

STRESZCZENIA Z I OGÓLNOPOLSKIEJ KONFERENCJI NAUKOWO-SZKOLENIOWEJ POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSTWA ANGIOLOGICZNEGO „INTERDYSCYPLINARNA OPIEKA NAD CHORYM W CHIRURGII I ANGIOLOGII”

Bydgoszcz, 26–27 września 2008 r.

CHROMANIE PRZESTANKOWE – ZMIANA WZORCA CHODU W TRAKCIE ZAPOZNAWANIA SIĘ CHOREGO ZE SPECYFIKĄ MARSZU NA BIEŻNI

Piotr Mika¹, Anna Spannbauer^{1,2}, **Andrzej Cencora**²

¹Katedra Rehabilitacji Klinicznej, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

²Zakład Chorób Naczyń, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Zgodnie z zaleceniem TASC II trening marszowy na bieżni jest integralną częścią leczenia i stanowi podstawową formę rehabilitacji prowadzącą do wydłużenia dystansu marszu u pacjentów z chromaniem przestankowym. Wśród mechanizmów poprawy wymienia się ekonomizację chodzenia, która prawdopodobnie wynika ze zmiany wzorca chodu podczas treningu na bieżni. Oceny efektów treningu dokonuje się najczęściej również na bieżni, w trakcie prób marszowych. Sytuacja, w której to samo narzędzie badawcze jest stosowane zarówno do treningu, jak i do oceny jego efektów, wiąże się z ryzykiem wpływu czasu zapoznawania się pacjenta ze stosowaną procedurą na ocenę tych efektów.

Cel pracy: Określenie czasu potrzebnego pacjentom z chromaniem przestankowym na zapoznanie się z charakterem chodu na bieżni.

Materiał i metody: W badaniach uczestniczyło 30 chorych z miażdżycą zarostową kończyn dolnych (II okres wg Leriche-Fontaine) w wieku 50–70 lat. Pacjenci poddani zostali jednorazowemu, interwałowemu badaniu, w trakcie którego pięciokrotnie chodzili na bieżni Gait Trainer (Biodex). Każdy marsz trwał 2 min, a odpoczynek 5 min. W trakcie marszu (3,2 km/godz., brak nachylenia) rejestrowano długość i częstotliwość kroków, ich regularność (CV) oraz czas obciążenia stopy.

Wyniki: Podczas kolejnych trzech marszów obserwowano 16-procentowy wzrost długości i 13-procentowe zmniejszenie częstotliwości kroków ($p < 0,05$). W tym samym czasie istotne zmiany ($p < 0,05$) odnotowano także w zakresie regularności kroków (50-procentowy spadek CV).

Wnioski: Ocena dystansu marszu prowadzona na bieżni u pacjentów z chromaniem przestankowym powinna być wykonywana po wcześniejszym zapoznaniu

się chorego ze specyfiką marszu na bieżni. Okres ten nie powinien być krótszy niż 6 min.

Słowa kluczowe: chromanie przestankowe, bieżnia.

OCENA SKUTECZNOŚCI ORYGINALNYCH SYSTEMÓW KOMPRESYJNYCH *PROGUIDE*, *PROFORE* I PODKOLANÓWEK *MAXIS* W GOJENIU OWRZODZEŃ ŻYLNICH – BADANIE Z RANDOMIZACJĄ

Maria T. Szewczyk^{1,2}, Arkadiusz Jawień²,
Paulina Mościcka², Justyna Cwajda¹, Elżbieta Hancke²,
Katarzyna Cierznikowska^{1,2}, Paweł Brazis², Tomasz Grzela²,
Radosław Piotrowicz²

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

Cel pracy: Porównanie dynamiki gojenia owrzodzeń żylnych leczonych za pomocą kolanówek uciskowych oraz oryginalnych systemów kompresji dwu- i czterowarstwowej.

Materiał i metody: Badania prowadzono na przełomie lat 2007/2008 w Poradni Leczenia Owrzodzeń Żylnych przy Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej Szpitala Wojewódzkiego im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy. W badaniu uczestniczyło 46 chorych z owrzodzeniem żylnym, w tym 36 (78,3%) kobiet i 10 (21,70%) mężczyzn w wieku 41–88 lat (średnia wieku 66,6 roku, mediana 67 lat). Chorych randomizowano do trzech grup – leczonej systemem dwuwarstwowym *ProGuide*, leczonej kompresją czterowarstwową *Profore* i stosującej kolanówki uciskowe *Maxis* II klasy. W przypadku kompresji wielowarstwowej stosowano ucisk zapewniający ciśnienie 40 mm Hg na poziomie kostki. Miejscową pielęgnację rany prowadzono na podstawie założeń strategii TIME. Skuteczność kompresjoterapii oceniano z zastosowaniem planimetrii elektronicznej. Pomiar powierzchni owrzodzeń prowadzono co 2 tyg. Maksymalny czas obserwacji wynosił 12 tyg.

Wyniki: U wszystkich chorych, niezależnie od formy kompresjoterapii stwierdzono znaczące statystycznie zmiany powierzchni owrzodzeń w czasie (test t-Studenta dla

par wiązanych, $p < 0,05$). Największy ubytek powierzchni owrzodzeń w każdym z kolejnych pomiarów obserwowano u chorych leczonych systemem czterowarstwowym – średnio $0,63 \text{ cm}^2/\text{tydz.}$, najmniejszy u chorych stosujących kolanówki uciskowe – średnio $0,44 \text{ cm}^2/\text{tydz.}$ Obserwowane różnice nie były jednak znamienne statystycznie (test Kruskala-Wallis $H=4,45$, $p > 0,05$).

Wnioski: Systematyczna kompresjoterapia zakładana z ciśnieniem wstępnym 40 mm Hg jest skuteczną metodą zachowawczego leczenia owrzodzeń żylnych. Kolanówki uciskowe i gotowe systemy kompresji wielowarstwowej charakteryzowały się podobną efektywnością kliniczną.

Słowa kluczowe: owrzodzenie żyłne, kompresjoterapia, systemy kompresyjne, czas gojenia.

ROLA PIELĘGNIARKI W EDUKACJI PACJENTA Z PRZEWLEKŁĄ CHOROBAŻ ŻYLNĄ

Regina Sierżantowicz¹, Weronika Awdziej²,
Katarzyna Łagoda¹, Hanna Bachórzewska-Gajewska¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²studentka Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

W Polsce problem żylaków dotyczy ponad 1/3 dorosłej populacji. Choroba występuje częściej u kobiet oraz osób w starszym wieku. Edukacja w zakresie profilaktyki żylaków i modyfikacji stylu życia ma podstawowe znaczenie dla zahamowania objawów zależnych od pacjenta.

Cel pracy: Ocena wiedzy pacjentów na temat przewlekłej choroby żyłnej.

Materiał i metody: Badaniem objęto grupę 100 pacjentów z przewlekłą chorobą żylną w wieku 20–80 lat, hospitalizowanych w Białymstoku i Sokółce. Do zebrania materiału badawczego wykorzystano kwestionariusz ankiety. Analizę statystyczną przeprowadzono wykorzystując test statystyczny SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) oraz χ^2 .

Wyniki: Czynniki ryzyka choroby żyłnej kończyn dolnych związane z wykonywaną pracą istotnie się różniły w zależności od płci. Badane kobiety wykonywały głównie pracę siedzącą (64%), mężczyźni znacznie częściej ciężką pracę fizyczną (31%). Uczucie ciężkości nóg, dyskomfort i pieczenie odczuwa połowa kobiet i mężczyzn. Objawy wg 83% ankietowanych nasilają się wieczorem. Głównym źródłem wiedzy o chorobie byli członkowie rodziny (75%) oraz pracownicy ochrony zdrowia (50%). Poszerzyć swoją wiedzę w zakresie czynników ryzyka żylaków chcieliby 73,8% badanych. Mężczyźni zainteresowani są profilaktyką choroby żyłnej (32,9%) oraz postępowaniem przed- i kooperacyjnym (33,3%). Kobiety mają istotnie większą wiedzę na temat prewencji, leczenia zachowawczego i operacyjnego żylaków kończyn dolnych.

Wnioski: Wczesna identyfikacja i eliminacja czynników ryzyka przewlekłej choroby żyłnej oraz ciągła edukacja na każdym etapie leczenia mogą ograniczyć częstość powikłań.

Słowa kluczowe: profilaktyka, edukacja, choroba żył.

ZWIĄZEK UMIEJSCOWIENIA KONTROLI ZDROWIA I POCZUCIA WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI Z MOTYWACJĄ DO RZUCENIA PALENIA W GRUPIE OSÓB Z CHOROBIAMI NACZYŃ

Anna Andruszkiewicz¹, Małgorzata A. Basińska²,
Mariola Wandowska³

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

²Katedra Psychologii Klinicznej, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

³Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyń, Szpital Uniwersytecki im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy

Cel pracy: Określenie związku pomiędzy umiejscowieniem kontroli zdrowia i poczuciem własnej skuteczności a motywacją do rzucenia palenia w grupie osób z chorobami naczyń.

Materiał i metody: Przebadano 60 osób (mężczyzn i kobiet) z chorobami naczyń. W pracy zastosowano: *Skalę uogólnioną własnej skuteczności* – GSES R. Schwrera i M. Jerusalema, *Kwestionariusz MHLC – B* K.A. Wallstona, B.S. Wallston do badania umiejscowienia kontroli zdrowia i *Kwestionariusz Schneidera* do określenia poziomu motywacji do rzucenia palenia.

Wyniki: Badani pacjenci mieli przeciętną motywację do rzucenia palenia. Większość z nich próbowała rzucić palenie przeciętnie 3,9 razy. Najczęstszą przyczyną powrotu do palenia był stres. Osoby z wysokim i przeciętnym poczuciem własnej skuteczności podejmują częściej próby rzucenia palenia, a im wyższe poczucie własnej skuteczności ich cechuje, tym dłuższe okresy abstynencji utrzymywali. Z powodu choroby palenie rzuciły osoby z niskim wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia, natomiast z powodów finansowych pacjenci, którzy rzadko umiejscawiają kontrolę zdrowia w kategorii *inne*.

Wnioski: W pracy psychoedukacyjnej z pacjentami z chorobami naczyń palącymi papierosy należy obok poziomu motywacji do rzucenia palenia brać również pod uwagę poczucie własnej skuteczności i umiejscowienie kontroli zdrowia.

Słowa kluczowe: poczucie własnej skuteczności, umiejscowienie kontroli zdrowia, poziom motywacji do rzucenia palenia, choroby naczyń.

BYDGOSKI MODEL SPECJALISTYCZNEJ INTERDYSCYPLINARNEJ OPIEKI NAD CHORYM Z OWRZODZENIEM ŻYLNYM GOLENI. DZIESIĘCIOLETNIE DOŚWIADCZENIA PORADNI LECZENIA OWRZODZEŃ

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

Organizacja opieki pielęgniarskiej nad chorym z owrzodzeniem żylnym goleni nadal stanowi wyzwanie dla lekarzy, pielęgniarek i obecnego systemu opieki zdrowotnej. Tworzenie w szerszym zakresie specjalistycznych centrów i poradni leczenia owrzodzeń – jak pokazują doświadczenia własne – może przyczynić się do wyraźnej poprawy wyników leczenia w tej grupie chorych.

Interdyscyplinarny model opieki nad chorymi z owrzodzeniem żylnym zapewnia kompleksowość, skuteczność i wysoką efektywność pielęgnowania i leczenia. Można osiągnąć wyleczenie rany, ograniczyć zakażenia, zmniejszyć liczbę owrzodzeń nawrotowych, a także zmniejszyć koszty leczenia. Model ten umożliwia wymianę wiedzy na temat grupy chorych z owrzodzeniem żylnym, umożliwia kształcenie i zdobywanie wiedzy naukowej w tym zakresie. Wdrożenie modelu daje zarówno chorym, jak i zespołowi wiele korzyści, obniża ponadto całkowite koszty leczenia.

Cel pracy: Przedstawienie najważniejszych elementów komplementarnej ambulatoryjnej opieki nad chorym z owrzodzeniem żylnym, omówienie opieki holistycznej, w tym postępowania przyczynowego, pielęgnacji i edukacji chorych, a także przedstawianie występujących trudności w tym zakresie w obecnym systemie opieki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: owrzodzenie żylnie, model opieki.

OPATRUNKI W LECZENIU ZESPOŁU STOPY CUKRZYCOWEJ

**Katarzyna Łągoda, Regina Sierżantowicz,
Hanna Bachórzewska-Gajewska**

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Uniwersytet Medyczny
w Białymstoku

Zespół stopy cukrzycowej jest poważnym następstwem długo trwającej hiperglikemii. Często powikłany jest zakażeniem, martwicą tkanek miękkich lub zapaleniem kości. Owrzodzenia i ogniska martwicy wymagają

bardzo intensywnego i często długotrwałego leczenia. Leczenie powinno obejmować eliminację czynników utrudniających gojenie, intensywne leczenie hiperglikemii, właściwe odżywianie, odciążenie stopy, intensywne leczenie współistniejącego zakażenia w obrębie tkanek stopy oraz stosowanie opatrunków aktywnych.

Nowoczesne opatrunki zapewniają wilgotne środowisko sprzyjające gojeniu, utrzymują prawidłową termoregulację, pochłaniają wysięk, są hipoalergiczne, chronią przed infekcjami z zewnątrz, sprzyjają samooczyszczaniu rany, a wiele z nich działa bakteriostatycznie dzięki zawartości związków srebra lub węgla. Właściwie dobrane opatrunki skracają czas leczenia o 1–2 mies., eliminują tkanki martwicze, redukują konieczność interwencji chirurgicznej i zmniejszają dolegliwości bólowe, przez co zwiększają komfort życia pacjentów.

Opatrunek należy dobrać odpowiednio do rodzaju i rozległości rany, a także procesów naprawczych toczących się w ranie.

Aby leczenie zachowawcze ran na stopie cukrzycowej przyniosło oczekiwany efekt, konieczna jest współpraca z pacjentem, przestrzeganie zaleceń dotyczących zmian opatrunków, usunięcie wszystkich miejscowych i ogólnych czynników mogących opóźnić proces gojenia ran oraz przede wszystkim dobre wyrównanie metaboliczne cukrzycy.

Słowa kluczowe: opatrunki, stopa cukrzycowa.

ZAKAŻENIA BAKTERYJNE W OBRĘBIE STOPY CUKRZYCOWEJ

**Katarzyna Łągoda, Regina Sierżantowicz,
Hanna Bachórzewska-Gajewska**

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Uniwersytet Medyczny
w Białymstoku

Infekcja stopy cukrzycowej stanowi zagrożenie dla kończyny i ocenia się, że jest ona przyczyną amputacji u 25–50% chorych na cukrzycę. Większa podatność na infekcje wiąże się z brakiem wyrównania metabolicznego cukrzycy, współistniejącą neuropatią, nietypową strukturą anatomiczną stopy, nieprawidłową odpowiedzią immunologiczną.

Powierzchnową infekcję zwykle wywołują tlenowce Gram-dodatnie ziarniaki (gronkowiec złocisty i/lub paciorkowce). Zakażenie głębokie lub infekcję połączoną z martwicą wywołuje mieszana flora bakteryjna, ziarniaki Gram-dodatnie, beztlenowce oraz pałeczki Gram-ujemne.

Objawy zapalenia potwierdzone lub niepotwierdzone w badaniu bakteriologicznym wskazują na obecność infekcji powierzchownej. Objawy infekcji oraz zajęcia struktur położonych głębiej, takich jak kości, ścięgna lub mięśnie, wskazują na obecność głębokiej infekcji. Wia-

rygodnych informacji dostarcza posiew z płynu z owrzodzenia lub aspiratu z położonych głębiej tkanek.

Leczenie zakażeń w obrębie stopy cukrzycowej wymaga zastosowania wielu działań – intensywnego leczenia cukrzycy i chorób współistniejących, odciążenia stopy, chirurgicznego oczyszczenia ran z tkanek martwiczych oraz długotrwałej antybiotykoterapii.

Słowa kluczowe: stopa cukrzycowa, pielęgnacja.

UWARUNKOWANIA WYDOLNOŚCI FUNKCJONALNEJ CHORYCH WE WCZESNYM OKRESIE PO OPERACYJNYM LECZENIU DYSKOPATII ŁĘDŹWIOWO-KRZYŻOWEJ

Renata Jabłońska¹, Robert Ślusarz¹, Agnieszka Królikowska¹, 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

Cel pracy: Celem przeprowadzonych badań była ocena stanu funkcjonalnego chorych leczonych operacyjnie z powodu dyskopatii lędźwiowo-krzyżowej kręgosłupa oraz poznanie czynników warunkujących ten stan.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono na Oddziale Neurochirurgii i Neurotraumatologii z Oddziałem Usprawniania Leczniczego SPZOZ Wojewódzkiego Szpitala im dr. J. Biziela w Bydgoszczy od VI do XI 2007 r. Grupę badawczą stanowiło 46 chorych przyjętych na oddział z powodu dyskopatii lędźwiowo-krzyżowej, którzy zakwalifikowani zostali do leczenia operacyjnego.

W badaniach wykorzystano wskaźnik funkcjonalny Repty (WFR) oraz *Analogowo-wzrokową skalę bólu* (VAS), a także dane socjodemograficzne umieszczane przez respondentów w metryczce ankiety. Pomiary dokonywane były w dniu poprzedzającym zabieg operacyjny oraz w dniu wypisu.

Wyniki: Zgromadzony materiał opracowano statystycznie, weryfikując hipotezy na poziomie istotności $p \geq 0,05$. Wydolność funkcjonalna przed zabiegiem operacyjnym wyniosła 101,30 pkt, a po zabiegu 100,43 pkt. Przed zabiegiem gorzej funkcjonują mężczyźni, osoby powyżej 50. roku życia i pracujące zawodowo, natomiast po zabiegu mieszkańcy dużych miast oraz kobiety. Średnia bólu przed operacją wyniosła 6,46 pkt, a po zabiegu 3,43 pkt.

Wnioski:

1. Pacjenci z dyskopatią lędźwiowo-krzyżową zarówno przed leczeniem operacyjnym, jak i po nim wykazują pełną samodzielność funkcjonalną. Po przeprowadzo-

nej operacji, w dniu wypisu, wydolność ta jest nieco mniejsza niż przed zastosowaniem leczenia neurochirurgicznego.

2. Istnieje związek pomiędzy wydolnością funkcjonalną a czynnikami socjodemograficznymi, takimi jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, status zawodowy oraz rodzaj wykonywanej pracy, natomiast wykształcenie jest czynnikiem niezależnym sprawności funkcjonalnej.
3. Ból nie determinuje sprawności funkcjonalnej chorych przed zabiegiem chirurgicznym i po nim, choć jego nasilenie w dniu wypisu jest zdecydowanie mniejsze niż przed operacją.

Słowa kluczowe: wydolność funkcjonalna, dyskopatia lędźwiowo-krzyżowa.

EDUKACJA PACJENTA Z OWRZODZENIEM ŻYLNYM GOLENI

Renata Piotrkowska¹, Janina Książek¹, Krystyna Kucharska², Alicja Patoła³

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Akademia Medyczna w Gdańsku

²Oddział Dermatologii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Gdańsku

³Klinika Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej, Szpital Akademii Medycznej w Gdańsku

Owrzodzenia żyłne goleni są poważnym problemem społecznym, medycznym, ekonomicznym, wymagającym intensywnego leczenia, czasami trwającego przez długi czas. Charakter choroby i jej konsekwencje mogą być przyczyną zaburzeń emocjonalnych i nieprawidłowego funkcjonowania psychospołecznego chorych. Edukacja pacjenta z owrzodzeniem żylnym goleni to świadome wywieranie wpływu na zmianę lub utrwalanie postaw w pożądanym prozdrowotnym kierunku, a edukacja pielęgniarska powinna być wielokierunkowa i obejmować szeroki zakres działania.

Cel pracy: Diagnoza najczęstszych problemów edukacyjnych u chorych z owrzodzeniem żylnym goleni i opracowanie projektu edukacji.

Materiał i metody: Materiał badań stanowili pacjenci Oddziału Dermatologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Gdańsku i Kliniki Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej Szpitala Akademii Medycznej w Gdańsku. Jako metodę badawczą zastosowano analizę dokumentacji medycznej oraz literatury z zakresu tematu, jako technikę badawczą – obserwację uczestniczącą.

Wnioski:

1. Opracowany projekt edukacji pozwoli choremu na dokładniejsze zrozumienie istoty własnej choroby oraz podjęcie roli współuczestnictwa i współodpowiedzialności w procesie leczniczo-pielęgnacyjnym.

2. Opracowany projekt edukacji pozwoli pielęgniarcze zapewnić wysoki standard świadczeń medycznych.

Słowa kluczowe: edukacja, opieka pielęgniarska.

CZNNIKI RYZYKA ZESPOŁU STOPY CUKRZYCOWEJ

Katarzyna Łagoda, Regina Sierżantowicz,
Hanna Gajewska-Bachórzewska

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Uniwersytet Medyczny
w Białymstoku

Zespół stopy cukrzycowej (ZSC) stanowi zespół patologicznych zmian w obrębie kończyny dolnej u chorych na cukrzycę. Zmiany te dotyczą naczyń krwionośnych, nerwów obwodowych, skóry, mięśni i kości. Nieleczony zespół stopy cukrzycowej może doprowadzić do amputacji kończyny. Ponad 50% wszystkich nieurazowych amputacji kończyn dolnych dotyczy osób z cukrzycą. U 85% chorych amputację poprzedza pojawienie się owrzodzenia stopy. Częstość występowania owrzodzeń w populacji chorych na cukrzycę wynosi 4–5%. Około 80–90% owrzodzeń stóp spowodowane jest urazem zewnętrznym, np. ciasnym obuwiem.

Owrzodzenia i zakażenia w obrębie stóp powstają najczęściej na podłożu neuropatii oraz miażdżycy naczyń. Do wystąpienia ZSC prowadzi wiele czynników związanych ze współistniejącymi zaburzeniami metabolicznymi (hiperlipidemia), nadciśnieniem tętniczym, otyłością, brakiem aktywności fizycznej, paleniem tytoniu, zaburzeniami czucia w obrębie stóp, niewłaściwą pielęgnacją stóp, a także niewłaściwie dobranym obuwiem.

Cel pracy: Omówienie wczesnej identyfikacji i eliminacji czynników ryzyka ZSC, właściwego wyrównania metabolicznego cukrzycy oraz zaprezentowanie systematycznej edukacji chorego.

Słowa kluczowe: owrzodzenie stóp, cukrzyca, pielęgnacja.

OCENA REDUKCJI MASY CIAŁA U PACJENTÓW KWALIFIKOWANYCH DO PLANOWYCH OPERACJI KARDIOCHIRURGICZNYCH W KLINICE KARDIOCHIRURGII POMORSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ W SZCZECINIE – WYNIKI WSTĘPNE

Ewa Zamojska, Włodzimierz Majewski

Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie

W Klinice Kardiologii prowadzony jest program profilaktyki zdrowotnej. W celu podjęcia ostatecznej decyzji o terminie operacji i określeniu ryzyka, jakie stano-

wi ona dla konkretnego pacjenta, oznaczano wskaźnik masy ciała (ang. *body mass index*, BMI) w kg/m². Zależnie od jego wartości zalecano redukcję masy ciała do wartości prawidłowej.

Cel pracy: Ocena zakresu redukcji masy ciała u pacjentów kwalifikowanych do planowych operacji kardiologicznych w Klinice Kardiologii PAM w Szczecinie.

Materiał metody: Prospektywnym badaniem objęto 200 chorych (59 kobiet i 141 mężczyzn), zakwalifikowanych do operacji od lutego do maja 2008 r. Chorzy byli poddani badaniu przedmiotowemu z pomiarem BMI w Poradni Kardiologicznej, a następnie przy przyjęciu do szpitala celem wykonania operacji. Czas od momentu zgłoszenia się pacjenta w Poradni Kardiologicznej do przeprowadzenia operacji wynosił 4–6 tyg.

Wyniki: Wartość BMI podczas wizyty kwalifikacyjnej wynosiła 19,59–44,19 kg/m² (średnio 28,8 kg/m²) u mężczyzn i 19,71–38,41 kg/m² (średnio 27,78 kg/m²) u kobiet. Wskaźnik BMI przy przyjęciu do szpitala wynosił 20,45–40,64 kg/m² (średnio 28,25 kg/m²) u mężczyzn i 19,43–37,55 kg/m² (średnio 27,9 kg/m²) u kobiet. Łącznie 80 mężczyzn i 29 kobiet zastosowało się do zaleceń i zredukowało masę ciała. Stopień redukcji BMI wynosił u mężczyzn średnio 0,65, a u kobiet wzrósł średnio o 0,12.

Wnioski: Ponad połowa (109) pacjentów współpracowało i wykazało się redukcją masy ciała, a u 91 stwierdzono brak współpracy. Cel profilaktyki został osiągnięty u 58,8% mężczyzn i u 45,3% kobiet, ogólnie u 54,5% chorych.

Słowa kluczowe: BMI, redukcja masy ciała, operacja kardiologiczna.

ROLA PIELĘGNIARKI W ZAPOBIEGANIU ZAKAŻENIOM W BLOKU OPERACYJNYM

Janina Książek¹, Renata Piotrkowska¹, Grażyna Tatur²

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Akademia Medyczna w Gdańsku

²Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Promocji Zdrowia, Akademia Medyczna w Gdańsku

W celu zmniejszenia ryzyka zakażeń ran chirurgicznych koniecznością jest przestrzeganie zasad kontroli zakażeń w sali operacyjnej. Pamiętać należy, iż zakażenia ran chirurgicznych stanowią znaczny odsetek wszystkich zakażeń szpitalnych oraz znacznie podnoszą koszty leczenia.

Cel pracy: Celem badań było zbadanie zależności między stażem pracy i wykształceniem a wiedzą z zakresu zapobiegania zakażeniom wewnątrzszpitalnym na bloku operacyjnym.

Do realizacji celu pracy wyodrębniono następujące problemy badawcze:

1. Jaki jest poziom wiedzy pielęgniarek operacyjnych na temat zapobiegania zakażeniom wewnątrzszpitalnym na bloku operacyjnym?
2. Czy poziom wiedzy pielęgniarek operacyjnych uzależniony jest od stażu pracy i wykształcenia?

Materiał i metody: Badania prowadzono w grupie 30 pielęgniarek operacyjnych z różnym stażem pracy, wykształceniem średnim medycznym bądź studium medycznym oraz kursem kwalifikacyjnym, który odbyły wszystkie respondentki. Oceniając wiedzę, posłużono się metodą sondażu diagnostycznego oraz metodą statystyczną. Do obliczenia badań wykorzystano test t-Studenta.

Wyniki: Uzyskane wyniki wykazały, iż rodzaj wykształcenia, jak również staż pracy nie wpływają istotnie na poziom wiedzy pielęgniarek z zakresu zapobiegania zakażeniom na bloku operacyjnym.

Wnioski: Pielęgniarki operacyjne uzyskały wysoki poziom wiedzy z zakresu zapobiegania zakażeniom wewnątrzszpitalnym w bloku operacyjnym, nie można jednak stwierdzić, iż wszystkie pielęgniarki są przygotowane do pełnienia roli lidera w zapobieganiu zakażeniom. Na podstawie wyników badań przeprowadzonych tylko na jednym bloku operacyjnym, z udziałem pielęgniarek w nim pracujących nie można stwierdzić, że wiedza wszystkich pielęgniarek jest wystarczająco wysoka, aby mogły one pełnić funkcję lidera w tej dziedzinie.

Słowa kluczowe: blok operacyjny, zakażenia wewnątrzszpitalne, pielęgniarka.

- 2) Czy skonstruowany plan opieki pozwoli w pełni na rozwiązanie rozpoznanych problemów?
- 3) Czy plan został zrealizowany i oceniony?

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono retrospektywnie na Oddziale Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej oraz na Oddziale Kliniki Onkologii i Radioterapii. Do przeprowadzenia badania wykorzystano studium indywidualnego przypadku.

Wyniki i wnioski: Na podstawie przeprowadzonego badania stwierdzono, że proces pielęgnowania jest prowadzony na obu oddziałach, ale w tym konkretnym przypadku proces pielęgnowania był prowadzony tylko na jednym z oddziałów. Na oddziale, na którym prowadzony był proces pielęgnowania, prawie wszystkie problemy pielęgniacyjne zostały rozpoznane i ocenione. Mimo że na drugim oddziale nie prowadzono procesu pielęgnowania, to na podstawie historii choroby można stwierdzić, że problemy, które wynikły w trakcie leczenia, zostały rozpoznane i rozwiązane.

Słowa kluczowe: proces pielęgnowania, rak płuca.

SUBIEKTYWNA OCENA WYBRANYCH ASPEKTÓW SATYSFAKЦИИ Z POBYTU W SZPITALU PACJENTÓW ODDZIAŁÓW ZABIEGOWYCH

Tadeusz P. Wasilewski

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Systematyczne dokonywanie oceny opieki, jaką podejmuje zespół terapeutyczny wobec pacjenta, wydaje się dzisiaj możliwością doskonalenia całego systemu ochrony zdrowia oraz poszczególnych jego elementów. Zapewnienie pacjentom zadowalającego dostępu do usług medycznych oraz opieki o jak najwyższym poziomie, odpowiadającej ich potrzebom oraz spełniającej pokładane w niej nadzieje, to bardzo istotny czynnik satysfakcji chorego z opieki medycznej. Satysfakcja pacjenta z opieki medycznej jest stanem emocjonalnym i poznawczym, wynikającym z realizacji przez personel potrzeb emocjonalnych i medycznych, a także umiejętności rozwiązywania i rozstrzygania wielu problemów pacjenta.

Cel pracy: Ocena wybranych aspektów satysfakcji z pobytu w szpitalu dokonywana przez pacjentów oddziałów zabiegowych.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w latach 2006–2007 wśród 75 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Klinice Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej SP SK Nr 4 oraz Klinice Chirurgii Naczyń SP SK Nr 1 w Lublinie. W celu dokonania oceny satysfakcji z opieki wykorzystano *Kwestionariusz satysfakcji z pobytu w szpitalu*.

PROCES PIELĘGNOWANIA CHOREJ PO ZABIEGU OPERACYJNYM RAKA PŁUCA LECZONEJ METODĄ SKOJARZONĄ

Janina Książek¹, Ewa Malinowska², Renata Piotrkowska¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Akademia Medyczna w Gdańsku

²Klinika Onkologii i Radioterapii, Akademia Medyczna w Gdańsku

Rak płuca już od ponad 30 lat jest na pierwszym miejscu wśród nowotworów w Polsce. Wśród nowotworów u mężczyzn klasyfikuje się na pierwszym miejscu, a u kobiet na drugim. Główną przyczyną zachorowania na raka płuc jest palenie papierosów. Dzięki dostępnym metodom diagnostyki i leczenia może być odpowiednio szybko wykrywany i odpowiednio leczony.

Cel pracy: Ocena realizacji planu opieki nad pacjentką po zabiegu operacyjnym raka płuca leczonej metodą skojarzoną.

Do tak sformułowanego celu pracy wyłoniono następujące cele szczegółowe:

- 1) Czy w Klinice Onkologii i Radioterapii i w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej rozpoznano wszystkie problemy pielęgniacyjne pacjentki?

Wyniki i wnioski: Przeprowadzone badania wykazały, iż zdecydowana większość pacjentów w badanych placówkach była usatysfakcjonowana warunkami hotelowymi, jakie oferuje szpital, wśród nich pomieszczeń oddziału, zapewnionymi warunkami czystości osobistej, odpoczynku i snu, liczbą i jakością posiłków, a także godzinami ich podawania. Wysoki procent pacjentów był zadowolony z informacji udzielanych przez pielęgniarki.

Słowa kluczowe: satysfakcja, oddział zabiegowy, opieka pielęgniarska.

ANALIZA HOSPITALIZACJI CHORYCH PO 65. ROKU ŻYCIA NA ODDZIALE NEUROCHIRURGII I NEUROTRAUMATOLOGII

Lidia Dopierała

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

Celem pracy była analiza hospitalizacji 782 chorych po 65. roku życia, leczonych na Oddziale Neurochirurgii i Neurotraumatologii SPZOZ Wojewódzkiego Szpitala im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy w latach 2000–2005.

Materiał i metody: Wykorzystano analizę dokumentacji medycznej. W omawianej grupie wyodrębniono główne przyczyny hospitalizacji, tj. urazy mózgowo-czaszkowe, zespoły bólowe kręgosłupa i choroby rozrostowe OUN.

Wyniki: Najczęściej wśród urazów czaszkowo-mózgowych (124 badanych) występowały wstrząśnienia mózgu, w tej grupie przeważały kobiety (77 osób). Stwierdzono, że z powodu złośliwych guzów mózgu było leczonych więcej mężczyzn niż kobiet ($p=0,0215$); 49 przypadków.

Wnioski:

1. Najczęściej hospitalizacje u osób po 65. roku życia wynikały z przebytego wstrząśnienia mózgu.
2. Najwięcej zgonów stwierdzono u chorych leczonych z powodu krwiaka śródmózgowego.
3. W badanej grupie stwierdzono znaczną przewagę występowania nowotworów złośliwych nad nowotworami o charakterze łagodnym.

Słowa kluczowe: uraz, starość, guz, ból przewlekły.

POCZUCIE KOHERENCJI U CHORYCH OPEROWANYCH Z POWODU DYSKOPATII LĘDŹWIOWEJ W OKRESIE OKOŁOPERACYJNYM

Suchomska Żaneta¹, Krystyna Kurowska²

¹Blok Operacyjny, Wojewódzki Szpital im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy

²Katedra Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Choroby krążka międzykręgowego stanowią istotny problem terapeutyczny, a także, ze względu na ich powszechność i fakt występowania tego schorzenia wśród ludzi młodych, aktywnych życiowo i zawodowo, również problem społeczny. Zmiany dotyczą jąder miazdżystych, czyli krążków (dysków) międzykręgowych, odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa, z towarzyszącymi im uszkodzeniami sąsiednich struktur łącznotkankowych.

Celem pracy było zbadanie, czy poziom poczucia koherencji i wsparcia społecznego zmienia się u pacjentów pod wpływem traumatycznego przeżycia, jakim jest zabieg operacyjny.

Materiał i metody: W pracy poddano badaniom 70 respondentów (35 kobiet i 35 mężczyzn) na Oddziale Neurochirurgii i Neurotraumatologii Wojewódzkiego Szpitala im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy. Badania przeprowadzono w dwóch etapach, pierwszy etap odbywał się dzień przed zabiegiem, drugi w 6. dobie po zabiegu. Do realizacji celu pracy wykorzystano następujące narzędzia badawcze – własnoręcznie sporządzoną ankietę, *Kwestionariusz orientacji życiowej* Antonovsky'ego, *Skałę wsparcia społecznego* K. Kmieciak-Baran.

Wyniki: Największą grupę wiekową stanowili pacjenci w przedziale wiekowym między 30. a 49. rokiem życia – 25%. W badanej grupie przeważał fizyczny charakter wykonywanej pracy (42%). Kilka lat trwania choroby zaznaczyło 67% badanych. Nie było aktywnych fizycznie 64% badanych, natomiast tylko 15% zadeklarowało uprawianie sportu 2–3 razy w tygodniu.

Wnioski:

1. Poczucie koherencji i wsparcia społecznego zmienia się u pacjentów pod wpływem traumatycznego przeżycia, jakim jest zabieg operacyjny.
2. Globalny wynik poczucia koherencji był bardzo niski, przeciętne wyniki oscylowały od 105 do 117 punktów w pierwszym pomiarze.
3. W drugim pomiarze chorzy deklarowali wyższy poziom poczucia koherencji, może to być wynikiem uwolnienia się od bólu, jaki towarzyszył im od dłuższego czasu.
4. Stwierdzono niski poziom wsparcia społecznego, w pierwszym pomiarze największy deficyt dotyczył wsparcia emocjonalnego.

5. Drugi pomiar wykazał obniżenie wszystkich składowych wsparcia społecznego, zwłaszcza emocjonalnego, które osiągnęło najniższy poziom.

Słowa kluczowe: poczucie koherencji, dyskoptia lędzwiowa.

WYBRANE PROBLEMY PIELĘGNACYJNE WYSTĘPUJĄCE U CHOREGO WE WCZESNYM OKRESIE PO LECZENIU OPERACYJNYM TĘTNIKA ŚRÓDCZASZKOWEGO

Robert Ślusarz¹, Agnieszka Królikowska¹,
Renata Jabłońska¹, 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

Celem pracy było przedstawienie wybranych problemów pielęgnacyjnych występujących u chorego oraz określenie obszaru deficytu wydolności funkcjonalnej w poszczególnych dobach po zabiegu operacyjnym oraz w dniu wypisu.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w Katedrze i Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu, na grupie 128 chorych po operacji tętniaka śródczaszkowego. W badaniach zastosowano obserwację bezpośrednią z wykorzystaniem pomiaru. W ocenie klinicznej posłużono się skalą Hunta i Hessa (H&H) oraz skalą śpiączki Glasgow (GCS). W ocenie końcowej wykorzystano skalę Glasgow wyników końcowych (GOS). Do przedstawienia problemów pielęgnacyjnych występujących u chorego oraz określenia obszaru deficytu wydolności funkcjonalnej wykorzystano skalę wydolności funkcjonalnej (SWF).

Wyniki: Przeprowadzone badania wykazały, że pacjenci w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym nie są samodzielni w zakresie utrzymania podstawowych funkcji organizmu (oddychania, krążenia, procesów metabolicznych) oraz wymagają intensywnej opieki ze strony personelu pielęgniarstwa. Z upływem czasu (3., 6., 9. doba po zabiegu) pojawiają się problemy dotyczące takich obszarów, jak samodzielne zaspokajanie potrzeb fizjologicznych, wykonywanie czynności higienicznych czy poruszanie się. Istotnym problemem dla chorego jest również założony opatrunek oraz ból. W najmniejszym stopniu występowały problemy dotyczące sfery psychicznej oraz problemy związane z oddychaniem. Wraz z upływem czasu po zabiegu operacyjnym wzrasta wydolność funkcjonalna chorych, co potwierdziła analiza statystyczna ($p < 0,001$).

Wnioski:

1. Wśród wybranych problemów pielęgnacyjnych u chorego po leczeniu operacyjnym tętniaka śródczaszkowego najbardziej znamienne są te dotyczące podstawowych czynności dnia codziennego, powodujące zależność chorych od personelu pielęgniarstwa i otoczenia (rodziny, opiekunów).
2. Większość chorych we wczesnym okresie pooperacyjnym leczenia tętniaka śródczaszkowego (doba 3., 6., 9.) charakteryzowała się znacznym deficytem wydolności funkcjonalnej, istotnie poprawiającym się z biegiem czasu (w dniu wypisu).

Słowa kluczowe: problemy pielęgnacyjne, wydolność funkcjonalna, skala wydolności funkcjonalnej, tętniak śródczaszkowy.

ZAPOTRZEBOWANIE NA OPIEKĘ PIELĘGNIARSKĄ U CHORYCH PO OPERACYJNYM LECZENIU TĘTNIKA NACZYŃ MÓZGOWYCH

Lidia Dopierata, Justyna Cwajda

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

Celem pracy jest przedstawienie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską u chorych z rozpoznaniem tętniakiem naczyń mózgowych, leczonych metodą zabiegową.

Materiał i metody: Badaniem objęto 44 chorych leczonych na Oddziale Neurochirurgii i Neurotraumatologii Szpitala Wojewódzkiego im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy, u których zdiagnozowano tętniak naczyń mózgowych i zakwalifikowano do leczenia zabiegowego w 2007 r.

Badanie wykonano metodą sondażu diagnostycznego z użyciem Glasgow Come Scale (GCS) oraz Arkusza kategoryzacji chorych (AKCh). Oceny dokonano w pierwszej dobie po zabiegu i w dniu wypisu. Analizie poddano występowanie objawów skurczu naczyniowego.

Wyniki: Najliczniejszą grupę badanych stanowiły osoby powyżej 41. roku życia (62,6%). Niewydolność oddechową manifestowało 77,6% pacjentów operowanych metodą klasyczną i 10% leczonych metodą embolizacji. Wydolność oddechowa pozostawała w istotnym statystycznie związku z zastosowanym leczeniem ($p < 0,05$; $r = 0,52733$).

Wnioski:

1. O zapotrzebowaniu na opiekę pielęgniarską nad chorym po operacyjnym leczeniu tętniaka naczyń mózgowych decydują stan przytomności pacjenta, wydolność oddechowa oraz powikłania pooperacyjne wywołane wystąpieniem skurczu naczyniowego.
2. U chorych poddanych leczeniu metodą klasyczną w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym stwierdzano częściej brak przytomności współistniejący z nie-

wydolnością oddechową w porównaniu z chorymi, u których zastosowano metodę embolizacji.

3. Duża grupa chorych leczonych zarówno metodą klasyczną, jak i metodą embolizacji pozostawała w 4. kategorii wg AKCh w okresie pooperacyjnym średnio 10–12 dni.
4. U chorych po zabiegu operacyjnym niezależnie od zastosowanej metody najczęstszymi powikłaniami są ból głowy, niedowład, afazja i zaburzenia psychiczne.

Słowa kluczowe: tętniak, nieprzytomność, niewydolność oddechowa, deficyt samoopieki.

UWARUNKOWANIA WYDOLNOŚCI FUNKCJONALNEJ CHORYCH WE WCZESNYM OKRESIE PO OPERACYJNYM LECZENIU DYSKOPATII ŁĘDŹWIOWO-KRZYŻOWEJ

Renata Jabłońska¹, Robert Ślusarz¹, Agnieszka Królikowska¹, 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

Cel pracy: Celem przeprowadzonych badań było dokonanie oceny stanu funkcjonalnego chorych leczonych operacyjnie z powodu dyskopatii lędźwiowo-krzyżowej kręgosłupa oraz poznanie czynników warunkujących ten stan.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono na Oddziale Neurochirurgii i Neurotraumatologii z Oddziałem Usprawniania Leczniczego SPZOZ Wojewódzkiego Szpitala im dr. J. Bizuela w Bydgoszczy od czerwca do listopada 2007 roku. Grupę badawczą stanowiło 46 chorych przyjętych na oddział z powodu dyskopatii lędźwiowo-krzyżowej, którzy zakwalifikowani zostali do leczenia operacyjnego.

W badaniach wykorzystano wskaźnik funkcjonalny „Repty” (WFR) oraz *Analogowo-wzrokową skalę bólu* (VAS), a także dane socjodemograficzne umieszczane przez respondentów w metryczce ankiety. Pomiar dokonywane były w dniu poprzedzającym zabieg operacyjny oraz w dniu wypisu.

Wyniki: Zgromadzony materiał opracowano statystycznie, weryfikując hipotezy na poziomie istotności $p \geq 0,05$. Wydolność funkcjonalna przed zabiegiem operacyjnym wyniosła 101,30 pkt, a po zabiegu – 100,43 pkt. Przed zabiegiem gorzej funkcjonują mężczyźni, osoby powyżej 50. roku życia i pracujące zawodowo, natomiast po zabiegu – mieszkańcy dużych miast oraz kobiety. Średnia bólu przed operacją wyniosła 6,46 pkt, a po zabiegu – 3,43 pkt.

Wnioski:

1. Pacjenci z dyskopatią lędźwiowo-krzyżową zarówno przed leczeniem operacyjnym jak i po nim, wykazują pełną samodzielność funkcjonalną. Po przeprowadzonej operacji, w dniu wypisu, wydolność ta jest nieco mniejsza niż przed zastosowaniem leczenia neurochirurgicznego.
2. Istnieje związek pomiędzy wydolnością funkcjonalną, a czynnikami socjodemograficznymi, takimi jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, status zawodowy oraz rodzaj wykonywanej pracy. Natomiast wykształcenie jest czynnikiem niezależnym sprawności funkcjonalnej.
3. Ból nie determinuje sprawności funkcjonalnej chorych przed zabiegiem operacyjnym i po nim, choć nasilenie jego w dniu wypisu jest zdecydowanie mniejsze niż przed operacją.

Słowa kluczowe: wydolność funkcjonalna, dyskopia lędźwiowo-krzyżowa.

CIŚNIENIE TĘTNICZE I DIUREZA U PACJENTÓW WE WCZESNYM OKRESIE PO PRZESZCZEPIE NERKI

Agnieszka Kapata

Oddział Transplantologii i Chirurgii, Szpital Wojewódzki w Poznaniu

Celem pracy było ustalenie zakresu problemów, rodzaju i liczby interwencji, z jakimi spotyka się personel pielęgniarski sprawujący opiekę nad chorym we wczesnym okresie po przeszczepie nerki.

Materiał i metody: Grupę badaną stanowili pacjenci we wczesnym okresie po przeszczepieniu nerki hospitalizowani na Oddziale Transplantologii i Chirurgii Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu. Badania przeprowadzono przez pierwsze 24 godz. od powrotu chorego na oddział z sali wybudzeń bloku operacyjnego. Badaniami objęto 100 osób i przeprowadzono je od czerwca 2006 r. do czerwca 2007 r. Jako metodę badawczą zastosowano obserwację uczestniczącą, postępując się kartą obserwacji własnego autorstwa. Dzięki zastosowaniu obserwacji uczestniczącej scharakteryzowano zachodzące w niewymuszonych okolicznościach postępowanie pielęgniarek wobec pacjentów w pierwszej dobie po przeszczepie nerki.

Wyniki: U 1/3 chorych w pierwszej dobie po przeszczepie nerki zaobserwowano okresowo występujący godzinowy bezmocz, u 2/3 chorych stwierdzono zaś dobowy wielomocz. W pierwszej dobie po zabiegu nieco więcej niż połowa chorych (60%) wymagała stosowania diuretyku w iniekcji dożylniej w celu wymuszenia bądź zwiększenia diurezy. Stwierdzono zależność statystyczną pomiędzy płcią a występowaniem nadciśnienia tętniczego w okresie przedoperacyjnym u pacjentów poddanych transplantacji nerki.

Wnioski: Zespół pielęgniarski podejmujący opiekę nad pacjentem we wczesnym okresie po przeszczepie nerki powinien systematycznie prowadzić kontrolę diurezy chorego z uwagi na okresowo występujący bezmocz i/lub wielomocz, co z kolei wymaga podaży płynów infuzyjnych w optymalnej dla chorego dawce. Zespół pielęgniarski powinien systematycznie kontrolować ciśnienie tętnicze u pacjenta, ponieważ u większości chorych po przeszczepie nerki stwierdza się nadciśnienie tętnicze zarówno w okresie przedtransplantacyjnym, jak i podwyższone wartości ciśnienia tętniczego po operacji.

Słowa kluczowe: przeszczep nerki, okres pooperacyjny, nadciśnienie tętnicze, diureza, obserwacja uczestnicząca.

INTERDYSCYPLINARNA OPIEKA NAD OSOBĄ ZE STOMIĄ

Zbigniew Banaszekiewicz

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

Ocenia się, że w Polsce żyje ok. 20 tys. osób ze stomią jelitową. Mimo coraz wcześniejszego rozpoznawania chorób jelita grubego i rozwoju nowych technik chirurgicznych, liczba wykonywanych stomii nie uległa zmniejszeniu. Stomia jelitowa wytwarzana jest najczęściej w przebiegu chirurgicznego leczenia nowotworów jelita grubego i chorób zapalnych jelit. Przez wiele lat zarówno wskazania, jak i technika wytwarzania stomii ulegały modyfikacjom. O dobrej jakości życia i pełnej aktywności życiowej osoby ze stomią decyduje prawidłowe umiejscowienie stomii i prawidłowe jej wykonanie, dobrze dobrany sprzęt stomijny oraz właściwa opieka pooperacyjna. W przebiegu pooperacyjnym należy nauczyć chorego właściwej pielęgnacji stomii, udzielić niezbędnego wsparcia psychicznego oraz umiejętnie pokierować go w kierunku readaptacji do normalnego życia. Obecnie w Polsce wszystkie osoby ze stomią mają zapewniony bezpłatny sprzęt stomijny. Wielu chirurgów podejmowało próby wykonywania zabiegów zmierzających do kontroli nad oddawaniem stolca u osób z wyłonioną stomią (zbiornik Kocka, system magnetyczny wg Feustela i Henniga, silikonowy pierścień z zatyczką Pragera, wykorzystanie własnej zastawki krętniczo-kątniczej Moreira lub warstwy mięśniowej jelita). Wszystkie te metody są trudne technicznie, wykonywane w nielicznych ośrodkach na świecie i wiążą się z większym niebezpieczeństwem powikłań pooperacyjnych. Prawidłowo wykonana stomia zazwyczaj daje możliwość szybkiego powrotu do pełnej aktywności życiowej. Nadal w znakomitej większości ośrodków stomię wykonuje zgodnie z podanymi zasadami Turnbulla i Weakleya, a opieka pooperacyjna realizo-

wana jest przez zespół terapeutyczny w składzie pielęgniarka stomijna i lekarz operujący, często przy współudziale psychologa i wolontariusza.

Słowa kluczowe: stomia, jakość życia, opieka interdyscyplinarna.

OCENA WIEDZY PACJENTÓW NA TEMAT NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄCYCH NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH W POLSCE

Elżbieta Kozłowska¹, Maria T. Szewczyk^{1,2},
Zbigniew Banaszekiewicz², Paweł Jarmocik²,
Arkadiusz Jawień²

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

²Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, *Collegium Medicum*
im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Choroby nowotworowe są problemem cywilizacyjnym współczesnego świata. Stanowią jedną z najgroźniejszych grup chorób trapiących ludzkość, a liczba zachorowań na nie i zgonów z ich powodu stale rośnie. Szacuje się, że połowie przypadków chorób nowotworowych dałoby się zapobiec. Niezbędne jest więc zwiększenie świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz umiejętności dostrzegania niepokojących objawów. Kluczem do zmniejszenia zachorowalności i śmiertelności z powodu nowotworów złośliwych wydaje się być odpowiednia edukacja i badania skryningowe.

Cel pracy: Analiza wiedzy w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych.

Materiał i metody: Badania zostały przeprowadzone od 2007 r. do 2008 r. w SPZOZ Szpitalu Wojewódzkim im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy w Klinice Chirurgii Ogólnej, Klinice Potożnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej oraz na Oddziale Urologii, a także na terenie Centrum Onkologii w Bydgoszczy, na Oddziale Chorób Piersi oraz Kliniknym Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów. Badaniem objęto łącznie 300 osób, w tym 250 chorych hospitalizowanych na wyżej wymienionych oddziałach oraz 50 osób zdrowych, które stanowiły grupę kontrolną. Metodę badawczą stanowił specjalnie skonstruowany kwestionariusz ankiety, który składał się z 8 pytań zamkniętych i 12 otwartych. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu.

Wyniki: Stwierdzono, że u osób chorych na nowotwór złośliwy znajomość objawów klinicznych raka płuc i raka stercza jest większa w porównaniu z grupą kontrolną. Nie stwierdzono istotnie statystycznych różnic dotyczących znajomości metod przesiewu w kierunku raka jelita grubego, raka stercza, raka szyjki macicy. Natomiast znacz-

nie większy odsetek osób z grupy kontrolnej znał zasady przesiewu raka piersi ($p=0,000824$). Największy odsetek osób mających wiedzę o objawach chorób nowotworowych mieszka w małych miastach (poniżej 50 tys. mieszkańców), a najmniejszy stanowią mieszkańcy wsi.

Wnioski: Ankietowani dysponują największą wiedzą na temat nowotworu piersi, najmniej zaś jest im znany rak gruczołu krokowego; świadomość onkologiczna badanych jest uzależniona od poziomu wykształcenia, wieku i miejsca zamieszkania; u pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową łącznie poziom wiedzy o objawach i możliwościach wykonania badań przesiewowych nie jest wyższy niż u potencjalnie zdrowych osób; największą wiedzą na temat nowotworów leczonych na danym oddziale lub w klinice odznaczają się pacjenci hospitalizowani na Oddziale Urologii, w Klinice Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej.

Słowa kluczowe: rak, wiedza, objawy, skryning.

PORÓWNANIE JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB Z UROSTOMIĄ I KOLOSTOMIĄ

Anna Kubiak¹, Zbigniew Banaszkiewicz², Stanisław Wroński¹

¹Oddział Urologii i Urologii Onkologicznej z Pododdziałem Chemioterapii, Wojewódzki Szpital im. dr. J. Biziela w Bydgoszczy

²Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Zdrowie jest dla człowieka najważniejszą wartością i jest uznane za istotny komponent jakości życia. Choroba i jej konsekwencje (kalectwo, zmiana wyglądu ciała) zawsze doprowadza do ograniczenia i upośledzenia normalnego życia. Zmusza człowieka do przystosowania się do zmieniających okoliczności.

Dzięki postępom medycyny udaje się wyleczyć coraz większą grupę chorych, ale jednocześnie powstaje coraz większa grupa osób niepełnosprawnych. Bardzo ważnym elementem pracy pracowników ochrony zdrowia jest poprawa jakości życia tych osób.

Cel pracy: Porównanie jakości życia osób z urostomią i kolostomią.

Materiał i metody: Badaniem objęto 100 osób, z czego analizie poddano 75 osób, które oddały prawidłowo wypełnione ankiety. Respondenci zostali podzieleni na dwie grupy – osoby z kolostomią i z urostomią. Grupa z kolostomią liczyła 33 osoby (6 kobiet i 27 mężczyzn), natomiast grupa z urostomią 42 osoby (21 kobiet i 21 mężczyzn). W zależności od uzyskanych wyników jakości życia podzielono wszystkie osoby ze stomią na trzy grupy. Grupę I stanowiły osoby, których jakość życia była bardzo dobra, grupę II – osoby z dobrą jakością życia, a grupę III – osoby, których jakość życia oceniono jako złą.

Wyniki: Bardzo dobrą i dobrą jakość życia stwierdzono u 12 (16%) badanych, nie odnotowując różnic w zależności od rodzaju stomii. Złą jakość życia występowała częściej wśród mężczyzn – zarówno u osób z kolostomią (37,04 vs 16,67%), jak i z urostomią (19,05 vs 4,76%). Gorszą jakość życia stwierdzono u osób niepracujących, mieszkających samotnie, niebędących członkami towarzystwa POL-ILKO, mieszkających na wsi. Różnice te nie były jednak istotne statystycznie. Statystycznie istotne różnice wykazano u osób z kolostomią w zależności od poziomu wykształcenia i wieku badanych. Co 3. osoba z wyższym wykształceniem zarówno wśród osób z kolostomią, jak i urostomią osiągnęła bardzo dobrą jakość życia. Natomiast u osób z wykształceniem zawodowym złą jakość życia stwierdzono u co 2. osoby z kolostomią i tylko u co 8. z urostomią ($p=0,045598$). W badanej grupie osób z kolostomią u ponad 40% stwierdzono złą jakość życia ($p=0,023326$).

W tej samej grupie wiekowej u osób z urostomią stwierdzono również większy, ale nieistotny statystycznie odsetek osób ze złą jakością życia (14,29 vs 0).

Wnioski:

1. U osób z urostomią złą jakość życia występuje 3-krotnie rzadziej w porównaniu z osobami z kolostomią.
2. Złą jakość życia u osób zarówno z kolostomią, jak i urostomią dotyczy częściej mężczyzn.
3. Jakość życia osób ze stomią zależy od wieku. U osób starszych częściej występuje złą jakość życia. U osób z kolostomią zależność ta jest znamienna statystycznie.
4. Jakość życia osób ze stomią mieszkających na wsi jest gorsza. Złą jakość życia w tej grupie występuje 3-krotnie częściej u osób z kolostomią.
5. Jakość życia zależy od stopnia wykształcenia. W grupie osób z wykształceniem wyższym złą jakość życia występuje bardzo rzadko. Zależność ta jest znamienna statystycznie u osób z kolostomią.

Słowa kluczowe: jakość życia, kolostomia, urostomia.

EDUKACJA DOROSŁYCH ZE STOMIĄ

Katarzyna Cierzniakowska, Maria T. Szewczyk

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

Osoba, u której wyłoniono podczas zabiegu operacyjnego stomię jelitową, znajduje się w zupełnie nowej sytuacji zdrowotnej. Taki sposób leczenia często powoduje usunięcie przyczyny dolegliwości (choroba podstawowa, uraz jamy brzusznej) w zamian za konieczność przystosowania się do życia ze stomią.

Podczas sprawowania opieki oraz przeprowadzania edukacji osoby ze stomią pielęgniarka powinna wziąć pod uwagę nie tylko na obiektywne, ale również subiek-

tywne, często niewypowiedziane oczekiwania chorego. Należy pamiętać, że osoba, która po raz pierwszy w życiu spotkała się ze stomią, nierzadko ma problem z werbalizacją swoich potrzeb. Złotą zasadą jest określenie, jaki zasób informacji na temat stomii jelitowej ma podopieczny, oraz w jakim zakresie potrzebuje jego uzupełnienia.

Edukacja, rozumiana jako proces oddziaływań wychowawczych i dydaktycznych, ma za zadanie kształtować prawidłowe postawy zdrowotne i wzmacniać poczucie odpowiedzialności za własne życie i zdrowie. Duża część osób ze stomią jest zainteresowana zdobywaniem nowych informacji związanych z funkcjonowaniem stomii i jej pielęgnacją, niezależnie od czasu, jaki upłynął od jej wyłonienia. W związku z tym proces edukacji osób ze stomią nie kończy się w momencie wypisania ze szpitala.

Słowa kluczowe: stomia jelitowa, edukacja, opieka pielęgniarstwa.

OCENA PRZYSTOSOWANIA SIĘ OSÓB Z WYŁONIONĄ STOMIĄ JELITOWĄ DO ŻYCIA

Sławomira Michalak¹, Katarzyna Cierznikowska^{1,2},
Maria T. Szewczyk^{1,2}, Zbigniew Banaszek¹,
Arkadiusz Jawień¹

¹Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, *Collegium Medicum*
im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, *Collegium Medicum*
im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Wyłonienie stomii jelitowej jest trudnym do zaakceptowania przez samego chorego okaleczeniem, które często ma odzwierciedlenie w późniejszym jego funkcjonowaniu we wszystkich sferach życia. Zmienia się akceptacja własnego ciała, samoocena, bardzo często sytuacja życiowa.

Cel pracy: Ocena przystosowania się osób z wyłonioną stomią jelitową do życia.

Materiał i metody: Badania prowadzono w grupie 30 osób ze stomią hospitalizowanych w Klinice Chirurgii Ogólnej SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala im. dr. J. Bizieła w Bydgoszczy oraz wśród osób uczestniczących w spotkaniach Towarzystwa POL-ILKO. Narzędziem badawczym były ankiety AIS, SWLS, IZZ oraz własny kwestionariusz stworzony na potrzeby niniejszej pracy.

Wyniki: Wśród osób ze stomią jelitową większe problemy dotyczące pielęgnacji i zaopatrywania stomii mają w osoby, u których wyłoniono ileostomię (χ^2 : 5,83; $df=1$; $p=0,0157$), kolostomia nie sprawia chorym tak dużych trudności. W początkowym okresie po wyłonieniu stomii do 1. roku osoby ze stomią częściej korzystały z pomocy innych osób podczas zmiany woreczka stomijnego (χ^2 : 4,75; $df=1$; $p=0,0293$). W późniejszym okresie

czynności te najczęściej były wykonywane samodzielnie. Czwarta część – 26% badanych – zdecydowanie podkreśla, że ma kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez posiadanie stomii. Na podstawie skali SWLS określono, że 30% ankietowanych osiągnęło wysoki stopień satysfakcji z życia, przeciętny – 40%, natomiast 30% – niski.

Wnioski:

1. Rodzaj posiadanej stomii wpływa na samodzielność jej pielęgnowania.
2. W początkowym okresie życia ze stomią respondenci korzystali z pomocy innych osób podczas zmiany woreczka stomijnego, w późniejszym okresie czynności te wykonywali samodzielnie.
3. Deklarowany stopień przystosowania się osób ankietowanych do choroby i życia ze stomią kształtuje się na poziomie średnim i stanowi większy problem dla kobiet.
4. Zdecydowana większość osób ze stomią określa stopień satysfakcji z własnego życia na poziomie przeciętnym i wysokim.

Słowa kluczowe: kolostoma, ileostomia, pielęgnacja, satysfakcja z życia.

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE KOBIEŃ PO MASTEKTOMII

Joanna Wierzbicka¹, Maria Kołtun¹, Monika Chrobocińska²

¹Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego i Rehabilitacji, Instytut
Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa
w Ciechanowie

²Oddział Ortopedyczny, Samodzielny Zespół Opieki Zdrowotnej
w Płońsku

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem wśród kobiet. Z roku na rok wzrasta liczba nowych zachorowań, a choroba ta nierzadko jeszcze prowadzi do śmierci. Amputacja piersi jest wielkim przeżyciem dla kobiety. Utrata atrybutu kobiecości i macierzyństwa jest traumatycznym momentem.

Cel pracy: Ukazanie problemów kobiet po mastektomii.

Materiał i metody: Materiał badawczy stanowiły dwie pacjentki po mastektomii przebywające na Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala w Ciechanowie. Badanie przeprowadzono metodą prezentacji przypadku na podstawie wywiadu, obserwacji i analizy dokumentów.

Wyniki: Problemy po mastektomii u prezentowanych pacjentek – lęk i niepokój spowodowany amputacją piersi, obrzęk limfatyczny, wszechstronny ból i ograniczony zakres ruchów kończyny po stronie operowanej, rana nowotworowa po stronie po usunięciu piersi. Każda z hospitalizowanych pacjentek myśli o czekającym ją zabiegu operacyjnym przez pryzmat bólu, uzależnienia

od personelu i rodziny. Boi się fizycznego okaleczenia ciała, a także śmierci.

Pacjentki obserwują wszystko i wszystkich, nabierają zaufania do personelu, od którego będą zależne po zabiegu operacyjnym, albo je tracą. Muszą uwierzyć, że zostanie zrobione wszystko, aby je zabezpieczyć przed powikłaniami, a w razie ich wystąpienia zostanie im udzielona natychmiastowa pomoc.

Wnioski:

1. Mastektomia to wielkie przeżycie dla każdej kobiety.
2. Przedstawione dwa przypadki pacjentek z nowotworem piersi dowodzą, że mastektomia jest przyczyną wielu problemów.
3. Informacje uzyskane od pielęgniarek dotyczące sposobu zachowania się po powrocie do domu, właściwej pielęgnacji swojego ciała pozwoliły im uzyskać wysoki stopień samoopieki.
4. Złożoność problemów pojawiających się u pacjentek po mastektomii wymaga od pielęgniarek szerokiej wiedzy i umiejętności zawodowych.

Słowa kluczowe: mastektomia, diagnoza pielęgniarstwa, edukacja.

OCZEKIWANIA RODZICÓW WZGLĘDEM OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD DZIECKIEM W WARUNKACH SZPITALNYCH

Dorota Bilicka¹, Małgorzata Korbińska¹, Aleksandra Popow²

¹Oddział Chirurgii Dziecięcej z Pododdziałem Urologii i Leczenia Oparzeń, Wojewódzki Szpital im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy

²dyrektor ds. pielęgniarstwa, Wojewódzki Szpital im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy

Możliwość całodobowej opieki nad dzieckiem przebywającym w szpitalu oraz uczestniczenie rodziców w czynnościach pielęgnacyjnych sprawiają, że rosną oczekiwania względem opieki pielęgniarstwa. Pielęgniarki są osobami, z którymi mali pacjenci i ich rodzice stykają się najczęściej w czasie pobytu w szpitalu i od których wymagają profesjonalizmu, troski, bezpieczeństwa i poszanowania ich praw. Oczekiwania są różne i zależą od trybu przyjęcia, długości pobytu, wieku dziecka.

Cel pracy: Celem pracy było poznanie oceny poziomu opieki pielęgniarstwa w oczach rodziców i opiekunów dzieci hospitalizowanych w oddziale.

Materiał i metody: Do realizacji założonych celów zastosowano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji. Grupę badawczą stanowiło 58 rodziców dzieci hospitalizowanych na Oddziale Chirurgii Dziecięcej z Pododdziałem Urologii i Leczenia Oparzeń Wojewódzkiego Szpitala im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy. Badania przeprowadzono w 2008 r. Do badania zależności oceny danego aspektu od zmiennych (wieku dziecka, czasu hospitalizacji, trybu

przyjęcia i rodzaju pobytu) wykorzystano statystyki χ^2 dla tabel dwudzielnych lub wielodzielnych.

Wyniki: W badaniu uczestniczyły 47 kobiet i 11 mężczyzn. Wiek pacjentów był zróżnicowany i wahał się od kilku dni do 16. roku życia. Ze zgromadzonych danych wynika, że oczekiwania rodziców zależą od trybu przyjęcia i rodzaju pobytu, tzn. czy dziecko przebywało na obserwacji, czy miało wykonany zabieg operacyjny.

Wnioski:

1. Większe oczekiwania w odniesieniu do opieki pielęgniarstwa mają rodzice dzieci do 6. roku życia.
2. Nie wykazano zależności między czasem hospitalizacji a większymi oczekiwaniami rodziców.
3. Rodzice dzieci przyjętych w trybie nagłym byli bardziej niezadowoleni z kontaktu z pielęgniarką w godzinach popołudniowych i z odwiedzin.
4. Większe oczekiwania względem pielęgniarek i funkcjonowania oddziału wykazują rodzice dzieci przyjętych na obserwację i w celu diagnostyki przedoperacyjnej.

Słowa kluczowe: zabieg operacyjny, badania diagnostyczne, opieka pielęgniarstwa, dzieci i rodzice.

POTRZEBY PACJENTKI PO ZABIEGU OPERACYJNYM USUNIĘCIA PĘCZERZYKA ŻÓŁCIOWEGO WG KONCEPCJI DOROTHY OREM

Maria Kołtun¹, Joanna Wierzbicka¹,
Edyta A. Cienkuszewska²

¹Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego i Rehabilitacji, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie

²Oddział Ortopedyczny, Samodzielny Zespół Opieki Zdrowotnej w Płońsku

Kamica pęcherzyka żółciowego jest jednym z najczęściej występujących schorzeń przewodu pokarmowego. W Polsce zachorowalność na kamice żółciową ciągle wzrasta i dotyczy coraz młodszych ludzi. Stanowi to ogromny problem zdrowotny i społeczny. Poszukiwanie nowych rozwiązań w leczeniu kamicy pęcherzyka żółciowego przyniosło pojawienie się nowej metody operacyjnej, jaką jest cholecystektomia laparoskopowa. Metoda ta pozwala na skrócenie czasu pobytu szpitalnego, zmniejszenie dolegliwości pooperacyjnych oraz dobry wynik kosmetyczny. Powodzenie zabiegu operacyjnego i pomyślny przebieg okresu pooperacyjnego zależy w dużej mierze od sposobu przygotowania pacjenta do zabiegu, jak również pielęgnacji pacjenta po operacji. Teoria samoopieki D. Orem znajduje zastosowanie w realizowaniu opieki pielęgniarstwa pacjentów chirurgicznych.

Cel pracy: Ustalenie potrzeb osoby z kamicy pęcherzyka żółciowego po zabiegu operacyjnym wg koncepcji D. Orem.

Materiał i metody: Badano chorą na kamicę pęcherzyka żółciowego przebywającą na Oddziale Chirurgii Ogólnej szpitala w Płońsku w dniach 18.02.2008–21.02.2008 r. Badanie przeprowadzono metodą prezentacji przypadku na podstawie wywiadu, obserwacji i analizy dokumentów.

Wyniki: Określono potrzeby pacjentki z kamicą pęcherzyka żółciowego i podzielono je na następujące grupy:

- problemy związane z okresem przedoperacyjnym, w którym pielęgniarka stosowała system wspierająco-edukacyjny w zakresie potrzeb uniwersalnych; pielęgnując chorą, realizowała przede wszystkim działania dla pacjenta;
- problemy w okresie pooperacyjnym – na tym etapie choroby występował znaczny deficyt samoopieki. W pielęgnowaniu zastosowano najwłaściwszy system pielęgnowania – całkowicie kompensacyjny. Grupę potrzeb stanowiły potrzeby uniwersalne w zaburzeniach stanu zdrowia.

Wnioski: Teoria samoopieki D. Orem znajduje zastosowanie w realizowaniu opieki pielęgniarskiej w oddziale chirurgicznym. Pacjent może wymagać zastosowania jednego systemu pielęgnowania D. Orem lub kombinacji kilku. Niekiedy sytuacja zmienia się w taki sposób, że następuje przejście od jednego systemu do drugiego.

Słowa kluczowe: opis przypadku, kamica pęcherzyka, opieka pielęgniarska.

POCZUCIE SKUTECZNOŚCI I UMIEJSCOWIENIE KONTROLI ZDROWIA A ZACHOWANIA ZDROWOTNE W GRUPIE PACJENTÓW PO PRZESZCZEPIE

Anna Andruszkiewicz¹, Agnieszka Płóciennik²

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

²Katedra i Klinika Transplantologii i Chirurgii Ogólnej, Szpital Uniwersytecki im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy

Celem pracy było określenie zależności pomiędzy poczuciem skuteczności, umiejscowieniem kontroli zdrowia a zachowaniami zdrowotnymi w grupie pacjentów po przeszczepie.

Materiał i metody: Przebadano 30 osób (mężczyzn i kobiet) po przeszczepie nerki. W pracy zastosowano *Skałę uogólnionej własnej skuteczności* – GSES Schwarzera M. Jersalema, *Kwestionariusz MHLIC* – B.K.A. Wallstona, B.S. Wallston do badania umiejscowienia kontroli zdrowia i *kwestionariusz IZZ* – Juczyńskiego do badania zachowań zdrowotnych.

Wyniki: Analiza wyników pozwala stwierdzić, że istnieje związek między umiejscowieniem kontroli zdrowia, poczuciem własnej skuteczności a zachowaniami zdrowotnymi w grupie pacjentów po przeszczepie.

Wnioski: Bardziej skłonni do stosowania zachowań zdrowotnych, prawidłowych nawyków żywieniowych i zacho-

wań profilaktycznych są ci, którzy lokują kontrolę zdrowia w innych. Poczucie własnej skuteczności ujawnia natomiast dodatni związek z pozytywnym nastawieniem psychicznym.

Słowa kluczowe: poczucie własnej skuteczności, umiejscowienie kontroli zdrowia, zachowania zdrowotne, pacjenci po przeszczepie.

SPECYFIKA PIELĘGNIARSKIEJ OPIEKI POOPERACYJNEJ NAD CHORYM WE WCZESNYM OKRESIE PO PRZESZCZEPIE NERKI

Agnieszka Kapata

Oddział Transplantologii i Chirurgii, Szpital Wojewódzki w Poznaniu

W pracy omówiono zagadnienia opieki pielęgniarskiej nad pacjentem we wczesnym okresie po przeszczepie nerki. Przedstawiono komponenty opieki pielęgniarskiej nad chorym po przeszczepie nerki oraz wskazano na ich zasadność. Zaakcentowano znaczenie systematycznych pomiarów życiowych pacjenta wraz z ciągłą i dokładną oceną diurezy chorego. W pracy poruszono także temat rozmowy z chorym prowadzonej przez pielęgniarkę w okresie potransplantacyjnym oraz zasygnalizowano problem opieki nad chorym, u którego nastąpił odrzut przeszczepionego organu.

Słowa kluczowe: przeszczep nerki, okres pooperacyjny, opieka pielęgniarska.

WYKORZYSTANIE MODELI PIELĘGNOWANIA W OPIECE NAD PACJENTEM Z URAZEM WIELONARZĄDOWYM

Renata Piotrkowska, Agnieszka Falba, Janina Książek

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Akademia Medyczna w Gdańsku

W piśmiennictwie jest wiele prac poświęconych urazom wielonarządowym, jego przyczynom, następstwom, leczeniu i rehabilitacji, ale niewiele jest wiadomości na temat formułowania problemów oraz postępowania pielęgnacyjnego. W wyniku obrażeń wielonarządowych u pacjentów często występują ciężkie zaburzenia funkcjonalno-strukturalne, zagrażające ich życiu. Istota pielęgniarstwa, a co z tym związane modele pielęgnowania zorientowane na potrzeby podmiotu opieki ułatwiają pracę pielęgniarki. W teoretycznych modelach opieki, uwzględniających zaspokajanie potrzeb bytowych podopiecznych, znajdują się twierdzenia świadczące o rozpatrywaniu pacjenta jako całościowej struktury osobowej.

Cel pracy: Ukazanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta oraz zaproponowanie wybranych modeli pielęgnowania w opiece nad pacjentem z urazem wielonarządowym. W niniejszej pracy posłużono się metodą indywidualnego przypadku. Badania przeprowadzono w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej w Akademickim Centrum Klinicznym Akademii Medycznej w Gdańsku.

W pracy ukazano i sformułowano 14 problemów pielęgnacyjnych pacjenta z urazem wielonarządowym. Rozpoznano stan pacjenta poprzez identyfikację możliwości zaspokojenia 14 potrzeb uzupełnionych o 12 stanów, które bezpośrednio rzutują na zakres pielęgnowania według V. Henderson. Ukazano również pielęgnowanie jako asystowanie w samopielęnowaniu, jak określa w swoich założeniach D. Orem.

Słowa kluczowe: model pielęgnowania, problemy pielęgniarstwa.

MOŻLIWOŚCI ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM ODCEWNIKOWYM

Danuta Cieśla, Jolanta Czerniak

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

Kaniulacja żył obwodowych to jedna z najczęściej stosowanych procedur inwazyjnych wykonywanych przez pielęgniarki w szpitalu. Pomimo wprowadzania do praktyki klinicznej coraz lepszego jakościowo sprzętu do kaniulacji naczyń oraz środków do dezynfekcji i pielęgnacji miejsca wkłucia, zakażenia związane ze stosowaniem cewników/kaniul naczyniowych nadal stanowią poważny problem medyczny i ekonomiczny.

Zakażenia odcewnikowe spowodowane są wieloma czynnikami, takimi jak interakcje zachodzące w organizmie człowieka z drobnoustrojami, obecność kaniuli do naczyniowej oraz czas ich trwania. Wszystkie powyższe czynniki w połączeniu ze sobą stanowią ryzyko wystąpienia zakażenia. Głównymi źródłami zakażenia są drobnoustroje zasiedlające skórę pacjenta w miejscu wkłucia, drobnoustroje przechodzące do krwi z wewnątrzustrojowych ognisk infekcji, środowisko szpitalne. Kolonizowanie przez drobnoustroje powierzchni tworzyw sztucznych jest procesem złożonym i wieloetapowym. Dlatego zapobieganie zakażeniom jest niezwykle ważne i konieczne. Praca będzie omawiała zagadnienia związane z czynnikami ryzyka, zapobieganiem i postępowaniem związanym z zakażeniami odcewnikowymi.

Słowa kluczowe: zakażenia odcewnikowe, czynniki ryzyka zakażeń, zapobieganie, postępowanie.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD OSOBĄ Z NIESWOISTĄ CHOROBA ZAPALNĄ JELIT LECZONĄ OPERACYJNIE

Anna Szumska

Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki w Warszawie

Do grupy nieswoistych zapaleń jelit zalicza się przede wszystkim wrzodziejące zapalenie jelita grubego i chorobę Leśniowskiego-Crohna. Klinicznie najbardziej typowy jest przewlekły przebieg choroby z okresami zaostrzeń i remisji. Objawy kliniczne są różnorodne, w dużej mierze warunkowane aktywnością choroby, umiejscowieniem zmian zapalnych i występowaniem powikłań jelitowych i pozajelitowych. Postępowanie lecznicze, w tym leczenie chirurgiczne, zależy od jednostki chorobowej.

Opieka medyczna nad osobą z nieswoistą chorobą zapalną jelit stanowi ogromne wyzwanie dla interdyscyplinarnego zespołu na oddziale chirurgii. Pielęgniarka jest postrzegana w niej jako niezastąpiony współuczestnik.

Jakość opieki pielęgniarstwa i jej profesjonalizm znacząco wpływają na komfort życia chorego zarówno w okresie okołoperacyjnym, jak i po opuszczeniu przez niego szpitala. Właściwa opieka pielęgniarstwa nad chorymi na nieswoiste zapalenia jelit możliwa jest tylko poprzez holistyczne podejście i realizację jej w oparciu o proces pielęgnowania.

Cel pracy: Charakterystyka chorych operowanych z powodu nieswoistych zapaleń jelit i porównanie chorych z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego i chorobą Leśniowskiego-Crohna.

Materiał i metody: Retrospektywne badania przeprowadzono w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej SPZOZ Wojewódzkiego Szpitala im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy. Dotyczyły one 40 chorych hospitalizowanych operowanych z powodu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (22 chorych) i choroby Leśniowskiego-Crohna (18 chorych).

Wyniki: Analiza statystyczna wykazała brak znamiennych różnic co do częstości zgłaszanych objawów we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego i chorobie Leśniowskiego-Crohna. Charakterystyka badanej grupy wykazała istotne statystycznie różnice pod względem wieku chorych z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego i choroby Leśniowskiego-Crohna ($Z=6,37$) dla $p<0,05$. Badania wykazały również wyraźne różnice w stosowanych metodach operacyjnych w *colitis ulcerosa* i chorobie Leśniowskiego-Crohna, zależne od powodów przyjęć chorych na oddział. W dalszej części wyników miało to odzwierciedlenie w znamiennych statystycznie różnicach co do częstości i rodzaju wyłanianych stomii w obydwu jednostkach chorobowych.

Wnioski: Chorzy na nieswoiste zapalenia jelit w większości są przyjmowani do kliniki chirurgii w dobrym sta-

nie ogólnym, choć znaczny odsetek zgłasza dolegliwości bólowe i obecność biegunek. Częstość występowania zgłaszanych objawów nie różni się w chorobie Leśniowskiego-Crohna i we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego. Leczenie operacyjne choroby Leśniowskiego-Crohna powiązane jest głównie z powikłaniami choroby oraz dłuższym i bardziej zróżnicowanym czasem hospitalizacji w stosunku do wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. W przebiegu nieswoistych zapaleń jelit znacznie częściej stomie mają chorzy z *colitis ulcerosa*, przy czym definitywne przetoki z większą częstotliwością wyłaniają się w chorobie Leśniowskiego-Crohna.

Słowa kluczowe: opieka pielęgniarska, choroby jelit.
