

VIII OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSTWA ANGIOLOGICZNEGO

Streszczenia

OPIEKA SKONCENTROWANA NA PACJENCIE – ANALIZA KONCEPCJI I REZULTATÓW WDROŻENIA DO PRAKTYKI PIELĘGNIARSKIEJ

Maria Kózka

Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*, Kraków

Koncepcja opieki skoncentrowanej na pacjencie (ang. *patient centered care* – PCC) została uznana w wielu krajach za standardowe podejście w opiece zdrowotnej. Początki jej rozwoju datuje się na lata 50. XX wieku, a dynamiczny rozwój nastąpił na przełomie XX i XXI wieku. Celem PCC jest poprawa jakości opieki oraz promowanie udziału pacjenta i/lub jego rodziny w świadczeniach opieki zdrowotnej, poznanie obaw pacjenta, jego preferencji i świata wartości.

Celem pracy jest przedstawienie założeń PCC i rezultatów wdrożenia jej do praktyki pielęgniarskiej.

W ramach PCC wyodrębniono osiem kluczowych obszarów: respektowanie preferencji pacjenta, informacja i edukacja, koordynacja i integracja opieki, zaangażowanie rodziny i osób bliskich, zapewnienie komfortu, wsparcie emocjonalne, ciągłość opieki po wypisie ze szpitala i dostęp do opieki. Przeprowadzone dotychczas badania potwierdziły, że wdrożenie PCC przyniosło wymierne rezultaty: zadowolenie z opieki, zmniejszenie odsetka błędów, poprawę stanu zdrowia pacjenta, redukcję personelu i skrócenie czasu hospitalizacji oraz obniżenie kosztów opieki.

Słowa kluczowe: pacjent, praktyka pielęgniarska, opieka.

ROLA PIELĘGNIARKI W OKOŁOOPERACYJNEJ OPIECE ŻYWIENIOWEJ NAD STARSZYM PACJENTEM

Dorota Kozieł

Collegium Medicum Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce

Zaburzenia odżywiania u osób w wieku podeszłym stanowią poważny problem natury medycznej, psychospołecznej i ekonomicznej. Istnieją dowody, że nieprawidłowe odżywianie prowadzi do zahamowania procesu

gojenia się ran, częstszych powikłań pooperacyjnych i śmiertelności.

Celem pracy jest określenie roli pielęgniarki w ocenie stanu odżywienia osób starszych kwalifikowanych do zabiegów chirurgicznych. Pielęgniarki mogą przyczynić się do wczesnej identyfikacji chorych niedożywionych, poprawy ich wyników oraz lepszej opieki żywieniowej po zabiegu.

Słowa kluczowe: niedożywienie, starszy pacjent.

ZASTOSOWANIE SKALI C-HOBIC U PACJENTÓW LECZONYCH CHIRURGICZNIE Z POWODU RAKA JELITA GRUBEGO W ZAKRESIE OCENY GOTOWOŚCI DO WYPISU

Katarzyna Cierzniaowska¹, Elżbieta Kozłowska¹,
Aleksandra Popow¹, Justyna Łątka²

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

²Studenckie Koło Naukowe Katedry Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp: W procesie edukacji i przystosowywania do samodzielności chory powinien wykazywać aktywność i dbałość o swój stan zdrowia. Taka postawa daje poczucie wpływu na przebieg choroby i przyczynia się do poprawy jakości życia.

Cel pracy: Porównanie stopnia samodzielności w zakresie samoopieki i gotowości do wypisu pacjentów leczonych chirurgicznie z powodu raka jelita grubego z wyłonioną stomią jelitową i bez stomii jelitowej.

Materiał i metody: W badaniu uczestniczyło 100 leczonych chirurgicznie z powodu raka jelita grubego. Do badań wykorzystano skalę ADL (ang. *activities of daily living* – skala podstawowych czynności życia codziennego) oraz kwestionariusz oceny gotowości do wypisu C-HOBIC.

Wyniki: Grupę badanych podzielono na dwie podgrupy: 50 chorych z wyłonioną stomią oraz 50 chorych, u których w czasie zabiegu wykonano zespolenie jelitowe.

Badana grupę cechował wysoki poziom niezależności w zakresie czynności życia codziennego oceniany w skali ADL oraz gotowość do wypisu. Obydwie podgrupy nie różniły się między sobą istotnie w tym zakresie ($p > 0,05$).

Badania wskazały na różnice pod względem oceny gotowości do wypisu pomiędzy badanymi podgrupami ($p < 0,001$). Wyższy poziom gotowości do wypisu miały osoby bez stomii niż osoby ze stomią ($M = 50,72$; $SD = 9,50$ vs. $M = 45,00$; $SD = 10,63$).

Wyniki analiz korelacji wykazały, że wiek badanych osób powiązany był istotnie statystycznie z oceną stanu funkcjonalnego oraz z oceną gotowości do wypisu u wszystkich badanych ($p < 0,001$). Wraz ze wzrostem wieku w badanej grupie malała ocena stanu funkcjonalnego i gotowości do wypisu, przy czym silniejsze zależności występowały w grupie chorych bez stomii.

Wnioski: Badani chorzy w zdecydowanej większości prezentowali niezależną postawę podczas wykonywania podstawowych czynności życiowych i gotowość do wypisu.

Osoby z wyłonioną stomią mają niższą ocenę gotowości do wypisu niż osoby bez stomii.

Wraz ze wzrostem wieku badanych następowało pogorszenie funkcjonalności życia codziennego i niższa gotowość do wypisu.

Słowa kluczowe: gotowość do wypisu i samoopieki, opieka pielęgniarska, skala C-HOBIC, rak jelita grubego.

ROLA PRZEDOPERACYJNEJ EZOFAGOGASTRODUODENOSKOPII W LECZENIU BARIATRYCZNYM

Regina Sierżantowicz¹, Jerzy Ładny², Jolanta Lewko³

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

³Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp: Aktualne zalecenia dotyczące wykonania rutynowej przedoperacyjnej ezofagogastroduodenoskopii (EGD) u bezobjawowych pacjentów kwalifikowanych do operacji bariatrycznych są nadal przedmiotem dyskusji. Wśród chirurgów również nie ma jednoznacznej oceny tej procedury pod względem jej ostateczności i klinicznej przydatności. Powyższe kontrowersje są przedmiotem badania.

Cel pracy: Identyfikacja zmian patologicznych w przedoperacyjnej EGD u pacjentów kwalifikowanych do operacji bariatrycznych.

Materiał i metody: Uczestników badania – 222 pacjentów, podzielono na dwie grupy: grupa pierwsza obejmowała pacjentów z prawidłową masą ciała (BMI od 18,9 kg/m²

do 24,9 kg/m²) kwalifikowanych do EGD z powodu występujących objawów ze strony przewodu pokarmowego, grupa druga obejmowała pacjentów otyłych (BMI ≥ 40 kg/m²), którym wykonano standardowo EGD w ramach kwalifikacji do rękawowej resekcji żołądka metodą laparoskopową (ang. *laparoscopic sleeve gastrectomy* – LSG).

Wyniki: Najczęściej stwierdzaną nieprawidłowością w grupie pacjentów z otyłością było refluksowe zapalenie przełyku – 15/220 pacjentów (6,8%). Żylaki przełyku stwierdzono u 1 pacjenta (0,90%), natomiast przepuklinę rozworu przełykowego u 6 pacjentów z otyłością (5,41%). Przełyk Barretta zdiagnozowano u 2/220 pacjentów (0,90%), przy czym 1 należał do grupy z BMI w normie, a drugi do grupy z otyłością. Przewlekłe zapalenie żołądka stwierdzono u 176/220 pacjentów (80,0%). Identyczna liczba pacjentów 88 (80%) należała do obydwu badanych grup. Ponadto, stwierdzono współistnienie infekcji *Helicobacter pylori* u 36/220 pacjentów (16,3%) – po 18 z każdej grupy (16,36%). W badaniu zaobserwowano polipy żołądka u 11/220 osób (5%) oraz guzy podśluzówkowe żołądka u 3/220 pacjentów (1,3%). Refluks dwunastniczo-żołądkowy dotyczył 2 pacjentów (1,83%), choroba wrzodowa dwunastnicy 2 pacjentów (1,83%). U jednego pacjenta z grupy o prawidłowym BMI rozpoznano polip dwunastnicy 1 (0,90%).

Wnioski: Przedoperacyjna EGD umożliwia lepszą identyfikację patologii u bezobjawowych pacjentów z otyłością w porównaniu z grupą pacjentów z prawidłowym BMI kwalifikowanych do EGD z powodu innych objawów ze strony przewodu pokarmowego.

Słowa kluczowe: przedoperacyjna gastroduodenoskopia (EGD), chirurgia bariatryczna.

MODEL OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM PO LAPAROSKOPOWEJ RĘKAWOWEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA – STUDIUM PRZYPADKU

Maria Witkowska, Natalia Sak-Dankosky, Bożena Czarkowska-Pączek

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Wstęp: Wielu otyłych pacjentów mimo podejmowanych wysiłków nie jest w stanie skutecznie zmniejszyć masy ciała. Często jedynym rozwiązaniem problemu pozostaje poddanie się operacji bariatrycznej. Dzięki postępowi technologicznemu chirurgia bariatryczna w ciągu ostatnich lat bardzo się rozwinęła i obecnie oferuje wielostronną pomoc pacjentom zmagającym się z problemem otyłości, umożliwiając im długotrwałą poprawę jakości życia.

Cel pracy: Określenie problemów pielęgnacyjnych oraz skonstruowanie planu opieki pielęgniarskiej nad

pacjentką oddziału chirurgicznego po laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka.

Materiał i metody: Dane o pacjentce zebrano na podstawie wyników badania przedmiotowego i podmiotowego, analizy dostępnej dokumentacji w postaci historii choroby, wyników badań laboratoryjnych, testów diagnostycznych oraz obserwacji.

Wyniki: Opracowano kompleksowy i możliwy do zrealizowania plan opieki nad pacjentką. Uwzględniono biopsychospołeczne aspekty życia tuż po zabiegu laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka, tak by zaspokoić potrzeby pacjentki w okresie pooperacyjnym.

Słowa kluczowe: chirurgia bariatryczna, laparoskopowa rękawowa resekcja żołądka, ICNP®, laparoscopia, otyłość, proces pielęgnowania.

OCENA ZAPOTRZEBOWANIA NA OPIEKĘ PIELĘGNIARSKĄ W OKRESIE OKOŁOOPERACYJNYM CHORYCH NA RAKA JELITA GRUBEGO

Katarzyna Cierzniańska¹, Elżbieta Kozłowska¹, Aleksandra Popow¹, Martyna Kleman²

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

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

Wstęp: Okres okołoperacyjny jest dla pacjentów dużym obciążeniem psychicznym i fizycznym. Znieczulenie, rozległy uraz tkanek, ból – to niektóre z czynników wpływających na unieruchomienie chorego i czasową jego zależność od innych osób.

Niezbędna w okresie okołoperacyjnym opieka pielęgniarska sprowadza się nie tylko do wykonywania czynności higienicznych i usprawniania ruchowego, w równym stopniu skupia się na kontroli podstawowych funkcji życiowych, ocenie stanu klinicznego i wydolności układowej, kaniulacji naczyń, farmakoterapii, zaopatrzeniu rany pooperacyjnej, kontroli cewnika, sondy i drenażu. Zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską jest większe bezpośrednio po operacji i powinno maleć wraz z upływem czasu od wykonania procedury chirurgicznej.

Cel pracy: Ocena zmian zachodzących w zakresie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską w grupie chorych po zabiegach chirurgicznych wykonywanych z powodu raka jelita grubego w zależności od czasu, jaki upłynął od operacji.

Materiał i metody: W badaniach wzięto udział 65 chorych po zabiegu chirurgicznym wykonanym z powodu raka jelita grubego. Do analizy wykorzystano

arkusz do gromadzenia danych i standaryzowane narzędzia: skale Barthel i wydolności funkcjonalnej.

Wyniki: W trzeciej dobie po operacji 50% badanych uzyskało w skali SWF ≥ 31 pkt, co oznacza, że zostali zakwalifikowani do II grupy opieki (umiarkowana niezależność). W dniu wypisu 50% badanych uzyskało ≥ 40 pkt, co pozwoliło zaliczyć ich do I grupy opieki (pacjent niezależny).

Porównując wartości uzyskiwane w skali SWF oraz różnicę dla skali Barthel, pacjenci posiadający stomię uzyskiwali gorsze rezultaty w stosunku do pacjentów bez stomii. Dane wskazują na wystąpienie różnic istotnych statystycznie ($p < 0,05$).

Wnioski: Największe zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską po operacji z powodu raka jelita grubego występowało w okresie do 3 doby pooperacyjnej.

Pełną niezależność w dniu wypisu (I grupa opieki) uzyskała połowa badanych.

Chorzy, u których wyłoniono stomię jelitową bardziej potrzebują opieki w okresie pooperacyjnym.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, opieka pielęgniarska, okres okołoperacyjny.

OKOŁOOPERACYJNE POSTĘPOWANIE ŻYWIENIOWE

Elżbieta Kozłowska, Maria Teresa Szewczyk, Katarzyna Cierzniańska, Aleksandra Popow

Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Jednym z elementów leczenia chorego w okresie okołoperacyjnym jest odpowiednio prowadzone postępowanie żywieniowe.

Celem pracy jest przedstawienie programu żywieniowego w okresie okołoperacyjnym.

Każdego hospitalizowanego chorego powinno się obowiązkowo poddać ocenie stanu odżywienia, a u chorego ze zwiększonym ryzykiem niedożywienia dokonać pogłębionej oceny żywieniowej. Identyfikacja osób niedożywionych lub zagrożonych wystąpieniem niedożywienia umożliwia podjęcie wczesnej interwencji żywieniowej, której wdrożenie powinno być uzależnione od sytuacji klinicznej pacjenta. Przedoperacyjna poprawa stanu odżywienia chorego i wczesne żywienie pooperacyjne znacząco mogą zmniejszyć odsetek powikłań pooperacyjnych. Ryzykiem wystąpienia powikłań obciążone są zarówno osoby z niedożywieniem, jak i ze znaczną otyłością. Chorym ze wskaźnikiem BMI > 35 kg/m² zaleca się przedoperacyjną redukcję masy ciała, a chorym ciężko niedożywionym wdrożenie przedoperacyjnego leczenia żywieniowego, nawet kosztem odroczenia zabiegu o kilkanaście dni. Przygotowanie chorego do operacji zgodnie z zasadami oraz odpowiednia terapia żywienio-

wa w połączeniu z restrykcyjną okotooperacyjną płynotera-
terapią zwiększa skuteczność leczenia chirurgicznego,
a tym samym skraca czas pobytu w szpitalu.

Słowa kluczowe: terapia żywieniowa, okres okoto-
operacyjny, ryzyko powikłań.

OCENA SPRAWNOŚCI FUNKCJONALNEJ I JAKOŚCI ŻYCIA CHORYCH Z NIEDOKRWIENIEM KOŃCZYN DOLNYCH PO ZABIEGU REWASKULARYZACJI – WSTĘPNE WYNIKI BADAŃ

Anna Karpińska, Maria Szewczyk,
Justyna Cwajda-Białasik

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

Wstęp: Miażdżyca jest jedną z powszechnie wystę-
pujących chorób cywilizacyjnych i w 3–10% przypad-
ków odpowiada za rozwój niedokrwienia tętniczego
kończyn dolnych (PAD). Najczęstszym objawem PAD jest
chromanie przestankowe spowodowane bólem niedo-
krwiennym mięśni kończyn dolnych. Przydatnym bada-
niem służącym do oceny ukrwienia kończyn dolnych jest
wskaźnik ABI oraz pomiar dystansu chromania na bieżni.

Cel pracy: Ocena wpływu leczenia chirurgicznego
(rewaskularyzacji) przewlekłej choroby tętnic obwo-
dowych na jakość życia, sprawność funkcjonalną i dy-
stans chromania przestankowego.

Materiał i metody: W badaniu udział wzięło 43 chorych
z PAD (leczonych w Katedrze i Klinice Chirurgii Naczyniowej
i Angiologii, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego
Jurasza) zakwalifikowanych do zabiegu rewaskularyzacji.
Pacjenci zostali podzieleni na 3 grupy ze względu na poziom
niedrożności tętnicy: zespół Leriche’a, niedrożność udowo-
podkolanowa i dystalna. W ciągu pierwszych pięciu dni
przed planowanym zabiegiem wykonano pomiar wskaź-
nika ABI, dystansu chromania przestankowego PWFD oraz
MCD, pomiar dolegliwości bólowych w skali NRS, ocenę
jakości życia za pomocą ankiety WHOQoL-BREF oraz oce-
nę wydolności funkcjonalnej za pomocą kwestionariusza
chromania przestankowego. Badania zostały powtórzone
3 miesiące po zabiegu rewaskularyzacji.

Wyniki: U 93,02% osób wartość wskaźnika ABI popra-
wiła się po zabiegu rewaskularyzacji na kończynie dolnej
operowanej, natomiast u 6,98% osób nie odnotowano popra-
wy. Średni poziom dolegliwości bólowych w trakcie MCD
i PWFD obniżył się po zabiegu. Dystans bezbólowy popra-
wił się u 97,67% badanych, natomiast dystans maksymal-
ny poprawił się u 93,02%. Wykazano także poprawę jako-
ści życia we wszystkich aspektach. Wydolność funkcjonal-
na pacjentów poprawiła się średnio o 15,28%.

Wnioski: Zabieg rewaskularyzacji korzystnie wpływa
na poprawę ukrwienia kończyny dolnej u pacjentów z PAD.
Poprawia ich jakość życia i wydolność funkcjonalną, a tak-
że zmniejsza poziom odczuwanych dolegliwości bólowych.
Operacyjne udrożnienie naczynia tętniczego efektywnie
wpływa na wydłużenie bezbólowego dystansu chromania
przestankowego oraz dystansu maksymalnego.

Słowa kluczowe: niedokrwienie tętnicze, wskaźnik
kostka-ramię, chromanie przestankowe, jakość życia,
PAD, niedokrwienie kończyn dolnych.

CHROMANIE PRZESTANKOWE W PRAKTYCE FIZJOTERAPEUTY

Anna Spannbauer¹, Arkadiusz Berwecki², Anita Kulik³,
Maciej Chwał⁴, Piotr Mika⁵

¹Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium
Medicum, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego, Kraków

²Zakład Kinezyterapii, Katedra Fizjoterapii, Akademia
Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha, Kraków

³Zamiejskowy Wydział Kultury Fizycznej w Gorzowie
Wielkopolskim Akademii Wychowania Fizycznego
im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

⁴Klinika Chirurgii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet
Jagielloński Collegium Medicum, Szpital Zakonu Bonifratrów
św. Jana Grandego, Kraków

⁵Instytut Rehabilitacji Klinicznej, Akademia Wychowania
Fizycznego im. Bronisława Czecha, Kraków

Miażdżyca zarostowa tętnic kończyn dolnych (ang.
peripheral arterial disease – PAD) zwęża i zamyka głów-
ne naczynia zaopatrujące kończyny dolne w krew. Często
objawia się to symptomem chromania przestankowego.
Spowodowany wysiłkiem ból mięśni kończyn dolnych
związany z przemijającym niedokrwieniem prowadzi
do zmniejszenia aktywności fizycznej chorych. Obecne
zasady leczenia miażdżycowego niedokrwienia kończyn
dolnych opierają się nadal na wytycznych Inter Society
Consensus for the Management of Peripheral Arterial
Disease (TASC II) z 2007 r. oraz European Society of Car-
diology (ESC) z 2017 r. we współpracy z European Society
for Vascular Surgery (ESVS). Leczenie chorych z chro-
maniem przestankowym opiera się głównie na terapii
zachowawczej, której celem jest poprawa jakości życia
poprzez wydłużenie dystansu chromania oraz zmniej-
szenie ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych. Rehabi-
litacja obejmuje przede wszystkim nadzorowany trening
marszowy na bieżni, trening na ergometrze rowerowym,
ćwiczenia oporowe mięśni kończyn dolnych, ćwiczenia
kończyn górnych oraz zabiegi fizykoterapeutyczne. Edu-
kacja chorych na miażdżycę zarostową tętnic kończyn
dolnych powinna być prowadzona nie tylko przez leka-
rzy angiologów czy chirurgów naczyniowych, lecz także
przez fizjoterapeutów i pielęgniarki.

Słowa kluczowe: chromanie przestankowe, rehabi-
litacja, edukacja.

ZMIANA DYSTANSU MARSZU W TEŚCIE MARSZOWYM NA BIEŻNI I TERENIE U CHORYCH Z CHROMANIEM PRZESTANKOWYM UCZESTNICZĄCYCH W DWUNASTO NADZOROWANYM TRENINGU MARSZOWYM

Anita Kulik¹, Ewelina Rostonec², Przemysław Madejski², Anna Spannbauer^{3,4}, Jerzy Trzeciak¹, Piotr Mika²

¹Zamiejscowy Wydział Kultury Fizycznej w Gorzowie Wielkopolskim Akademii Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

²Instytut Rehabilitacji Klinicznej, Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha, Kraków

³Klinika Chirurgii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

⁴Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego, Kraków

Wstęp: Podstawowym elementem kompleksowej oceny chorego z chromaniem przestankowym jest weryfikacja możliwości marszu. Technologia GPS była wielokrotnie wykorzystywana do oszacowania możliwości chodzenia w terenie zarówno u osób zdrowych, jak i u chorych z chromaniem przestankowym.

Cel pracy: Ocena potreningowych zmian możliwości marszu na bieżni oraz w terenie u chorych z chromaniem przestankowym uczestniczących w nadzorowanym treningu marszowym na bieżni.

Materiał i metody: Do badań zakwalifikowano 36 chorych w wieku $69,94 \pm 6,9$ lat z rozpoznaną miażdżycą zrostową tętnic kończyn dolnych (stadium II według Fontaine'a). Pacjentów randomizowano do grup: treningowej (T, $n = 21$) i kontrolnej (K, $n = 15$). Grupa T uczestniczyła w 12-tygodniowym nadzorowanym programie treningowym według wytycznych TASC II. W celu oceny zmian w dystansie pojawienia się chromania (DPC) i maksymalnego dystansu marszu (MDC) zastosowano stopniowaną próbę marszową na bieżni. W celu oceny zmian w dystansie marszu w terenie (najdłuższy dystans – ND, całkowity dystans marszu – CDM), prędkości marszu (PM), liczby odpoczynków (LO) oraz średniego czasu trwania odpoczynku (CO) zastosowano nienadzorowany test marszowy w terenie z wykorzystaniem aparatury GPS. ND stanowił najdłuższy pokonany odcinek pomiędzy dwoma zatrzymaniami z powodu bólu w kończynach dolnych.

Wyniki: W grupie T zaobserwowano istotne wydłużenie DPD (92%), MDC (97%). W obu grupach nie zanotowano istotnych zmian w zakresie ND, CDM oraz PM ($p > 0,05$). W grupie T zaobserwowano istotne wydłużenie CO, czemu towarzyszyło istotne zmniejszenie LO ($p < 0,05$).

Wnioski: Dwunastotygodniowy nadzorowany trening na bieżni poprawia u pacjentów z chromaniem przestankowym zdolności marszu mierzone na bieżni, ale nie w terenie. Uzyskane wyniki nie pokrywają się z subiektywną oceną badanych, którzy zgłaszali poprawę w chodzeniu w terenie. Ich ocena opierała się jednak na możliwości pokonania trasy do garażu, przystanku, sklepu itp. Nie wie-

my, jaka była odległość tych odcinków. Zgodnie z wiedzą autorów jest to pierwsze badanie pacjentów z chromaniem przestankowym oceniające zmiany potreningowe w chodzeniu w terenie.

Słowa kluczowe: miażdżycy, chromanie przestankowe, test, GPS, bieżnia.

PIĘTA – MIEJSCE O ZMNIJSZONEJ OPORNOŚCI

Mariola Sznapka

Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca, Katowice

Wstęp: Pacjenci unieruchomieni w łóżku, chorzy w podeszłym wieku z zaniedbaniami higienicznymi, z miażdżycą, w szczególności powikłaną miażdżycą, oraz neuropatią cukrzycową stanowią grupę specjalnej troski. Pielęgniarka środowiskowa, lekarz POZ i rodzina powinni być zobligowani do codziennego sprawdzania stanu skóry stóp, w szczególności pięt.

Cel pracy: Ocena 47 pacjentów z różnego rodzaju ranami pięt.

Materiał i metody: Analizie poddano rany u 27 kobiet i 20 mężczyzn. W 19 przypadkach były to rany związane z przewlekłą niewydolnością żylną (PNŻ), w 16 z cukrzycą powikłaną makro- lub mikroangiopatią czy neuropatią, w pozostałych 12 przypadkach przyczyną była miażdżycy.

Wyniki: Wśród przyczyn pojawienia się ran na piętach wyszczególniono zaniedbania higieniczne, PNŻ – w szczególności zespół pozakrzepowy, grzybicę pięt, głębokie zakażone pęknięcia skóry pięt, miażdżycę oraz cukrzycę powikłaną miażdżycą z neuropatią cukrzycową.

Słowa kluczowe: rana przewlekła, cukrzyca, miażdżycy, neuropatia.

TERAPIA KONTROLOWANYM PODCIŚNIENIEM W ZESPOLE STOPY CUKRZYCOWEJ W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH

Bogusław Strzałko¹, Anna Wójcik^{1,2}, Dariusz Bazaliński^{1,2}, Mateusz Skórka³, Paulina Szymańska^{4,5}

¹Szpital Specjalistyczny w Brzozowie, Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. Bronisława Markiewicza, Brzozów

²Zakład Pielęgniarstwa i Zdrowia Publicznego, Instytut Nauk o Zdrowiu, Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów

³Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie

⁴Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr. Tytusa Chałubińskiego, Radom

⁵Mobilna Pielęgniarka, Specjalistyczne Usługi Pielęgniarskie w Miejscu Wezwania mgr Paulina Szymańska

Wstęp: Zastosowanie terapii NPWT (ang. *negative pressure wound therapy*) w warunkach ambulatoryjnych w zespole stopy cukrzycowej przyspiesza proces

gojenia rany poprzez eliminację wysięku i stymulację neoangiogenezy. Stworzenie planu opieki i strategii działania zespołu terapeutycznego w warunkach ambulatoryjnych stwarza możliwość regularnej kontroli rany oraz umożliwia optymalizację procesu leczenia.

Cel pracy: Przedstawienie procesu leczenia rany trudno gojącej się w przebiegu stopy cukrzycowej z wykorzystaniem NPWT w warunkach ambulatoryjnych.

Materiał i metody: Z grupy 50 osób leczonych z wykorzystaniem NPWT w ranach przewlekłych o różnej etiologii wybrano 3 przypadki chorych z zespołem stopy cukrzycowej (3 mężczyźni, średnia wieku 61 lat, według Barthel 20–60 pkt) powierzchnia ran 50 cm² według PEDIS II/III, WAGNER II/III. Średni czas prowadzonej terapii wybranych wynosił 4 miesiące. W procesie leczenia zastosowano urządzenie ActiVac (Aspirionix KCI San Antonio, USA). Wykorzystano metody: obserwacji, analizy dokumentacji oraz zgromadzonych danych w kwestionariuszu naukowo-badawczym.

Wyniki: Po diagnostyce i rewaskularyzacji (2 chorych) w warunkach stacjonarnych rany opracowano chirurgicznie ze zdewitalizowanych i martwych tkanek. Wdrożono MDT (ang. *maggot debridement therapy*, Biolab, Polska), następnie NPWT z wykorzystaniem podciśnienia 100 mmHg, sekwencja zmiany opatrunku co 3–5 dni, jako warstwę pośrednią stosowano opatrunki lipidokoloidowe i srebro nanokrystaliczne. W trakcie NPWT nie odnotowano powikłań i pogorszenia stanu rany. W dwóch przypadkach uzyskano proces wyleczenia, w trzecim stabilizację procesu gojenia.

Wnioski: NPWT jest skuteczną metodą leczenia trudno gojących się ran w przebiegu stopy cukrzycowej, z dużą destrukcją tkanek, po amputacjach otwartych, oraz współistniejącej infekcji.

Metoda jest bezpieczna i powinna być rekomendowana do zaopatrzenia chorych w warunkach domowych.

Słowa kluczowe: stopa cukrzycowa, rany przewlekłe, opieka interdyscyplinarna, terapia podciśnieniowa.

REHABILITACJA SZPITALNA PACJENTÓW Z COVID-19 – DOŚWIADCZENIA WŁASNE

Anna Spannbauer¹, Arkadiusz Berwecki²

¹Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego, Kraków

²Zakład Kinezyterapii, Instytut Nauk Stosowanych, Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha, Kraków

COVID-19 jest ostrą chorobą zakaźną układu oddechowego wywołaną zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Dotychczasowe doświadczenia kliniczne wskazują na konieczność jak najwcześniejszego wdrażania fizjoterapii na oddziałach szpitalnych oraz oddziałach intensywnej terapii, na których leczeni są chorzy z COVID-19.

Celem pracy jest zaprezentowanie rehabilitacji szpitalnej u pacjentów z COVID-19.

Prowadzona rehabilitacja to między innymi ćwiczenia oddechowe, przeciwzakrzepowe, ogólnousprawniające, trening marszowy, trening na cykloergometrze, ćwiczenia w zakresie samoobsługi. Profesjonalnie prowadzona fizjoterapia wpływa na poprawę tolerancji wysiłku i czynności wentylacyjnej płuc. Szpitalna rehabilitacja chorych z COVID-19 jest integralnie związana z opieką pielęgniarską i lekarską.

Słowa kluczowe: COVID-19, rehabilitacja, saturacja.

KSZTAŁCENIE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH OPERACYJNYCH W POLSCE

Joanna Przybek-Mita

Instytut Nauk o Zdrowiu, Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów

Wstęp: Pielęgniarstwo operacyjne koncentruje się na bezpiecznym przeprowadzeniu pacjenta przez zabieg chirurgiczny. Praca na stanowisku pielęgniarki, położnej operacyjnej, dawniej nazywanej instrumentariuszką, polega na świadczeniu usług związanych z przygotowaniem pacjenta, sal operacyjnych i instrumentarium chirurgicznego do przeprowadzenia operacji diagnostycznych i leczniczych oraz instrumentowaniu w trakcie podstawowych i wysokospecjalistycznych operacji. Instrumentowanie do operacji zrodziło się wraz z rozwojem chirurgii, choć początkowo czynności tych nie wiązano z pielęgniarstwem. Oczekiwania względem instrumentariuszek od zawsze były wysokie, dlatego konieczne jest odpowiednie przygotowanie zawodowe.

Cel pracy: Przedstawienie historii kształcenia pielęgniarek i położnych operacyjnych w Polsce.

Materiał i metody: Badanie zostało przeprowadzone na podstawie analizy piśmiennictwa dotyczącego kształcenia instrumentariuszek w Polsce, przepisów prawnych i programów kształcenia regulujących kształcenie podyplomowe w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego oraz weryfikacji dokumentów archiwalnych z prowadzenia kształcenia w latach 1960–2020.

Wyniki: Początki kształcenia pielęgniarek i położnych operacyjnych w Polsce sięgają 1960 r. i są związane z powstaniem Ośrodka Doskonalenia Średnich Kadr Medycznych w Warszawie. Wtedy zorganizowano pierwszy kurs dla instrumentariuszek. W 1969 r. otwarto pierwsze specjalizacje pielęgniarskie, wśród których znalazła się specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego. Na przestrzeni dziejów kilkakrotnie modyfikowano podstawy prawne i programy kształcenia podyplomowego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego. Uprawnienia do pracy na bloku operacyjnym pielęgniarki i położne operacyjne otrzymują w drodze kształcenia podyplomowego.

Wnioski: Na przestrzeni dziejów programy kursu kwalifikacyjnego, jak i specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego podlegały wielokrotnym modyfikacjom. Zarówno kursy kwalifikacyjne, jak i specjalizacje w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego cieszą się dużym zainteresowaniem wśród kadr pielęgniarstkich.

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo operacyjne, położna operacyjna, instrumentariuszka, kształcenie podyplomowe, historia.

DWA W JEDNYM: OPTYMALIZACJA PRACY NA BLOKU OPERACYJNYM I ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM MIEJSCA OPEROWANEGO – JAK TO OSIĄGNĄĆ?

Ewa Sztuczka

Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Rydygiera w Toruniu

Blok operacyjny jest specyficzną jednostką w każdej placówce. Z jednej strony to chluba i wizytówka szpitala, z drugiej miejsce generowania wysokich kosztów utrzymania (wysokie ceny sprzętu i aparatury medycznej, leków i akcesoriów jednorazowego użytku, obciążenia finansowe wynikające z terapii powikłań pooperacyjnych). Pomimo zachowania zasad i procedur wciąż borykamy się z problemem zakażeń szpitalnych. Obok powikłań płucnych i odcewnikowych układu moczowego w europejskich placówkach nadal najczęściej występuje zakażenie miejsca operowanego (ZMO). Stanowi ono jedno z najistotniejszych zagadnień nurtujących współczesną medycynę zarówno w państwach rozwijających się, jak i krajach wysoko rozwiniętych.

Celem pracy jest omówienie zasad optymalizujących pracę na bloku operacyjnym i prewencja ZMO.

W świetle tych problemów sprostać należy wdrożeniu obowiązujących rekomendacji opisanych w *WHO Handbook for guideline development 2018*. Zaleca się między innymi zapewnienie wysokiej jakości opieki przy możliwie najniższych wydatkach. Obiecującym rozwiązaniem w optymalizacji kosztów wydaje się zastosowanie sterylnych, zindywidualizowanych zestawów operacyjnych i doposażenie w płyny o właściwościach bakteriobójczych do irygacji miejsca operowanego. Do terapii ran absolutnie odradza się stosowanie antybiotyków. Przeciwno takim praktykom opowiadają się WHO oraz Towarzystwa Leczenia i Pielęgnacji Ran z wielu krajów Europy. Organizacje te stoją na stanowisku, że do terapii ran wystarczy miejscowe działanie środków antyseptycznych, a silne leki w postaci antybiozy systemowej ordynuje się dopiero wtedy, gdy do zakażenia dołącza się zakażenie ogólnoustrojowe potwierdzone dodatnim wynikiem ogólnego badania mikrobiologicznego. Pamiętać też należy, że istotnym elementem w terapii i pielęgnowaniu ran operacyjnych

jest płukanie ich przed ostatecznym zaopatrzeniem. Niezbędnym narzędziem decyzyjnym i weryfikującym potrzebę oraz konieczność wypłukania rany operacyjnej jest sumaryczna skala punktowa WAR.

Słowa kluczowe: ZMO, prewencja, blok operacyjny.

RÓŻNICE W PRACY PIEŁĘGNIARKI OPERACYJNEJ NA BLOKU OPERACYJNYM W POLSCE I W WIELKIEJ BRYTANII. RÓŻNICE W ZAKRESIE OBOWIĄZKÓW I ORGANIZACJI PRACY NA BLOKU OPERACYJNYM

Wojciech Łukowski

Centrum Medyczne Gizińscy, Bydgoszcz

Praca przedstawia standardy i różnice w pracy pielęgniarki operacyjnej na bloku operacyjnym w Wielkiej Brytanii i w Polsce. Celem pracy jest rozpowszechnienie wiedzy na temat dobrych praktyk oraz wdrożenie ich do pracy pielęgniarstkiej.

Słowa kluczowe: blok operacyjny, praktyka pielęgniarstwa, rola pielęgniarki.

REALIZACJA PROCEDURY UTRZYMANIA PACJENTA OPEROWANEGO W STANIE NORMOTERMII – PREZENTACJA DOŚWIADCZEŃ WŁASNYCH

Agnieszka Grejczyk¹, Katarzyna Cierznikowska², Aleksandra Popow²

¹Blok Operacyjny, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Jana Bizuela w Bydgoszczy

²Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wdrożenie procedury utrzymania pacjenta operowanego w stanie normotermii ma na celu zapobieganie niezamierzonej hipotermii okołoperacyjnej. Zjawisko to dotyczy chorych poddawanych zabiegom chirurgicznym, u których temperatura głęboka ciała w sposób nieplanowany i niekontrolowany osiąga poniżej 36°C. Dzieje się tak w przypadku 50–70% pacjentów.

Niezamierzoną hipotermię okołoperacyjną uznaje się za jedną z przyczyn występowania powikłań pooperacyjnych, takich jak zakażenie rany pooperacyjnej, powikłania sercowo-naczyniowe, wzrost dolegliwości bólowych oraz dyskomfort pacjenta spowodowany wychłodzeniem i dreszczami w bezpośrednim okresie pooperacyjnym. Istnieje wiele rekomendacji, które pozwalają w dość prosty sposób zapobiegać hipotermii. Niestety, z różnych przyczyn kompleksowe wprowa-

dzenie takich rozwiązań w polskich szpitalach jest niezmierzanie rzadkie.

Celem pracy jest prezentacja własnych doświadczeń związanych z opracowaniem i wprowadzaniem procedury utrzymania pacjenta operowanego w normotermii oraz rezultatami osiągniętymi podczas dwuletniego okresu realizacji.

Praktyczny opis etapów wprowadzania procedury utrzymania pacjenta operowanego w normotermii może być pomocny w trakcie realizacji podobnych standardów w innych placówkach medycznych.

Słowa kluczowe: niezamierzona hipotermia okołoperacyjna, nieinwazyjny pomiar temperatury głębokiej, ogrzewanie pacjenta wymuszonym obiegiem ciepłego powietrza, ogrzewanie płynów infuzyjnych i krwi.

PROFILAKTYKA HIPOTERMII OKOŁOPERACYJNEJ

Katarzyna Cierznikowska¹, Aleksandra Popow¹,
Elżbieta Kozłowska¹, Agnieszka Grejczyk²,
Daria Nowakowska³

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

²Blok Operacyjny, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Jana Biziała w Bydgoszczy

³Studenckie Koło Naukowe, ¹Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp: Niezamierzona hipotermia okołoperacyjna to częste powikłanie okołoperacyjne. Jest indukowana przez warunki panujące na sali operacyjnej, znieczulenie, rodzaj i długość trwania zabiegu oraz podawanie nieogrzanych płynów dożylnych i płuczących.

Cel pracy: Ocena występowania zjawiska hipotermii okołoperacyjnej i skuteczności stosowanej profilaktyki hipotermii u chorych hospitalizowanych na oddziale chirurgicznym poddawanych zabiegom chirurgicznym.

Materiał i metody: Badaną grupę stanowiło 200 chorych leczonych operacyjnie. Analizowano dokumentację medyczną chorych kolejno poddawanych operacji, stąd kryterium włączenia do badań stanowiła kompletność dokumentacji medycznej.

Wyniki: Średnia temperatura przed i po zabiegu była równa 36,6°C. Średnia różnica temperatury ciała podczas zabiegu w badanej grupie wynosiła 0,02°C. Hipotermia okołoperacyjna określona wartością temperatury poniżej 35°C wystąpiła u 9% chorych. Hipotermia miała miejsce u aż 13,6% pacjentów nieonkologicznych i tylko u 3,3% pacjentów onkologicznych ($p > 0,011$). Zakażenie układu moczowego (ZUM) istot-

nie częściej występowało u chorych z hipotermią, niż u pozostałych ($p = 0,004$). Zaobserwowano bliską istotności statystycznej zależność pomiędzy trybem przyjęcia i trybem wykonania zabiegu chirurgicznego, czasem trwania zabiegu oraz przetoczeniem koncentratu krwinek czerwonych, a temperaturą ciała podczas zabiegu ($0,05 > p < 0,1$).

Wnioski: Badanie potwierdziło skuteczność aktywnego ogrzewania chorych podczas zabiegów chirurgicznych.

Wystąpienie hipotermii śródoperacyjnej zwiększało ryzyko wystąpienia ZUM.

Pacjenci nieonkologiczni byli bardziej narażeni na wystąpienie hipotermii.

Wyższa temperatura podczas zabiegu chirurgicznego korelowała z przetoczeniami koncentratu krwinek czerwonych oraz wystąpieniem powikłań pooperacyjnych.

Słowa kluczowe: hipotermia okołoperacyjna, profilaktyka hipotermii, rola pielęgniarki.

STOWARZYSZENIA, ZWIĄZKI I INNE INSTYTUCJE DZIAŁAJĄCE NA RZECZ PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO W POLSCE

Joanna Przybek-Mita

Instytut Nauk o Zdrowiu, Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów

Wstęp: Tworzenie pierwszych organizacji zawodowych pracowników służby zdrowia na ziemiach polskich rozpoczęto w okresie dwudziestolecia międzywojennego. Ich legalizacja nasycała wiele trudności, dlatego większość rejestrowana była pod nazwami towarzystw i stowarzyszeń. Pozorowano działalność naukową, mimo że ich głównym celem były różne formy samopomocy zawodowej, kształcenie zawodowe i walka o podnoszenie rangi zawodu. Sygnalizowano również potrzebę zmian organizacyjnych w szpitalach.

Cel pracy: Przedstawienie działalności stowarzyszeń i związków zawodowych oraz innych instytucji działających na rzecz pielęgniarstwa operacyjnego w Polsce.

Materiał i metody: Badanie zostało przeprowadzone metodą analizy dokumentów archiwalnych, ze szczególnym naciskiem na dokumenty rejestrowe oraz sprawozdania z działalności stowarzyszeń, związków zawodowych i instytucji działających na rzecz pielęgniarstwa operacyjnego.

Wyniki: W Polsce na rzecz pielęgniarstwa operacyjnego działają następujące organizacje: Ogólnopolskie Stowarzyszenie Instrumentariuszek w Białymstoku (1999), Stowarzyszenie Instrumentariuszek Ortopedycznych w Warszawie (2008), Karkonoskie Stowarzyszenia Instrumentariuszek

w Jeleniej Górze (2010) oraz Towarzystwo Pielęgniarek i Położnych Operacyjnych w Bydgoszczy (1996). Od 2014 r. polskie pielęgniarki i położne operacyjne są reprezentowane w Europejskim Stowarzyszeniu Pielęgniarek Bloku Operacyjnego (EORNA). Przy niektórych Okręgowych Izbach Pielęgniarek i Położnych w Polsce działają zespoły ds. pielęgniarstwa operacyjnego.

Wnioski: W 2003 r. w Lublinie został zarejestrowany Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Bloku Operacyjnego, Anestezjologii Intensywnej Terapii, którego głównym zadaniem jest reprezentowanie i obrona praw i interesów zawodowych, socjalnych, materialnych i moralnych swoich członków. Od 2011 r. na wniosek Ministra Zdrowia został powołany konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego, a w części województw zadania na rzecz pielęgniarstwa operacyjnego realizują powołani przez Wojewodów konsultanci wojewódzcy w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego.

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo operacyjne, instrumentariuszka, organizacje zawodowe, związek zawodowy, konsultant.

NOWOŚCI W LECZENIU RAN PRZEWLEKŁYCH O ETIOLOGII NACZYNIOWEJ

Maria T. Szewczyk

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

W Polsce od kilkunastu lat obserwujemy pozytywne zmiany w podejściu środowiska medycznego do problemu opieki i leczenia chorych z raną przewlekłą. Najczęściej rekomenduje się opiekę zespołową, interdyscyplinarną (angażującą różnych specjalistów). W interdyscyplinarnej opiece nad chorym z przewlekłym owrzodzeniem o etiologii naczyniowej zauważa się coraz więcej metod związanych bezpośrednio z diagnostyką miejscową rany, jak np. *wound check* czy *moleculight*. Działania te pozwalają na szybką diagnostykę rany i włączenie ukierunkowanych działań mających wpływ na zainicjowanie procesu gojenia, wpływają na wyraźną poprawę wyników leczenia, w tym również na ograniczenie liczby powikłań i w konsekwencji zmniejszają ogólne koszty leczenia.

Celem pracy jest między innymi omówienie diagnostyki miejscowej rany u chorych z owrzodzeniem przewlekłym o etiologii naczyniowej.

Słowa kluczowe: przewlekłe owrzodzenie, diagnostyka miejscowa rany, leczenie.

KOMPETENCJE PIELEŃNIARKI DO SAMODZIELNEGO LECZENIA RAN W ŚWIETLE OBOWIĄZUJĄCYCH PRZEPISÓW PRAWA

Anna Szumska, Agnieszka Bałanda-Batdyga

Wydział Medyczny, Collegium Medicum Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa

Wstęp: W Polsce zawód pielęgniarki ma ugruntowaną pozycję samodzielnego zawodu medycznego. Mimo braku w prawie medycznym enumeratywnego katalogu czynności samodzielnych dla pielęgniarek, zakres obowiązków jest regulowany branżowymi aktami prawnymi. Leczenie ran przez pielęgniarki należy do nielicznych zadań zawodowych doprecyzowanych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Zgodnie z jego zapisami do samodzielnego udzielania świadczeń leczniczych z zakresu leczenia ran uprawnione są tylko pielęgniarki posiadające wymagane kompetencje zawodowe nabywane w toku kształcenia przed- i podyplomowego.

Cel pracy: Określenie kompetencji pielęgniarek do wykonywania samodzielnych czynności w procesie leczenia ran ostrych i przewlekłych na podstawie analizy programów kształcenia przed- i podyplomowego.

Materiał i metody: Analizie poddano treści obowiązującego standardu kształcenia studiów I i II stopnia na kierunku pielęgniarstwo oraz treści programów szczegółowych kształcenia podyplomowego pielęgniarek w zakresie leczenia ran ostrych i przewlekłych.

Wyniki: Zakres uprawnień do samodzielnego leczenia ran przez pielęgniarki jest niejednorodny. Jego doprecyzowanie umożliwiła szczegółowa analiza programów kształcenia. Program kursu Leczenia ran dla pielęgniarek (kurs specjalistyczny) zawiera szczegółowe zapisy. Po ukończeniu kursu pielęgniarka ma wiedzę i kwalifikacje do wykonywania określonych czynności zawodowych. Wyznaczone są podstawowe ramy zakresu samodzielności pielęgniarki w leczeniu ran.

Wnioski: Legalne wykonywanie świadczeń leczniczych w procesie leczenia ran ostrych i przewlekłych przez pielęgniarki uwarunkowane jest posiadaniem dyplomu potwierdzającego kompetencje zawodowych. Wykraczanie poza ramy nabytych kompetencji naraża pielęgniarkę na odpowiedzialność zawodową, cywilną i karną.

Słowa kluczowe: pielęgniarka, kompetencje, leczenie ran.

WYSTĘPOWANIE DOLEGLIWOŚCI BÓLOWYCH U CHORYCH Z OWRZODZENIAMI ŻYLNymi KOŃCZYN DOLNYCH

Paulina Mościcka¹, Justyna Cwajda-Białasiak¹,
Maria Teresa Szewczyk¹, Arkadiusz Jawień²

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

²Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp: Ból jest częstą dolegliwością zgłaszaną przez pacjentów z owrzodzeniami żylnymi goleni. Znaczny odsetek pacjentów skarży się na jego przewlekły charakter. Dolegliwości bólowe mogą mieć charakter stały lub przerywany. Ból może być związany z chorobą podstawową (przewlekłą niewydolnością żylną), obecnością owrzodzenia, zapaleniem tkanek i zakażeniem, a także występować podczas zmiany opatrunku. Najczęściej dolegliwości bólowe są silniejsze w początkowym okresie terapii, a na późniejszych etapach – wraz z postępowaniem gojenia i zastosowaniem kompresjoterapii – ulegają ograniczeniu.

Cel pracy: Analiza dynamiki nasilenia dolegliwości bólowych w grupie pacjentów z żylnym owrzodzeniem podudzi

Materiał i metody: Do badania włączono 754 pacjentów z żylnymi owrzodzeniami kończyn dolnych. Obserwacja każdego chorego trwała 12 tygodni. Subiektywne dolegliwości bólowe mierzono w odstępach tygodniowych za pomocą 11-punktowej wizualnej skali analogowej (VAS).

Wyniki: W całym analizowanym okresie zaobserwowano istotny spadek punktacji VAS. Większe nasilenie bólu zaobserwowano w grupie chorych, u których podczas pierwszej wizyty stwierdzono obecność ropy i/lub nieprzyjemnego zapachu z owrzodzenia. Większe dolegliwości bólowe występowały w grupie chorych z owrzodzeniem na tylnej powierzchni goleni lub w przebiegu owrzodzeń okrężnych. Wdrożenie kompleksowego holistycznego podejścia może przyczynić się do istotnego zmniejszenia występowania i nasilenia bólu u pacjenta z żylnymi owrzodzeniami podudzi.

Wnioski: Kontrola bólu wydaje się zależeć przede wszystkim od parametrów klinicznych i lokalizacji owrzodzeń żylnych. Zidentyfikowane w badaniu czynniki związane z nasileniem bólu mogą być brane pod uwagę podczas planowania zindywidualizowanej opieki nad pacjentami z owrzodzeniami żylnymi kończyn dolnych

Słowa kluczowe: ból, owrzodzenie żyłne, skala VAS.

OCENA MIKROBIOLOGICZNA OWRZODZEŃ ŻYLNymi KOŃCZYN DOLNYCH – BADANIE PRZEKROJOWE

Justyna Cwajda-Białasiak¹, Paulina Mościcka¹,
Maria T. Szewczyk¹, Arkadiusz Jawień²

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

²Katedra Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp: Owrzodzenia żyłne kończyn dolnych należą do najczęściej występujących ran przewlekłych kończyn dolnych. Często towarzyszy im kolonizacja bakteryjna i zakażenie, mogące zaburzać gojenie rany

Cel pracy: Ocena stanu mikrobiologicznego owrzodzeń żylnych oraz identyfikacja czynników prognostycznych dodatniego posiewu bakteryjnego, w tym patogenów alarmowych.

Materiał i metody: Badaniem objęto 754 pacjentów z owrzodzeniami żylnymi goleni, prawidłową wartością wskaźnika kostka-ramię i bez innych chorób przewlekłych o manifestacji obwodowej. Materiał do analizy mikrobiologicznej pobierano u chorych nie przyjmujących antybiotykoterapii.

Wyniki: Dodatni wynik posiewu stwierdzono u 636 (84,3%) pacjentów, w tym u 182 (28,6%) wykryto patogeny alarmowe. Zwiększone ryzyko wystąpienia patogenów alarmowych było istotnie związane z wiekiem > 65 lat, czasem trwania owrzodzenia > 12 tygodni, długim czasem trwania i rozległą powierzchnią owrzodzeń.

Wnioski: Osoby starsze z przewlekłymi i/lub dużymi owrzodzeniami wydają się szczególnie predysponowane do kolonizacji/zakażenia mikrobiologicznego rany i dlatego wymagają specjalnego nadzoru i edukacji w zakresie zapobiegania zakażeniom rany.

Słowa kluczowe: owrzodzenie żyłne, rana przewlekła, kolonizacja bakteryjna, zakażenie rany, patogeny alarmowe.

PACJENT Z RANĄ PRZEWLEKŁĄ W OŚRODKU TERAPII HIPERBARYCZNEJ UNIWEKSYTECKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO W BIAŁYMSTOKU

Urszula Jakubowska

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Wstęp: Terapia hiperbaryczna to leczenie tlenem o podwyższonym ciśnieniu. W ten sposób w czasie 1,5 godziny dostarczamy do organizmu kilkanaście

razy więcej tlenu niż podczas oddychania powietrzem atmosferycznym.

Cel pracy: Zaprezentowanie komory hiperbarycznej wspomagającej leczenie rany przewlekłej.

Wyniki: Dzięki terapii hiperbarycznej do chorych i niedotlenionych narządów człowieka dostarczany jest tlen i szybciej goją się rany, zapobiega się zakażeniom, przyspieszone jest oczyszczanie organizmu z tlenu węgla (czad) oraz przeciwdziała się idiopatycznej głuchocie.

Wnioski: Zaprezentowane przypadki dowodzą, że prowadzenie pacjenta z raną przewlekłą trudno gojącą się pod nadzorem pielęgniarki jest możliwe. Zakres kompetencji magistra pielęgniarstwa pozwala na podejmowanie decyzji i opiekowanie się pacjentem.

Słowa kluczowe: rana przewlekła, komora hiperbaryczna.

KLINICZNE ASPEKTY GOJENIA SIĘ RAN W PRAKTYCE NEUROPIELĘGNIARSKIEJ

Renata Jabłońska^{1,2}, Agnieszka Królikowska², Beata Haor², Karolina Filipka², Robert Ślusarz²

¹Klinika Neurochirurgii i Neurologii, Oddział Neurochirurgii, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Jana Biziela w Bydgoszczy

²Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikotaja Kopernika w Toruniu

Ogólne wskaźniki infekcji po zabiegach neurochirurgicznych stanowią 1,1–8,1% i wzrastają wraz ze złożonością wykonywanej procedury. U pacjentów wielokrotnie operowanych występuje większe ryzyko powikłań i przypadków śmiertelnych.

Celem pracy była analiza najczęściej występujących problemów związanych z gojeniem się ran u pacjentów leczonych neurochirurgicznie.

Zakażenie miejsca operowanego (SSI), wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego oraz rana pooperacyjna to główne problemy, które determinują proces postępowania terapeutycznego w zakresie gojenia się ran. Na powstawanie SSI ma wpływ wiele czynników ryzyka, które można podzielić na: (a) czynniki ze strony pacjenta, (b) związane ze środowiskiem, (c) rodzajem procedury operacyjnej. Część SSI występuje po wypisie chorego z oddziału, stąd kluczowym staje się edukowanie pacjenta i jego rodziny przez cały proces rekonwalescencji. Zabiegi neurochirurgiczne związane z naruszeniem przestrzeni wewnątrzoponowej powodują potencjalne ryzyko przecieku płynu mózgowo-rdzeniowego (CSF), wzrastające ciśnienie CSF może sprzyjać tworzeniu się przetok, co również będzie czynnikiem niekorzystnym w okresie pooperacyjnym. Prawidłowe postępowanie z raną pooperacyjną w neurochirurgii nie

różni się od standardów obowiązujących na oddziałach zabiegowych.

Problemy z gojeniem się ran w neurochirurgii są nieuniknione i mogą być szczególnie uciążliwe ze względu na specyficzne czynniki ryzyka. Pacjent, u którego doszło do uszkodzenia i zaburzeń czynności układu nerwowego jest chorym wymagającym szczególnego procesu terapeutycznego.

Słowa kluczowe: rana, neurochirurgia, problemy zdrowotne.

MODEL OPIEKI NAD CHORYM Z RANĄ TRUDNO GOJĄCĄ SIĘ Z WYKORZYSTANIEM ALTERNATYWNYCH I INNOWACYJNYCH METOD. JAK TO ROBIMY NA CO DZIEŃ?

Mateusz Skórka¹, Anna Malisiewicz^{1,2}, Anna Wójcik^{2,3}, Kamila Pytlak^{2,3}, Dariusz Bazaliński^{2,3}, Paweł Więch^{2,4}

¹Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie

²Instytut Nauk o Zdrowiu, Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów

³Szpital Specjalistyczny w Brzozowie, Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. Bronisława Markiewicza, Brzozów

⁴Instytut Nauk Społecznych i Ochrony Zdrowia, Państwowa Szkoła Wschodnioeuropejska w Przemysłu

Wstęp: Przewlekłe, trudno gojące się rany stanowią poważny problem zarówno dla personelu medycznego, jak i dla samych pacjentów. Według statystyk wskaźnik częstości ich występowania zwiększa się wraz z wiekiem, obniżając przy tym jakość życia pacjentów. Współczesna koncepcja leczenia trudno gojących się ran zakłada między innymi jego pełną kompleksowość, dlatego należy brać pod uwagę oraz wykorzystywać alternatywne i innowacyjne metody leczenia ran opartych na aktualnej wiedzy medycznej (ang. *evidence based medicine* – EBM).

Cel pracy: Przedstawienie koncepcji opieki specjalistycznej nad pacjentem z raną trudno gojącą się z wykorzystaniem miejscowego leczenia między innymi terapią biologiczną (ang. *magot debridement therapy* – MTD) i ujemnym kontrolowanym ciśnieniem (ang. *negative pressure wound therapy* – NPWT).

Wyniki: Wdrożono działania terapeutyczno-opiekuńcze, opierając się na modelu opieki z wykorzystaniem metod alternatywnych i innowacyjnych. Po wstępnej ocenie i zaplanowaniu procesu pielęgnowania dokonano oczyszczenia tkanek martwiczych metodą konwencjonalną i z wykorzystaniem larw *Lucilia sericata* w ilości od 50 do 100 sztuk. Larwy utrzymano na ranie od 72 do 96 godzin, zgodnie z protokołem dokonując obserwacji w odstępach co 24 godziny. Efekt oczyszczenia oscylował na poziomie 70–90% w stosunku do stanu początkowego, z następnym wdrożeniem terapii podciśnieniowej (NPWT) w celu eliminacji wysięku, eradykacji flory bakteryj-

nej, obkurczenia ran i przyspieszenia procesów odbudowy i regeneracji uszkodzonych struktur. W dwóch prezentowanych przypadkach uzyskano proces całkowitego wyleczenia rany, natomiast w jednym częściowy.

Wnioski: Zastosowanie alternatywnych i innowacyjnych metod miejscowego leczenia rany w modelu opieki specjalistycznej jest efektywne i bezpieczne w warunkach domowych i może być stosowane przez przeszkolony personel pielęgniarski oraz daje duże możliwości terapeutyczne, zwłaszcza w przypadku ran głębokich z cechami infekcji czy dużym wysiękiem

Słowa kluczowe: rany trudno gojące się, larwy *Lucilia sericata*, terapia podciśnieniowa, innowacyjne leczenie.

ROZLEGŁA ODLEŻYNA U PACJENTKI PO URAZIE KRĘGOSŁUPA NA POZIOMIE C1, Th4–Th5

Renata Waliszewska¹, Agnieszka Królikowska^{1,2}

¹Klinika Neurochirurgii, 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy

²Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp: Urazy kręgosłupa mogą skutkować poważnymi następstwami neurologicznymi, takimi jak porażenie kończyn czy pęcherz neurogeny. Ponadto pacjenci obciążeni są ogromnym ryzykiem powstania wielu powikłań, między innymi odleżyn.

Cel pracy: Przedstawienie postępowania z rozległą odleżyną kości krzyżowej u chorej po urazie kręgosłupa.

Materiał i metody: Studium przypadku pacjentki po urazie kręgosłupa.

Wyniki: Pacjentka, lat 39, po urazie kręgosłupa na poziomie C1 oraz Th4 i Th5 przyjęta w 40. dobie po urazie z rozległą odleżyną IV stopnia umiejscowioną na kości krzyżowej. Początkowo odleżynę leczono zachowawczo, następnie zastosowano system VAC. Ostatecznie przeprowadzono zabieg plastyki odleżyny.

Wnioski: Profesjonalna i systematyczna opieka nad pacjentką nie doprowadziła do powstania kolejnych odleżyn, mimo deficytów neurologicznych.

Zastosowanie systemu VAC przyczyniło się do oczyszczenia, ograniczenia oraz zmniejszenia odleżyny.

Zabieg plastyki odleżyny spowodował całkowite wygojenie odleżyny.

Słowa kluczowe: uraz kręgosłupa, odleżyna.

POSTĘPOWANIE W OSTREJ FAZIE UDARU NIEDOKRWIENNEGO MÓZGU

Ewa Czaja, Urszula Pieczyrak-Brhel, Monika Matusiak

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

Udar mózgu jest stanem zagrożenia życia, a jego następstwa dotyczą sfery somatycznej, ale także procesów poznawczych i emocjonalnych, prowadząc często do zależności społecznej. Większość pacjentów wymaga długotrwałej rehabilitacji, a część z nich – opieki instytucjonalnej.

Celem pracy jest omówienie interdyscyplinarnego postępowania w ostrej fazie udaru niedokrwiennego mózgu.

Ostatnie lata przyniosły postęp w leczeniu udaru niedokrwiennego mózgu. Dzięki zastosowaniu nowoczesnych metod neuroobrazowania oraz szybkiemu wdrożeniu leczenia reperfuzyjnego: trombolizy i/lub trombektomii mechanicznej, zmianie uległa definicja udaru mózgu. Obecnie może być rozpoznany nawet wtedy, gdy objawy wycofają się przed upływem doby w wyniku zastosowania leczenia przyczynowego. Wpływa ono na zmniejszenie lub wyeliminowanie objawów udaru niedokrwiennego mózgu, a tym samym na poprawę rokowania i zmniejszenie niepełnosprawności. Leczenie reperfuzyjne jest możliwe dzięki sprawniej organizacji postępowania przedszpitalnego: rozpoznania udaru mózgu, powiadomienia służb ratunkowych oraz priorytetowego transportu do szpitala posiadającego samodzielny oddział udarowy lub pododdział w ramach oddziału neurologicznego. Postępowanie szpitalne powinno obejmować szybką diagnostykę (badanie neurologiczne, neuroobrazowanie, badania laboratoryjne) i kwalifikację pacjenta do leczenia reperfuzyjnego. Powinno być ono uzupełnione postępowaniem ogólnomedycznym, skoncentrowanym na zapobieganiu, wczesnym wykrywaniu lub leczeniu powikłań mózgowych i pozamózgowych udaru niedokrwiennego mózgu. Równolegle jest wdrażana rehabilitacja ruchowa i reedukacja mowy, a także diagnostyka w celu wykrycia przyczyn udaru oraz prewencja wtórna.

Nowoczesne leczenie jest szansą na powrót do zdrowia dla osób dotkniętych udarem, jednak efekt nie zależy tylko od dostępności nowoczesnej terapii, ale także od pracy zespołu interdyscyplinarnego, w skład którego wchodzi lekarze neurologi, a także internista, kardiolog, anestezjolog, neurochirurg, radiolog. Kluczową rolę odgrywa zespół pielęgniarski, logopeda, rehabilitant i dietetyk. Ich kompetencje gwarantują sukces terapeutyczny, jakim jest przywrócenie pacjentowi sprawności.

Słowa kluczowe: udar mózgu, trombektomia mechaniczna, tromboliza, oddział udarowy.

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW OPEROWANYCH Z POWODU CHOROBY DYSKOWEJ ODCINKA ŁĘDŹWIOWEGO KRĘGOSŁUPA

Monika Michalak, Joanna Rosińczuk, Dorota Regner

Zakład Chorób Układu Nerwowego, Uniwersytet Medyczny
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wstęp: 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.

Cel pracy: Ocena jakości życia chorych operowanych z powodu choroby dyskowej kręgosłupa w odcinku lędźwiowym.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono wśród pacjentów ($n = 110$) objętych leczeniem na oddziale neurochirurgii szpitala specjalistycznego we Wrocławiu. Wszystkie osoby włączone do badania miały rozpoznaną chorobę dyskową kręgosłupa w odcinku lędźwiowym. U osób tych przeprowadzono badanie stopnia nasilenia dolegliwości bólowych w skali analogowo-wzrokowej VAS, ocenę stopnia niepełnosprawności w oparciu o kwestionariusz Oswestry, badanie ogólnej oceny jakości za pomocą kwestionariusza SF-36. Wszystkie oceny wykonano dwukrotnie – przed zabiegiem chirurgicznym oraz 3 miesiące po zabiegu, z wyjątkiem skali VAS, którą zbadano pacjentów dodatkowo 24 godziny po operacji.

Wyniki: Średnie natężenie dolegliwości bólowych (skala VAS) przed zabiegiem chirurgicznym wynosiło 7,8 pkt, zaś 24 godziny po zabiegu spadło do 3,8 pkt ($p = 0,0000$). Po 3 miesiącach zanotowano ponowny wzrost natężenia bólu. Średni wynik kwestionariusza ODI przed zabiegiem wynosił 58,6%, a 3 miesiące po zabiegu nieznacznie wzrósł do średniej wartości równej 63,0% ($p = 0,0834$). Poprawę jakości życia pacjentów po 3 miesiącach od zabiegu chirurgicznego uzyskano w następujących domenach: PF (wzrost wartości średnich o 8,7 pkt procentowych, $p = 0,0176$), BP (wzrost o 26,2; $p = 0,0000$), VT (wzrost o 5,8; $p = 0,0132$), MH (wzrost o 6,2; $p = 0,0163$), PH (wzrost o 11,1; $p = 0,0057$), a także MH (wzrost o 9,4; $p = 0,0017$). Pogorszenie jakości życia po 3 miesiącach od zabiegu odnotowano w domenach RP (spadek wartości średnich o 3,8 punktów procentowych, $p = 0,0013$) oraz GH (spadek o 6,7; $p = 0,0112$). Na dolegliwości bólowe w odcinku lędźwiowym przed zabiegiem uskarżało się 82 pacjentów (75%), a 3 miesiące po zabiegu już tylko 49 osób (45%). W badaniu neurologicznym stwierdzono obniżenie liczby pacjentów ze skoliozą (8 vs. 0, $p = 0,0040$), obniżenie liczby pacjentów z odczuwaniem bólu podczas ruchu podudziem (31 vs. 16, $p = 0,0136$) i stopą (30 vs. 15, $p = 0,0122$) oraz mniejszą częstość występowania biernej (41 vs. 10, $p = 0,0000$) i czynnej (41 vs. 14, $p = 0,0000$)

ruchomości kręgosłupa oraz jego bólu spowodowanego ruchem (57 vs. 26, $p = 0,0000$). Ponadto poprawie uległy odruchy skokowe i kolanowe obu kończyn (zmniejszenie liczby pacjentów z ujemnym wynikiem testu, w każdym przypadku $p = 0,0000$). Zauważalną korzystną różnicę stwierdzono ponadto w próbie palce-podłoga (wzrost średniej odległości z 29,5 do 42,8 cm; $p = 0,0000$). Pozostałe wyniki badań neurologicznych (test Lasègue'a, badanie czucia powierzchownego, głębokiego, odczuwanie drętwień i mrowień) nie różniły się znacząco przed zabiegiem chirurgicznym i 3 miesiące po jego przeprowadzeniu.

Wnioski: Po zabiegu chirurgicznym zmniejszyły się natężenie i intensywność dolegliwości bólowych. Spadek ten był najbardziej zauważalny 24 godziny po operacji. Stan ogólny i neurologiczny pacjentów uległ istotnej poprawie po zabiegu chirurgicznym. Poziom sprawności pacjentów po zabiegu chirurgicznym, mierzony za pomocą kwestionariusza ODI, nie uległ istotnej poprawie. Operacja nie wpłynęła na poziom sprawności pacjentów. Zgłaszany poziom niesprawności oraz odczuwanie bólu wpływają w znaczącym stopniu na postrzeganą przez pacjentów jakość życia, wywierając negatywny wpływ na sferę fizyczną i psychiczną.

Słowa kluczowe: jakość życia, choroba dyskowa odcinka lędźwiowego, VAS, SF-36.

DOLEGLIWOŚCI BÓLOWE A SATYSFAKcja Z OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ PACJENTÓW NEUROCHIRURGICZNYCH

Bartoń Elżbieta¹, Mazur Anna²

¹Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Laboratorium Psychoprofilaktyki i Pomocy Psychologicznej, Wydział Nauk o Człowieku, Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Lublin

Cel pracy: Określenie relacji zachodzących pomiędzy nasileniem dolegliwości bólowych a satysfakcją z opieki pielęgniarskiej w populacji pacjentów neurochirurgicznych.

Materiał i metody: Badaną grupę tworzy 205 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie oraz w Klinice Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcego Szpitala Uniwersyteckiego Nr 1 w Bydgoszczy. W badaniach zastosowano kwestionariusz oceny bólu, skalę zadowolenia z pielęgnacji Newcastle oraz ankietę. Analizy statystyczne przeprowadzono za pomocą programu IBM SPSS 26 z wykorzystaniem krokowej regresji liniowej.

Wyniki: W wyniku przeprowadzonych analiz opracowano modele wyjaśniające 41,0% wariancji satysfakcji oraz 43,0% wariancji doświadczeń z opieki pie-

lęgniarskiej. Wiodącymi korelatami pierwszej zmiennej wyjaśnianej są ból uciążliwy oraz nasilenie dolegliwości bólowych ze strony odcinka lędźwiowego kręgosłupa, który odczuwali pacjenci w tygodniu poprzedzającym badanie. Doświadczenia z opieki pielęgniarskiej są uwarunkowane przez nasilenie dolegliwości bólowych w dniu przeprowadzanego badania i ból ciężki.

Wnioski: Biorąc pod uwagę, że nasilenie dolegliwości bólowych osób z rozpoznaniem zespołu bólowego kręgosłupa odcinka lędźwiowego wiąże się odwrotnie proporcjonalnie z doświadczeniami oraz z satysfakcją z uzyskiwanej podczas hospitalizacji opieki pielęgniarskiej, analizując ich opinie, należy uwzględnić, iż wraz ze wzrostem nasilenia odczuwanego bólu, pacjenci mogą w coraz większym stopniu zaniżać ocenę opieki pielęgniarskiej otrzymywaną podczas pobytu na oddziale neurochirurgicznym.

Słowa kluczowe: dolegliwości bólowe, satysfakcja z opieki pielęgniarskiej, pacjenci neurochirurgiczni.

PROBLEMY ZDROWOTNE PACJENTA Z CHOROBA Moya-moya

Aleksandra Kołtuniuk¹, Aleksandra Pytel^{1,2},
Dariusz Szarek²

¹Zakład Chorób Układu Nerwowego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

²Blok Operacyjny, Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. Tadeusza Marciniaka, Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu

²Oddział Neurochirurgii, Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. Tadeusza Marciniaka, Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu

Wstęp: Termin „choroba moya-moya” pochodzi z Japonii i w dosłownym tłumaczeniu oznacza mglisty, mętny, rozmyty lub też kłęby dymu. W Polsce chorobę tę określa się często „dymek z papierosa”. To nie przenośnia, ale również termin medyczny, ponieważ w obrazie radiologicznym mózgu nowo utworzone nieprawidłowe naczynia krążenia obocznego przypominają kłęby dymu z papierosa. Przyczyna tego zjawiska nie jest znana. Jednym z możliwych podłoży jest proces zapalny oraz autoimmunologiczny. Chorobę pierwszy raz opisano w Japonii w 1960 r. W Polsce z chorobą moya-moya zmagają się około 40 osób, ale chirurdzy naczyniowi uważają, że to niepełne dane.

Cel pracy: Określenie problemów zdrowotnych chorego przed i po wykonaniu zabiegu *by-pass* oraz zwrócenie uwagi na rzadko stosowaną technikę operacyjną typu *by-pass* naczyń mózgowych w chorobie moya-moya.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono w kwietniu 2021 r. W pracy wykorzystano jakościową technikę badawczą: studium indywidualnego przypadku. Opis przypadku powstał w wyniku obserwacji, ba-

dania fizykalnego oraz analizy dokumentacji medycznej 53-letniej pacjentki hospitalizowanej na Oddziale Neurochirurgii Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka, Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu w celu leczenia operacyjnego choroby moya-moya.

Wyniki: Wykonanie zabiegu typu *by-pass* tętnic mózgowych wskazuje na możliwy pozytywny wpływ na przebieg choroby w tej grupie pacjentów, przede wszystkim w zakresie poprawy sprawności myślenia. W wyniku wykonania *by-passu* możliwe jest zastąpienie funkcji chorego naczynia nowym. Zastosowanie opisywanej metody pozwala na szersze spojrzenie na leczenie schorzeń naczyniowych mózgu i lepsze dostosowanie metod leczenia do potrzeb pacjenta.

Wnioski: Problematyczną częścią operacji jest kwalifikacja pacjenta. Konieczne jest wykonanie badań przygotowawczych mających na celu potwierdzenie istotne. W wyniku podjętych działań leczniczo-pielęgniarskich chory opuszczając szpital był zdolny do samoopieki w zakresie bezpiecznego poruszania się, aktywności fizycznej, stosowania diety, zażywania zaleconych leków, regularnych badań kontrolnych w poradni neurochirurgicznej.

Słowa kluczowe: studium przypadku, problemy zdrowotne, *by-pass* tętnic mózgowych.

ZADANIA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z UDAREM MÓZGU LECZONYM METODĄ TROMBEKTOMII

Katarzyna Snarska

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp: We współczesnym świecie udar mózgu jest jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności i śmiertelności. Schorzenie to jest nie tylko ogromnym problemem medycznym, ale i społecznym. Leczenie udaru opiera się na podaniu leku rozpuszczającego skrzeplinę. Niekiedy wykonywana jest trombektomia mechaniczna.

Cel pracy: Zaprezentowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem poddanym zabiegowi trombektomii oraz przygotowanie zaleceń do opieki po hospitalizacji.

Materiał i metody: Badaniem objęto 68-letniego mężczyznę po udarze niedokrwiennym mózgu z chorobami współistniejącymi zakwalifikowanego do leczenia metodą trombektomii mechanicznej. Ocenę pacjenta przeprowadzono przy pomocy arkusza do zbierania danych o pacjencie. Materiał zebrano na podstawie obserwacji pacjenta, wywiadu pielęgniarskiego, pomiarów oraz analizy dokumentacji medycznej. Wykorzystano skale: Glasgow, Barthel, NIHSS, Lovetta i VAS. W następnej kolejności sformułowano cele opieki oraz wskazano działania pielęgnacyjne, którymi zamierzano

te cele osiągnąć. Dokonana została ocena przeprowadzonych działań.

Wnioski: Sformułowane zostały cele oraz działania pielęgnacyjne, określono ich skuteczność.

Pacjent objęty nadzorem ma duże dysfunkcje w poruszaniu się z powodu niedowładu. Zalecono współpracę z rehabilitantem.

Przeprowadzono edukację pacjenta oraz rodziny. Opracowano zalecenia do dalszej pielęgnacji.

Słowa kluczowe: udar mózgu, trombektomia, opieka.

STRUKTURA DOZNAŃ STRESOWYCH PACJENTÓW W ZESPOLE BÓLOWYM ODCINKA ŁĘDŹWIOWEGO KRĘGOSŁUPA PODCZAS EPIDEMII COVID-19 W POLSCE

Mazur Anna¹, Bartoń Elżbieta²

¹Laboratorium Psychoprofilaktyki i Pomocy Psychologicznej, Wydział Nauk o Człowieku, Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Lublin

²Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Cel pracy: Opis doświadczeń stresowych kobiet i mężczyzn z zespołem bólowym odcinka lędźwiowego kręgosłupa podczas epidemii COVID-19 w Polsce.

Materiał i metody: Badaną grupę tworzyło 102 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie. Pierwszą grupę stanowiły kobiety, a drugą mężczyźni. W badaniach zastosowano kwestionariusz KPS oraz ankietę. Analizy statystyczne przeprowadzono za pomocą programu IBM SPSS 26 z wykorzystaniem dwuczynnikowej analizy wariancji w schemacie mieszanym wchodzącej w skład wielozmiennowego modelu OML.

Wyniki: W grupie kobiet 49,0% pacjentek odczuwało duży stres, 31,4% – umiarkowany, a 19,6% – niski poziom stresu. W populacji mężczyzn 37,3% badanych ujawniało wysoki stres, 51,0% – przeciętny i 11,7% – niski poziom stresu. Kobiety charakteryzuje niższe napięcie emocjonalne, ale większy stres zewnętrzny niż w przypadku mężczyzn. Ponadto pacjentki w większym stopniu mają nasilone napięcie emocjonalne i stres zewnętrzny, a w niższym stres intrapsychiczny. U mężczyzn dominuje napięcie emocjonalne, następnie stres zewnętrzny, a stres intrapsychiczny jest istotnie od nich niższy.

Wnioski: Uzyskane dane sugerują, iż podczas opracowywania interwencji wspierających funkcjonowanie psychiczne tej grupy pacjentów należy rozważyć uwzględnienie zidentyfikowanych w badaniach różnic indywidualnych.

Słowa kluczowe: stres, zespół bólowy odcinka lędźwiowego kręgosłupa, płeć, COVID-19.

STRES I LĘK U PACJENTÓW NEUROCHIRURGICZNYCH PRZED ZABIEGIEM CHIRURGICZNYM

Aleksandra Piątkowska, Anna Pinczewska

10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy

Wstęp: Stres jest nieodzowną częścią życia każdego człowieka. Hospitalizacja jest niewątpliwie jednym z czynników powstawania stresu oraz odczuwania lęku.

Cel pracy: Ocena natężenia stresu i lęku u pacjentów neurochirurgicznych przed zabiegiem chirurgicznym oraz czynników na nie wpływających.

Materiał i metody: Badaniem objęto pełnoletnich pacjentów przebywających w Klinice Neurochirurgii 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy, którzy zostali zakwalifikowani do operacji. Badania przeprowadzono za pomocą ankiety własnej konstrukcji, skali HADS-M (ang. *hospital anxiety and depression scale*) oraz skali PSS-10 (skala odczuwanego stresu).

Wyniki: Przed planowaną operacją neurochirurgiczną można było zauważyć zależność między występującym stresem a lękiem, ponieważ u pacjentów, którzy odczuwali stres w większym stopniu również uczucie lęku było głębsze. Osoby starsze w większym stopniu odczuwały lęk oraz miały stany depresyjne. Czynniki takie jak płeć czy stan cywilny nie wpływały w sposób znaczący na wyżej wymienione odczucia. Rodzaj zabiegu i znieczulenia również nie miały wpływu na stopień nasilenia lęku oraz stresu u pacjentów. Rozmowa z personelem medycznym na temat zabiegu miała wpływ na poziom depresji, lecz nie miała wpływu na poziom odczuwanego stresu i lęku.

Wnioski: Badani pacjenci w podobnym stopniu odczuwali stres i lęk przed operacją niezależnie od tego, jaki zabieg ich czekał. To pokazuje, że do każdego pacjenta trzeba mieć podejście indywidualne.

Słowa kluczowe: neurochirurgia, lęk, stres, pielęgniarstwo, operacja.

WSPARCIE SPOŁECZNE OPIEKUNÓW OSÓB PO UDARZE NIEDOKRWIENNYM MÓZGU W OKRESIE OSTRYM

Urszula Pieczyrak-Brhel¹ Ewa Czaja¹ Monika Matusiak¹ Angelika Walczak²

¹Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

²Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Wstęp: Udar mózgu to druga przyczyna zgonów na świecie oraz najczęstsza przyczyna niepełnosprawności u dorosłych. Funkcje opiekuńcze nad pacjentami, zarówno w warunkach szpitalnych, jak i w środowisku domowym, podejmują najczęściej osoby spokrewnione, stając się nieformalnymi opiekunami.

Cel pracy: Ocena rodzaju i poziomu wsparcia społecznego osób po udarze niedokrwiennym mózgu w trakcie ich hospitalizacji na pododdziale udarowym.

Materiał i metody: W badaniu wzięto udział 52 respondentów sprawujących nieformalną opiekę nad pacjentami po przebyciu udaru niedokrwiennym mózgu w trakcie ich hospitalizacji na pododdziale udarowym w Szpitalu Specjalistycznym im. Józefa Dietla w Krakowie, po uzyskaniu zgody kierownika oddziału i osób biorących udział w badaniu. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Wykorzystano skalę wsparcia społecznego (ISSB) w adaptacji Heleny Sęk, indeks Barthel oraz autorski kwestionariusz ankiety. Do analizy statystycznej danych wykorzystano program MS Excel 2007 oraz Statistica 10.

Wyniki: Respondenci najczęściej otrzymywali wsparcie emocjonalne i informacyjne. Poszczególne rodzaje otrzymywanego wsparcia były na umiarkowanym poziomie. Źródłem wsparcia dla badanych był personel medyczny i rodzina. Nie wykazano zależności między otrzymywanym wsparciem emocjonalnym, informacyjnym, instrumentalnym i wartościującym, a stanem funkcjonalnym pacjenta oraz wiekiem i płcią badanych. Wykazano natomiast zależność między otrzymywanym wsparciem społecznym, a miejscem zamieszkania.

Wnioski: Osoby mieszkające w miastach średniej wielkości były w mniejszym stopniu wspierane emocjonalnie i informacyjnie. Ponieważ udar mózgu należy do tzw. wielkich wydarzeń życiowych, a opieka nad chorym spoczywa docelowo na rodzinie pacjenta, należy rozważyć kontynuowanie badań w tym zakresie.

Słowa kluczowe: wsparcie społeczne, opiekun nieformalny, udar mózgu, rodzina.

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTÓW LECZONYCH OPERACYJNIE Z POWODU GUZA MÓZGU

Jagoda Frajtag, Aleksandra Baranowska

10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy

Cel pracy: Ocena jakości życia pacjentów leczonych z powodu guza mózgu w okresie przed i pooperacyjnym.

Materiał i metody: W badaniu uczestniczyło 50 pacjentów hospitalizowanych z powodu guza mózgu w Klinice Neurochirurgii 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy. U osób tych został usunięty guz mózgu. Do badań wykorzystano ankietę własnego autorstwa, skalę VAS oraz skalę WHOQOL-BREF. Analizie porównawczej poddano czynniki mogące mieć wpływ na jakość życia chorych. Ponadto analizowano jakość życia przed operacją oraz 1–2 miesięcy po operacji.

Wyniki: Po zabiegu chirurgicznym u większości badanych ustąpiły objawy. Istotnie statystycznie zmniejszył się ból i tym samym ilość zażywanych leków przeciwbólowych. Ankietowani zgłaszali poprawę samopoczucia. Kobiety były bardziej zadowolone niż mężczyźni. Przebyta operacja wpłynęła pozytywnie na ocenę stanu zdrowia badanych oraz funkcjonowanie w dziedzinie somatycznej, natomiast nie odnotowano istotności statystycznej jakości życia w dziedzinie psychologicznej, społecznej i środowiskowej.

Wnioski: Większość badanych oceniła, że po operacji znacznie poprawiła się ich jakość życia. Znaczna część pacjentów wykazywała samodzielność funkcjonalną, a co za tym idzie poczucie sprawczości, samoopieki i niewielkie uzależnienie od osób trzecich.

Słowa kluczowe: jakość życia, guz mózgu, zabieg chirurgiczny.

HIGIENA RĄK W CZASIE PANDEMII – TAKIE ŁATWE, A TAKIE TRUDNE (DOŚWIADCZENIA WŁASNE)

Małgorzata Rucińska

Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza, Bydgoszcz

W czasie pandemii SARS-CoV-2 szczególną uwagę zwrócono na dezynfekcję rąk, którą zaczęto masowo przeprowadzać, również poza zakładami opieki zdrowotnej. Wzrosła świadomość zagrożenia i rozumiano, że jest to jedna ze skuteczniejszych metod zapobiegająca szerzeniu się COVID-19.

Personel medyczny jest zobowiązany przestrzegać higieny, by przeciwdziałać zakażeniom szpitalnym. Jest to sposób skuteczny, a jednocześnie dostępny dla

wszystkich i tani. Pomimo częstego mycia rąk, nadal wiele zastrzeżeń budzi przygotowanie rąk personelu medycznego do pracy. Stosowanie na masową skalę rękawic ochronnych sprzyja transmisji drobnoustrojów chorobotwórczych, w tym wielolekoopornych.

Działaniem zmierzającym do utrzymania higieny rąk jest ustawiczne szkolenie, zmiana świadomości i postaw pracowników.

Pandemia SARS-CoV-2 otworzyła drzwi do umyśłów ludzi i dała zielone światło do wprowadzenia działań mających na celu wykształcenie prawidłowych nawyków higienicznych już od najmłodszych lat.

Słowa kluczowe: pandemia, SARS-CoV-2, dezynfekcja rąk, higiena rąk, zakażenie szpitalne.

WŁÓKNIAKONERWIAK ZWOJOWY SKÓRY – OPIS PRZYPADKU

Krzysztof Tojek¹, Jacek Budzyński², Marcin Mrozowski¹, Zbigniew Banaszek¹, Maciej Michalik¹

¹Katedra Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Onkologicznej, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Jana Bizuela w Bydgoszczy

²Katedra Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Jana Bizuela w Bydgoszczy

Wstęp: Nerwiakowłókniak to łagodna zmiana skórna, która tworzy się w wyniku genetycznej choroby zwanej neurofibromatozą. Tego rodzaju guzy to zmiany łagodne, ale symptomy mogą być dla chorego uciążliwe. Objawy nerwiaka, ich częstotliwość i natężenie są uwarunkowane miejscem, w którym znajduje się guz. Zmiana ta występująca na powierzchni skóry ma charakter miękkich i cielistych guzków lub twardych, owalnych guzków rozwijających się pod skórą. Nerwiakowłókniak zazwyczaj wymaga zastosowania leczenia chirurgicznego

Cel pracy: Prezentacja przypadku klinicznego chorej z nerwiakowłókniakiem.

Materiał i metody: Guz w okolicy pachwiny prawej o średnicy około 30 cm, rosnący przez kilka lat i utrudniający pacjentce poruszanie się. Po przeprowadzeniu badań obrazowych i laboratoryjnych zakwalifikowano pacjentkę do zabiegu. Usunięto zmianę w makroskopowych granicach zdrowych tkanek (potwierdzoną badaniem histopatologicznym: kontrola pooperacyjna – rana zagojona *per primam*). Nie stwierdzono wznowy choroby w miejscu operowanym ani w innej lokalizacji.

Wyniki: Zdiagnozowano włókniakonerwiak zwojowy skóry pT2a G1. Zmiana wykazuje niski indeks proliferacyjny, wycięta w całości – guz powierzchowny, polipowaty, pokryty niezmienną skórą.

Słowa kluczowe: guz, włókniakonerwiak, zabieg chirurgiczny.

ASPEKTY TERAPEUTYCZNE – PIELĘGNACYJNE WOBEC PACJENTA Z WODOGŁOWIEM

Agnieszka Królikowska^{1,2}, Renata Jabłońska², Robert Ślusarz²

¹Klinika Neurochirurgii, 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy

²Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wodogłowie jest spowodowane zaburzeniem krążenia bądź wchłaniania płynu mózgowo-rdzeniowego. Może być izolowanym stanem lub objawem innych chorób ośrodkowego układu nerwowego. Wyróżnia się dwie postaci wodogłowia: niekomunikujące się (obturacyjne) i komunikujące się (normotensyjne). W jednym i drugim przypadku konieczne jest leczenie neurochirurgiczne polegające na odprowadzeniu płynu mózgowo-rdzeniowego wewnątrznie (implantacja zastawki komorowo-otrzewnowej, wentrikulostomia) lub zewnątrznie (drenaż komorowy zewnętrzny). Pilne leczenie jest niezbędne w przypadku pacjentów z wodogłowie obturacyjnym.

Celem pracy jest przedstawienie specjalistycznych działań terapeutycznych oraz pielęgnacyjnych w opiece nad pacjentem z wodogłowie.

Pacjent z wodogłowie obturacyjnym ma objawy charakterystyczne dla wysokiego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, tj. bóle głowy, nudności, wymioty, zaburzenia przytomności, a nawet zaburzenia krążenia i oddychania. Wnikliwa obserwacja pacjenta pozwala wykryć niepokojące symptomy i w odpowiednim czasie wdrożyć właściwe leczenie. Po przeprowadzeniu zabiegu odprowadzającego płyn mózgowo-rdzeniowy z komór mózgu pacjent nadal wymaga ukierunkowanych działań terapeutyczno-pielęgnacyjnych ze względu na ryzyko pogorszenia stanu zdrowia, ponieważ leczenie wodogłowia obarczone jest powikłaniami, między innymi dysfunkcją układu odprowadzającego czy możliwością wystąpienia infekcji (miejscowej lub ośrodkowego układu nerwowego). Działania terapeutyczno-pielęgnacyjne mają ogromne znaczenie w opiece nad pacjentem z wodogłowie. Profesjonalna opieka przedoperacyjna i pooperacyjna umożliwia wykrycie niepokojących symptomów, szczególnie ze strony ośrodkowego układu nerwowego, wczesne rozpoznanie oraz wdrożenie skutecznego leczenia.

Słowa kluczowe: pacjent, wodogłowie, działania pielęgniarstwa.

DEBRIDEMENT RANY TRUDNO GOJĄCEJ W WARUNKACH OPIEKI DOMOWEJ

Bogusław Strzałko¹, Dariusz Bazaliński^{1,2},
Paulina Szymańska^{3,4}, Mateusz Skórka⁵, Anna Krawiec⁵

¹Szpital Specjalistyczny w Brzozowie, Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. Bronisława Markiewicza, Brzozów

²Zakład Pielęgniarstwa i Zdrowia Publicznego, Instytut Nauk o Zdrowiu, Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów

³Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr. Tytusa Chałubińskiego, Radom

⁴Mobilna Pielęgniarka, Specjalistyczne Usługi Pielęgniarskie w Miejscu Wezwania mgr Paulina Szymańska

⁵Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie

Chirurgiczne opracowanie tkanek martwiczych w połączeniu z zastosowaniem metody biologicznego oczyszczania to proste i tanie postępowanie mające wpływ na przyspieszenie procesu gojenia. Medyczne larwy *Lucilia sericata* (ang. *maggot debridement therapy*) są wykorzystywane do oczyszczania penetrującej głębokiej martwicy w ranach o różnej etiologii. Zastosowanie metody chirurgicznej nie tylko pozwala na przyspieszenie procesu gojenia, ale umożliwia także ewakuację rozptywnej martwicy w ranach przewlekłych.

Celem pracy jest przedstawienie zasad opracowania tkanki martwiczej w ranach trudno gojących się w warunkach opieki domowej z wykorzystaniem koncepcji TIME.

Zastosowano przypadek serii celowo wybranych 4 chorych z ranami przewlekłymi o głębokości destrukcji 3–4° NPIAP i obszarem powierzchni 50 cm² spośród grupy 94 osób leczonych w ramach specjalistycznej opieki z wykorzystaniem alternatywnych i innowacyjnych metod. Byli to trzech mężczyźni (dwie odleżyny i owróżnienie podudzia) i 1 kobieta (odleżyna). Średnia wieku badanych wyniosła 73,5 lat, wydolność według Barthel pacjentów 0–60 pkt. W dwóch przypadkach w zarządzaniu raną po wstępnym opracowaniu chirurgicznym zdemarkowanej tkanki nekrotycznej zastosowano oczyszczenie z wykorzystaniem 100 larw *Lusilia serica*. Czas oczyszczenia ran – 72–96 godzin, obserwację prowadzono w sekwencji 24 godzinnych odstępów. Zaobserwowano oczyszczenie na poziomie 60–100% tkanki martwiczej w trakcie kilkudniowej obserwacji. Nie odnotowano powikłań w trakcie prowadzonych działań, po oczyszczeniu rany w dwóch przypadkach wdrożono NPWT, a w dwóch działania miejscowe z wykorzystaniem opatrunków aktywnych. Debridement rany pozostaje do decyzji osoby prowadzącej proces miejscowego leczenia rany i preferencji pacjenta. Im szybsze oczyszczenie, tym większe prawdopodobieństwo skrócenia procesu gojenia rany i ryzyka infekcji w ranie. Oczyszczanie głębokich ran metodą autolizy

jest kontrowersyjne i nie powinno być prowadzone jako działanie standardowe.

Słowa kluczowe: debridement, rany przewlekłe, opieka długoterminowa/paliatywna.

OCENA SKUTECZNOŚCI NOWOCZESNYCH METOD EDUKACYJNYCH DLA PIELĘGNIAREK W KSZTAŁCENIU PRZED- I PODYPLOMOWYM

Agata Ulenberg

Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Edukacja pielęgniarek zarówno na poziomie przed-, jak i podyplomowym zyskuje zupełnie nowy wymiar za sprawą symulacji medycznej. Przeniesienie sal szpitalnych w warunki symulowane otwiera nowe możliwości rozwijania i zdobywania nowych kompetencji.

Celem pracy jest przedstawienie nowych możliwości w kształceniu, które są osiągalne dzięki nauczaniu z wykorzystaniem symulacji medycznej, oraz przedstawienie narzędzi służących do oceny efektywności metod nauczania na przykładzie skali SET-M.

Symulacja medyczna otwiera nowe możliwości w kształceniu przed- i podyplomowym w zakresie zawodów medycznych, szczególnie tych o profilu praktycznym. Analizowanie przypadków klinicznych w warunkach symulowanych wpływa na spadek zdarzeń niepożądanych w pracy z pacjentem.

Słowa kluczowe: edukacja, pielęgniarstwo, symulacja medyczna.

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA I WSPARCIA SPOŁECZNEGO PACJENTÓW Z CHOROBYMI GRUCZOŁU KROKOWEGO

Tadeusz Paweł Wasilewski¹, Ewelina Wrażeń²

¹Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie

²Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łęcznej

Wstęp: Choroby gruczołu krokowego, takie jak łagodny rozrost stercza (BPH) i rak gruczołu krokowego, są obecnie jednymi z najczęstszych schorzeń populacji męskiej w wieku podeszłym. Częstość występowania BPH wzrasta nawet do 90% u mężczyzn w 70–80 roku życia. Rak gruczołu krokowego jest najczęściej występującym w Europie i drugim po raku płuca rozpoznawalnym nowotworem złośliwym w Polsce. W ostatnich dekadach liczba zachorowań na raka gruczołu krokowego dynamicznie wzrasta. Łagodny rozrost stercza i rak gruczołu krokowego stanowią szczególnie istotny problem medyczny i społeczny dotyczący mężczyzn w starszym wieku.

Cel pracy: Próba ukazania oceny jakości życia i wsparcia społecznego pacjentów z BPH i nowotworem gruczołu krokowego na tle grupy kontrolnej.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w 2016 r. wśród 111 osób przebywających w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 4 w Lublinie oraz w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej. Pacjentów podzielono na trzy grupy. Pierwszą stanowili pacjenci leczący się z powodu BPH, drugą pacjenci z nowotworami gruczołu krokowego, a trzecią osoby zdrowe stanowiące grupę kontrolną. Subiektywnej oceny jakości życia i wsparcia społecznego w badanych grupach osób dokonano, wykorzystując kwestionariusz EORTC QLQ-C30 i kwestionariusz wsparcia społecznego.

Wyniki: Badania własne pokazały, iż pacjenci leczący się z powodu BPH wskazywali na silniejsze objawy towarzyszące chorobie aniżeli pacjenci z nowotworami gruczołu krokowego. Znacznie gorszą ocenę jakości życia w sferze fizycznej odnotowano w przypadku pacjentów z BPH niż chorych z grupy kontrolnej i pacjentów po zabiegach chirurgicznych gruczołu krokowego.

Wnioski: Zdecydowanie najwyższą jakość życia w sferze emocjonalnej i społecznej odczuwały osoby z grupy kontrolnej. Najwyższy poziom wsparcia społecznego otrzymywali pacjenci po operacjach nowotworów gruczołu krokowego.

Słowa kluczowe: jakość życia, gruczoł krokowy, wsparcie społeczne.

stać zdobytą wiedzę. Umiejętność pracy z wykorzystaniem ultrasonografii przy łóżku chorego daje nowe perspektywy rozwoju.

Słowa kluczowe: pielęgniarka, USG, POCUS.

POINT OF CARE ULTRASOUND W PRAKTYCE PIELĘGNIARKI ANESTEZJOLOGICZNEJ – POTENCJALNY KIERUNEK ROZWOJU BADANIA PODMIOTOWEGO W OBLICZU PANDEMII COVID-19

Grzegorz Ulenberg

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

Wybuch pandemii COVID-19 wymusił zmianę podejścia medycznego do pacjentów. Opieka nad chorym w stanie ciężkim w warunkach intensywnej terapii, sal intensywnego nadzoru czy na stanowisku znieczulenia w wielu aspektach opiera się na badaniu podmiotowym. Z uwagi na ograniczenia płynące z konieczności używania odzieży ochronnej (PPE) należy poszukiwać metod, które będą stanowiły rozwinięcie posiadanych kompetencji pielęgniarzkich, a przy tym są nieinwazyjne i relatywnie łatwo dostępne.

Celem pracy jest przybliżenie grupie pielęgniarzkiej tajników pracy z wykorzystaniem ultrasonografu oraz wskazanie sytuacji, kiedy można praktycznie wykorzy-