

VI OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSTWA ANGIOLOGICZNEGO

Streszczenia

RÓŻNICA WARTOŚCI WKR W ZALEŻNOŚCI OD METODY POMIARU ORAZ CHOROBY PODSTAWOWEJ

Sara Rossa^{1,2}, Mariola Głowacka^{3,4}, Maria T. Szewczyk^{1,2},
Paulina Mościcka^{1,2}, Justyna Cwajda-Białasik^{1,2}

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Poradnia Leczenia Ran Przewlekłych, Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy

³Pracownia Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznych, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁴Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku

Wstęp: Zgodnie z zaleceniami Zespołu Krajowego Konsultanta w dziedzinie chirurgii naczyniowej pomiar wskaźnika kostka–ramię (WKR, *ankle-brachial pressure index* – ABPI) jest podstawowym badaniem przesiewowym w diagnostyce niedokrwienia kończyn dolnych, także u chorych ze współistniejącą cukrzycą. Wynik pomiaru stanowi również istotny czynnik w planowaniu kompresjoterapii u pacjentów z przewlekłą niewydolnością żylną (*chronic venous insufficiency* – CVI).

Cel pracy: Celem badania było porównanie wartości ABPI mierzonego przy użyciu detektora dopplerowskiego fali ciągłej oraz urządzenia automatycznego do pomiaru cztero kończynowego.

Materiał i metody: Badania prowadzono w Poradni Leczenia Ran Przewlekłych w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy. Przebadano 100 chorych (34 z CVI, 33 z cukrzycą oraz 33 z chorobą tętnic obwodowych). Badani pozostawali w pozycji leżącej na wznak, z ramionami i kończynami dolnymi na poziomie serca przez ok. 15 min, następnie dokonywano pomiaru WKR przy użyciu detektora dopplerowskiego fali ciągłej oraz urządzenia automatycznego.

Wyniki i wnioski: Średnia wartość ABPI wynosiła 0,999 na prawej kończynie dolnej oraz 0,980 na lewej kończynie dolnej (pomiar detektorem dopplerowskim fali ciągłej) i 0,954 na prawej kończynie dolnej oraz 0,945 na lewej kończynie dolnej (pomiar automatyczny). Wśród chorych z cukrzycą zanotowano wyższe wartości ABPI w pomiarze „ręcznym” niż w pomiarze „automatycznym”. Wśród mężczyzn zaobserwowano

wyższe, istotne statystycznie, wartości WKR w pomiarze „automatycznym” niż wśród kobiet. Badanie wykazało, że wyniki pomiarów wykonywanych przy użyciu detektora dopplerowskiego fali ciągłej oraz urządzenia automatycznego do pomiaru cztero kończynowego są porównywalne i z powodzeniem mogą być stosowane zamiennie, z zachowaniem szczególnej ostrożności przy interpretacji u pacjentów z cukrzycą.

Słowa kluczowe: wskaźnik kostka–ramię, niedokrwienie kończyn dolnych, cukrzyca.

EPIDEMIOLOGIA OSTREGO ZAPALENIA TRZUSTKI

Dorota Koziół

Zakład Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Wstęp: Ostre zapalenie trzustki (OZT) stanowi istotny problem kliniczny. W Polsce brak jest opracowań prospektywnych danych epidemiologicznych dotyczących zachorowania na OZT.

Cel pracy: Celem przeprowadzonych badań jest ocena częstości występowania, etiologii i nasilenia ostrego zapalenia trzustki w populacji województwa świętokrzyskiego, z uwzględnieniem czynników ryzyka zachorowania.

Materiał i metody: Przeanalizowano prospektywnie zebrane dane chorych hospitalizowanych z powodu OZT w ciągu jednego roku kalendarzowego na 16 oddziałach chirurgicznych województwa świętokrzyskiego. Kryterium włączenia do badania było rozpoznanie OZT zgodnie z aktualną klasyfikacją Atlanta i polegało na łącznej interpretacji objawów podmiotowych, przedmiotowych i celowanych badań laboratoryjnych. Cechy demograficzne, wyniki badań laboratoryjnych i obrazowych, przebieg i wyniki leczenia oraz czas hospitalizacji były raportowane w przygotowanej wcześniej dokumentacji. Ostatecznej analizie poddano łącznie 1004 chorych.

Wyniki: Współczynnik zapadalności wynosił 99,96/100 000. Zapadalność u kobiet wynosiła 72/100 000, a zapadalność u mężczyzn 130,24/100 000 ($p < 0,05$). Mediana wieku chorych na OZT wynosiła 53 lata. Mediana wieku kobiet – 65 lat – była istotnie wyższa niż mężczyzn – 47 lat ($p < 0,005$). Współczynnik zapadalności w przypadku incydentów pierwszorazowych wynosił

79,7/100 00 mieszkańców. Główną przyczyną zachorowania na OZT była kamica żółciowa (30,1%), alkohol (24,1%), kamica żółciowa i nadużywanie alkoholu łącznie (2,9%), rak trzustki (1%), OZT po endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej (0,7%). W oparciu o zmodyfikowane kryteria Atlanta ciężką postać rozpoznano u 7%, umiarkowaną u 12,3%, łagodną u 80,8% chorych. Średni czas hospitalizacji chorych z ciężką postacią OZT wynosił 14,8, z umiarkowaną 16,7 i z łagodną 7,1 dnia. Wskaźnik śmiertelności z powodu OZT wynosił 3,9%. Średnia wieku kobiet zmarłych wynosiła 74 lata i była istotnie wyższa niż w grupie mężczyzn – 61 lat. Wskaźnik śmiertelności w ciężkiej postaci wynosił 52,9% i był istotnie wyższy ($p < 0,05$) niż śmiertelność w umiarkowanym (brak zgonów) i łagodnym OZT (0,2%).

Wnioski: Współczynnik zachorowalności na OZT w populacji województwa świętokrzyskiego jest jednym z najwyższych w Polsce.

Słowa kluczowe: epidemiologia, ostre zapalenie trzustki.

SZACUNKOWY POZIOM ZABEZPIECZENIA CHORYCH Z RANAMI PRZEWLEKŁYMI PRZEZ UPRAWNIONE PIELĘGNIARKI W POLSCE W 2016 R.

Anna Szumska, Magdalena Chachurska,
Maria Jolanta Królak

Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie

Wstęp: W związku z nowelizacją 28 lutego 2017 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia zmienił się zakres uprawnień pielęgniarki. Częstość występowania ran przewlekłych wśród społeczeństw uprzemysłowionych określa się na poziomie ok. 1,5% (1–2%). W Polsce na koniec 2016 r. było ok. 576,4 tys. osób dotkniętych tym problemem zdrowotnym.

Cel pracy: Określenie szacunkowego poziomu zapewnienia opieki nad chorymi z ranami przewlekłymi przez pielęgniarki z ukończonym kursem specjalistycznym „Leczenie ran” w latach 2001–2016.

Materiał i metody: Analizie poddano dane (stan na koniec 2016 r.) pochodzące z: Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, raportu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Narodowego Funduszu Zdrowia, Głównego Urzędu Statystycznego oraz Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Z uwagi na brak rzetelnych danych statystycznych dotyczących rejestracji chorych z ranami i faktycznego zatrudnienia pielęgniarek analiza ma charakter szacunkowo-poglądowy.

Wyniki: W latach 2001–2016 kurs specjalistyczny „Leczenie ran” ukończyło 21 078 pielęgniarek. Liczba pielęgniarek zgłoszonych do realizacji umów w oddziałach wojewódzkich NFZ w 2016 r. wynosiła 217 228, co oznacza, że blisko 10% zatrudnionych pielęgniarek mogło posiadać ukończony ww. kurs. Najwięcej pielęgniarek ukończyło kurs w 2015 r. (18%). Największa liczba osób ukończyła ten rodzaj kształcenia podyplomowego w województwie mazowieckim, a najmniejsza w województwie podlaskim. Liczba pielęgniarek w placówkach, w których najczęściej udzielane są świadczenia zdrowotne chorym z poszczególnymi rodzajami ran, to ok. 7 wykwalifikowanych pielęgniarek w 1 placówce.

Wnioski:

1. Pielęgniarki reagują na potrzeby zdrowotne w Polsce oraz zmiany w ustawodawstwie poprzez uczestnictwo w kształceniu podyplomowym.

2. Systematycznie wzrastająca liczba uczestników kursu „Leczenie ran” dla pielęgniarek świadczy o rosnącym zapotrzebowaniu na wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską w tym zakresie.

3. Przy założeniu, że wszystkie pielęgniarki udzielają świadczeń zgodnych z posiadanymi kompetencjami, można przyjąć, że w 2016 r. poziom zabezpieczenia osób z ranami przewlekłymi przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską w Polsce był zadowalający.

Słowa kluczowe: rany przewlekłe, kompetencje zawodowe, pielęgniarki, potrzeby zdrowotne.

ŻOŁĄDKOWA PRZETOKA ODŻYWCZA. ZALETY I OGRANICZENIA METODY

Krzysztof Tojek, Zbigniew Banaszkiewicz

Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Biziela w Bydgoszczy

Wstęp: Powszechnie uznaje się, że żywienie przez przeszłą endoskopową gastrostomię (*percutaneous endoscopic gastrostomy* – PEG) należy rozważyć, jeśli istnieje prawdopodobieństwo, iż przez okres przekraczający 3 tygodnie podaż pokarmu będzie jakościowo lub ilościowo niewystarczająca.

Cel pracy: Celem jest przedstawienie metody żywienia z wykorzystaniem PEG, zaprezentowanie zalet i ograniczeń.

Materiał i metody: PEG wyparł operacyjne metody wykonywania gastrostomii, które wiązały się ze znacznie większą częstością powikłań. Wytworzenie jej jest zabiegiem prostym, bezpiecznym i dobrze tolerowanym przez chorych.

Wyniki i wnioski: Żywienie za pomocą endoskopowej gastrostomii szybko się upowszechniło, stając się rutynowym postępowaniem i metodą z wyboru w przy-

padkach wymagających wdrożenia średnio- i długoterminowego żywienia dojelitowego.

Słowa kluczowe: przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG), niedożywienie, żywienie dojelitowe.

RYZIKO POWIKŁAŃ U CHORYCH ŻYWIONYCH POZAJELITOWO

Elżbieta Kozłowska^{1,2}, Maria T. Szewczyk¹,
Katarzyna Cierzniańska^{1,2}, Aleksandra Popow¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy

Wstęp: Mimo wielu zalet stosowanie całkowitego żywienia pozajelitowego stanowi agresywną interwencję w metabolizm chorego i może prowadzić do wielu poważnych powikłań.

Cel pracy: Ocena częstości występowania powikłań związanych z zastosowaniem żywienia pozajelitowego.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono na grupie 91 chorych hospitalizowanych na oddziale chirurgii, u których zastosowano całkowite żywienie pozajelitowe (6 chorych wyłączono z badania z powodu zgonu). Badania prowadzono w dwóch podgrupach: grupa I ($n = 43$) – chorzy niedożywieni oraz grupa II ($n = 42$) – chorzy długotrwale głodzeni. Badania przeprowadzono metodą prospektywną z wykorzystaniem technik pomiarów, wywiadu, obserwacji, analizy dokumentacji oraz badań antropometrycznych. Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej.

Wyniki: U kobiet znamienne częściej ($p < 0,05$) występowało podwyższone stężenie potasu w surowicy i nieznacznie częściej zmiany patologiczne jamy ustnej. Natomiast u mężczyzn istotnie częściej występował dodatni wynik mikrobiologiczny z końcówki cewnika ($p = 0,012$). Wiek badanych okazał się wysoce znamionym predyktorem dla pomiaru końcowego depresji i lęku ($p < 0,01$). Im starsze osoby, tym wyższy był u nich poziom depresji i lęku. Częstość występowania hipo- i hiperglikemii była istotnie wyższa u chorych na cukrzycę ($p < 0,001$).

Wnioski: Płeć i wiek chorych mają wpływ na ryzyko wystąpienia niektórych powikłań związanych z zastosowanym żywieniem pozajelitowym. Hipokaliemia i dodatni wynik mikrobiologiczny z końcówki cewnika uzależnione były od płci, natomiast wyższy poziom depresji i lęku zależał od wieku chorych. Ryzyko powikłań metabolicznych w postaci hipo- i hiperglikemii jest istotnie wyższe u chorych na cukrzycę. Poziom depresji i lęku okazał się znamienne niższy po zakończeniu ży-

wienia pozajelitowego w porównaniu z poziomem depresji i lęku przed jego rozpoczęciem.

Słowa kluczowe: żywienie pozajelitowe, powikłania, ryzyko.

OCENA WPŁYWU ZRÓŻNICOWANYCH METOD EDUKACYJNYCH NA ZAANGAŻOWANIE PACJENTA I SKUTECZNOŚĆ LECZENIA BARIATRYCZNEGO

Renata Sierżantowicz, Jerzy Ładny, Lech Trochimowicz,
Hady Razak Hady

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp: Popularność chirurgii bariatrycznej systematycznie wzrasta. Utrata masy ciała jest uzależniona od metody chirurgicznej, ale także stopnia motywacji do przestrzegania pooperacyjnych zaleceń. Dotychczas nie wyjaśniono, czy edukacja pacjenta może przyczynić się do długoterminowego sukcesu w redukcji masy ciała po leczeniu bariatrycznym.

Cel pracy: Celem jest porównanie wpływu metod edukacyjnych oraz jednorazowej pisemnej informacji na zaangażowanie pacjenta w przestrzeganie zaleceń i skuteczność leczenia bariatrycznego.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono wśród 160 pacjentów kwalifikowanych do operacji resekcyjnej żołądka (LSG), operowanych na oddziale chirurgii. Do grupy badanej włączono losowo 100 pacjentów po LSG, z którymi ustalono 3 sesje edukacyjne. Grupę kontrolną stanowiło 60 pacjentów, którym przekazano pisemne zalecenia. Wiedzę 160 pacjentów w zakresie stylu życia oceniono na podstawie kwestionariusza własnej konstrukcji. Stopień motywacji do przestrzegania zaleceń oceniono w 10-stopniowej wizualnej skali analogowej (VAS). W obliczeniach wykorzystano pakiet Statistica 12.0 firmy StatSoft.

Wyniki: Po 6 miesiącach od wykonania LSG w grupie uczestniczącej w sesjach edukacyjnych statystycznie istotnie ($p < 0,001$) zmniejszył się wskaźnik BMI ($38,28 \pm 6,93 \text{ kg/m}^2$) w stosunku do okresu przed operacją ($44,25 \pm 7,24 \text{ kg/m}^2$). Po roku obserwacji potwierdzono statystycznie istotne ($p < 0,01$) zmniejszenie wskaźnika BMI do $33 \pm 5,7 \text{ kg/m}^2$. W grupie kontrolnej zaobserwowano istotne ($p < 0,001$) zmniejszenie BMI, wynoszącego przed operacją $48,62 \pm 5,64 \text{ kg/m}^2$, do $44,41 \pm 6,04 \text{ kg/m}^2$ po 6 miesiącach od operacji, a $41,7 \pm 5,92 \text{ kg/m}^2$ po roku od LSG. Zaobserwowano, że w grupie pacjentów, którzy uczestniczyli w sesjach edukacyjnych, poziom motywacji był wysoki zarówno po 6 miesiącach ($9,55 \pm 0,62$), jak i po roku ($9,39 \pm 0,66$). W grupie kontrolnej pacjentów poziom motywacji przed operacją był

wysoki ($9,55 \pm 0,53$), jednak po roku zmniejszył się ($8,50 \pm 1,12$), co było statystycznie istotne ($p < 0,001$).

Wnioski: Sesje edukacyjne były skuteczniejszą metodą edukacji w porównaniu z jednorazową pisemną informacją. Ustalenia powinny zachęcić do wprowadzenia edukacji jako elementu stałej procedury LSG.

Słowa kluczowe: pacjent, edukacja, rękawowa resekcja żołądka.

MOŻLIWOŚCI WZMOCNIENIA POTENCJAŁU GOJENIA RAN – DOUSTNA SUPLEMENTACJA ŻYWIENIOWA U CHORYCH Z OWRZODZENIEM ŻYLNYM. WSTĘPNE WYNIKI BADAŃ

Justyna Cwajda-Białasik^{1,2}, Paulina Mościcka^{1,2},
Maria T. Szewczyk^{1,2}, Arkadiusz Jawień³, Sara Rossa^{1,2},
Elżbieta Hancke², Ewa Karpińska²

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Poradnia Leczenia Ran Przewlekłych, Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy

³Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Cel pracy: Celem badania była ocena wpływu 12-tygodniowej doustnej suplementacji żywieniowej na proces gojenia owrzodzeń żylnych goleni.

Materiał i metody: Do badania zakwalifikowano chorych z owrzodzeniem żylnym goleni, potwierdzonym wynikiem badania duplex-scan i diagnozą lekarską oraz wartością wskaźnika kostka–ramię w granicach normy. Łącznie 70 chorych zostało randomizowanych do dwóch grup. W obu grupach chorzy otrzymywali standardową opiekę pielęgniarską w zakresie pielęgnacji rany i kompresjoterapię II klasy. Chorzy z grupy badanej otrzymywali ponadto doustną suplementację żywieniową w postaci wysokobiałkowego i wysokoenergetycznego preparatu Cubitan. Oceniono poziom prealbumin w surowicy krwi – początkowy (grupa badana i kontrolna) oraz po 6 i 12 tygodniach suplementacji (grupa badana). Postęp procesu gojenia rany oceniano co 2 tygodnie, m.in. za pomocą planimetrii elektronicznej i fotografii cyfrowej.

Wyniki: Analizą statystyczną objęto wyłącznie chorych, którzy ukończyli okres 12-tygodniowej obserwacji. Badane grupy nie różniły się znamienne początkowym poziomem prealbumin w surowicy krwi. W grupie otrzymującej doustną suplementację żywieniową zaobserwowano znamienne wzrost poziomu prealbumin o 2,14 mg/dl. W tej grupie wykazano większą dynamikę

gojenia ran niż w grupie kontrolnej (zmniejszenie powierzchni o 10,7 cm² vs 4,47 cm², $p < 0,05$).

Wnioski: Doustna suplementacja żywieniowa preparatem Cubitan, stosowana u chorych z przewlekłym owrzodzeniem żylnym goleni, wpłynęła znacząco na zmniejszenie powierzchni rany i poprawę warunków gojenia.

Słowa kluczowe: owrzodzenie żylnie, proces gojenia, doustna suplementacja żywieniowa.

ŻYLNĄ CHOROBA ZAKRZEPOWO-ZATOROWA – UWAGI PRAKTYCZNE DLA FIZJOTERAPEUTY I PIELĘGNIARKI

Anna Spannbauer^{1,2}, Tomasz Ridan³,
Arkadiusz Berwecki³, Małgorzata Berwecka⁴, Piotr Mika⁵

¹Zakład Chirurgii Doświadczalnej i Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

²Oddział Chorób Wewnętrznych i Angiologii, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego, Kraków

³Zakład Kinezyterapii, Katedra Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego, Kraków

⁴Zakład Chorób Kości i Stawów, Wydział Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

⁵Katedra Rehabilitacji Klinicznej, Akademia Wychowania Fizycznego, Kraków

Zakrzepica żył głębokich (ZŻG) i zator tętnicy płucnej (ZTP) stanowią istotne problemy zdrowotne. Czynniki sprzyjające żylną chorobę zakrzepowo-zatorową (ZCHZZ), zwane triadą Virchowa, to: zastój żylny, zmiany składników krwi i zmiany w śródbłonku. W zapobieganiu ZŻG uwzględnia się metody farmakologiczne (heparyny drobnocząsteczkowe – HDCz) oraz czynne metody fizyczne, takie jak: czynne ćwiczenia kończyn dolnych i szybka pionizacja po zabiegach operacyjnych. Metody bierne obejmują: ćwiczenia bierne stawów skokowych, kompresjoterapię, przerywaną kompresję pneumatyczną.

Klinicznymi objawami ZŻG są m.in.: obrzęk, zaczerwienienie, bóle kończyny, nadmierne ocieplenie chorej kończyny. Objawy zatorowości płucnej to najczęściej: duszność, bóle w klatce piersiowej i przyspieszenie oddychania (tachypnoe), kaszel, omdlenia, krwioplucie. U pacjentów z ZŻG i ZTP leczenie polega na stosowaniu heparyny niefrakcjonowanej, HDCz, fondaparinyksu, rywaroksabanu lub apiksabanu.

Rehabilitacja szpitalna chorego z ostrą ZŻG obejmuje: pionizację w 2. dobie od wdrożenia leczenia, po wcześniejszym założeniu kompresjoterapii w pozycji leżącej. Jeżeli kończyna jest bolesna i wymaga odciążenia, uruchamianie odbywa się przy użyciu balkonika lub kul tokciowych. Zalecenia rehabilitacyjne poszpitalne obejmują: edukację chorego, dobór pończochy uciskowej o II stopniu ucisku (kompresjoterapia powinna być stosowana przez 2 lata). Zwiększenie intensywności

ności spacerów można rozpocząć w ok. 14. dobie. Po 3 miesiącach od przebytej ZŻG chory może zwiększać aktywność fizyczną. Polecane dyscypliny to: pływanie, bieganie, jazda na rowerze. Do ok. pół roku od przebycia ZŻG chory powinien unikać masowania chorej kończyny. Po pół roku można stosować zabiegi fizjoterapeutyczne. Przeciwwskazanie stanowią zabiegi zwiększające temperaturę ciała, np. sollux, gorące kąpiele, sauna. Chory zawsze powinien unikać długotrwałego stania i siedzenia oraz codziennie stosować elewację kończyny i uzupełniać płyny (ok. 2 l dziennie). Rehabilitacja chorych z ŻCHZZ powinna być prowadzona przez przeszkolonych fizjoterapeutów i pielęgniarki.

Słowa kluczowe: zakrzepica żył głębokich, rehabilitacja, kompresjoterapia.

TERAPIA WENĄTRZNACZYNIOWA W UDARZE MÓZGU – ZASTOSOWANIE TROMBEKTOMII

Renata Jabłońska^{1,2}, Grzegorz Meder³,
Anna Wronkowska², Robert Ślusarz¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Oddział Neurochirurgii i Neurotraumatologii, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy

³Pracownia Radiologii Zabiegowej, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy

Wstęp: Udar mózgu to nagłe wystąpienie ogniskowych lub uogólnionych zaburzeń czynności mózgu spowodowanych wyłącznie przyczynami naczyniowymi, związanymi z mózgowym przepływem krwi, trwających dłużej niż 24 godziny (według AHA/ASA – *American Heart Association* i *American Stroke Association* AHA/ASA 2013, aktualizacja 2015). Ta uaktualniona definicja jest zwieńczeniem badań klinicznych, dotyczących również terapii wewnątrznaczyniowej we wczesnym okresie niedokrwiennego udaru mózgu.

Cel pracy: Celem jest przedstawienie założeń terapii wewnątrznaczyniowej z zastosowaniem trombektomii w udarze mózgu.

Materiał i metody: Leczenie udaru mózgu jest coraz częściej dyskutowanym problemem medycznym, a jego najważniejszym kryterium jest czas. To on stanowi podstawę podjęcia leczenia trombolitycznego; pacjent powinien otrzymać specjalistyczną pomoc w ciągu 4,5 godziny – tkankowy aktywator plazminogenu (rtPA – *recombinant tissue plasminogen activator*) o działaniu fibrynolitycznym, bo taki jest podawany, jest ważnym mechanizmem obronnym, rozpuszcza skrzepinę krwi oraz odpowiada za utrzymanie szczelności i drożności naczyń krwionośnych. Aktualnie coraz częściej proponowane jest leczenie wewnątrznaczyniowe (endowaskularne) ostrego udaru mózgu. Polega ono na podaniu

rtPA do tętnicy w bezpośrednim sąsiedztwie skrzepu zamykającego tętnicę (lokalna tromboliza dotętnicza) lub na mechanicznym usunięciu skrzepu (trombektomia mechaniczna). Trombektomia ma również stanowić uzupełnienie lub alternatywę dla dożylnego leczenia trombolitycznego. Leczenie to może być wykonane do 6 godzin od udaru mózgu w przypadku trombolizy dotętnicznej, a w przypadku trombektomii mechanicznej nawet do 6–8 godzin.

Wyniki i wnioski: Skuteczność trombektomii zależy od wielu czynników (rozległość udaru, wiek) – w niektórych przypadkach jest spektakularna, w innych tylko częściowa. Personel medyczny, w tym pielęgniarski, powinien postępować zgodnie z obowiązującym w Polsce protokołem leczenia trombolitycznego w ostrym niedokrwiennym udarze mózgu. Główne zadania pielęgniarki polegają na zapewnieniu maksymalnie sprawnej organizacji działań. Nie można zapominać o roli edukacji społeczeństwa na temat objawów i leczenia udaru mózgu.

Słowa kluczowe: udar niedokrwienny, tromboliza, trombektomia mechaniczna.

OCENA FUNKCJI SEKSUALNYCH MĘŻCZYZN Z PODNERKOWYM TĘTNIAKIEM AORTY BRZUSZNEJ LECZONYCH ZA POMOCĄ WSZCZEPIENIA NACZYNIOWEJ PROTEZY LUB IMPLANTACJI STENTGRAFTU

Mariola Sznappa¹, Damian Ziaja², Michał Tkocz³,
Wacław Kuczmik¹

¹Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyń, Angiologii i Flebologii, Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. L. Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

²Oddział Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej, Katowickie Centrum Onkologii

³Kliniczny Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej, Centrum Urazowe, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

Wstęp: Autorzy analizowali grupę 226 pacjentów z tętniakiem aorty brzusznej (TAB), porównując stopień uogólnienia procesu miażdżycowego u mężczyzn i jego wpływ na gotowość seksualną.

Cel pracy: Celem pracy była ocena funkcji seksualnej mężczyzn z tętniakiem aorty brzusznej.

Materiał i metody: Autorzy analizowali grupę 226 pacjentów z TAB leczonych w jednym ośrodku w ciągu jednego roku. Wśród nich 109 zakwalifikowano do leczenia operacyjnego, a 117 do wszczęcia stentgraftu. Do grupy badanej zakwalifikowano 146 pacjentów spełniających kryteria kwalifikacyjne 126M i 20K. Badanie ankietowe przeprowadzono w grupie 126 mężczyzn, w tym 73 leczonych operacyjnie (grupa 1) i 53 leczonych implantacją stentgraftu (grupa 2). Ankieta IIEF-5 zawierała 5 pytań oceniających funkcje seksualne w skali od

1 do 5, maksymalna liczba punktów wynosiła 25. Według autorów ankiety wynik 21 lub mniej sugeruje zaburzenia erekcji wymagające kontaktu z lekarzem.

Wyniki i wnioski: Zwrotnie uzyskano 38 ankiet na 126 załączonych do wypisu pacjenta. W grupie 1 uzyskano 18 wypełnionych ankiet (24,6%), w grupie 2 – 20 (37,7%). Odpowiedzi na poszczególne pytania ankiety IIEF5 wykazały statystyczne różnice.

Słowa kluczowe: tętniak aorty brzusznej, gotowość seksualna, ankieta IIEF5.

OCENA WPŁYWU ZNAJOMOŚCI REHABILITACJI NA STAN FUNKCJONALNY KOŃCZYNY GÓRNEJ U KOBIET PO ZABIEGU MASTEKTOMII

Tomasz Ridan¹, Natalia Czerwiec¹, Anna Spannbauer^{2,3}, Anna Włoch⁴, Anna Lipińska⁵

¹Zakład Kinezyterapii, Katedra Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego, Kraków

²Zakład Chirurgii Doświadczalnej i Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

³Oddział Chorób Wewnętrznych i Angiologii, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego, Kraków

⁴Zakład Rehabilitacji, Świętokrzyskie Centrum Onkologii, Kielce

⁵Instytut Fizjoterapii, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Wstęp: Zachowanie odpowiedniego stanu funkcjonalnego kończyny górnej po stronie operowanej u kobiet po zabiegu mastektomii wiąże się w znacznym stopniu z poziomem wiedzy kobiet na temat możliwości usprawniania, a także odpowiednio wczesnym wdrożeniem programu rehabilitacji.

Cel pracy: Celem pracy była ocena wpływu znajomości rehabilitacji na stan funkcjonalny kończyny górnej u kobiet po zabiegu mastektomii.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w 2016 r. w grupie 110 kobiet, amazoнок zrzeszonych w Stowarzyszeniu Amazoнок z Krakowa i Rzeszowa oraz wśród amazoнок niestowarzyszonych. Średni wiek badanych kobiet wynosił 58,2 lat (SD = 11,3). Podstawę badań stanowiła autorska ankieta. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej z użyciem pakietu Excel 2010 oraz programu Statistica v.12 ($p = 0,05$). Do badania zależności zastosowano test niezależności chi-kwadrat.

Wyniki: Spośród badanych 67% kobiet miało prowadzoną rehabilitację kończyny górnej. Stwierdzono istotną zależność ($p = 0,0105$) między wykształceniem a wiedzą dotyczącą rehabilitacji po mastektomii, istotną zależność ($p = 0,0023$) między przynależnością do klubu amazoнок a wiedzą na temat kompleksowej terapii obrzękowej, istotną zależność ($p = 0,0192$) między przynależnością do klubu amazoнок a wiedzą dotyczącą konieczności mobilizacji blizny pooperacyjnej.

Wnioski:

1. Wykształcenie ma wpływ na poziom wiedzy kobiet dotyczącej rehabilitacji kończyny górnej po mastektomii. Im wyższe wykształcenie, tym poziom wiedzy jest większy.

2. Kobiety zrzeszone w klubie amazoнок wykazują większy poziom wiedzy na temat kompleksowej terapii przeciwobrzękowej niż kobiety niestowarzyszone.

3. Kobiety wykazujące wyższy poziom wiedzy na temat rehabilitacji cechują się lepszym stanem funkcjonalnym kończyny górnej po stronie operowanej.

4. Ogólny poziom wiedzy badanych kobiet na temat rehabilitacji kończyny górnej po zabiegu mastektomii jest na wysokim poziomie.

Słowa kluczowe: mastektomia, kończyna górna, sprawność.

JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB LECZONYCH OPERACYJNIE Z POWODU RAKA JELITA GRUBEGO A POZIOM AKCEPTACJI CHOROBY

Renata Stępień, Grażyna Wiraszka, Ewelina Chabuz

Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Wstęp: Chirurgiczne leczenie raka jelita grubego stanowi krytyczne doświadczenie życiowe i niesie ze sobą głębokie zmiany w funkcjonowaniu i jakości życia oraz konieczność przystosowania się do tej trudnej sytuacji.

Cel pracy: Celem badań była ocena jakości życia osób leczonych operacyjnie z powodu raka jelita grubego i jej społeczno-demograficznych uwarunkowań oraz związku z poziomem akceptacji choroby.

Materiał i metody: Badania prowadzono w okresie od maja do lipca 2014 r. i objęto nimi 67 pacjentów leczonych operacyjnie z powodu raka jelita grubego. Do zgromadzenia materiału wykorzystano dwa standaryzowane narzędzia badawcze. Do oceny jakości życia związanej ze zdrowiem (HRQOL) zastosowano *Kwestionariusz funkcjonalnej oceny leczenia nowotworów z podskala raka jelita grubego (FACT-C – Functional Assessment of Cancer Therapy Scale – Colorectal)*, natomiast do oceny poziomu akceptacji choroby użyto kwestionariusza AIS (*Acceptance of Illness Scale*).

Wyniki: Najwyżej ocenionym obszarem HRQOL był stan fizyczny ($M = 24,1$), a najniżej – stan emocjonalny ($M = 14,9$). Miejsce zamieszkania, wiek i poziom wykształcenia istotnie różnicowały jakość życia ($p < 0,05$). Wśród badanych 24,8% nie akceptowało swojej choroby, przy czym poziom akceptacji zależał od miejsca zamieszkania ($p < 0,05$) i pozostawał w zależności z jakością życia ($p < 0,05$). Czynnikiem determinującym jakość życia chorych leczonych ope-

racyjnie z powodu raka jelita grubego był wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia oraz poziom akceptacji choroby.

Wnioski: Osoby starsze, mieszkające na wsi i gorzej wykształcone wymagają szczególnej troski i wsparcia w przystosowaniu się do zaistniałej trudnej sytuacji, jaką jest choroba nowotworowa i związane z nią leczenie.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, jakość życia pacjenta, akceptacja choroby.

OCENA JAKOŚCI LECZENIA BÓLU W OPINII PIELĘGNIAREK

Katarzyna Cierzniańska¹, Maria T. Szewczyk¹,
Elżbieta Kozłowska¹, Aleksandra Popow¹,
Renata Jabłońska²

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp: Monitorowanie bólu i udział w jego leczeniu na stałe wpisały się do zadań pielęgniarek pracujących na oddziałach chirurgicznych.

Cel pracy: Celem była ocena wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym w opinii pielęgniarek oddziałów zabiegowych.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono wśród 96 pielęgniarek oddziałów zabiegowych. Do badania posłużył arkusz zawierający dane demograficzne oraz Skala klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym (KWJPBP) w wersji dla pielęgniarek, zawierająca 12 pytań podzielonych na 4 podskale. Określone pożądane minimalne wartości punktowe wynosiły odpowiednio: dla wyniku ogólnego skali – 54,0, dla podskali: Komunikowanie – 4,5, Działanie i Zaufanie – po 18,0, Środowisko – 13,5 pkt.

Wyniki: Grupę badaną stanowiły pielęgniarki pracujące na oddziałach zabiegowych, odpowiednio: na oddziale chirurgii – 21,9%, neurochirurgii – 17,7%, laryngologii – 12,5%, angiologii – 12,5%, urologii – 14,6% i ortopedii – 20,8%. W szkoleniach z zakresu leczenia bólu uczestniczyło 71,9% badanych.

Uzyskana średnia punktacja skali KWJPBP kształtowała się następująco: dla wyniku ogólnego 50,5, dla podskali Komunikowanie – 3,94, Działanie – 17,76, Zaufanie – 17,43 i Środowisko – 10,93 pkt.

Porównanie wartości średnich uzyskanych w grupie badanych dla poszczególnych oddziałów wskazuje, że pożądana minimalna punktacja dla wyniku ogólnego skali oraz dla podskali Środowisko nie została osiągnięta na żadnym z oddziałów (zakres od 44,75 ±5,3 do 52,9 ±5,6 oraz 8,45 ±1,9 do 12,0 ±1,7). Wynik wyższy niż pożądana

minimalna punktacja dla podskali Komunikowanie uzyskał tylko jeden oddział (4,58 ±0,99), dla podskali Działanie – dwa oddziały (18,19 ±1,6 i 18,5 ±1,2), a dla podskali Zaufanie – połowa badanych oddziałów (18,0 ±1,4; 18,33 ±1,4; 18,52 ±1,7). Pomiędzy wartościami średnimi uzyskanymi przez pielęgniarki porównywanych oddziałów zachodzą istotne różnice statystyczne ($p < 0,05$).

Wnioski: W przeprowadzonych badaniach średnie wartości punktowe dla całej skali oraz jej zakresów cząstkowych nie osiągnęły określonych wartości pożądanych. Wyrażone przez pielęgniarki wskaźniki jakości postępowania z bólem pooperacyjnym różniły się znacząco w zależności od oddziału.

Słowa kluczowe: leczenie bólu, opieka pielęgniarska, jakość.

RANY PRZEWLEKŁE – CO NOWEGO W POSTĘPOWANIU MIEJSCOWYM?

Maria T. Szewczyk^{1,2}

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Poradnia Leczenia Ran Przewlekłych, Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy

Celem jest przedstawienie najnowszych osiągnięć w leczeniu ran przewlekłych.

Skuteczne leczenie rany przewlekłej jest ogromnym wyzwaniem dla specjalistów i zespołów, tj. osób kompleksowo zajmujących się procesem gojenia ran przewlekłych. Etiologia zaburzeń przyczyniających się do powstania rany jest zazwyczaj wieloczynnikowa i wynika z nakładających się nieprawidłowości ogólnoustrojowych oraz miejscowych. Zakres wywiadu powinien obejmować historię owrzodzenia, mechanizm urazu i dotychczasowe postępowanie z raną. Powinien dotyczyć czynników ryzyka, choroby podstawowej i związanych z nią subiektywnych objawów świadczących np. o niewydolności żyłnej lub ją wykluczających. Chorego należy zapytać o wszystkie występujące dolegliwości, przebieg dotychczasowego leczenia (karta wywiadu lekarskiego, pielęgniarskiego), a także określić zakres wiedzy i umiejętności chorego. Uwzględniając zróżnicowane podłoże rany, nie można nie zapytać chorego o inne choroby, które mają istotne znaczenie dla przebiegu i leczenia owrzodzenia, m.in. miażdżycę kończyn dolnych, cukrzycę, niewydolność wieńcową, choroby układowe tkanki łącznej, choroby układu immunologicznego. Ukierunkowanie wywiadu na etiologię rany jest konieczne. Wymaga ono doświadczenia i szerokiej wiedzy. Dlatego ważną rolę odgrywa kompleksowa wielospecjalistyczna opieka nad chorym. Po przeprowadzeniu badań (przedmiotowych i podmiotowych), zdiagnozowaniu chorego wg obowiązujących standardów dalsze postępowanie

nie obejmuje takie elementy składowe, jak: 1) leczenie przyczynowe, 2) leczenie miejscowe zgodnie z rekomendowaną przez towarzystwa naukowe strategią TIME, (*Tissue debridement* – opracowanie martwych tkanek, *Infection and inflammation control* – kontrola infekcji i zapalenia, *Moisture balance* – utrzymanie równowagi wilgoci, *Edges, epidermization stimulation* – pobudzenie naskórkowania z brzegów rany), 3) leczenie ogólne, 4) profilaktyka, pielęgnacja i edukacja.

Obowiązujące wytyczne i zalecenia postępowania z raną przewlekłą są bezcennym drogowskazem dla osób sprawujących opiekę nad chorym z owrzodzeniem. Rana przewlekła, złożony przebieg procesu jej gojenia, nie zawsze typowy obraz kliniczny (nietypowy kształt rany, nietyпова lokalizacja) wymagają wielu działań zgodnych z obowiązującymi zaleceniami nawet od osoby bardzo doświadczonej. Dlatego zgodnie z rekomendacjami przed wdrożeniem postępowania miejscowego należy przeprowadzić diagnostykę, która stanowi podstawę leczenia przyczynowego. Nowym osiągnięciem w diagnostyce i monitorowaniu procesu gojenia owrzodzeń kończyn jest/będzie np. termografia wizyjna.

W leczeniu miejscowym nadal obowiązuje postępowanie zgodne ze strategią TIME. W ostatnich latach opracowano i wdrożono nowe technologie przyczyniające się do znacznie szybszego opracowania/oczyszczenia i gojenia rany. Wytyczne dotyczące np. leczenia owrzodzeń łyżki czy odleżyn dokładnie określają m.in. kryteria doboru specjalistycznego opatrunku w zależności od fazy procesu gojenia, stopnia zakażenia, ilości wysięku czy zasadności stosowania antyseptyków w poszczególnych fazach gojenia.

Słowa kluczowe: rana przewlekła, nowe technologie.

NOWE MOŻLIWOŚCI DIAGNOSTYCZNE W LECZENIU RAN PRZEWLEKŁYCH – ZASTOSOWANIE TERMOGRAFII WIZYJNEJ

Justyna Cwajda-Biaśnik^{1,2}, Paulina Mościcka^{1,2},
Maria T. Szewczyk^{1,2}, Arkadiusz Jawień³, Sara Rossa^{1,2},
Elżbieta Hancke², Ewa Karpińska²

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Poradnia Leczenia Ran Przewlekłych, Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy

³Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Cel pracy: Celem badania była analiza możliwości zastosowania termografii wizyjnej w prognozowaniu procesu gojenia owrzodzeń żylnych.

Materiał i metody: Badaniem objęto chorych z owrzodzeniem żylnym, u których zastosowano kom-

presjoterapię bandażową II klasy oraz terapię miejscową zgodnie ze schematem TIME (*Tissue debridement* – opracowanie martwych tkanek, *Infection and inflammation control* – kontrola infekcji i zapalenia, *Moisture balance* – utrzymanie równowagi wilgoci, *Edges, epidermization stimulation* – pobudzenie naskórkowania z brzegów rany). Co 2 tygodnie (łącznie przez okres 12 tygodni) ocenialiśmy parametry procesu gojenia, m.in. rozkład temperatury na powierzchni kończyn dolnych za pomocą kamery termowizyjnej FLIR T650sc do obrazowania w podczerwieni. Oceniano temperaturę powierzchni rany, temperaturę skóry otaczającej ranę oraz temperaturę tzw. punktu kontrolnego. Ocenie poddano również zmiany różnicy temperatur pomiędzy raną, skórą i punktem kontrolnym w trakcie procesu gojenia rany.

Wyniki: Analizą statystyczną objęto wyłącznie chorych, którzy do marca 2018 r. ukończyli pełny 12-tygodniowy okres obserwacji. Temperatura kończyny znamienne korelowała z parametrami stanu zapalnego, liczbą gatunków bakterii w ranie oraz wartością wskaźnika kostka–ramię. Wykazano, że zmniejszenie powierzchni rany o 1 cm² znamienne korelowało ze spadkiem różnicy temperatur między otaczającą skórą a raną o 0,04°C oraz różnicy temperatur między punktem kontrolnym a otaczającą skórą o 0,02°C.

Wnioski: Pomiar temperatury w różnych punktach kończyny może być jednym z czynników prognostycznych postępu gojenia owrzodzeń żylnych.

Słowa kluczowe: termografia, proces gojenia, owrzodzenie żylnie.

Badanie jest finansowane przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju w ramach Programu Badań Stosowanych, grant nr NCBiR PBS3/B7/28/20, przyznany na realizację projektu pt. „Ocena skuteczności działania tropokolagenu w oparciu o nowe technologie medyczne u chorych z owrzodzeniami żylnymi łyżki” realizowane przez konsorcjum naukowe COLLIRAN.



OCENA SKUTECZNOŚCI MIEJSCOWEJ APLIKACJI KOLAGENU RYBIEGO W LECZENIU OWRZODZEŃ ŻYLNICH

Leszek Kubisz¹, Dorota Hojan-Jeziarska²,
Maria T. Szewczyk^{3,4,5}, Arkadiusz Jawień⁵,
Anna Majewska², Edward Pankowski¹, Marta Janus¹,
Weronka Kawałkiewicz¹, Paulina Mościcka^{3,4},
Justyna Cwajda-Białasiak^{3,4}, Karol Wajszczuk⁶,
Jacek Wawrzynowicz⁶, Piotr Sajna⁶

¹Zakład Biofizyki, Katedra Biofizyki, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

²Zakład Protetyki Stłuchu, Katedra Biofizyki, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

³Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁴Poradnia Leczenia Ran Przewlekłych, Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy

⁵Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁶Wydział Ekonomiczno-Społeczny, Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu

W patogenezie owrzodzeń żylnych ważną rolę odgrywają reakcje zapalne będące następstwem zastoju żylnego. Reakcje te są skierowane głównie przeciw sieci naczyniowej powierzchownych warstw skóry, prowadząc do rozwoju owrzodzeń. Infekcja i przewlekłe zapalenie tkanek zaburzają syntezę, dojrzewanie i strukturyzację kolagenu.

Kolagen w procesie gojenia stanowi ponad 50% wszystkich białek prawidłowo gojącej się rany. Odstonięcie włókien kolagenu w uszkodzonych tkankach wyzwała łańcuch reakcji początkujących proces krzepnięcia krwi i gojenia tkanek. Obecnie opatrunki kolagenowe, np. w postaci gąbki, stosowane są jako opatrunki biologiczne w leczeniu ciężkich oparzeń i trudno gojących się ran. Dowiedziono, że w ranach z zaburzonym potencjałem proliferacyjnym opatrunki kolagenowe aktywnie uczestniczą w procesie gojenia.

Celem badania jest porównanie efektów leczenia grupy pacjentów, u których w leczeniu owrzodzeń żylnych kończyn dolnych wykorzystano natywny kolagen rybi, z grupą pacjentów poddanych standardowej terapii. Efekty oceniono na podstawie pomiarów planimetrycznych powierzchni rany oraz pomiarów zespolonej impedancji elektrycznej skóry *in situ*. Analizę przeprowadzono dla 10 pacjentów z grupy badanej i 10 pacjentów z grupy kontrolnej. Dokonano wstępnej kalkulacji nakładów i kosztów bezpośrednich oraz oceny jakości życia za pomocą kwestionariuszy SKINDEX i CIVIQ.

Wyniki badań planimetrycznych oraz spektroskopii impedancyjnej pozwoliły na stwierdzenie występowania różnic pomiędzy grupą kontrolną i grupą badaną,

wskazując na wystąpienie korzystnego trendu w przypadku grupy badanej. Ustalono obniżenie kosztów bezpośrednich terapii oraz wzrost poczucia poprawy jakości życia w grupie badanej w stosunku do grupy kontrolnej.

Słowa kluczowe: kolagen, owrzodzenia żylna, kwestionariusze SKINDEX, CIVIQ.

Badania przeprowadzono w ramach projektu COLLRAN PBS3/B7/28/2015 finansowanego przez NCBiR.



OCENA CHORYCH W KLASYFIKACJI WIF1

Paulina Mościcka^{1,2}, Justyna Cwajda-Białasiak^{1,2},
Arkadiusz Jawień³, Maria T. Szewczyk^{1,2}

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Poradnia Leczenia Ran Przewlekłych, Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy

³Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp: Krytyczne niedokrwienie kończyny dolnej dotyczy od 1 do 3% chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych. Ocena stanu klinicznego i ewentualna próba prognozowania skuteczności terapii u chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych i współistniejącą cukrzycą jest utrudniona. Wynika to z faktu, że cukrzyca w znaczny sposób zmienia obraz kończyny, poprzez m.in.: zaburzone odczuwanie dolegliwości bólowych, fałszywie prawidłową wartość wskaźnika kostka–ramię. W dostępnych systemach oceny i klasyfikacji stanu klinicznego kończyny, np. skali Wagnera, klasyfikacji PEDIS czy *University of Texas*, nie są uwzględniane wszystkie istotne elementy, które mają znaczenie w terapii chorych z krytycznym niedokrwieniem i cukrzycą.

Cel pracy: Przedstawienie opisów przypadków z zastosowaniem klasyfikacji Wif1.

Materiał i metody: Opis procesu gojenia trzech przypadków klinicznych.

Wyniki i wnioski: Klasyfikacja Wif1 (W – *Wound*, I – *Ischemia*, fl – *foot infection*) zawiera ocenę elementów takich jak: obecność/stan zaawansowania rany, obecność/stan zaawansowania niedokrwienia, obecność/stan zaawansowania zakażenia. Na podstawie szczegółowej oceny można prognozować, czy u chorego w ciągu roku

zostanie wykonana amputacja kończyny dolnej oraz czy korzystne będzie wykonanie zabiegu naczyniowego.

Słowa kluczowe: klasyfikacja Wifl, krytyczne niedokrwienie kończyny dolnej, cukrzyca.

MIJSCOWE POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE W OWRZODZENIACH ODLEŻYNOWYCH Z ZASTOSOWANIEM ZEWNĄTRZUSTROJOWEJ FALI UDERZENIOWEJ

Izabela Kuberka¹, Robert Dymarek¹, Mirosław Sopol¹,
Magdalena Milan², Joanna Rosińczuk¹

¹Zakład Chorób Układu Nerwowego, Wydziału Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

²Zakład Specjalności Zabiegowych, Wydziału Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Wstęp: Obecnie w praktyce klinicznej stosuje się szereg specjalistycznych metod miejscowego leczenia owrzodzeń odleżynowych. Przynoszą one efekty lecznicze, lecz czas, w jakim uzyskuje się całkowite wyleczenie, jest nadal zbyt długi. Aby przyspieszyć ten proces, specjaliści sięgają po spektrum sprawdzonych metod fizykalnych stymulujących mechanizmy regeneracyjne. Wśród metod opisywanych w piśmiennictwie wyróżnić można: elektroterapię, pole elektromagnetyczne, ultradźwięki, terapię podciśnieniową oraz hiperbaryczną. Do nowatorskich metod zaliczana jest zewnątrzustrojowa fala uderzeniowa (*Extracorporeal Shock Wave Therapy* – ESWT). Aby wykorzystać możliwości terapeutyczne z wykorzystaniem zabiegów ESWT, ranę należy uprzednio oczyścić z tkanek martwiczych.

Cel pracy: Celem pracy było przedstawienie postępowania miejscowego w owrzodzeniach odleżynowych, uzupełnionego o terapię fizykalną w postaci ESWT.

Materiał i metody: W pracy przedstawiono dobre praktyki kliniczne w postępowaniu z odleżynami, łączące w sobie elementy strategii TIME oraz miejscowego użycia stymulacji ESWT. Protokół badania zatwierdzony został przez Komisję Bioetyczną Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, został sfinansowany ze środków statutowych MNiSW w ramach grantu dla młodych naukowców UM we Wrocławiu (STM.E025.17.018) i uzyskał wsparcie Wrocławskiego Centrum Akademickiego w ramach Programu MOZART.

Wyniki: Do aplikacji ESWT, zgodnie ze światowymi danymi literaturowymi, należy użyć żelowej warstwy kontaktowej jako środka sprzęgającego, którą następnie pokrywa się sterylną folią poliuretanową. Głowica ESWT pozostaje w kontakcie z raną i poruszana jest delikatnie od krawędzi rany, równomiernie po całej jej powierzchni.

Wnioski: Połączenie specjalistycznych metod oczyszczania i zaopatrywania odleżyn wraz z terapią fi-

zykalną ESWT może przynieść miejscową poprawę warunków gojenia. Uznać należy, że zaplanowane w ten sposób postępowanie terapeutyczne wymaga zaangażowania zespołu interdyscyplinarnego składającego się ze specjalistów w dziedzinie leczenia owrzodzeń (lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta).

Słowa kluczowe: odleżyna, oczyszczanie ran, fala uderzeniowa, metodyka zabiegu.

VEGF I JEGO ROZPUSZCZALNE RECEPTORY U PACJENTÓW Z ZESPOŁEM STOPY CUKRZYCOWEJ

Ewelina Dreła¹, Danuta Rość²

¹Katedra Dietetyki i Kosmetologii, Państwowa Wyższa Szkoła
Zawodowa W Koninie

²Katedra Patofizjologii, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera
w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp: U pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej (ZSC) obserwuje się nieprawidłowy proces tworzenia naczyń krwionośnych. Nieprawidłowości te mogą wynikać z zaburzeń w aktywacji i hamowaniu angiogenezy. Głównym inicjatorem angiogenezy jest naczyniowo-śródbłonkowy czynnik wzrostu (VEGF), a rozpuszczalne formy receptorów dla tego czynnika hamują tworzenie naczyń krwionośnych.

Cel pracy: Ocena stężenia VEGF-A oraz sVEGF-R1 i sVEGF-R2 u pacjentów z ZSC.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono u 79 chorych ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2 (T2DM) oraz 45 osób zdrowych. Grupa badana została podzielona na dwie podgrupy. Podgrupę I stanowili pacjenci z cukrzycą typu 2 powikłaną zespołem stopy cukrzycowej (ZSC). Kryterium kwalifikacji pacjentów do I podgrupy była obecność powikłań naczyniowych w postaci zdiagnozowanego zespołu stopy cukrzycowej. Drugą (II) podgrupę stanowili pacjenci z cukrzycą typu 2 bez powikłań. Grupa kontrolna obejmowała 45 zdrowych ochotników dobranych pod względem wieku i płci. Badania zostały zrealizowane w ramach grantu Narodowego Centrum Nauki nr 2011/01/N/NZ5/00293.

Wyniki: Stwierdzono istotnie wyższe stężenie VEGF-A w obu badanych podgrupach w porównaniu z grupą kontrolną ($p = 0,00002$). Nie stwierdzono różnicy pomiędzy grupą z ZSC oraz grupą chorych na T2DM bez powikłań naczyniowych. Wykazano istotnie statystycznie niższe stężenie sVEGF-R1 w grupie pacjentów z ZSC w porównaniu z grupą pacjentów z cukrzycą niepowikłaną ZSC ($p = 0,000007$). Stwierdzono znacząco wyższe stężenie sVEGF-R1 w grupie chorych na T2DM w porównaniu z grupą kontrolną ($p = 0,00001$). Nie zaobserwowano istotnej różnicy w stężeniu sVEGF-R2 pomiędzy badanymi grupami.

Wnioski: Podwyższone stężenie VEGF-A we krwi chorych na cukrzycę typu 2 bez powikłań w postaci zespołu stopy cukrzycowej i z towarzyszącym zespołem stopy cukrzycowej wskazuje na pobudzenie angiogenezy. Równoczesny wzrost stężenia sVEGF-R1 dowodzi kompensacyjnej inhibicji tego procesu. Niższe stężenie sVEGF-R1 u chorych z zespołem stopy cukrzycowej może wskazywać na jego zużycie w procesie hamowania angiogenezy.

Słowa kluczowe: cukrzyca, angiogeneza, zespół stopy cukrzycowej.

PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH – HIGIENA RĄK (DOŚWIADCZENIA WŁASNE)

Małgorzata Rucińska

Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy

Wstęp: Higiena rąk jest podstawową metodą zapobiegania zakażeniom szpitalnym. Jest skuteczna, a jednocześnie łatwa, tania oraz dostępna dla personelu.

Cel pracy: Stosowanie zasad higieny rąk przez cały personel medyczny szpitala.

Materiał i metody: Głównym działaniem zmierzającym do wprowadzenia zasad higieny rąk w życie zawodowe pracowników szpitala jest szkolenie całego personelu medycznego oraz dostępność środków do dezynfekcji rąk w miejscu opieki nad pacjentem.

Wyniki i wnioski: Pomimo szeroko zakrojonej kampanii edukacyjnej oraz wyposażenia oddziałów szpitalnych w środki do dezynfekcji rąk wyniki monitorowania procedury higieny rąk nie są zadawalające. Dlatego w najbliższym czasie podjęte zostaną dalsze działania zmierzające do zmiany świadomości personelu, który do tej pory nie wprowadził do swoich codziennych obowiązków zawodowych przestrzegania zasad higieny rąk.

Słowa kluczowe: dezynfekcja rąk, higiena rąk, zakażenie szpitalne.

PROPOZYCJA POSTĘPOWANIA REHABILITACYJNEGO U PACJENTÓW Z WYBROCZYŃĄ KRWAWĄ ORAZ WYSIĘKIEM CHŁONNYM PO OPERACJI NAPRAWCZEJ TĘTNIC KOŃCZYN DOLNYCH. STUDIUM PRZYPADKU

Agnieszka Wilczyńska¹, Katarzyna Korabiusz², Agata Wawryków², Monika Stecko², Piotr Gutowski³

¹Studium Doktoranckie Wydziału Nauk o Zdrowiu, Klinika Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Angiologii Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

²Studium Doktoranckie Wydziału Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie,

³Klinika Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Angiologii, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Wstęp: Pomimo rosnącego postępu w procesie naprawczym tętnic powikłania pooperacyjne w postaci obrzęków kończyn dolnych strony operowanej wciąż stanowią problem. Dotyczy on ok. 6% pacjentów. Kolejny to ryzyko zakażenia przeszczepu naczyniowego. Niepokojący jest wysoki stopień śmiertelności, szacowany na 9%, oraz suma amputacji kończyn na poziomie łydki lub uda. W skali kraju to ok. 14 tys. amputacji rocznie (dane GUS). Fakt ten ma ogromne znaczenie, zważywszy na rosnący stopień niepełnosprawności pacjentów przekładający się na ich jakość życia.

Cel pracy: Celem jest ocena wpływu kompleksowej terapii przeciwzastoinowej (KTP) na proces regeneracji rany pooperacyjnej, działanie przeciwbólowe, przeciwzapalne. Wartość nadrzędna pracy to subiektywna ocena pacjenta odnosząca się do zastosowanej terapii.

Materiał i metody: Materiał do badań stanowiłi pacjenci po operacji pomostowania udowo-podkolanowego. Przed przystąpieniem do terapii oraz po jej zakończeniu ocenę poddano: 1) drożność przepływów tętniczych poprzez ocenę wskaźnika ABI, 2) zakres ruchomości w stawach kończyny dolnej, 3) subiektywną ocenę w skali VAS.

Opis przypadku: 74-letni mężczyzna oraz 65-letnia kobieta po operacji pomostowania udowo-podkolanowego lewej kończyny w lutym 2018 r. W 5. dobie po operacji zauważono w obu przypadkach rosnący obrzęk operowanej kończyny, z rozległym wylewem krwawym na tylnej części uda ściekającym do poziomu tylnej powierzchni łydki. W obu przypadkach wdrożono manualny drenaż limfatyczny w drugiej koncepcji Voddera, a także zastosowano kinesiotaping limfatyczny w okolicy objętej wysiękiem krwawym. W celu zmniejszenia ryzyka sptywu krwiaków podskórnych zastosowano bandażowanie kompresyjne stopy i łydki.

Wyniki: Po 2 tygodniach terapii zauważono całkowitą redukcję podbarwienia krwawego, zamknięcie szczelne blizny pooperacyjnej, zwiększenie ruchomości

w stawach kończyny operowanej, a tym samym swobodę w poruszaniu się analizowanych pacjentów.

Wnioski: Wykorzystanie składowych KTP w początkowym okresie pooperacyjnym pozwala na skrócenie okresu regeneracji, zmniejszając tym samym ryzyko powikłań pooperacyjnych. Wysoka ocena w skali VAS wskazuje na skuteczność działania przeciwbólowego i podkreśla istotną rolę KTP w poprawie jakości życia pacjentów.

Słowa kluczowe: obrzęk, rana pooperacyjna, wybroczyna krwawa, rehabilitacja w angiologii, jakość życia pacjenta, drenaż limfatyczny.

WDRAŻANIE KOMPLEKSOWEGO PROGRAMU UTRZYMANIA PACJENTA OPEROWANEGO W STANIE NORMOTERMII – DOŚWIADCZENIA WŁASNE

Agnieszka Grejczyk¹, Wanda Korzycka-Wilińska^{1,2},
Katarzyna Cierzniaowska^{3,4}

¹Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy

²Zakład Polityki Zdrowotnej i Zabezpieczenia Społecznego, Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

³Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁴Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy

Wstęp: Hipotermia okołoperacyjna jest rozpoznawana, gdy temperatury ciała chorego spada poniżej 36°C. Na jej występowanie może mieć wpływ szereg czynników, w tym: stosowane znieczulenie, cechy osobnicze właściwe dla chorego, rodzaj i czas trwania zabiegu operacyjnego oraz warunki panujące w sali operacyjnej. Niezamierzona hipotermia okołoperacyjna może dotyczyć nawet 70% pacjentów poddawanych zabiegom chirurgicznym. W konsekwencji stanowi ona przyczynę wielu powikłań pooperacyjnych. Mimo to nadal jest niedocenianym problemem, a prób jego kompleksowego rozwiązania w polskich szpitalach jest niewiele.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie własnych doświadczeń związanych z profilaktyką hipotermii.

Materiał i metody: Podejmowane dotychczas próby rozwiązania problemu występowania hipotermii były mało efektywne. W związku z tym w 2017 r. w szpitalu został powołany wielodyscyplinarny zespół, którego zadaniem było przygotowanie i implementacja rozwiązań mających na celu zapobieganie hipotermii oko-

operacyjnej. Opracowano m.in. procedurę utrzymania pacjenta operowanego w stanie normotermii. Od tego czasu jest ona sukcesywnie realizowana.

Wyniki i wnioski: Wdrażanie poszczególnych etapów procedury wiąże się z pokonywaniem trudnych warunków infrastrukturalnych, ekonomicznych i personalnych.

Słowa kluczowe: hipotermia, normotermia, zabieg operacyjny.

OCENA WYSTĘPOWANIA DOLEGLIWOŚCI BÓLOWYCH KRĘGOSŁUPA SZYJNEGO W GRUPIE ZAWODOWEJ PIELĘGNIAREK KLINICZNYCH I ŚRODOWISKOWYCH

Tomasz Ridan¹, Aneta Sajdak¹, Arkadiusz Berwecki¹,
Anna Spannbaauer^{2,3}

¹Zakład Kinezyterapii, Katedra Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego, Kraków

²Zakład Chirurgii Doświadczalnej i Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

³Oddział Chorób Wewnętrznych i Angiologii, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego, Kraków

Wstęp: Zespoły bólowe kręgosłupa szyjnego należą do najczęstszych schorzeń narządu ruchu. Charakter pracy pielęgniarek szczególnie predysponuje do stałych, powtarzających się przeciążeń statycznych i dynamicznych narządu ruchu.

Cel pracy: Celem pracy było zbadanie częstości występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa szyjnego w grupie zawodowej pielęgniarek klinicznych i środowiskowych.

Materiał i metody: Badaniami objęto grupę czynnych zawodowo pielęgniarek zatrudnionych w placówkach służby zdrowia powiatu limanowskiego, w tym 30 pielęgniarek środowiskowych (grupa I), 30 pielęgniarek pracujących na oddziale urazowo-chirurgicznym (grupa II) oraz 30 pielęgniarek pracujących na oddziale paliatywno-pulmonologicznym (grupa III). Wiek badanych mieścił się w przedziale 20–65 lat, a ich staż pracy wynosił od 1 roku do 49 lat. Podstawę badań stanowiła autorska ankieta, protokół MDT McKenziego dla odcinka szyjnego, diagram bólu *Pain Drawings*, kwestionariusz *Neck Disability Index* (NDI). Analizę wyników badań przeprowadzono za pomocą arkusza Excel 2010 oraz programu Statistica 10.0 PL ($p = 0,05$).

Wyniki: Występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa szyjnego stwierdzono u 87,8% badanych. Analiza wyników nie wykazała istotnej zależności między charakterem bólu ($p = 0,1691$), poziomem bólu ($p = 0,1568$) oraz częstością występujących dolegliwości bólowych kręgosłupa szyjnego ($p = 0,5220$) a miejscem pracy pielęgniarek. Średni poziom bólu z każdej grupy był zbliżony. Średnia wartość odczuwanych do-

legliwości bólowych kręgosłupa w skali VAS wyniosła w grupie pielęgniarek środowiskowych 3,96 (SD = 1,66), urazowo-chirurgicznych 3,26 (SD = 1,4) i 4,07 (SD = 1,98) w grupie pielęgniarek paliatywno-pulmonologicznych. Podobny brak zależności odnotowano dla takich zmiennych jak wiek i staż pracy. Nie stwierdzono istotnych zależności ($p = 0,1895$) między stażem pracy a wynikiem kwestionariusza NDI, jak również między stopniem niepełnosprawności a charakterem pracy ($p = 0,3389$).

Wnioski:

1. Dolegliwości bólowe kręgosłupa szyjnego są powszechnym problemem w grupie zawodowej pielęgniarek.
2. Rodzaj pracy, staż zawodowy oraz wiek nie mają wpływu na poziom i charakter występujących dolegliwości bólowych kręgosłupa szyjnego.

Słowa kluczowe: pielęgniarki, zespół bólowy kręgosłupa szyjnego, kwestionariusz NDI.

CZYNNIKI STRESOGENNE W GRUPIE PIELĘGNIAREK OPERACYJNYCH

Aleksandra Popow¹, Katarzyna Cierzniaowska¹, Elżbieta Kozłowska¹, Ewa Domeracka²

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Studenckie Koło Naukowe Zakładu Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp: Liczne obowiązki i wyzwania związane z pracą pielęgniarek we współczesnych warunkach systemu ochrony zdrowia sprawiają, że wykonywanie tego zawodu ma charakter wysoce stresogenny.

Cel pracy: Głównym celem pracy była ocena czynników uznawanych za stresogenne w pracy pielęgniarki operacyjnej.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono na grupie 90 pielęgniarek operacyjnych z czterech szpitali na terenie Bydgoszczy. Badane osoby dobrowolnie i anonimowo wypełniły kwestionariusz ankiety oraz dwie standaryzowane skale: Skalę samooceny SES M. Rosenberga w polskiej adaptacji I. Dzwonkowskiej, K. Lachowicz-Tabaczek i M. Łaguny oraz Skalę uogólnionej własnej skuteczności (wersja polska GSES). Wyniki opracowano za pomocą metod statystycznych.

Wyniki: Przeprowadzona analiza statystyczna pozwoliła na sklasyfikowanie wymienionych w kwestionariuszu czynników stresogennych w skali od najmniej do najbardziej obciążających pielęgniarki operacyjne.

Niekompetencje zawodowe współpracowników zostały uznane za najmniej obciążające, przy wartości średniej 2,69 pkt. Najsilniejsze oddziaływanie stresogenne na pielęgniarki operacyjne ma wymaganie zachowania długotrwałej czujności i bezbłędności (4,32 pkt). W każdym z porównań dotyczących wpływu wykształcenia na oddziaływanie czynników stresogennych uzyskano wartości świadczące o braku występujących związków między porównywanymi parametrami ($p > 0,05$). Średnia wartość skali GSES dla całej grupy wyniosła $30,72 \pm 4,05$, co w interpretacji umiejscawia badanych wśród osób o wysokim poczuciu własnej skuteczności. Ogólny wskaźnik samooceny SES dla całej grupy badanej również kształtował się wysoko. Jego średnia wartość wyniosła 31,4 pkt.

Wnioski:

1. Najbardziej obciążającym czynnikiem stresogennym dla pielęgniarek operacyjnych była konieczność zachowania długotrwałej czujności i bezbłędności.
2. Doświadczenie zawodowe wynikające z wykształcenia i stażu pracy nie miało bezpośredniego wpływu na redukcję występowania czynników uznawanych za stresogenne w pracy pielęgniarek operacyjnych.
3. Badane pielęgniarki cechowało wysokie poczucie własnej skuteczności i wysoka samoocena.

Słowa kluczowe: pielęgniarka operacyjna, czynniki stresogenne, poczucie własnej skuteczności, samoocena.

JAKOŚĆ POSTĘPOWANIA Z BÓLEM POOPERACYJNYM A POZIOM SATYSFAKcji Z OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

Renata Stępień¹, Grażyna Wiraszka¹, Lucyna Lorczyk²

¹Institut Pielęgniarstwa i Późnictwa, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

²Katedra Pielęgniarstwa, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

Wstęp: Satysfakcja pacjenta z opieki pielęgniarskiej jest jednym z najważniejszych wskaźników jakości opieki medycznej. Analiza czynników determinujących powyższe kryterium przyczynia się do doskonalenia standardów opieki pielęgniarskiej, a także stanowi istotny element konkurencyjności na rynku usług medycznych.

Cel pracy: Celem pracy była analiza związku pomiędzy postępowaniem z bólem pooperacyjnym a satysfakcją pacjentów z jakości opieki pielęgniarskiej.

Materiał i metody: W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego oraz technikę ankietowania z zastosowaniem standaryzowanych narzędzi badawczych: Skali klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym (SKWPBP)

oraz Kwestionariusza zadowolenia pacjenta z jakości opieki pielęgniarskiej (KZPJOP). Badaniem objęto 116 pacjentów w trakcie hospitalizacji po zabiegach chirurgicznych.

Wyniki: Wyniki uzyskane narzędziem SKWPBP wskazują, że w przypadku trzech skal poziom opieki w zakresie postępowania z bólem pooperacyjnym został oceniony w większości pozytywnie: Zaufanie (91%), Komunikowanie (72%) oraz Działanie (68%). Natomiast skala oceniająca Środowisko wykazała, że w opinii 62% badanych obsada personelu na dyżurach jest niewystarczająca. Stan ten utrudniał szybką reakcję na prośbę chorego o uśmierzanie bólu. Ogólny poziom opieki zmierzony za pomocą omawianego narzędzia był odpowiedni w opinii 67% badanych pacjentów. Istnieje istotna statystycznie dodatnia korelacja pomiędzy postępowaniem z bólem pooperacyjnym a satysfakcją pacjentów z jakości opieki pielęgniarskiej ($r = 0,71358, p < 0,05$).

Wnioski:

1. Monitorowanie i postępowanie przeciwbólowe w okresie pooperacyjnym stanowi istotny czynnik jakości opieki pielęgniarskiej.
2. W opinii pacjentów niewystarczająca obsada pielęgniarek na oddziale chirurgicznym ma wpływ na poziom opieki w zakresie postępowania z bólem pooperacyjnym.

Słowa kluczowe: jakość opieki pielęgniarskiej, ból.

WPŁYW OWRZODZEŃ ŻYLNICH GOLENI NA JAKOŚĆ CHODU I RÓWNOWAGI

Anna Karpińska

Interdyscyplinarne Koło Naukowe Geriatrii, Katedra i Klinika Geriatrii, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp: Owrzodzenia żyłne goleni skutkują silnymi dolegliwościami bólowymi, ograniczeniem ruchomości stawu skokowego, co prowadzi do utrwalania nieprawidłowych wzorców chodu i zaburzeń równowagi.

Cel pracy: Określenie, czy owrzodzenia żyłne goleni przyczyniają się do zmniejszenia zakresów ruchów czynnych w stawie skokowym oraz czy wpływają negatywnie na jakość chodu i równowagę.

Materiał i metody: W badaniu wzięto udział 60 osób w wieku geriatrycznym. Grupę badaną stanowiły osoby z czynnym owrzodzeniem żylnym goleni, a grupę kontrolną – osoby bez owrzodzeń oraz kryteriów wykluczających: chorób neurologicznych, zaćmy, cukrzycy. Wszyscy badani zostali poddani testowi Tinetti i pomiarom zakresów czynnych ruchu w stawach skokowych za pomocą goniometru, po

wcześniejszym wypełnieniu ankiety wstępnej dotyczącej: obszaru, okresu występowania owrzodzeń żylnych oraz incydentów upadków.

Wyniki: W grupie badanej średnie zakresy ruchów w stawie skokowym były niższe niż w grupie kontrolnej. Średnio niższy wynik grupa badana uzyskała także w teście Tinetti. W grupie badanej występowało istotne zmniejszenie zakresu czynnego zgięcia grzbietowego, pronacji oraz supinacji w stawie skokowym. Wyższy poziom dolegliwości bólowych wśród osób z grupy badanej miał istotny statystycznie związek z obniżeniem zakresu zgięcia podszewowego w stawie skokowym. Owrzodzenie żyłne goleni wpływało na obniżenie jakości: ruchu tułowia, symetrii kroku, pozycji podczas chodu. W grupie badanej najniższe wyniki z testu równowagi uzyskano w aspektach: siadanie (73,3%), równowaga podczas siadania (65%), próba trącania przy zamkniętych oczach (63%). W grupie badanej najniższe wyniki wykazano w kategorii: pozycja podczas chodu (96,7%). Wykazano istotną statystycznie dodatnią korelację wyników zgięcia podszewowego stopy z wynikiem testu Tinetti.

Wnioski:

1. Owrzodzenia żyłne goleni wpływają na obniżenie wszystkich ruchów czynnych w stawie skokowym.
2. Owrzodzenia żyłne goleni obniżają poziom jakości chodu oraz równowagi.
3. Dolegliwości bólowe wynikające z owrzodzeń żylnych wiążą się z ograniczeniem ruchu czynnego zgięcia podszewowego w stawie skokowym, co skutkuje obniżeniem jakości chodu oraz równowagi.

Słowa kluczowe: przewlekła niewydolność żylna, staw skokowy, równowaga, chód.
