszkańców	33	20,0	12	32	5,25
miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	51	23,5	10	30	6,23
wieś	16	24,0	10	32	7,39

Tabela 6. Przyczyna zabiegu a satysfakcja z życia

Przyczyna zabiegu	Satysfakcja z życia				
	N	M	Min	Max	SD
dysfunkcja układu pokarmowego	31	20,0	10	30	5,36
zaburzenia trawienia/wchłaniania	38	23,5	10	32	6,01
choroba nowotworowa	31	25,1	10	32	6,99

Tabela 7. Satysfakcja z życia a okres leczenia

Czas trwania leczenia	Satysfakcja z życia				
	N	M	Min	Max	SD
do 1 miesiąca	28	18,2	10	26	4,38
powyżej miesiąca do 6 miesięcy	20	23,1	14	24	4,24
powyżej pół roku do roku	25	26,1	20	32	3,37
powyżej roku	27	28,2	20	32	3,38

w satysfakcji z życia według wieku wykazały istotność statystyczną ($p < 0,05$) w grupach osób w wieku 50–60 lat ($24,5 \pm 7,09$) i > 60 lat ($25,5 \pm 7,369$). Grupy te deklarowały większą satysfakcję z życia niż osoby w wieku 30–40 lat ($20,0 \pm 5,05$) i osoby w wieku 40–50 lat ($20,3 \pm 6,69$). W grupach skrajnych wiekowo, tj. 30–40 i 40–50 lat oraz 50–60 i > 60 lat, odnotowano statystycznie porównywalny poziom satysfakcji z życia (tab. 2.).

Kobiety miały wyższy poziom satysfakcji z życia ($23,1 \pm 7,13$) od mężczyzn ($20,4 \pm 5,55$). Istotność statystyczna wyniosła $t(98) = 2,266$; $p = 0,026$. Średnia u kobiet oscylowała w górnej granicy oceny przeciętnej (6 stenów), a u mężczyzn w dolnej (5 stenów) (tab. 3.).

Poziom wykształcenia miał istotny wpływ na poziom satysfakcji z życia, co potwierdzają wartości testu [$F(2, 97) = 3,710$, $p = 0,028$]. Osoby z wykształceniem podstawowym/zawodowym najwyżej oceniły swoją jakość życia (7 stenów). Najniższa punktacja (5 stenów) dotyczyła badanych z wykształceniem wyższym, którzy deklarowali najniższą satysfakcję z życia (tab. 4.). Według analizy szczegółowej osoby z wykształceniem wyższym deklarowały wyższą satysfakcję z życia ($20,3 \pm 4,43$) niż osoby z wykształceniem podstawowym/zawodowym ($24,5 \pm 7,78$) i większą niż osoby z wykształceniem średnim ($23,5 \pm 5,73$). Istotność statystyczna w tym przypadku wyniosła $p < 0,05$.

Wartość testu Fishera [$F(2, 97) = 5,083$; $p = 0,008$] świadczy o obecności istotnego związku pomiędzy miejscem zamieszkania a poziomem satysfakcji z życia (tab. 5.). Zgodnie z testem post-hoc Duncana najwyższą satysfakcję z życia reprezentowały osoby mieszkające na wsi ($24,0 \pm 7,39$), choć była ona porównywalna statystycznie z osobami mieszkającymi w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców ($23,5 \pm 6,23$). Osoby mieszkające w mieście poniżej 100 tys. miały statystycznie istotną, najniższą satysfakcję z życia ($20,0 \pm 5,25$).

Na najwyższą satysfakcję życiową wskazały osoby z rozpoznaną chorobą nowotworową, uzyskując 7 stenów. Pacjenci, u których wystąpiła dysfunkcja przewodu pokarmowego uniemożliwiająca przyjmowanie pokarmów drogą doustną, osiągnęli dolną granicę satysfakcji przeciętnej – 5 stenów. Natomiast chorzy z prawidłowo funkcjonującym przewodem pokarmowym, niedożywieni z powodu zaburzeń wchłaniania składników odżywczych, uzyskali 6 stenów – górną granicę satysfakcji przeciętnej. Analiza statystyczna

Tabela 8. Statystyki testu post-hoc Duncana szczegółowych różnic w satysfakcji z życia według czasu trwania leczenia żywieniowego

Okres leczenia żywieniowego	1	2	3	4
	do 1 miesiąca	powyżej miesiąca do 6 miesięcy	powyżej pół roku do roku	powyżej roku
do 1 miesiąca		0,002117	0,562954	0,000524
powyżej miesiąca do 6 miesięcy	0,002117		0,008385	0,608800
powyżej pół roku do roku	0,562954	0,008385		0,002593
powyżej roku	0,000524	0,608800	0,002593	

wykazała zależność $F(2, 97) = 6,537$; $p = 0,002$ (tab. 6.). Statystyki testu post-hoc Duncana wykazały, że osoby z dysfunkcją układu pokarmowego miały niższą satysfakcję z życia ($20,0 \pm 5,36$) niż osoby z zaburzeniami trawienia/wchłaniania ($23,5 \pm 6,01$) i osoby z chorobą nowotworową ($25,1 \pm 6,99$).

Im krótszy okres leczenia żywieniowego, tym gorsza ocena satysfakcji życiowej [$F(3, 96) = 7,555$; $p < 0,001$]. Osoby dłużej leczone żywieniowo (powyżej roku) wykazywały wyższą satysfakcję z życia niż osoby leczone krótko (poniżej miesiąca) (tab. 7.). Na podstawie wyników analizy szczegółowej zaobserwowano, że wraz ze wzrostem czasu leczenia wzrastała satysfakcja z życia, co potwierdzają wartości współczynnika korelacji Spearmana ($\delta = 0,291$; $p = 0,003$). Związek ten jest dość słaby, ale istotny. W satysfakcji z życia nie wykazano jedynie istotnej różnicy między osobami leczonymi od pół roku do roku i powyżej roku (tab. 8.).

Wsparcie w zakresie nowego sposobu odżywiania miało istotne znaczenie dla chorych i wpłynęło na ich satysfakcję życiową, na co wskazują wartości testu Fishera $F(3, 96) = 18,033$; $p < 0,001$. Chorzy, którzy otrzymali pełne wsparcie, wykazywali najwyższy poziom satysfakcji życiowej, na poziomie 7 stenów (tab. 9.). Osoby z wysokim poziomem wsparcia ze strony personelu zadeklarowały wyższą satysfakcję z życia ($26,4 \pm 2,63$) niż osoby ze wsparciem przeciętnym ($23,3 \pm 3,24$), małym ($20,4 \pm 5,25$) i tam, gdzie tego wsparcia nie było wcale ($19,0 \pm 6,36$). Osoby z małym wsparciem ze strony personelu i te, które w ogóle go nie otrzymały, odczuwały porównywalną statystycznie satysfakcję z życia (tab. 10.).

Omówienie wyników

Analiza literatury przedmiotu pozwala stwierdzić, że problem niedożywienia wśród pacjentów hospitalizowanych występuje bardzo często [9, 10]. Konsekwencją niedożywienia są poważne następstwa zdrowotne, które prowadzą do pogorszenia wydolności człowieka w funkcjonowaniu zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej [11]. Ponadto niedożywienie wynikające z choroby wywiera istotny wpływ na wyniki i koszty leczenia chorych w szpitalu [12]. Stanowi ono również jeden

Tabela 9. Wsparcie ze strony personelu medycznego w zakresie leczenia żywieniowego a poziom satysfakcji życiowej

Wsparcie ze strony personelu	Satysfakcja z życia				
	N	M	Min	Max	SD
wysokie	54	26,4	24	30	2,63
przeciętne	16	23,3	10	24	3,24
małe	15	20,4	12	32	5,25
brak wsparcia	15	19,0	10	30	6,36

Tabela 10. Statystyki testu post-hoc Duncana szczegółowych różnic w satysfakcji z życia według wsparcia ze strony personelu

Wsparcie	1	2	3	4
	wysokie	przeciętne	małe	brak wsparcia
wysokie		0,006412	0,000139	0,000047
przeciętne	0,006412		0,166134	0,006019
małe	0,000139	0,166134		0,129956
brak wsparcia	0,000047	0,006019	0,129956	

z kluczowych czynników ryzyka powikłań leczenia oraz śmierci chorego [13]. Badania Kozłowskiej i wsp. przeprowadzone w grupie chorych żywionych pozajelitowo w okresie pooperacyjnym wskazały na poprawę stanu fizycznego oraz psychicznego [11], dlatego podejmowanie działań profilaktycznych oraz leczenie zaburzeń stanu odżywiania stanowi niezmiernie istotny element procesu leczenia i opieki. U pacjentów, u których odżywianie doustne jest niemożliwe lub niewystarczające, koniecznością staje się wprowadzenie dojelitowego leczenia żywieniowego [14]. W Polsce sprawami wprowadzenia do praktyki klinicznej nowoczesnego leczenia żywieniowego zajęło się Polskie Towarzystwo Żywności i Dojelitowego zraszające lekarzy różnych specjalności, farmaceutów, pielęgniarki, dietetyków. Za opracowanie indywidualnego planu leczenia odpowiada lekarz prowadzący, który ściśle współpracuje z pozostałymi członkami zespołu leczenia żywieniowego.

Osoby żywione pozajelitowo lub dojelitowo powinny być monitorowane pod wieloma względami. Ocenie

powinna podlegać skuteczność leczenia, stan zdrowia, powikłania oraz niepożądane objawy mające wpływ na wszystkie sfery życia. W niniejszej pracy podjęto się zatem analizy wpływu leczenia żywieniowego na satysfakcję z życia.

W badanej grupie większość respondentów oceniła negatywnie wpływ zmiany odżywiania na poczucie satysfakcji życiowej. Ponad połowa (68% \pm 6,23) badanych określiła je na poziomie przeciętnym i niskim. Zdaniem tej grupy chorych decyzja o wprowadzeniu żywienia poza- i dojelitowego pozbawiła ich przyjemnych chwil kosztowania i poznawania nowych smaków oraz zmieniła ich dotychczasowy styl życia. Wprawdzie 32% \pm 4,31 chorych określiło swoją jakość życia na poziomie wysokim, jednak wyniki oscylowały w dolnym zakresie. W skali określającej wysoką jakość (od 24 do 35 pkt) tylko nieliczni pacjenci uzyskali 28 pkt. Podobne spostrzeżenia wysunęła Wrońska. Badana przez autorkę grupa pacjentów żywionych pozajelitowo wykazywała wiele negatywnych emocji, takich jak: przygnębienie, poczucie bezradności oraz zagrożenia zdrowia i życia [7]. Dodatkowym obciążeniem była sama jednostka chorobowa, która niszczy dotychczasowy ład i porządek człowieka i niesie ze sobą wiele nowych przeżyć. W badaniach wykazano, że wysoki poziom satysfakcji życiowej (M 25 \pm 6,99) zadeklarowali jedynie pacjenci z chorobą nowotworową, co może świadczyć o tym, że tę drogę odżywiania odbierają jako nadzieję na lepsze i dłuższe życie.

Zgodnie z założeniami medycyny współczesnej każdy pacjent jest inny, a na poziom jego satysfakcji z życia ma wpływ wiele czynników. Niektóre z nich badano w tej pracy. Jednym z takich czynników był wiek. Poziom satysfakcji w grupie starszej wiekowo (powyżej 50. roku życia) był najwyższy, co oznacza, że wprowadzenie żywienia sztucznego wśród tych osób nie wpłynęło w znaczący sposób na ich zadowolenie z życia. Można zatem powiedzieć, że są to pacjenci z bagażem doświadczeń życiowych, a na ich poziom satysfakcji z życia wpływa wiele dodatkowych czynników, które niekoniecznie mogą dotyczyć ludzi w młodszym wieku. Mniejszy poziom satysfakcji z życia wystąpił u ludzi młodych, w przedziale wiekowym 30–40 lat, którzy dopiero zaczynają realizować się w życiu, zarówno w sferze zawodowej, jak i osobistej. Osoby te posiadały już jasno sprecyzowane cele i plany, a choroba czy wprowadzenie żywienia sztucznego w pewnym stopniu przerwała lub całkowicie uniemożliwiła ich realizację. Takie osoby potrzebują czasu, aby przystosować się do zaistniałej sytuacji. Potwierdzają to dalsze wyniki badań, według których wraz ze wzrostem długości okresu żywienia pozajelitowego wzrasta satysfakcja życiowa. Żywienie do- i pozajelitowe ma niewątpliwie wpływ na satysfakcję z życia człowieka, jednak okazuje się, że wraz z upływem czasu chorzy akceptują swoją sytuację, co może oznaczać, że da się z nią żyć, dalej się rozwijać i korzystać z życia. Wyniki badań

mówią o tym, że im dłuższy staż w leczeniu, tym wyższy poziom satysfakcji życiowej ($p < 0,001$).

Wprowadzenie sztucznego żywienia to nie tylko konieczność i pewna fizyczna uciążliwość, z którą jednak można żyć i normalnie funkcjonować, ale też swego rodzaju kalectwo, zwłaszcza społeczne. Obawa przed brakiem akceptacji ze strony innych osób oraz bezradność rodzą niezwykle silny stres, który prowadzi do stanów depresyjnych, natłoku negatywnych emocji, poczucia krzywdy i żalu. Często staje się to przyczyną negatywnej oceny własnego wizerunku i poczucia bezsensu życia [15]. Pacjent, który dowiaduje się o konieczności wprowadzenia sztucznego żywienia, potrzebuje oczywiście wsparcia psychicznego ze strony bliskich mu osób oraz wykwalifikowanego zespołu terapeutycznego, ale sam musi znaleźć sposób pozwalający na odnalezienie utraconej satysfakcji z życia [16].

O zakończeniu leczenia żywieniowego poza- lub dojelitowego decyduje wiele czynników. Jednym z nich jest możliwość zaspokajania potrzeby żywieniowej drogą naturalną [6]. Okres wsparcia żywieniowego może zatem wahać się od tygodnia do kilku tygodni, a czasami może ulec wydłużeniu nawet do kilku lat [1, 4, 6]. Zdecydowanie ważną kwestią w przebiegu leczenia ludzi sztucznie żywionych jest profesjonalna pomoc oraz zapewnienie choremu wsparcia psychicznego na samym początku wprowadzenia żywienia. Działania te mają niebagatelny wpływ na dalsze etapy życia pacjenta. Chory musi nauczyć się normalnie funkcjonować z cewnikiem czy przetoką, nauczyć się o nie dbać, aby nie doprowadzić do powikłań, a przede wszystkim zaakceptować siebie. Dlatego tak ważne jest zaangażowanie się całego zespołu terapeutycznego w proces leczenia.

Jak potwierdzają wyniki własne, odpowiednie podejście kadry medycznej zdecydowanie ułatwia początkowe okresy adaptacji, które mają niebagatelny wpływ na dalszą postawę pacjenta i osiągnięcie przez niego satysfakcji z życia. Analiza wyników własnych wskazuje, że im wyższy poziom wsparcia ze strony personelu medycznego, tym wyższy poziom satysfakcji życiowej chorego. Wsparcie psychologa pozwala zapewnić pacjentowi odpowiednią kondycję psychiczną warunkującą dalszy pomyślny przebieg leczenia. Odpowiedni instruktaż wyspecjalizowanej pielęgniarki daje możliwość samodzielnej higieny drogi wprowadzenia żywienia oraz umożliwia przygotowywanie mieszanin pokarmowych w domu pacjenta bez konieczności hospitalizacji. Jednakże w opinii Szczygła, pomimo prowadzenia leczenia żywieniowego w Polsce na dobrym poziomie europejskim, należy położyć większy nacisk na szkolenie przyszłej kadry medycznej – zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek. Przesłanka ta wynika z badań, które wykazały niską świadomość lekarzy odnośnie do zagrożeń, jakie niesie za sobą niedożywienie [17].

Podsumowując powyższe badania, można stwierdzić, że pacjenci żywieni sztucznie doświadczają wielu negatywnych emocji. Ważnym elementem w procesie przystosowania się do nowej sytuacji jest odzyskanie przez nich satysfakcji z życia. Im większy poziom satysfakcji, tym mniejszy natłok negatywnych emocji, mniejsze poczucie dyskomfortu i wyższe poczucie własnej wartości.

Wnioski

1. Pacjenci leczeni żywieniowo drogą pozajelitową i dojelitową deklarowali we wskaźniku ogólnym przeciętny poziom satysfakcji życiowej.
2. Wykazano istotną dodatnią zależność pomiędzy wszystkimi badanymi czynnikami demograficznymi. Największą korelację odnotowano jednak pomiędzy poziomem satysfakcji z życia a wiekiem, wsparciem ze strony personelu medycznego oraz długością leczenia żywieniowego.
3. Wraz ze wzrostem wsparcia medycznego, wiekiem oraz czasem leczenia żywieniowego ankietowani czerpali większe zadowolenie oraz satysfakcję z życia.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Kulick D, Deen D. Specialized Nutrition Support. Am Fam Physician 2011; 83: 173-183.
2. Rutkowska M. Żywnienie parenteralne – rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem. Probl Pielęg 2009; 17: 250-256.
3. Abunnaja S, Cuviallo A, Sanchez JA. Enteral and parenteral nutrition in the perioperative period: state of the art. Nutrients 2013; 5: 608-623.
4. Ciszewska-Jędrasik M. Żywnienie pozajelitowe. Część I. Planowanie żywienia pozajelitowego. Farm Pol 2008; 64: 1063-1069.
5. Pertkiewicz M, Korta T, Książyk J i wsp. Standardy żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005; 10-20.
6. Kozłowska E, Szewczyk MT, Cierzniańska K i wsp. Planowanie opieki pielęgniarskiej z zastosowaniem ICNP® nad chorym żywionym pozajelitowo w okresie okołoperacyjnym. Pielęg Chir Angiol 2015; 4: 203-209.
7. Wrońska I. Problemy pielęgnacyjne w opiece nad chorym z całodobowym żywieniem pozajelitowym. Pielęg Chir Angiol 2007; 2: 54-60.
8. Jurczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001; 55-60: 128-132.
9. Szczygieł B. Pogłębiona ocena stanu odżywienia. Badania antropometryczne. W: Niedożywienie związane z chorobą. B Szczygieł (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011; 39-48.
10. Villegas Antelo B, Salas Delgado A. Correlation between subjective global assessment and anthropometric and biochemical values in patients with parenteral nutrition. Gac Med Mex 2014; 150 (Suppl. 2): 228-231.
11. Kozłowska E, Szewczyk MT, Cierzniańska K i wsp. Stan funkcjonalny chorych żywionych pozajelitowo w okresie okołoperacyjnym w ocenie pielęgniarskiej. Pielęg Chir Angiol 2017; 11: 140-146.
12. Gastalver-Martin G, Alarcon-Peyer C, Leon-Sane L. Individualized measurement of disease-related malnutrition's costs. Clin Nutr 2015; 34: 951-955.
13. de Aguiar Pastore Silva J, de Souza Fabre ME, Waitzberg DL. Omega-3 supplements for patients in chemotherapy and/or radiotherapy. A systematic review. Clin Nutr 2015; 34: 359-366.
14. Sobocki J. Żywnienie drogą przewodu pokarmowego. W: Podstawy żywienia klinicznego. L Sobotka (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007; 201-231.
15. Szyguta-Jurkiewicz B, Kowalska M, Mościński M. Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia i efektywności leczenia chorych ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego. Folia Cardiol 2011; 6: 62-71.
16. Piątek-Guziewicz A, Mrukowicz J. Wytyczne European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) dotyczące żywienia sztucznego. Dostępne na: www.polspn.pl.
17. Szczygieł B. Najnowsze tendencje w leczeniu żywieniowym. Med Prakt Chir 2016; 4: 33-42.