

STRESZCZENIA
Z II OGÓLNOPOLSKIEJ KONFERENCJI
NAUKOWO-SZKOLENIOWEJ

TRENDY W OPIECE PIELĘGNIARSKIEJ
NAD CHORYM W CHIRURGII I ANGIOLOGII
– OPIEKA INTERDYSCYPLINARNA

[1]

Wymiar postępów w pielęgniarstwie

Maria Kózka

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie

Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization* – WHO), uwzględniając ważną rolę pielęgniarstwa w poprawie stanu zdrowia populacji, wyznaczyła dla zawodu kryteria oceny postępów i strategiczne kierunki koniecznych zmian. Uznano bowiem, że do zwiększenia skuteczności działań podejmowanych przez pielęgniarki w zakresie promocji zdrowia, redukcji zachorowań i niepełnosprawności oraz zmniejszenia umieralności należy wyznaczyć kryteria pomocne w selekcji, identyfikacji i monitorowaniu ogólnych postępów oraz zmiany konieczne dla dalszego rozwoju zawodu. W ocenie postępów w pielęgniarstwie przyjęto kryteria ogólne i specyficzne. Kierunki zmian w pielęgniarstwie zostały natomiast określone w pięciu kluczowych obszarach. Zaliczono do nich: planowanie środków i zasobów ludzkich, zarządzanie kadrą opieki zdrowotnej, wykorzystanie dowodów naukowych w praktyce pielęgniarstwa, edukację oraz zarządzanie i regulacje prawne wykonywania zawodu.

Celem wystąpienia jest przedstawienie ogólnych i specyficznych kryteriów postępów w pielęgniarstwie, scharakteryzowanie strategicznych kierunków postępów uwzględniających wskaźniki i wyniki oraz identyfikacja obszarów koniecznych zmian w pielęgniarstwie polskim.

W pracy wykorzystano analizę piśmiennictwa przedmiotu, obowiązujących aktów prawnych związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki oraz dane statystyczne.

Analiza wykazała, że w pielęgniarstwie polskim dotychczas nie przyjęto żadnych kryteriów postępów, a strategiczne kierunki pielęgniarstwa wytyczone przez WHO wymagają zmian systemowych w ochronie zdrowia i dużej aktywności całego środowiska zawodowego.

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo, kryteria postępu.

[2]

Zakażenie stopy cukrzycowej – analiza mikrobiologiczna

Alicja Sękowska, Eugenia Gospodarek

Katedra i Zakład Mikrobiologii, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Wstęp: Jednym z najczęstszych powikłań cukrzycy jest stopa cukrzycowa. Zakażenie stopy cukrzycowej może mieć różną postać, a w związku z tym także różną etiologię. Najczęściej zakażenia powodują ziarenkowce

Gram-dodatnie z rodzaju *Staphylococcus* i *Streptococcus*. W ranach o charakterze przewlekłym często izolowane są pałeczki Gram-ujemne i bakterie beztlenowe. Stopa cukrzycowa jest istotnym problemem diagnostycznym, terapeutycznym i ekonomicznym.

Cel pracy: Ocena występowania drobnoustrojów jako czynników etiologicznych zakażeń w tej grupie chorych oraz ocena lekowrażliwości izolowanych szczepów.

Materiał i metody: Badaniem objęto 32 przypadki kliniczne chorych z rozpoznaniem stopy cukrzycowej. Pacjenci byli leczeni w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy od stycznia 2008 r. do czerwca 2010 r. Chorzy mieli od 34 do 93 lat. Materiał do badań stanowiły wymazy z ran. Posiewy wykonano w kierunku drobnoustrojów tlenowych.

Wyniki: Najwięcej chorych leczono w Klinice Chirurgii Ogólnej i Naczyń – 17 (53,1%) – oraz Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej – 6 (18,8%). W 4 (12,5%) przypadkach nie uzyskano wzrostu drobnoustrojów w posiewie. Z 28 próbek hodowano 56 izolatów: 32 (57,2%) pałeczek Gram-ujemnych i 24 (42,8%) bakterii Gram-dodatnich. Z 8 (28,6%) wymazów z ran szczepy izolowano w monokulturze. Spośród bakterii Gram-dodatnich najczęściej hodowano *Enterococcus faecalis* – 10 szczepów, a Gram-ujemnych *Proteus mirabilis* – 9 szczepów. Wśród wyosobnionych szczepów z rodzaju *Staphylococcus* – dwa były metycylinooporne. Wykryto 3 szczepy *Enterococcus* spp. o fenotypie HLAR. Wśród pałeczek Gram-ujemnych 7 szczepów wytwarzało β -laktamazy AmpC. Siedem szczepów określono jako wielolekooporne.

Wnioski: Zakażenie stopy cukrzycowej ma często charakter wieloczynnikowy, a izolowane bakterie różnią się wrażliwością na leki i zdolnością do wytwarzania mechanizmów oporności. Dlatego wydaje się słuszną ścisłą współpracą klinicysty z mikrobiologiem, a także monitorowanie drobnoustrojów i ich lekowrażliwości.

Słowa kluczowe: stopa cukrzycowa, zakażenie, drobnoustroje.

[3]

Rola kompresjoterapii w profilaktyce i leczeniu przewlekłej choroby żyłnej

Mariusz Kózka

5. Wojskowy Szpital Kliniczny w Krakowie

Właściwym celem leczenia zachowawczego przewlekłej choroby żyłnej (PChŻ) jest zmniejszenie ciśnienia w układzie żylnym kończyny, poprawa działania pompy mięśniowej oraz wpływ na poprawę parametrów mikrokrążenia. Powyższe efekty można uzyskać, stosując leczenie uciskowe, czyli kompresjoterapię. Jest ona najstarszą metodą leczenia PChŻ, znaną już w starożytności. Prawdopodobnie założony opatrunek kompresyjny powinien

dawać właściwy ucisk, zmniejszający się w kierunku od kostki do kolana i utrzymywać stałe ciśnienie do momentu jego zmiany. Warunkiem powodzenia terapii uciskowej jest odpowiednie dobranie stopnia ucisku w zależności od nasilenia objawów PChŻ. W prezentowanej pracy przedstawiono fizyczne podstawy kompresjoterapii, jej wpływ na poprawę hemodynamiki dużych naczyń żylnych oraz mikrokrążenia. Omówiono różne metody stosowania kompresjoterapii z wykorzystaniem bandaży elastycznych, gotowych wyrobów uciskowych i masażu pneumatycznego oraz wady i zalety zastosowania poszczególnych metod. Zwrócono uwagę na problem właściwego doboru wyrobów kompresyjnych w zależności od stopnia zaawansowania PChŻ. Dokonano przeglądu dostępnych środków opatrunkowych wykorzystywanych do kompresjoterapii oraz gotowych wyrobów uciskowych. Omówiono wskazania i przeciwwskazania do stosowania kompresjoterapii. Wskazano na poprawę jakości życia chorych z objawami PChŻ, stosujących konsekwentnie leczenie uciskowe. Dowiedziono przydatności kompresjoterapii w profilaktyce i leczeniu żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ) oraz w leczeniu uzupełniającym po operacjach na układzie żylnym kończyn dolnych. Podkreślono szczególną rolę kompresjoterapii w prawidłowym leczeniu żylnych owrzodzeń goleni, jak również w profilaktyce powikłań żylnych u kobiet w ciąży.

Słowa kluczowe: kompresjoterapia, profilaktyka, leczenie.

[4]

Rekomendacje specjalistycznej opieki nad chorym z owrzodzeniem żylnym opartej na faktach

Maria T. Szewczyk^{1,2}, Arkadiusz Jawień²

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu, Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy

Organizacja opieki nad chorym z owrzodzeniem żylnym goleni stanowi wyzwanie dla obecnego systemu opieki zdrowotnej. Dlatego tworzenie specjalistycznych poradni leczenia ran przewlekłych może wyraźnie wpłynąć – jak dowodzą badania przeprowadzone w naszym ośrodku – na poprawę wyników leczenia.

Przewlekły i postępujący charakter niewydolności żyłnej i towarzyszących owrzodzeń oddziałuje na wszystkie sfery życia chorego. Jak dowodzą badania, choroba jest przyczyną licznych ograniczeń funkcjonalnych i niesprawności. Chorzy wymagają zatem opieki zapewniającej wyleczenie rany przewlekłej, ale i również działań wpływających na poprawę stanu psychicznego i społecznego. Model specjalistycznej opieki nad chorym z owrzo-

dzeniem żylnym oparty na „złoty standardach” obejmuje diagnostykę i postępowanie leczniczo-pielęgnacyjne ukierunkowane na eliminację możliwie wszystkich zaburzeń.

Celem pracy jest przedstawienie najważniejszych elementów wielokierunkowej ambulatoryjnej opieki nad chorym z owrzodzeniem żylnym na podstawie wieloletniego doświadczenia, zaleceń eksperckich i badań własnych.

Słowa kluczowe: owrzodzenie żyłne, standardy, kompresjoterapia, TIME, opieka pielęgniarska.

[5]

Odleżyny pozaszpitalne – prezentacja modelu współpracy z instytucjami zewnętrznymi

Bożena Bładowska, Agnieszka Bugalska, Beata Wieczorek-Wójcik

Zespół ds. Profilaktyki i Leczenia Odleżyn i Pielęgnacji Stomii, Szpital Specjalistyczny w Wejherowie

Wstęp: Pacjenci z odleżynami powstałymi w warunkach pozaszpitalnych stanowią istotną grupę hospitalizowanych, zwłaszcza na oddziałach internistycznych i zachowawczych. Istotną przyczyną tej sytuacji jest niewydolność opiekuńcza rodzin oraz niedoskonałości w istniejącej podstawowej opiece zdrowotnej i pozostający poza kontrolą system prywatnych domów opieki społecznej.

Cel pracy: Przedstawienie półrocznego doświadczenia w zakresie współpracy szpitala z ośrodkami opieki otwartej w tym POZ, DPS z powiatu wejherowskiego, dotyczącej profilaktyki odleżyn przedszpitalnych i poszpitalnych oraz przedstawienie zmodyfikowanych zadań Zespołu ds. Profilaktyki i Leczenia Odleżyn i Pielęgnacji Stomii, wskaźników zapadalności i zachorowalności na odleżyny w szpitalu i w poszczególnych środowiskach.

Materiał i metody: Ocena ryzyka rozwoju odleżyn w ciągu 6 miesięcy u chorych leczonych w Szpitalu Specjalistycznym, POZ i DPS w Wejherowie.

Wyniki: Od sierpnia 2009 r. do stycznia 2010 r. przyjęto do szpitala 4021 pacjentów z dużym i bardzo dużym ryzykiem wystąpienia odleżyn, w tym zgłoszono 223 pacjentów z odleżyną przedszpitalną. W trakcie hospitalizacji odleżyny powstały u 60 pacjentów.

Wnioski: Odleżyny stanowią wciąż ogromny problem, który wymaga nowatorskich rozwiązań. Wiedzą na temat profilaktyki przeciwoleżynowej należy dzielić się zarówno z personelem medycznym opiekującym się chorymi w szpitalach i POZ, jak i ich rodzinami oraz opiekunami. Współpraca personelu z zakładów opieki otwartej i zamkniętej pozwoli zapobiec niepotrzebnej, długotrwałej hospitalizacji.

Słowa kluczowe: profilaktyka, odleżyna, pacjent, rodzina.

[6]

Nowotwory w przewlekłych owrzodzeniach goleni

Mariusz Kózka^{1,2}, Marcin Tusiński¹, Marek Trybus¹

¹II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie

²5. Wojskowy Szpital Kliniczny w Krakowie

Wstęp: Leczenie owrzodzeń goleni to jeden z najważniejszych problemów terapeutyczno-ekonomicznych w medycynie. Ponad 80% przypadków to owrzodzenia na tle niewydolności żyłnej. Pozostałe 20% to owrzodzenia na innym tle, w tym owrzodzenia o charakterze nowotworowym. Proces nowotworowy może rozwijać się na podłożu wieloletniej rany przewlekłej lub jako pierwotny może manifestować się w formie owrzodzenia. Z uwagi na lokalizację w okolicy podudzia lub stopy, zmiana nowotworowa może być identyfikowana przez długi okres jako rana przewlekła, co opóźnia rozpoznanie.

Cel pracy: Ocena występowania zmian nowotworowych w przewlekłych owrzodzeniach kończyn dolnych.

Materiał i metody: Przeanalizowano grupę 267 chorych leczonych w II Katedrze Chirurgii Ogólnej UJ CM w latach 2004–2008 z powodu owrzodzeń zlokalizowanych w okolicy podudzia i stopy. Wszyscy chorzy byli wcześniej leczeni z powodu rany przewlekłej powyżej 6 miesięcy.

Wyniki: W badanej grupie u 21 chorych na podstawie wywiadu, obrazu klinicznego i braku oczekiwanego postępu gojenia, a także po wykonaniu badania histopatologicznego rozpoznano nowotwór. Najczęściej identyfikowaną zmianą był rak podstawnokomórkowy, który stwierdzono u 10 chorych. U 6 chorych rozpoznano raka płaskonabłonkowego, u 3 był to chłoniak, a u dwóch chorych czerniak.

Łącznie w analizowanej grupie chorych nowotwór stwierdzono u 7,8% badanych.

Wnioski: Każda rana przewlekła kończyny dolnej rozpoznana wcześniej jako owrzodzenie w przebiegu niewydolności żyłnej, tętniczej lub cukrzycy powinna być weryfikowana histopatologicznie w przypadku braku oczekiwanego postępu gojenia.

Słowa kluczowe: owrzodzenia goleni, nowotwory.

[7]

Analiza wybranych czynników wpływających na efektywność postępowania terapeutycznego w owrzodzeniach pochodzenia żylnego

Anna Świt¹, Bożena Gorzkowicz²

¹Studenckie Towarzystwo Naukowe Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Ratownictwa Medycznego, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie, Oddział Chirurgii Ogólnej, SP ZOZ Szpital Powiatowy w Dębnie

²Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie

Wstęp: Owrzodzenia pochodzenia żylnego należą do najczęściej powikłań przewlekłej niewydolności żyłnej. Przede wszystkim schorzenie to dotyka ludzi starszych. W związku z faktem starzenia się populacji notuje się wzrost częstości zachorowań. Trudno gojące się rany stanowią także istotny problem socjoekonomiczny. Leczenie owrzodzeń pochodzenia żylnego jest procesem złożonym, wymagającym interdyscyplinarnego podejścia, a także zdyscyplinowania i zachęcenia pacjenta do współpracy z zespołem terapeutycznym.

Cel pracy: Analiza czynników mających wpływ na efektywność postępowania terapeutycznego w owrzodzeniach podudzi pochodzenia żylnego.

Materiał i metody: Badaniem została objęta 50-osobowa grupa respondentów, w tym 30 kobiet i 20 mężczyzn. Po przeprowadzeniu wywiadu i analizy dokumentacji, z grupy wykluczono pacjentów chorujących na cukrzycę z powodu niejednoznacznej etiologii schorzenia. Badania prowadzono w placówkach lecznictwa zamkniętego, ambulatoryjnego oraz w środowisku domowym pacjenta. W analizie uwzględniono czas, przez jaki utrzymuje się rana, stosowane metody leczenia, w tym zabiegi operacyjne na układzie żylnym oraz kompresjoterapię. Oceniono rolę pielęgniarki jako członka zespołu terapeutycznego w postępowaniu z raną, w stosowaniu kompresji oraz związanej z tym edukacji pacjenta.

Wyniki: Kluczowe znaczenie dla efektywności leczenia owrzodzeń miało stosowanie kompresjoterapii. Najwięcej informacji o kompresjoterapii ankietowani (50%) otrzymali od lekarza chirurga. Poziom wiedzy chorych w istotnym stopniu zależała od ich wieku. Starsi pacjenci gorzej ocenili swoją wiedzę w dziedzinie kompresjoterapii. Pielęgniarka była głównym źródłem wiedzy na temat stosowania opatrunków i pielęgnowania rany.

Wnioski: Najlepsze efekty leczenia przynoszą wielokierunkowe działania interdyscyplinarnego zespołu. Odnotowano nieadekwatne i małe zaangażowanie środowiska pielęgniarskiego w działania edukacyjne.

Słowa kluczowe: owrzodzenia żyłne, zespół terapeutyczny, efektywność leczenia.

[8]

Diagnostyka mikrobiologiczna – skuteczne narzędzie w leczeniu zakażeń ran przewlekłych

Marzenna Bartoszewicz

Katedra Mikrobiologii Akademii Medycznej we Wrocławiu

Ryzyko występowania zakażeń ran należy podzielić na trzy podstawowe grupy. Pierwsza z nich jest związana z rodzajem drobnoustroju infekującego ranę, druga – ze stanem ogólnym pacjenta, trzeci istotny czynnik ryzyka wystąpienia zakażenia ran stanowią nieprawidłowe leczenie, brak profilaktyki i niedostateczna opieka antyseptyczna rany.

Pierwszy etap powstawania infekcji to nieswoista adhezja bakterii do powierzchni uszkodzonych tkanek – proces odwracalny i zachodzący przy udziale sił fizycznych. W konsekwencji przylegania nieswoistego następuje adhezja swoista uwarunkowana posiadaniem przez bakterie adhezyn zewnątrzkomórkowych oraz zdolności wytwarzania przez nie śluzu, który spaja komórki między sobą i ułatwia pokrycie całej powierzchni rany cienką warstwą zorganizowaną w strukturę biofilmu. Obecność biofilmu stwarza optymalne warunki dla tworzenia się kolonii niezależnie od niekorzystnych czynników środowiskowych. Dojrzały biofilm ulega fragmentacji, w efekcie czego agregaty bakterii mogą rozprzestrzeniać się drogą krwi i wywoływać zakażenia ogólnoustrojowe.

Postęp medycyny diagnostycznej umożliwił rutynową diagnostykę zakażeń ran przewlekłych.

Badanie mikrobiologiczne składa się z 3 etapów, przy czym 2 z nich – wypełnienie skierowania, decyzja o doborze próbki i prawidłowe pobranie materiału oraz transport próbki – zależą od lekarza i opiekującej się pacjentem pielęgniarki. Celem prawidłowego pobrania materiału należy oczyścić ranę i usunąć ewentualne tkanki martwicze, a następnie pobrać materiał do jałowego pojemnika metodą życzekowania lub zeszkrobienia dna rany. W laboratorium wykonanie badania polega na izolacji i identyfikacji drobnoustroju, wykonania antybiogramu, oznaczenia mechanizmu oporności i interpretacji wyniku.

Zapobieganie zakażeniom ran przewlekłych związanym z powstawaniem biofilmu wiąże się ściśle z zastosowaniem odpowiedniej profilaktyki antyseptycznej.

Dobierając antyseptyk, należy kierować się jego spektrum (uwzględniając bakterie produkujące śluz). Preparat nie powinien drażnić skóry i błon śluzowych i wywoływać bólu na ewentualnych mechanicznych uszkodzeniach skóry, nie powinien też być toksyczny. Istotnym elementem jest szybki czas działania oraz chemiczne zabezpieczenie przed kontaminacją.

Antyseptyk nie powinien zawierać barwnika, co znacznie ułatwia późniejszą ocenę wizualną rany.

Skuteczność długotrwałego stosowania antyseptyków powinno być monitorowane mikrobiologicznie. Bakterie nabywają mechanizmów oporności na wszystkie stosowane środki przeciwdrobnoustrojowe, czyli na antybiotyki i antyseptyki. Z badań skuteczności 4 wybranych antyseptyków – mleczanu etakrydyny, PVP-jodu, chlorheksydyny i dichlorowodoru oktenidyny – przeprowadzonych w Katedrze Mikrobiologii w warunkach laboratoryjnych i w warunkach imitujących środowisko rany wynika, że najskuteczniejszym antyseptykiem jest dichlorowodorek oktenidyny.

Zagrożeniem dla skuteczności terapii jest empiryczne podawanie antybiotyków o szerokim spektrum działania bez uprzedniego wykonania antybiogramu, zbyt krótka lub przedłużająca się terapia pomimo osiągnięcia efektów leczenia, stosowanie antybiotyków miejscowo, co prowadzi do mutacji i selekcji szczepów opornych oraz wymiany genów tolerancji między gatunkami.

Słowa kluczowe: zakażenie, rana przewlekła, diagnostyka, biofilm, dichlorowodorek oktenidyny.

[9]

Stopa cukrzycowa – postępowanie zespołu terapeutycznego

Danuta Cieśla¹, Agnieszka Cyrych²

¹Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²studentka Wydziału Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Do najtrudniejszych i generujących wysokie koszty społeczno-ekonomiczne problemów diagnostyczno-terapeutycznych współczesnej diabetologii należy zespół stopy cukrzycowej.

Opieka nad chorym z owrzodzeniami stopy cukrzycowej ma kilka aspektów. Jednym z najważniejszych działań jest opracowanie i oczyszczenie rany, zmniejszenie siły nacisku, tak aby był on jak najmniejszy. Pacjenci powinni być wyedukowani w zakresie: utrzymania dobrej kontroli glikemii, noszenia odpowiedniego obuwia, unikania urazów i częstego wykonywania badania określającego poziom glikemii. Dlatego tak ważna jest współpraca pacjenta z zespołem terapeutycznym.

Słowa kluczowe: stopa cukrzycowa, edukacja pacjenta, opieka, zespół terapeutyczny.

[10]

Koncepcja TIME leczenia ran przewlekłych – doświadczenia własne

Małgorzata Pytel, Zbigniew Gruszka

Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital św. Józefa w Mikołowie

Wstęp: Ocenia się, że ponad 80% ran przewlekłych jest skolonizowanych drobnoustrojami patogennymi. W leczeniu ran przewlekłych zainfekowanych i zanieczyszczonych Europejskie Towarzystwo Leczenia Ran zaleca, obok antybiotykoterapii celowanej stosowanej ogólnie, miejscowe opatrunki, np. srebrne, jodowe, a w szczególności antyseptyki. Lavaseptyka to pojęcie szeroko znane w Europie odnoszące się do leczenia ran przewlekłych – owrzodzeń troficznych, odleżyn, stopy cukrzycowej itp. Metoda ta znajduje zastosowanie np. w płukaniu ran, eradykacji drobnoustrojów z uszkodzonych tkanek, jak i w ich leczeniu. Wskaźnik biokompatybilności (*biocompatibility index* – BI) stosowany w praktyce klinicznej dotyczący ocen antyseptyków informuje o cytotoksyczności, jak i efekcie bakterioobójczym w stosunku do tkanek. Wartość (BI > 1), jaką uzyskała oktenidyna, jest najbardziej korzystną wartością w stosunku do oddziaływania na tkanki.

Cel pracy: Opis przypadków i analiza procesu gojenia ran przewlekłych u chorych, u których zastosowano lavaseptyk na bazie oktenidyny.

Materiał i metody: Udokumentowane fotograficznie własne doświadczenia w stosowaniu środków antyseptyku na bazie oktenidyny wg koncepcji TIME leczenia ran przewlekłych.

Wyniki: Analiza przypadków potwierdziła, że stosowanie lavaseptyków na bazie oktenidyny skraca czas gojenia ran, zapobiega zakażeniu, zmniejsza dolegliwości bólowe przy zmianie opatrunków dzięki swoim właściwościom zmniejsza napięcie powierzchniowe i umożliwia skuteczną eliminację biofilmu.

Wniosek: Antyseptyki na bazie oktenidyny jako środki bezpieczne w użyciu mogą być stosowane w warunkach ambulatoryjnych u pacjentów z ranami przewlekłymi.

Słowa kluczowe: rany przewlekłe, oktenidyna.

[11]

Zmiany aktywności bioelektrycznej (sEMG) mięśni kończyn dolnych podczas treningu marszowego pacjentów z chromaniem przestankowym

Piotr Mika¹, Anna Mika¹, Łukasz Oleksy^{2,3},
Anna Spannbauer⁴

¹Katedra Rehabilitacji Klinicznej, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

²Zen Machines Polska

³Instytut McKenziego Polska

⁴Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum* w Krakowie

Wstęp: U chorych z chromaniem przestankowym obserwuje się zaburzenia wzorca chodu wynikające prawdopodobnie z osłabienia mięśni prostowników biodra i zginaczy podeszwy stopy. Uważa się, że trening marszowy na bieżni może powodować wzrost aktywności mięśni kończyn dolnych, jednakże obecnie brak jest badań potwierdzających te przypuszczenia.

Cel pracy: Ocena zmian w aktywności bioelektrycznej mięśni podczas 12-tygodniowego treningu marszowego u pacjentów z chromaniem przestankowym.

Materiał i metody: Piętnastu pacjentów z chromaniem przestankowym uczestniczyło w 12-tygodniowym treningu marszowym na bieżni. Przed i po zakończeniu treningu oceniano za pomocą powierzchniowej elektromiografii (sEMG) aktywność bioelektryczną mięśni: brzuchatego łydki (głowy bocznej i przyśrodkowej), piszczelowego przedniego, dwugłowego uda, prostego uda, obszernego przyśrodkowego, naprężacza powięzi szerokiej i pośladowego średniego. Badanie wykonywane było podczas testu na bieżni prowadzonego do maksymalnego nasilenia dolegliwości bólowych. Wartość aktywności bioelektrycznej badanych mięśni znormalizowano do wartości referencyjnej, jaką była maksymalna aktywność generowana przez mięsień podczas skurczu izometrycznego (MVC) i wyrażona jako %MVC dla początkowego i końcowego cyklu chodu.

Wyniki: Zmiana w aktywności bioelektrycznej w obrębie głowy bocznej mięśnia brzuchatego łydki pomiędzy końcowym i początkowym cyklem chodu była większa podczas pomiaru przed treningiem w stosunku do pomiaru po treningu. Zaobserwowano statystycznie istotną różnicę ($p < 0,05$) w zakresie zmiany w aktywności tych mięśni podczas wysiłku po 12 tyg. treningu w stosunku do pomiaru przed treningiem.

Wnioski: Obserwowana po 12 tyg. treningu poprawa we wzorcu chodu może być związana ze zmianą w zakresie aktywności bioelektrycznej mięśni łydki.

Słowa kluczowe: trening marszowy, chromanie przestankowe, bioelektryczność.

[12]

Wpływ bólu na uciążliwość objawów i konsekwencji psychospołecznych u chorych z owrzodzeniem kończyn dolnych

Justyna Cwajda-Białasik¹, Maria T. Szewczyk^{1,2},
Katarzyna Cierzniańska^{1,2}, Arkadiusz Jawień²

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy

Cel pracy: Ocena uciążliwości objawów i konsekwencji psychospołecznych bólu w przebiegu owrzodzeń kończyn dolnych oraz ocena rzetelności i badanie trafności diagnostycznej zastosowanego narzędzia.

Materiał i metody: Badania prowadzono w latach 2008–2009 w Poradni Leczenia Owrzodzeń Żyłnych Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy. Do badania włączono 300 chorych w wieku 40–89 lat (średnio 66,6 roku) z owrzodzeniem kończyny dolnej: 101 chorych z owrzodzeniem o etiologii żyłnej, 98 chorych z owrzodzeniem o etiologii tętniczej i 99 chorych z owrzodzeniem o etiologii mieszanej tętniczo-żyłnej. Badania prowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem standaryzowanego narzędzia oceny natężenia bólu – skali numerycznej 0–10 i arkusza własnej konstrukcji oceniającego objawy fizyczne i psychospołeczne konsekwencje choroby. Ocenę rzetelności narzędzia przeprowadzono, wyznaczając wartość współczynnika α Cronbacha i metodą połówkową.

Wyniki: Natężenie bólu zazwyczaj wahało się w granicach 1–9, średnio 3,5. Chorzy z owrzodzeniem tętniczym i mieszanym zgłaszali nieznacznie wyższe wartości natężenia bólu niż chorzy z owrzodzeniem żylnym ($p > 0,05$). Badani należeli do grupy o wysokim ogólnym wskaźniku uciążliwości objawów i konsekwencji choroby (63,1 pkt), wysokim wskaźniku uciążliwości objawów fizycznych i wysokim wskaźniku uciążliwości w zakresie funkcjonowania psychospołecznego.

Wnioski: Zastosowane narzędzie oceny uciążliwości objawów i konsekwencji psychospołecznych choroby charakteryzowało się dobrymi właściwościami psychometrycznymi i może być stosowane w grupie chorych z owrzodzeniem kończyny dolnej. Stopień uciążliwości objawów był niezależny od etiologii owrzodzenia, zależał natomiast od natężenia bólu. Wraz ze zwiększeniem natężenia bólu, chorzy odczuwali obecność owrzodzenia jako bardziej uciążliwego.

Słowa kluczowe: owrzodzenie kończyn, uciążliwość objawów, ból.

[13]

Specyfika postępowania rehabilitacyjnego u pacjentów po operacji klasycznej tętniaka aorty brzusznej

Anna Spannauer^{1,2}, Piotr Mika³, Jolanta Jaworek⁴,
Maciej Chwała^{1,2}

¹Zakład Chorób Naczyń, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie

²Wojewódzki Oddział Chirurgii Naczyń i Angiologii, Szpital Zakonu Bonifratrów w Krakowie

³Katedra Rehabilitacji Klinicznej, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

⁴Zakład Fizjologii Medycznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie

Wstęp: Tętniak aorty brzusznej to odcinkowe uwy puklenie aorty w obrębie jamy brzusznej, które powstało na skutek zmniejszonej odporności ściany naczynia tętniczego. Chirurgiczne leczenie podejmuje się u chorych ze stwierdzonym tętniakiem 55 lub więcej milimetrów. Radykalne leczenie tętniaków aorty brzusznej metodą klasyczną wykonuje się poprzez wycięcie tętniaka i wszycie protezy naczyniowej. Integralną częścią leczenia chorych po klasycznej operacji tętniaka aorty brzusznej jest fizjoterapia. Rehabilitacja przedoperacyjna ma na celu nauczenie pacjenta ćwiczeń, które będzie wykonywał po zabiegu. Rehabilitacja pooperacyjna to przede wszystkim ćwiczenia, które zapobiegają ewentualnym powikłaniom pozabiegowym, jak zapalenie płuc czy żylna choroba zakrzepowo-zatorowa. W szczególnych sytuacjach fizjoterapia powinna być prowadzona również z pomocą i opieką przeszkolonego personelu pielęgniarskiego.

Słowa kluczowe: tętniak aorty brzusznej, operacja klasyczna, rehabilitacja.

[14]

Jakość życia pacjentów po amputacjach kończyn dolnych z powodu miażdżycy tętnic

Izabela Napieracz-Trzosek¹, Bożena Gorzkowicz²

¹Studenckie Towarzystwo Naukowe Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Ratownictwa Medycznego, Pomorska Akademia Medyczna, NZOZ „Zdrowie” w Dębnie

²Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie

Wstęp: W ostatnich latach „jakość życia” w naukach medycznych cieszy się coraz większym zainteresowaniem. Dzięki temu znaczenia nabiera nie tylko samo leczenie, ale przeprowadzenie go w sposób pozwalający pacjentom utrzymać zadowalającą ich jakość życia. Takie podejście jest ściśle związane ze zmieniającym się spojrzeniem medycyny na pacjenta, które przyjmuje holi-

styczny i empiryczny wymiar. W znacznym stopniu jakość życia jest uzależniona od wcześniejszych doświadczeń i przeżyć jednostki, pełnionych ról społecznych, a także podejścia do własnej choroby i zaakceptowania jej skutków. Pacjenci po amputacji kończyn z powodu miażdżycy tętnic stanowią grupę osób, której życie ulega diametralnej zmianie, a co za tym idzie – również jego jakość.

Cel pracy: Ocena jakości życia pacjentów po odjęciu kończyny dolnej w przebiegu miażdżycy.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono na grupie 80 osób po amputacji kończyn z powodu miażdżycy tętnic. W grupie tej znalazło się 40 ankietowanych z Polski i 40 z Niemiec. Do badań użyto kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji oraz standaryzowanego kwestionariusza SF 36. Ocenę poziomu jakości życia przeprowadzono po kilkakrotnym pogrupowaniu pacjentów pod względem: narodowości, posiadania i używania protezy, pozostawiania czynnym zawodowo, występowania dolegliwości ze strony kikutu oraz pojawiających się trudności w funkcjonowaniu.

Wyniki: Pacjenci pochodzący z Niemiec znacznie lepiej oceniali jakość swojego życia, niż polscy respondenci, w zakresie: sprawności fizycznej ($p < 0,05$), bólu ($p < 0,05$) witalności ($p < 0,05$), funkcjonowania społecznego ($p < 0,05$) oraz stanu psychicznego ($p < 0,05$). Niepełnosprawni z protezą, aktywni zawodowo oraz bez dolegliwości kikutu cechowali się znacznie wyższą jakością życia we wszystkich badanych podskalach. Pacjenci skarżący się na trudności w poruszaniu się, jakie dostrzegali w swoim otoczeniu, znacznie gorzej oceniali jakość życia we wszystkich sferach za wyjątkiem funkcjonowania emocjonalnego. W ramach tej podskali wszyscy ankietowani cechowali się podobną jakością życia, bez względu na trudności w środowisku.

Wnioski:

1. Jakość życia pacjentów po zabiegach amputacji kończyn dolnych z powodu miażdżycy tętnic w dużym stopniu jest uzależniona od opieki współpracującego ze sobą zespołu interdyscyplinarnego oraz wielopłaszczyznowej i wielowymiarowej rehabilitacji z uwzględnieniem protezowania pacjentów.
2. Przywrócenie pacjenta w jak największym stopniu do ról społecznych pełnionych przed zabiegiem amputacji kończyny bardzo podnosi jego poziom jakości życia.
3. Sukces terapeutyczny, a poprzez to również poziom jakości życia w dużej mierze zależy od systemu opieki zdrowotnej kraju, w jakim mieszkają pacjenci, a tym samym dostępu do wysokiej jakości świadczeń medycznych, a także od różnic osobowościowych oraz mentalnych badanych osób.

Słowa kluczowe: jakość życia, amputacja, miażdżycowe zwężenie tętnic.

[15]

Wydolność funkcjonalna pacjentów po zabiegu embolizacji malformacji naczyń krwionośnych mózgowia

Robert Ślusarz¹, Anna Rachwalska², Zbigniew Serafin², Piotr Strzeńniewski², Wojciech Beuth³

¹Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Katedra i Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

³Katedra i Klinika Neurochirurgii i Neurotraumatologii, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Cel pracy: Ocena wydolności funkcjonalnej pacjentów przed i po zabiegu embolizacji malformacji naczyń krwionośnych mózgowia.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono na grupie 38 pacjentów w wieku 20–70 lat (średnia wieku 46,5 ± 11,6 roku) z której 14 (36,8%) to mężczyźni, a 24 (63,2%) kobiety. Spośród badanych chorych u 28 zdiagnozowano tętniaki wewnątrzczaszkowe (73,7%). U pozostałych chorych rozpoznano malformacje tętniczo-żylnie (26,3%). Do oceny funkcjonalnej pacjenta wykorzystano obserwację bezpośrednią, analizę dokumentacji oraz użycie skali wydolności funkcjonalnej Functional Capacity Scale (FCS).

Wyniki: W dniu przyjęcia do szpitala największą trudność sprawiało chorym wykonywanie czynności higienicznych, zaspokajanie potrzeb fizjologicznych oraz spożywanie posiłków. Duży problem stanowił ból głowy, a także stan psychiczny wyrażający się obniżonym nastrojem. Po zabiegu samodzielnością w zakresie samoobsługi wykazała się zdecydowana większość chorych. Ból głowy ustąpił tylko u 21% chorych, stan psychiczny uległ poprawie tylko u 30% pacjentów, co wskazuje na istotne zapotrzebowanie na opiekę w tej sferze.

Wnioski: Przed zabiegiem pacjenci wymagają znacznej opieki ze strony zespołu pielęgniarskiego, głównie w zakresie wykonywania czynności higienicznych, zaspokajania potrzeb fizjologicznych oraz spożywania posiłków. W dniu wypisu zdecydowana większość chorych (82%) wykazywała niezależność w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego.

Słowa kluczowe: malformacja naczyniowa, embolizacja, FCS.

[16]

Wczesne wykrywanie raka jelita grubego – aktualne możliwości

Zbigniew Banaszekiewicz, Krzysztof Tojek, Jacek Frasz,
Arkadiusz Jawień

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Collegium Medicum
im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Nowotwory złośliwe znajdują się na drugim miejscu po chorobach układu sercowo-kръżeniowego pod względem struktury zachorowań i zgonów. W krajach Unii Europejskiej najczęściej spotykanym nowotworem złośliwym jest rak jelita grubego. Niestety, wskaźniki przeżyć 5-letnich w Europie Wschodniej są wyraźnie gorsze w porównaniu z USA, Japonią i Europą Zachodnią. Teoretycznie najlepszą drogą do poprawy wyników leczenia jest wczesne wykrycie choroby za pomocą badań przesiewowych. Jednak mimo licznych prób klinicznych stwierdzono, że nadal nie dysponujemy metodą, która spełniłaby oczekiwania. Obecnie polecane metody badań przesiewowych są zbyt kosztowne i często nieakceptowane społecznie. Aktualnie badania prowadzone są w dwóch kierunkach: poszukiwania skutecznego testu do badań przesiewowych w populacji bezobjawowej i testu stosowanego w populacji objawowej kwalifikującego do badania kolonoskopowego. Podejmowane są próby zastosowania w badaniu dimerowego izoenzymu kinazy pirogronianowej w kale, badań genetycznych, kolonoskopii wirtualnej oraz zastosowania systemu „fast track” w oparciu o wywiad kliniczny.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, wykrywalność.

[17]

Stopień akceptacji choroby w ocenie osób po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej

Katarzyna Cierzniałowska, Maria T. Szewczyk,
Zbigniew Banaszekiewicz, Arkadiusz Jawień

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Katedra i Klinika Chirurgii
Ogólnej, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy,
UMK w Toruniu

Wstęp: Wyłonienie stomii jelitowej dla wielu chorych stanowi przełomowe wydarzenie w ich życiu. Wiąże się z nauką wielu nowych czynności (zmiana woreczka stomijnego, pielęgnowanie skóry wokół stomii), jak również dostosowaniem własnego życia do nowej sytuacji (powrót do swego środowiska rodzinnego, zawodowego po operacji, pokonanie lęku związanego z noszeniem woreczka, akceptacja ograniczeń narzuconych przez posiadanie stomii).

Cel pracy: Ocena akceptacji i przystosowania się do życia chorych po wyłonieniu stomii jelitowej.

Materiał i metody: Badania zostały przeprowadzone w Klinice Chirurgii Ogólnej i Poradni Stomijnej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy. W badaniu wzięło udział 43 chorych ze stomią. Narzędzia badawcze stanowiły: arkusz ankiety własnej zawierający dane charakteryzujące grupę badawczą oraz standaryzowany arkusz *Skali akceptacji choroby* (AIS). Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Collegium Medicum w Bydgoszczy.

Wyniki: W badaniu uczestniczyły 22 (51%) kobiety i 21 (49%) mężczyzn. Wiek badanych mieścił się w granicach 26–85 lat (średnia 61,40 ±15,35 roku; mediana 65 lat), odpowiednio dla kobiet: 26–80 lat (średnia 60,59 roku) i dla mężczyzn: 26–85 lat (średnia 62,24 roku). Kolostomię miało 32 chorych (74%), ileostomię – 11 chorych (26%). Suma zgromadzonych punktów w skali AIS wynosiła 12–40. Mężczyźni łatwiej przystosowują się do życia ze stomią (28,28 ±6,46) niż kobiety (23,73 ±7,55). Zależność ta jest istotna statystycznie ($p = 0,04$).

Wnioski:

1. Na stopień przystosowania się do życia ze stomią nie wpływa rodzaj stomii.
2. Mężczyźni łatwiej adaptują się do życia ze stomią niż kobiety.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, stomia, AIS.

[18]

Leczenie chirurgiczne otyłości metodą SAGB – NOTES

Agnieszka Bugalska, Beata Wieczorek-Wójcik,
Magdalena Dykas

Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Szpital Specjalistyczny
w Wejherowie

Wstęp: Leczenie otyłości metodami chirurgicznymi, czyli chirurgia bariatryczna, zwana także metaboliczną, jest najbardziej skuteczną metodą leczenia skrajnej otyłości. Zapewnia ona znacznie większy i dłużej utrzymujący się spadek masy ciała niż leczenie zachowawcze obejmujące zmianę stylu życia oraz farmakoterapię. Po leczeniu chirurgicznym wraz ze spadkiem masy ciała dochodzi do poprawy jakości życia i ustąpienia lub znacznego złagodzenia przebiegu chorób towarzyszących otyłości. Nowością w chirurgii małoinwazyjnej na świecie są zabiegi założenia opaski na żołądek SAGB (*Swedish Adjustable Gastric Banding*) wykonywane przez naturalne otwory ciała metodą NOTES (*Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery*).

Cel pracy: Przedstawienie problemów pielęgnacyjnych pacjentek przed i po zabiegu założenia opaski na żołądek metodą NOTES.

Materiał i metody: Analiza dokumentacji medycznej i procesów pielęgnowania u pacjentek po zabiegu

założenia opaski na żołądek metodą NOTES przez tylną ścianę pochwy i pępek.

Wyniki: Założenie opaski na żołądek (SAGB) metodą NOTES przez sklepienie pochwy wykonano u 2 pacjentek. Stan przed zabiegiem: BMI \geq 35, ASA I/II. Konsultacja ginekologa przed i po zabiegu. Średni czas zabiegów 40 minut. Założenie tamponu do dróg rodnych, obserwacja stanu ogólnego, aktywizacja w 0 i 1. dobie. Ograniczenie do minimum wlewów dożylnych. Przeciwbólowo pooperacyjnie podano analgetyki nieopiodowe. Utrzymanie diety płynnej 6 tygodni. Pacjentki w I/II dobie wypisane do domu.

Wnioski: Wprowadzenie nowych metod chirurgii małoinwazyjnej wymaga współczesnego spojrzenia na pielęgnację pooperacyjną, jak i współpracę zespołu interdyscyplinarnego uczestniczącego w procesie leczenia. Zabiegi małoinwazyjne wydają się być idealnym rozwiązaniem przynoszącym niekwestionowane korzyści dla pacjenta i zakładów opieki zdrowotnej poprzez brak widocznych blizn, zmniejszenie pooperacyjnych powikłań i szybki powrót do życia w społeczeństwie.

Słowa kluczowe: NOTES, otyłość, opieka pielęgniarska.

[19]

Wiedza pielęgniarek na temat wybranych schorzeń neurologicznych i neurochirurgicznych

Agnieszka Królikowska¹, Agnieszka Bilewska²,
Robert Ślusarz¹, Renata Jabłońska¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Studenckie Koło Naukowe

Wstęp: Pielęgnowanie chorych ze schorzeniami układu nerwowego, w tym również po zabiegach neurochirurgicznych, wymaga od pielęgniarek szerokiej wiedzy klinicznej i umiejętności praktycznych.

Cel pracy: Poznanie wiedzy pielęgniarek na temat wybranych schorzeń neurologicznych i neurochirurgicznych.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w grupie 21 pielęgniarek neurochirurgicznych i 21 pielęgniarek intensywnej opieki medycznej X Szpitala Wojskowego w Bydgoszczy, od maja do czerwca 2010 r. Metodą badania był sondaż diagnostyczny, a wykorzystanym narzędziem badawczym ankietę stworzona na potrzeby pracy. Uzyskany materiał opracowano statystycznie.

Wyniki: Pielęgniarki neurochirurgiczne uzyskały średnią 4,57 pkt z zakresu wiedzy dotyczącej schorzeń neurologicznych, personel intensywnej opieki medycznej 3,5 pkt; z wiedzy z zakresu neuroanatomii i neurofizjologii uzyskano średnio: 2,9 pkt i 3 pkt; z wiedzy dotyczącej

diagnostyki układu nerwowego średnio wynosiły: 4,9 pkt i 3,04 pkt; z wiedzy dotyczącej pielęgnowania chorych neurologicznych i neurochirurgicznych uzyskano średnio: 4,04 pkt i 4,8 pkt; z wiedzy dotyczącej usprawniania chorych neurologicznych i neurochirurgicznych średnio kształtowały się na poziomach: 3,95 pkt oraz 3,28 pkt.

Wnioski:

1. Pielęgniarki neurochirurgiczne mają wysoki poziom wiedzy na temat chorób neurologicznych, diagnostyki układu nerwowego oraz usprawniania ruchowego pacjentów neurologicznych.
2. W obu grupach pielęgniarek aż połowa personelu musi uzupełnić wiedzę z zakresu neuroanatomii i neurofizjologii.
3. Obie grupy badanych prezentują wysoki poziom wiedzy z zakresu pielęgnacji pacjentów neurologicznych i neurochirurgicznych.
4. Nie ma istotnej zależności pomiędzy zakresem wiadomości prezentowanym przez personel pielęgniarski a doświadczeniem zawodowym i wykształceniem.

Słowa kluczowe: pielęgniarki, wiedza, neurochirurgia.

[20]

Rany przewlekłe – postępowanie pielęgnacyjno-lecznicze według strategii TIME

Maria T. Szewczyk^{1,2}, Paulina Mościcka²,
Justyna Cwajda-Białasiak¹, Katarzyna Cierznikowska^{1,2},
Elżbieta Hancke², Aleksandra Popow¹, Arkadiusz Jawień²

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy

Odpowiednio dobrane miejscowe leczenie ran jest jednym z ważniejszych elementów wpływających na oczekiwany rezultat działań pielęgniarstwa. Nie tylko znajomość opatrunków i ich właściwości, ale przede wszystkim umiejętność ich zastosowania zgodnie z kryteriami jest podstawą skutecznej opieki nad chorym z raną przewlekłą.

W pracy przedstawiono opis trzech przypadków chorych z ranami przewlekłymi kończyn dolnych o różnej etiologii, w różnych fazach gojenia. Zaprezentowano metody postępowania miejscowego, w tym m.in. oczyszczanie ultradźwiękami, oczyszczanie antyseptyczne i autolityczne, postępowanie z raną zgodnie ze strategią TIME.

Słowa kluczowe: rana przewlekła, dichlorowodorek oktenidyny, metody oczyszczania, sonoterapia, opatrunki.

[21]

Proces leczenia i pielęgnowania dziecka chorego na neurofibromatozę typu 1 wymagającego leczenia żywieniowego. Opis przypadku

Mirostawa Kram¹, Ewa Barczykowska¹, Andrzej Kurylak^{1,2}, Izabela Patgan²

¹Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy

Wstęp: Leczenie żywieniowe polega na zapewnieniu pacjentowi odpowiedniej podaży składników odżywczych, soli mineralnych i witamin wówczas, gdy nie ma możliwości lub istnieją ograniczenia w podawaniu pokarmów drogą doustną. W pediatrii jest uznaną metodą terapii ciężko chorych dzieci od lat 80. ubiegłego wieku.

Cel pracy: Analiza procesu leczenia i pielęgnowania dziecka chorego na neurofibromatozę typu 1 (NF-1) wymagającego leczenia żywieniowego.

Materiał i metody: W pracy opisano przebieg leczenia oraz pielęgnowania dziecka z ciężką postacią NF-1 na podstawie analizy dokumentacji lekarskiej i pielęgniarskiej. Całość badania pogłębiono o wywiad/rozmowę z matką dziecka i obserwację kliniczną.

Na badanie uzyskano zgodę Komisji Bioetyki nr 369/2010.

Wyniki: Pacjent oprócz zmian skórnych typu *café au lait* (kawa z mlekiem), licznych guzków (nerwiakowłókniaki) ma guza mózgu – glejaka nerwu wzrokowego. Progresa zmian w ośrodkowym układzie nerwowym spowodowała niedowład czterokończynowy, regresję w rozwoju psychomotorycznym i kacheksję. U dziecka podjęto leczenie żywieniowe, chemioterapię onkologiczną, dziecko pielęgnowano zgodnie z procesem pielęgnowania. Pacjenta zakwalifikowano do opieki paliatywnej.

Wnioski:

1. Dziecko z NF-1 wymaga interdyscyplinarnej opieki medycznej szpitalnej i ambulatoryjnej.
2. Rodzice potrzebują stałego wsparcia informacyjnego, emocjonalnego i duchowego.

Słowa kluczowe: neurofibromatoza typu 1, dzieci, leczenie żywieniowe.

[22]

Opieka neurochirurgiczna w ocenie pacjentów

Danuta Cieśla, Elżbieta Wesółowska, Marek Pastuszko

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Pacjent jako aktywny odbiorca usług opieki zdrowotnej oczekuje opieki na wysokim poziomie. Jak

wygląda świadczenie opieki z punktu widzenia pacjenta? Nadal notowana jest bardzo ograniczona liczba badań koncentrujących się na jakości opieki świadczonej przez zespół terapeutyczny na oddziale neurochirurgii.

Cel pracy: Określenie postrzegania przez pacjentów jakości opieki świadczonej na oddziale neurochirurgicznym.

Materiał i metody: Badanie kwestionariuszem ankiety zostało przeprowadzone w 2008 r. wśród 150 pacjentów oddziałów neurochirurgicznych w szpitalach na terenie województwa mazowieckiego.

Wyniki: Postrzeganie jakości opieki świadczonej przez pacjentów zostało zbadane w zakresie: realizowania opieki pielęgniarskiej dla pacjenta. Około 30% pacjentów było niezadowolonych z otrzymanych informacji na temat opieki przez pielęgniarki. Pacjenci są zadowoleni z informacji udzielonych przez lekarzy. Informacje na temat stanu zdrowia 80% ankietowanych ocenia jako bardzo dobre, a 92% ankietowanych jest zadowolonych z opieki otrzymanej na oddziale.

Wnioski: Według pacjentów informacje udzielane przez personel pielęgniarski są niewystarczające. Ogólna ocena zadowolenia pacjenta z otrzymanej opieki przez zespół terapeutyczny jest wysoka.

Słowa kluczowe: jakość opieki pielęgniarskiej, neurochirurgia, pacjent.

[23]

Kwestionariusz Oswestry jako narzędzie oceny sprawności chorych po chirurgicznym leczeniu przepukliny krążka międzykręgowego

Renata Jabłońska¹, Robert Ślusarz¹, Wojciech Beuth²

¹Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Katedra i Klinika Neurochirurgii i Neurotraumatologii, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Wstęp: Kwestionariusz niepełnosprawności Oswestry jest najczęściej stosowaną skalą do oceny sprawności pacjentów z przepukliną krążka międzykręgowego kręgosłupa. To narzędzie, które uwzględnia problemy życia codziennego, istotne w okresie okołoperacyjnym dla samodzielnego funkcjonowania pacjentów.

Cel pracy: Dokonanie oceny sprawności badanych po przeprowadzonym leczeniu operacyjnym dyskopatii lędźwiowej lub szyjnej.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono na Oddziale Neurochirurgii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy na grupie 188 chorych, operowanych z powodu dyskopatii lędźwiowej lub szyjnej kręgosłupa. Zastosowano plan badań prospektywnych, z trzykrotną oceną w czasie, wykorzystując *Kwestionariusz nie-*

pełnosprawności Oswestry. Zgromadzony materiał opracowano statystycznie, weryfikując hipotezy na poziomie istotności $p < 0,05$.

Wyniki: W poszczególnych ocenach wzrastała liczba osób, które mają minimalne upośledzenie – wzrost o 6,4%, a następnie o 41,3% ($p < 0,05$). Największą poprawę zaobserwowano w zakresie bólu (spadek o 1,79 pkt), podnoszenia przedmiotów (spadek o 1,14 pkt) oraz podróży (spadek o 1,09 pkt). W przypadku dyskopatii lędźwiowej 73 badanych (38,8%) przed zabiegiem zakwalifikowało się do II grupy. Po zabiegu, w ocenie 1., w grupie tej znalazło się 80 chorych (42,6%), a w ocenie 3. większość znalazła się w grupie I (40%) oraz w grupie II (23,6%) ($r = 0,5147$, $p < 0,05$). Istotna poprawa nastąpiła także u badanych z dyskopatią C ($r = 0,3767$, $p < 0,05$).

Wnioski:

1. Przed zabiegiem operacyjnym większość badanych prezentuje umiarkowane upośledzenie wydolności funkcjonalnej.
2. Po leczeniu neurochirurgicznym, w dniu wypisu ze szpitala, stan funkcjonalny ulega minimalnej poprawie. Znacząca statystycznie poprawa nastąpiła w okresie późnym po przeprowadzonym leczeniu.
3. Zaobserwowana poprawa sprawności badanych dotyczy zarówno osób z przepukliną krążka międzykręgowego odcinka szyjnego, jak i lędźwiowego kręgosłupa.

Słowa kluczowe: dyskopia, sprawność, kwestionariusz Oswestry.

[24]

Poczucie koherencji a strategie radzenia sobie z bólem w grupie pacjentów z rakiem jelita grubego

Anna Andruszkiewicz¹, Joanna Piworowicz²

¹Katedra i Zakład Promocji Zdrowia, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Olsztyński Ośrodek Onkologiczny „Kopernik”

Wstęp: Rak jelita grubego należy do najczęściej spotykanych nowotworów złośliwych. Liczba zachorowań na niego wciąż wzrasta. Wykrywany jest zazwyczaj w momencie znacznego już zaawansowania. Późne rozpoznanie choroby i agresywne leczenie powodują szereg dolegliwości, z których największym problemem jest ból. Ból jest jednym z najczęstszych objawów choroby nowotworowej. Jest również bardzo ważnym zagadnieniem w medycynie. Podejmuje się wiele badań dotyczących problematyki bólu, emocji z nim związanych i strategii, które podejmuje chory, aby radzić sobie z bólem. Czynnikiem wpływającym m.in. na umiejętność radzenia sobie z bólem jest poczucie koherencji (SOC). Od jego poziomu zależy, czy ludzie umieją sobie radzić w trudnych sytuacjach życiowych.

Cel pracy: Ustalenie związku między poczuciem koherencji a strategiami radzenia sobie z bólem u pacjentów z rakiem jelita grubego.

Materiał i metody: Przebadano 59 pacjentów z rakiem jelita grubego. Grupa była wewnątrznie zróżnicowana ze względu na płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie i ewentualne choroby przewlekłe. Grupa różniła się również pod względem ilości przyjmowanych leków przeciwbólowych oraz natężenia bólu.

W badaniu wykorzystano: *Kwestionariusz osobowy*, *Kwestionariusz orientacji życiowej (SOC-29)*, *Kwestionariusz radzenia sobie z bólem – CSQ*, *Kwestionariusz przekonania na temat kontroli bólu – BPCQ*.

Wyniki: Analiza materiału badawczego pozwoliła na stwierdzenie, że średnie natężenie bólu w grupie mężczyzn ($M = 5,04$) i w grupie kobiet ($M = 5,17$) jest na podobnym poziomie ($z = 0,324$; $p = 0,746$), istnieje związek między poczuciem koherencji a strategiami radzenia sobie z bólem u pacjentów z rakiem jelita grubego.

Chorzy z wysokim i przeciętnym globalnym SOC i jego trzema składowymi rzadziej stosują katastrofizowanie jako radzenie sobie z bólem niż osoby z niskim SOC i jego trzema komponentami. Przy czym pacjenci z wysokim poczuciem sensowności częściej umieją kontrolować swój ból. Ilość zażywanych leków przeciwbólowych ujawnia dodatni związek istotny statystycznie z katastrofizowaniem, a negatywny z kontrolą bólu i zdolnością zmniejszenia bólu. Im więcej chorzy zażywają leków, tym częściej są skłonni radzić sobie z bólem poprzez katastrofizowanie, a mniej potrafią zmniejszać ból i słabiej go kontrolują.

Wnioski:

1. Najczęściej stosowaną strategią radzenia sobie z bólem u pacjentów z rakiem jelita grubego jest modlenie się/pokładanie nadziei oraz deklarowanie radzenia sobie. Kobiety częściej niż mężczyźni stosują te strategie.
2. Globalne poczucie koherencji oraz jego składowe różnicują stosowane strategie radzenia sobie z bólem tylko w zakresie katastrofizowania.
3. Im więcej pacjenci zażywają leków przeciwbólowych, tym bardziej katastrofizują, a mniej potrafią zmniejszać ból i słabiej go kontrolują.

Słowa kluczowe: poczucie koherencji (SOC), ból, rak jelita grubego.

[25]

Postawa pielęgniarki wobec chorego chirurgicznego z zaburzeniami psychicznymi

Anita Hałabuda¹, Paulina Mościcka²

Szpital Psychiatryczny w Świeciu, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Wstęp: Chorzy z zaburzeniami psychicznymi oczekujący na zabieg chirurgiczny stanowią specyficzną grupę pacjentów, wymagającą szczególnego wsparcia psychicznego, fizycznego i nierzadko społecznego. Pielęgniarka przygotowując chorego do zabiegu operacyjnego, powinna zwrócić szczególną uwagę na proces komunikacji, zapewnienie bezpieczeństwa oraz budowanie wielokrotnie zaburzonego zaufania nacechowanego lękiem. Niepewność i strach u każdego chorego wywołują wiele pytań, np. czy zabieg operacyjny się powiedzie? Co ze mną będzie po zabiegu operacyjnym? Czy będzie mnie bolało? Dodatkowo wątpliwości te u chorych z zaburzeniami psychicznymi mogą być przyczyną narastania już istniejących zaburzeń.

Celem niniejszej pracy jest zwrócenie szczególnej uwagi na postawę pielęgniarki wobec chorego, budowanie atmosfery zaufania i udzielanie oczekiwanego wsparcia.

Słowa kluczowe: zabieg operacyjny, zaburzenia psychiczne, postawa pielęgniarki.

podać jej prawidłową definicję, natomiast w grupie kontrolnej tylko 69,39% osób. Przeważająca większość ankietowanych, w obu grupach (98 vs 91,84%), za najważniejszy czynnik sprzyjający wystąpieniu sepsy szpitalnej uważa niską odporność pacjentów, związaną z chorobami współistniejącymi. Świadomość zagrożenia sepsą przy stosowaniu inwazyjnych metod diagnostyki i terapii ma 52% grupy badawczej oraz 53,06% grupy kontrolnej.

Wnioski: Znajomość procedur mogących mieć wpływ na profilaktykę zakażeń szpitalnych, a pośrednio – sepsy, wśród personelu pielęgniarskiego jest dobra.

Słowa kluczowe: sepsa, pielęgniarki, wiedza.

[26]

Wiedza pielęgniarek anestezjologicznych i pielęgniarek oddziałów zabiegowych na temat sepsy

Małgorzata Zubrycka-Arnold

Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Biziela w Bydgoszczy

Cel pracy: Ocena stanu wiedzy na temat sepsy pielęgniarek anestezjologicznych oraz pielęgniarek oddziałów zabiegowych, które w swojej pracy zawodowej miały kontakt z chorym w stanie sepsy (grupa badawcza) w porównaniu ze stanem wiedzy osób z grupy kontrolnej, tj. osób, które takiego kontaktu nie miały.

Materiał i metody: Badaniem objęto łącznie 99 osób pracujących na oddziałach zabiegowych oraz na oddziale intensywnej terapii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy, za zgodą Komisji Bioetycznej przy *Collegium Medicum* im. dr. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Badanie przeprowadzono w czerwcu 2009 r., wykorzystano ankietę skonstruowaną na potrzeby badania.

Wyniki: Wiedza pielęgniarek na temat sepsy jest różnicowana. W grupie badawczej 84% osób potrafiło