

STRESZCZENIA Z III OGÓLNOPOLSKIEJ KONFERENCJI PTPA „OD NAUKI DO ZINTEGROWANEJ PRAKTYKI”

MIAŻDŻYCA TĘTNIC KOŃCZYN DOLNYCH U KOBIET – NIEDOCENIANY PROBLEM KLINICZNY

Arkadiusz Jawień¹, Paweł Wierchowski¹,
Arkadiusz Migdalski¹, Maria T. Szewczyk^{2,3}

¹Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii,
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy,
UMK w Toruniu

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

³Zakład Leczenia Owrzodzeń Żyłnych Goleni, Szpital
Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy

Miażdżycza zarostowa tętnic kończyn dolnych (*peripheral arterial disease* – PAD) dotyczy w znacznym odsetku większości populacji na świecie, w tym również polskiej. Wiadomo, że PAD wiąże się z wysokim ryzykiem zgonu, podobnie jak choroba wieńcowa i udar mózgu. Koszty leczenia szacowane są na porównywalne lub wyższe. Jednakże do tej pory nie przeprowadzono badań oceniających wpływ płci na ryzyko wystąpienia PAD. W pracy autorzy prezentują obecny stan wiedzy na temat zapadalności, śmiertelności, naturalnego przebiegu choroby, implikacji diagnostycznych i leczniczych PAD u kobiet. Przedstawiono wartość wskaźnika kostka–ramię w ocenie procesu zaawansowania choroby, stopień przeżywalności po zabiegach rewaskularyzacyjnych, w tym odsetek przeżyć wolnych od amputacji. Autorzy stoją na stanowisku konieczności przeprowadzenia szeroko zakrojonych badań oceniających wpływ płci na ryzyko rozwoju PAD, wprowadzenia rekomendacji diagnostycznych i leczniczych uwzględniających czynniki ryzyka miażdżycy tętnic kończyn dolnych u kobiet.

Słowa kluczowe: miażdżycza tętnic, niedokrwienie kończyn dolnych, płeć żeńska.

PORÓWNANIE DWÓCH MODELI TRENINGU MARSZOWEGO STOSOWANYCH W REHABILITACJI CHORYCH Z CHROMANIEM PRZESTANKOWYM

Piotr Mika¹, Anita Konik¹, Anna Spannbaauer²,
Roman Nowobilski³, Rafał Niżankowski⁴

¹Katedra Rehabilitacji Klinicznej, Akademia Wychowania
Fizycznego w Krakowie

²Zakład Chorób Naczyń, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński, *Collegium Medicum* w Krakowie

³Zakład Rehabilitacji w Chorobach Wewnętrznych,
Instytut Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński, *Collegium Medicum* w Krakowie

⁴II Katedra Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Jagielloński,
Collegium Medicum w Krakowie

Wstęp: W rehabilitacji chorych z chromaniem przestankowym stosuje się trening marszowy na bieżni, w którym wysiłki przerywane są w chwili, gdy ból mięśni kończyn dolnych osiąga średnie nasilenie. Taka forma treningu, zgodnie z zaleceniami TASC II, uznawana jest obecnie za najwłaściwszą zarówno w aspekcie poprawy dystansu marszu, jak i ryzyka rozwoju reakcji zapalnej. Równocześnie uważa się, że trening, w którym wysiłki przerywane są już w chwili pojawienia się dolegliwości bólowych, nie jest równie skuteczną metodą rehabilitacji.

Cel pracy: Porównanie skuteczności dwóch modeli treningu na bieżni różniących się stopniem nasilenia dolegliwości bólowych podczas wysiłków.

Materiał i metody: Badaniem objęto 60 chorych z chromaniem przestankowym, których podzielono losowo na dwie grupy. Chorzy z obu grup uczestniczyli w treningu marszowym na bieżni prowadzonym 3 razy w tygodniu przez 3 miesiące. W grupie pierwszej wysiłki podczas treningu przerywane były już w chwili wystąpienia bólu, a w drugiej grupie – gdy ból mięśni osiągał średnie nasilenie. Przed treningiem i po jego zakończeniu oceniano czas pojawienia się chromania (CPC), maksymalny czas marszu (MCM), stężenie fibrynogenu, białka C-reaktywnego (*C-reactive protein* – CRP) oraz poziom mleczanów.

Wyniki: Po treningu stwierdzono istotne ($P < 0,001$) wydłużenie CPC o 93% i MCM o 98% w grupie pierwszej. W grupie drugiej CPC i MCM zwiększyły się odpowiednio

o 120% i 100% ($P < 0,001$). Przed rozpoczęciem treningu wysiłek prowadzony do maksymalnego nasilenia dolegliwości bólowych powodował istotny wzrost poziomu mleczanów w obu grupach. Po treningu tylko w grupie drugiej nie stwierdzono istotnego wzrostu poziomu mleczanów podczas wysiłku tego typu. Trening marszowy nie powodował istotnych zmian w zakresie stężenia CRP i fibrynogenu w żadnej z grup.

Wnioski: Obie metody treningowe wydają się bezpieczne z punktu widzenia ryzyka rozwoju reakcji zapalnej. Trening marszowy, w którym wysiłki przerywane są w chwili pojawienia się bólu, jest tylko nieznacznie mniej skuteczny w zakresie poprawy możliwości chodu u pacjentów z chromaniem przestankowym. Nie prowadzi on natomiast do wzrostu wydolności tlenowej chorych obserwowanej po treningu, w którym wysiłki marszowe przerywano przy średnim nasileniu dolegliwości bólowych mięśni kończyn dolnych.

Słowa kluczowe: chromanie przestankowe, trening.

ku amputacji pourazowych, które przeprowadza się u osób młodszych, sprawniejszych.

W postępowaniu fizjoterapeutycznym okres pooperacyjny dzieli się na 3 etapy:

- 1) wczesny pooperacyjny (szpitalny) trwający ok. 10 dni,
- 2) poszpitalny (przygotowanie do zaprotezowania), trwający ok. 3 miesiące, do uzyskania zrостu tkanek miękkich, czyli pełnego wygojenia się rany pooperacyjnej,
- 3) zaprotezowania i rehabilitacji z protezą.

Amputacja zawsze narusza równowagę psychiczną chorego, dlatego bardzo duże znaczenie ma właściwe psychologiczne podejście do osoby, która utraciła kończynę. Skuteczność rehabilitacji zależy w dużym stopniu od zaangażowania pacjenta. Rehabilitacja amputowanych pacjentów naczyniowych jest procesem złożonym, wielokierunkowym i integralnie związanym z opieką pielęgniarską i lekarską.

Słowa kluczowe: PAD, amputacja, rehabilitacja.

REHABILITACJA CHORYCH PO AMPUTACJACH NA TLE MIAŻDŻYCOWYM

Anna Spannbauer^{1,2}, Piotr Mika³, Jolanta Jaworek⁴,
Arkadiusz Berwecki^{2,5}

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

²Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie

³Katedra Rehabilitacji Klinicznej, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

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

⁵Zakład Kinezyterapii, Katedra Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

Miażdżycza zarostowa tętnic kończyn dolnych (*peripheral arterial disease* – PAD) charakteryzuje się powstawaniem zmian zwężających światło tętnic. W daleko zaawansowanych zmianach niedokrwienych kończyn dolnych jedynym zabiegiem chirurgicznym, a często ratującym życie, jest amputacja kończyny. Klasyczne amputacje kończyn dolnych wykonywane są na wysokości uda i podudzia w taki sposób, aby kikut w przyszłości mógł zostać zaprotezowany, co ma istotne znaczenie dla poprawy jakości życia chorego po amputacji.

Integralną część leczenia chorych amputowanych stanowi rehabilitacja, której celem jest zminimalizowanie upośledzenia ruchowego i uzyskanie maksymalnej możliwej sprawności. Zabieg amputacji poprzedzają zwykle długotrwały ból kończyny oraz zmniejszona aktywność ruchowa chorego. W okresie okołopooperacyjnym umiera ok. 10% pacjentów. Postępowanie rehabilitacyjne w przypadku amputacji naczyniowych jest odmienne aniżeli w przypad-

NIEDOKRWIENIE JELIT – TRUDNY PROBLEM DIAGNOSTYCZNY

Joanna Bielińska¹, Maria Kłopocka²

¹Oddział Kliniczny Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizela w Bydgoszczy

²Centrum Endoskopii Zabiegowej z Poradnią Chorób Jelitowych, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizela w Bydgoszczy

Wśród chorób różnych narządów spowodowanych upośledzonym przepływem naczyniowym niedokrwienie jelit stanowi jedno z najtrudniejszych zagadnień klinicznych. Późne rozpoznanie w wielu przypadkach jest powodem nieskuteczności terapii. Z praktycznego punktu widzenia wyróżnia się ostre i przewlekłe niedokrwienie jelit oraz niedokrwienie okrężnicy. Rokowanie w ostrym niedokrwieniu jelit nie zmieniło się od wielu lat, a śmiertelność stale utrzymuje się na poziomie 70%. Powodem są skąpe objawy przedmiotowe, które towarzyszą ostremu bólowi brzucha. Arteriografia, będąca badaniem trudno dostępnym w trybie nagłym, stanowi w takich przypadkach najlepszą metodę diagnostyczną. W specjalistycznych ośrodkach możliwe jest także natychmiastowe podjęcie interwencji przezskórnej, dotętnicze podanie leków fibrynolitycznych i naczyniorozszerzających, jak również ukierunkowanie ewentualnej rewaskularyzacji chirurgicznej.

Przewlekłe niedokrwienie jelit w swoim przebiegu klinicznym wymaga różnicowania z rakiem i przewlekłym zapaleniem trzustki. Dominują poposiłkowe bóle w nadbrzuszu promieniujące do kręgosłupa oraz utrata masy ciała. Przewlekłe niedokrwienie jelit towarzyszy innym zespołom chorobowym związanym z miażdżycą naczyń układu sercowo-naczyniowego i mózgu.

Niedokrwienie okrężnicy jest najczęstszą patologią przewodu pokarmowego rozwijającą się na podłożu epizodów niedokrwienia. Przyczyny są zróżnicowane, najczęściej zmniejszenie przepływu trzewnego występuje w niewydolności serca i nerek, towarzyszy odwodnieniu i posocznicy, może również stanowić powikłanie chirurgicznych zabiegów naczyniowych jamy brzusznej. Przebieg kliniczny zwykle jest łagodny, jednak w niektórych przypadkach może dojść do piorunującej martwicy jelita. Objawy i obraz endoskopowy bywają podobne jak w infekcyjnych i nieswoistych chorobach zapalnych jelit, stąd zdarzają się pomyłki diagnostyczne.

W każdym przypadku niedokrwienia jelit szybkie i właściwe rozpoznanie jest warunkiem decydującym o skuteczności leczenia.

Słowa kluczowe: układ naczyniowy, niedokrwienie jelit, diagnostyka.

ROLA WSKAŹNIKA KOSTKA–RAMIĘ W DIAGNOSTYCE NIEDOKRWIENIA KOŃCZYN DOLNYCH

Łukasz Woda¹, Paulina Mościcka^{2,3}, Maria T. Szewczyk^{2,3}, Justyna Cwajda-Białasik², Elżbieta Hancke³

¹Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, *Collegium Medicum*

im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, *Collegium Medicum*

im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

³Zakład Leczenia Owrzodzeń Żyłnych Goleni, Szpital

Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy

Choroby układu sercowo-naczyniowego znajdują się na pierwszym miejscu wśród przyczyn zgonów w Polsce. Co roku notuje się ponad 168 tys. zgonów z ich powodu. Choroba tętnic obwodowych (*peripheral arterial disease – PAD*), w postaci niedokrwienia kończyn dolnych, jest niezależnym czynnikiem ryzyka wystąpienia epizodów sercowo-naczyniowych. U 2–3% pacjentów z PAD w ciągu roku dochodzi do zawału serca niezakończonego zgonem, a ryzyko wystąpienia dławicy piersiowej jest 2–3-krotnie wyższe niż w populacji ogólnej odpowiedniej pod względem wieku. Także umieralność chorych z bezobjawową miażdżycą tętnic kończyn dolnych jest 2–3-krotnie większa w porównaniu z osobami bez miażdżycy będącymi w podobnym wieku. Niedokrwienie kończyn dolnych bywa także przyczyną występowania trudno gojących się owrzodzeń oraz może prowadzić do powstania zgorzeli i amputacji kończyny. Dane z piśmiennictwa wskazują, iż częstość występowania PAD w populacji ogólnej wśród osób powyżej 50. roku życia wynosi 12–17%. Jeżeli weźmiemy pod uwagę osoby z grupy wysokiego ryzyka wystąpienia miażdżycy (tj. chorych na cukrzycę, osoby palące papie-

rosy, osoby z nadciśnieniem tętniczym czy też dyslipidemią) oraz osoby powyżej 70. roku życia, to częstość występowania wzrasta do 20–30%. Choroba tętnic obwodowych w 50–80% przypadków nie daje żadnych objawów, dlatego u wielu pacjentów pozostaje nierozpoznana, co powoduje często opóźnione i nieodpowiednie leczenie tych chorych. Wskaźnik kostka–ramię (*ankle-brachial index – ABI*) stanowi prostą metodę skriningową w wykrywaniu niedokrwienia kończyn dolnych, a także jest niezależnym czynnikiem rokowniczym zdarzeń sercowo-naczyniowych. Określenie wskaźnika ABI odbywa się przy użyciu sfin-gomanometru oraz przenośnego aparatu USG doppler wykorzystującego metodę fali ciągłej do pomiaru ciśnienia skurczowego na tętnicach ramiennych oraz na tętnicach piszczelowych tylnych i grzbietowych stopy. Wartość wskaźnika mniejsza od 0,9 potwierdza niedokrwienie kończyn dolnych, jednocześnie cechując się 95-procentową czułością w wykrywaniu PAD ze zmianami w arteriografii i prawie 100-procentową swoistością w identyfikacji zdrowych osób, z prawidłowym wynikiem pomiędzy 1 a 1,3. Z kolei wynik pomiędzy 0,9 a 1,0 stanowi graniczny przedział wartości związany jednocześnie ze statystycznie większą śmiertelnością. W przypadkach, gdy wskaźnik kostka–ramię jest patologicznie wysoki, jak ma to miejsce u chorych z tętnicami obwodowymi uwapnionymi i niepodatnymi na ucisk (cukrzyca, niewydolność nerek), a jego wartość przekracza 1,3 – pomocny może się okazać wskaźnik paluch–ramię (*toe-brachial index – TBI*).

Pomiar wskaźnika kostka–ramię powinien się stać podstawowym badaniem w diagnostyce chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych, umożliwiającym także monitorowanie skuteczności zastosowanego leczenia u tych chorych. Pomiar tego wskaźnika w większości krajów zachodnich wykonywany jest przez pielęgniarki, dlatego tak ważne jest szkolenie personelu medycznego w tym zakresie, gdyż jedynie skoordynowane i wielospecjalistyczne działania prowadzić będą do prawidłowego rozpoznawania i leczenia osób z niedokrwieniem kończyn dolnych.

Słowa kluczowe: wskaźnik kostka–ramię, niedokrwienie kończyn dolnych, chromanie przestankowe, miażdżycy.

ZAKAŻENIE W STOPIE CUKRZYCOWEJ

Mirostawa Młynarczuk

Klinika Chorób Przemiany Materii, SPCSK w Warszawie

Zakażenie jest najważniejszym czynnikiem ryzyka amputacji kończyny w przebiegu zespołu stopy cukrzycowej. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne zaleca stosowanie antybiotykoterapii wyłącznie w przypadku potwierdzonej infekcji, ale bez zwlekania z rozpoczęciem

terapii. Zaleca się, by antybiotyk podawać ogólnoustrojowo (dożylnie lub doustnie), a miejscowo tylko w postaci gąbki kolagenowej nasączonej gentamycyną.

Doświadczenia własne z Kliniki Chorób Przemiany Materii SPCSK w Warszawie na przykładzie przedstawionych przypadków pokazują, że zaimplantowanie gąbki garamycynowej po uprzednim opracowaniu (tzn. usunięciu tkanek zmienionych zapalnie) i wdrożonym leczeniu, z zachowaniem odciążenia znacznie skraca czas trwania infekcji, co powoduje skrócenie czasu gojenia rany.

Słowa kluczowe: stopa cukrzycowa, zakażenie, gąbka garamycynowa.

SPECYFICZNE WYMIARY JAKOŚCI ŻYCIA CHORYCH Z OWRZODZENIEM KOŃCZYNY DOLNEJ O RÓŻNEJ ETIOLOGII

Justyna Cwajda-Białasiak¹, Maria T. Szewczyk²,
Paulina Mościcka², Arkadiusz Jawień³

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

²Zakład Leczenia Owrzodzeń Żyłnych Goleni, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy

³Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Wstęp: Owrzodzenia kończyn dolnych stanowią istotny problem kliniczny. Większość zmian tego typu umiejscawia się w obrębie kończyn dolnych i ma etiologię naczyniową. Z uwagi na swój przewlekły charakter owrzodzenia istotnie ograniczają możliwości funkcjonalne chorych oraz wpływają niekorzystnie na jakość ich życia.

Cel pracy: Porównanie jakości życia oraz jej specyficznych wymiarów: akceptacji choroby oraz wymiaru i strategii kontroli bólu u chorych z owrzodzeniem kończyny dolnej o etiologii żylniej, tętniczej i tętniczo-żylniej.

Materiał i metody: Do badania zakwalifikowano 298 kolejnych chorych z owrzodzeniami kończyn dolnych: o etiologii żylniej ($n = 101$), tętniczej ($n = 98$) i mieszanej (tętniczo-żylniej; $n = 99$), leczonych w Poradni Leczenia Owrzodzeń Żyłnych oraz w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy. Jako narzędzia badawcze zastosowano standaryzowane kwestionariusze oceny, m.in. Skalę akceptacji choroby (*Acceptance of Illness Scale – AIS*), Kwestionariusz przekonań na temat kontroli bólu (*Beliefs about Pain Control Questionnaire – BPCQ*) oraz Kwestionariusz strategii radzenia sobie z bólem (*The Pain Strategies Questionnaire – CSQ*).

Wyniki: Wykazano, że chorzy z owrzodzeniem o różnej etiologii nie różnią się znacząco pod względem ogólnej jakości życia oraz jej wymiaru emocjonalnego i psy-

chospołecznego, a także poziomu akceptacji choroby. Istotne różnice dotyczyły chorych z owrzodzeniem tętniczym i mieszanym w zakresie uciążliwości objawów fizycznych. Także chorzy z owrzodzeniem o etiologii tętniczej deklarowali znacznie częstsze wykorzystanie strategii „katastrofizowania” oraz znacznie rzadsze wykorzystanie „ignorowania”, „deklaracji radzenia sobie” i zwiększonej aktywności behawioralnej. Również deklarowany poziom opanowania bólu i redukcji bólu był u tych osób znacznie niższy niż w pozostałych grupach.

Wnioski: Większy stopień uciążliwości objawów fizycznych u chorych z owrzodzeniem o etiologii tętniczej i mieszanej był związany z wykorzystaniem nieodpowiednich strategii radzenia sobie z bólem: biernej akceptacji dolegliwości fizycznych.

Słowa kluczowe: owrzodzenie kończyny dolnej, ból, akceptacja choroby.

ROLA OPATRUNKÓW W LECZENIU RAN. WPŁYW TECHNOLOGII WYKONANIA OPATRUNKU NA ŚRODOWISKO GOJENIA SIĘ RANY

Małgorzata Budynek

ConvaTec Polska

Wstęp: Zakażenia krzyżowe są poważnym problemem w środowisku szpitalnym i stanowią główne źródło zakażeń szpitalnych. Wśród czynników etiologicznych zakażeń szpitalnych w szpitalu ZOZ w Suchoj Beskidzkiej w 2000 r. dominowały: *Escherichia coli* – 39,4%, *Pseudomonas aeruginosa* – 15,7%, *Staphylococcus aureus* – 14,4%. Dobór opatrunku ma w przypadku rany przewlekłej podwójne znaczenie. Opatrunek powinien w takim wypadku z jednej strony skutecznie zamykać środowisko rany, zarządzać wysiękiem i zabezpieczać ranę przed zakażeniem z zewnątrz, z drugiej zaś chronić otoczenie pacjenta przed kontaktem z drobnoustrojami obecnymi w ranie.

Cel pracy: Przedstawienie przeglądu publikacji na temat roli opatrunku w leczeniu ran i ich wpływie na środowisko gojenia rany.

Materiał i metody: Praca ma charakter przeglądowy. Dobór publikacji związany był z celem pracy. Dodatkowo przedstawiono także praktyczne wskazówki dotyczące doboru i stosowania opatrunków wynikające z doświadczenia autorki.

Wnioski: Rany zakażone goją się bardzo wolno lub wcale. Synergia (współdziałanie) między bakteriami tlenowymi i beztlenowymi sprzyja rozwojowi zakażenia w ranie przewlekłej. Odpowiednio dobrane opatrunki mają wpływ na kontrolę: mikroflory bakteryjnej, zapachu, wysięku w ranie i bólu związanego z nią oraz na minimalizację rozprzestrzeniania się zakażenia.

Słowa kluczowe: zakażenie szpitalne, rana przewlekła, wysięk, technologia Hydrofiber®.

WYBRANE BIOPSYCHOSPOŁECZNE ASPEKTY PROFILAKTYKI I WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA JELITA GRUBEGO

**Marcin Mrozowski¹, Jolanta Bambrowicz¹,
Magdalena Łapacz¹, Arkadiusz Jawień²**

¹Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Polska coraz bardziej zbliża się do zachodnioeuropejskich statystyk zachorowań i zgonów spowodowanych chorobami cywilizacyjnymi. Nowotwory złośliwe, z rakiem jelita grubego na czele, zajmują drugą, po chorobach układu krążenia, niechlubną pozycję w tej statystyce, będąc przyczyną ponad 20% części zgonów. Proces leczniczy jest długotrwały, kosztowny, wiąże się z wieloma niepowodzeniami i często niekorzystnymi wieloletnimi następstwami. Stanowi to problem nie tylko medyczny, lecz także, w konsekwencji, przede wszystkim ekonomiczny i społeczny. Postępowanie profilaktyczne i działania mające na celu jak najwcześniejsze wykrycie raka jelita grubego pozwalają na poprawę tych statystyk. Prowadzone programy profilaktyczne i badania przesiewowe mogą przede wszystkim doprowadzić do zmniejszenia ponad 15-tysięcznej liczby zgonów na raka jelita grubego w Polsce. Ponadto mogą one zminimalizować koszty ekonomiczne i społeczne choroby, rekonwalescencji i szeroko rozumianej niepełnosprawności w tej grupie chorych. Warunkiem osiągnięcia tych celów jest uświadomienie sobie, iż wszystkie konieczne postępowania mają charakter interdyscyplinarny, a ich osią jest układ zależności między pielęgniarką, pacjentem i lekarzem. Specyfika tej trójelementowej interakcji daje szansę na poprawę jakości leczenia, której ważnym warunkiem jest komfort psychiczny chorego.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, profilaktyka, zespół interdyscyplinarny, poprawa jakości leczenia.

ENDOSKOPOWA DIAGNOSTYKA CHORÓB JELITA GRUBEGO

**Jacek Frasz, Jolanta Bambrowicz, Zbigniew Banaszkiwicz,
Krzysztof Tojek**

Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Katedra Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Wstęp: Badania endoskopowe jelita grubego próbowano wykonywać już w czasach starożytnych, jednak największy rozwój endoskopii nastąpił dopiero po 1957 r. (wprowadzenie fiberoendoskopu z użyciem światłowodów). Obecnie endoskopia stała się podstawową metodą diagnostyczną, często także leczniczą, która pozwala na stwierdzenie zmian, określenie ich charakteru i często stopnia zaawansowania, co umożliwi precyzyjne dopasowanie najbardziej korzystnej terapii.

Cel pracy: Przedstawienie aktualnego stanu wiedzy na temat diagnostyki endoskopowej jelita grubego ze szczególnym uwzględnieniem chorób nowotworowych i zapalnych.

Materiał i metody:

1. Rozwój endoskopii od Hipokratesa, przez Jana Mikulicza, Basila Hirsowitza, do czasów współczesnych.
2. Podział badań endoskopowych.
3. Diagnostyka chorób zapalnych jelita grubego.
4. Diagnostyka chorób nowotworowych jelita grubego ze szczególnym uwzględnieniem badań przesiewowych.
5. Rola endosonografii w diagnostyce jelita grubego.
6. Ograniczenia endoskopii jelita grubego i zapobieganie możliwym powikłaniom.
7. Zespoły interdyscyplinarne.

Wyniki: Badania endoskopowe mają najwyższą czułość i swoistość w diagnozowaniu chorób nowotworowych i zapalnych jelita grubego. Pomimo rozwoju małoinwazyjnych metod diagnostyki obrazowej jelita grubego, takich jak wirtualna kolonoskopia, badania endoskopowe nadal mają nad nimi znaczną przewagę, która wydaje się niezagrożona. Dzięki rozwojowi chromoendoskopii i cyfrowej obróbki obrazu, endoskopowy proces diagnostyczny może być coraz częściej połączony z procesem leczniczym. Wraz z ogromnym rozwojem procedur endoskopowych udaje się poprawić ich bezpieczeństwo i sprawić, aby były dobrze tolerowane, co zostało potwierdzone badaniami jakości życia.

Wnioski: Badania endoskopowe to teraźniejszość i przyszłość w diagnostyce i leczeniu jelita grubego. W celu rozwoju tej metody proponujemy tworzyć interdyscyplinarne zespoły endoskopowe, składające się z wyspecjalizowanych pielęgniarek endoskopowych, gastroenterologów, chirurgów, anestezjologów i patomorfologów, co umożliwi optymalne wykorzystanie sprzętu i często jednoczesną diagnostykę połączoną z zabiegami leczniczymi.

Słowa kluczowe: diagnostyka endoskopowa, choroby jelita grubego, fiberozonoskopia, endosonografia.

CZĘSTE I RZADKIE POWIKŁANIA KOLONOSKOPII

**Maciej Światoński, Jolanta Bambrowicz,
Magdalena Łapacz, Zbigniew Banaszekiewicz**

Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Kolonoskopia jest od 40 lat podstawowym narzędziem służącym do wykrywania zmian patologicznych w jelicie grubym. Stanowi zatem najważniejszy instrument w wykrywaniu raka jelita grubego. Jest procedurą uznawaną za bezpieczną z możliwością wystąpienia powikłań. Liczba wykonywanych kolonoskopii każdego roku wzrasta z racji powszechnej dostępności tego badania oraz programu badań przesiewowych. Częstość powikłań związanych z kolonoskopią pozostaje na podobnym poziomie, jednak ze względu na rosnącą liczbę badań wzrasta ich bezwzględna liczba. Perforacja jelita w zależności od autorów zdarza się podczas 0,005–0,63% kolonoskopii. Ustalono, że wraz z wiekiem badanego rośnie ryzyko perforacji jelita i krwawienia z jelita. Ryzyko to zwiększa także wykonanie polipektomii lub biopsji diagnostycznej. Niektórzy autorzy wskazywali również na małe doświadczenie w wykonywaniu kolonoskopii jako czynnik ryzyka wystąpienia powikłań badania. Oceniono, że wykonywanie mniej niż 300 kolonoskopii rocznie podnosiło ryzyko krwawienia i perforacji jelita w trakcie badania. Badacze z Kanady wykazali, że polipektomia w jelicie grubym 10-krotnie częściej powodowała krwawienie i perforację jelita niż badania, podczas których nie były wykonywane te procedury. Ten sam zespół naukowy ustalił, że rozpoznanie powikłania podczas kolonoskopii ustalono zaledwie u 12% badanych, natomiast po badaniu – u 24% osób. Najczęściej późno diagnozowanym powikłaniem było krwawienie z jelita grubego. Mimo że krwawienie i perforacja jelita są najczęstszymi powikłaniami kolonoskopii, to wykonujący badanie musi pamiętać o rzadszych, ale wciąż obecnych zdarzeniach wiktających prawidłowy przebieg tego badania. Należy tu wymienić odmę prężną lewostronną, odmę zaotrzewnową, odmę podskórną, ostre zapalenie wyrostka robaczkowego z jego perforacją, a także uraz śledziony. W piśmiennictwie można odnaleźć także doniesienia o zakrzepicy pomostu szyjno-podobojczykowego, napadzie dusznicy bolesnej oraz o zgorzeli Fourniera jamy otrzewnowej, które to powikłania rozwinęły się podczas i po wykonanej kolonoskopii. Wszyscy autorzy podkreślają, że wyższy wiek badanego jest niezależnym czynnikiem ryzyka rozwoju powikłań tego badania. Krwawienie do przewodu pokarmowego i perforacja jelita są

częstsze u mężczyzn z racji wykonywania u nich większej liczby polipektomii. Doświadczenie lekarza wykonującego badanie ma ogromne znaczenie w aspekcie jego bezpieczeństwa dla chorego. Podobnie jak inne procedury endoskopowe kolonoskopia w wykonywana przez doświadczonego lekarza jest badaniem bezpiecznym. Badacze zgodnie podkreślają, że bezpieczeństwo badania zależy w równym stopniu od wszystkich członków zespołu endoskopowego: pielęgniarki endoskopowej i lekarza wykonującego badanie. Niezwykle istotną rolę odgrywa aktywna pomoc pielęgniarska, szczególnie podczas kolonoskopii zabiegowych (polipektomia, poszerzenie zwężenia jelita). W wielu badaniach zauważano znacząco mniejszą liczbę powikłań kolonoskopii, gdy badania te były wykonywane w pracowniach, w których zespół pielęgniarsko-lekarski miał długi staż wspólnej pracy.

Słowa kluczowe: kolonoskopia, perforacja jelita, krwawienie, członkowie zespołu endoskopowego.

CHOROZY NA RAKA JELITA GRUBEGO – PRZEDOPERACYJNA OCENA RYZYKA NIEDOŻYWIENIA

**Bartosz Fórmankiewicz¹, Krzysztof Tojek¹, Jacek Frasz¹,
Zbigniew Banaszekiewicz¹, Beata Strzyżewska¹,
Katarzyna Cierzniaowska^{1,2}, Elżbieta Kozłowska^{1,2}**

¹Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Katedra Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

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

Wstęp: Rak jelita grubego (RJG) to drugi najczęściej występujący nowotwór złośliwy zarówno u kobiet, jak i mężczyzn. Ze względu na wskaźniki epidemiologiczne choroba ta urasta do rangi problemu społecznego i jest częstą przyczyną podejmowanych interwencji chirurgicznych. Na rokowanie oraz przebieg pooperacyjny wpływ ma stan odżywienia tychże pacjentów, dlatego jego ocena powinna stanowić integralną część pracy zespołu pielęgniarsko-lekarskiego.

Cel pracy: Określenie stanu odżywienia pacjentów z RJG przyjętych do Kliniki w celu leczenia operacyjnego.

Materiał i metody: Przebadano 104 pacjentów (43 kobiety i 61 mężczyzn) przyjętych do Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej z rozpoznaniem RJG. Przeprowadzono: wywiad żywieniowy [formularz NRS 2002, wskaźnik masy ciała (*body mass index* – BMI)], badanie kliniczne, wybrane parametry we krwi obwodowej (stężenie hemoglobiny, albumin, liczba limfocytów w 1 mm³). Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą χ^2 z poprawką Yatesa oraz testu *t*-Studenta.

Wyniki: Na podstawie przeprowadzonych badań uzyskano następujące wyniki: 62 pacjentów wymagało

żywienia klinicznego (wg NRS 2002), średnie wartości BMI nie wykazywały różnic statystycznych między pacjentami wymagającymi a niewymagającymi żywienia klinicznego. Chorzy z rakiem prawej strony okrężnicy znamiennej częściej mieli stężenie hemoglobiny < 10 g/dl w porównaniu z chorymi z rakiem odbytnicy. Hipoalbuminemia występowała częściej u pacjentów z guzem prawej połowy jelita grubego. Stężenie limfocytów wykazywało różnicę u chorych o różnym zaawansowaniu choroby. Pacjenci niedożywieni wymagali dłuższej hospitalizacji.

Wnioski: Stan odżywienia chorego koreluje dodatnio z zaawansowaniem klinicznym choroby. Pacjenci niedożywieni wymagają dłuższej hospitalizacji, co zwiększa koszty terapii. Jeśli pacjent wymaga żywienia klinicznego, to należy je traktować jako jedną z wielu składowych procesów leczniczych.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, stan odżywienia, NRS 2002.

FOLLOW-UP PO RADYKALNYM LECZENIU Z POWODU RAKA JELITA GRUBEGO

Zbigniew Banaszek¹, Katarzyna Cierznikowska^{1,2}, Paweł Jarmocik¹, Jacek Frasz¹, Krzysztof Tojek¹, Marcin Mrozowski¹, Arkadiusz Jawień³

¹Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej, Katedra Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

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

³Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Wstęp: Część chorych po radykalnej terapii z powodu raka jelita grubego wymaga leczenia z powodu nawrotu choroby, a skuteczność tego postępowania zależy przede wszystkim od wczesnego wykrycia schorzenia.

Materiał i metody: Analizowano efektywność intensywnego monitorowania chorych leczonych operacyjnie w latach 1993–2002 z powodu raka jelita grubego. Wykonano badania przedmiotowe i podmiotowe, pomiar stężenia antygenu rakowo- płodowego (*carcino-embryonic antigen* – CEA) w surowicy oraz kolonoskopię klasyczną.

Wyniki: Na podstawie analizy dokumentacji uzyskano dane dotyczące 340 leczonych chorych. Wznowa raka jelita grubego występowała najczęściej w postaci przerzutów do wątroby (12,94%) i wznowy miejscowej (9,41%), a podejrzenie wznowy wysunięto na podstawie zwiększenia stężenia CEA w surowicy (60%). U chorych, u których wznowę wykryto w programie intensywnego

monitorowania, w porównaniu z chorymi mającymi objawy, ryzyko względne zastosowania tylko leczenia paliatywnego było wyraźnie niższe. Badanie endoskopowe jelita grubego okazało się bardzo przydatne poza wykryciem wznowy (u 18,87% chorych) do wykrywania innych ognisk nowotworowych w jelicie grubym.

Wnioski: Lepsze wyniki leczenia wznowy raka jelita grubego można uzyskać, stosując intensywne monitorowanie chorych opierające się na stosunkowo łatwo dostępnych badaniach.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, *follow-up*, CEA, kolonoskopia.

JAKOŚĆ ŻYCIA CHORYCH ZE STOMIĄ JAKO ASPEKT OPIEKI INTERDYSCYPLINARNEJ

Elżbieta Kozłowska^{1,2}, Katarzyna Cierznikowska^{1,2}, Maria T. Szewczyk¹, Zbigniew Banaszek^{1,2}, Mariusz Fuks²

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

²Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, *Collegium Medicum*, im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Nowotwór jelita grubego zajmuje wiodące miejsce na świecie pod względem zachorowalności na nowotwory złośliwe. Pomimo zaawansowanych technik chirurgicznych znaczna część przypadków leczonych operacyjnie kończy się wytworzeniem przetoki jelitowej. Jakość życia, wg Światowej Organizacji Zdrowia, wyraża się poczuciem satysfakcji jednostek lub grup społecznych wynikającej ze świadomości zaspokojenia własnych potrzeb oraz postrzegania możliwości rozwoju jednostkowego i społecznego. Ocena jakości życia stanowi bardzo ważny aspekt opieki pielęgniarskiej i jest wyznacznikiem przystosowania się chorego do życia w zupełnie nowej sytuacji zdrowotnej. Wśród podstawowych obszarów jakości życia wymienia się wymiary: fizyczny, psychiczny, społeczny, oraz sprawność ruchową. Praca całego zespołu terapeutycznego powinna rzutować na wysoką jakość życia pacjentów ze stomią. W opiece równie ważne jest staranne przygotowanie chorego do zabiegu chirurgicznego, technika chirurgiczna, wsparcie psychiczne chorego oraz zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym, a także przygotowanie chorego do życia ze stomią.

Słowa kluczowe: stomia, jakość życia, opieka interdyscyplinarna.

NOWE OPATRUNKI CHIRURGICZNE JAKO JEDEN Z ELEMENTÓW ZAPOBIEGANIA MIEJSCOWYM POWIKŁANIOM RANY POOPERACYJNEJ ORAZ ZAKAŻENIOM SZPITALNYM

Izabela Kuberka

Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu

Wstęp: W celu ograniczenia ryzyka rozwoju zakażeń miejsca operowanego (*surgical site infection* – SSI) konieczna jest profilaktyka, na którą składa się m.in.: przygotowanie pacjenta, prawidłowe przygotowanie pola operacyjnego, zastosowanie barierowego obłożenia operacyjnego, technika i czas trwania zabiegu oraz pooperacyjne postępowanie z raną.

Cel pracy: Analiza literatury dotyczącej zakażenia miejsca operowanego oraz przedstawienie własnych doświadczeń w postępowaniu z raną pooperacyjną.

Materiał i metody: Praca przedstawia przegląd piśmiennictwa dotyczącego problematyki zakażeń miejsca operowanego i opatrunków chirurgicznych oraz doświadczenia własne w postępowaniu z ranami pooperacyjnymi. Przedstawiono wyniki z wstępnej obserwacji nowych opatrunków chirurgicznych Aquacel® Surgical oraz Aquacel® Ag Surgical zastosowanych u 5 pacjentów z wysokim ryzykiem wystąpienia SSI (zabiegi w większości wiążące się z naruszeniem ciągłości przewodu pokarmowego). Analizie poddano parametry określające użyteczność i skuteczność opatrunków w gojeniu ran pooperacyjnych oraz stopień satysfakcji pacjentów z ich zastosowania.

Wyniki: Testowane opatrunki chirurgiczne rzadziej wymagają zmiany, a ich aplikacja nie stwarza problemów. U żadnego z pacjentów nie wystąpiła reakcja alergiczna, nie doszło również do rozwoju SSI.

Wniosek: Opatrunki wyprodukowane w nowej technologii poprzez możliwość wertykalnego sposobu pochłaniania oraz właściwości biobójcze zapobiegają powikłaniom w obrębie miejsca operowanego.

Słowa kluczowe: infekcja, rana pooperacyjna, opatrunek, zakażenie szpitalne.

OCENA URAZOWOŚCI U DZIECI HOSPITALIZOWANYCH W KLINICE CHIRURGII DZIECIĘCEJ SZPITALA UNIWERSYTECKIEGO NR 1 W BYDGOSZCZY W LATACH 2005–2009

Ewa Barczykowska¹, Marika Żurawska²,
Irena Daniluk-Matras², Marta Grabińska³, Andrzej Kurylak¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Klinika Chirurgii Dziecięcej, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy

³studentka kierunku pielęgniarstwo, studia drugiego stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Wstęp: Do większości urazów wieku dziecięcego dochodzi przypadkowo, chociaż należy brać pod uwagę możliwość świadomego ich wywołania. Urazy są główną przyczyną zgonów i hospitalizacji dzieci i młodzieży.

Cel pracy: Analiza rodzajów urazów u dzieci leczonych w Klinice Chirurgii Dziecięcej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy w latach 2005–2009.

Materiał i metody: Analiza dotyczyła 958 dzieci hospitalizowanych w Klinice Chirurgii Dziecięcej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy z powodu urazu. Badanie miało charakter retrospektywny. Dane uzyskano z dokumentów dotyczących historii chorób dzieci.

Wyniki: Z przeprowadzonych badań wynika, że chłopcy częściej ulegają urazom niż dziewczynki (61,17% vs 38,83%). Najlicniejszą grupę stanowiły dzieci w wieku od 7. do 14. roku życia (35,91%). Większość dzieci pochodziła z miasta (72,13%), na wsi mieszkało 27,87% badanych. Do urazów najczęściej dochodziło w domu (34,34%). Najczęstszą przyczyną urazów wśród noworodków i niemowląt oraz dzieci w wieku 1–3 lat był upadek z wysokości (odpowiednio 65,42% i 45,63%), w grupie wiekowej 4–6 lat oraz 7–14 lat przyczyną urazu było uderzenie o przedmiot (odpowiednio 24,47% i 18,9%), a wśród młodzieży od 15. do 19. roku życia – pobicia (20,55%) oraz wypadki drogowe (18,97%). Dzieci najczęściej doznawały urazów czaszkowo-mózgowych (67,74%) oraz kostno-stawowych (18,67%). Zdecydowana większość dzieci (86,44%) wymagała leczenia zachowawczego i pobytu w szpitalu do 3 dni (74,12%). Dłuższe okresy hospitalizacji związane były z urazami jamy brzusznej. Do większości urazów u dzieci (58,87%) dochodziło w miesiącach wiosenno-letnich (kwiecień–wrzesień).

Wnioski: Chłopcy ulegają urazom częściej niż dziewczęta. Niezależnie od wieku dzieci najczęściej doznają urazów czaszkowo-mózgowych i kostno-stawowych. Przyczyny urazów u dzieci są zróżnicowane w poszczególnych

grupach wiekowych. Zdecydowana większość urazów wymagała leczenia zachowawczego i hospitalizacji trwającej do 3 dni.

Słowa kluczowe: urazy, dzieci, hospitalizacja.

NIEKTÓRE DYLEMATY ETYCZNE W OPIECE NAD PACJENTAMI NA ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII

Magdalena Kula

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie

W obliczu ciągle udoskonalanych technik ratowania i podtrzymywania życia pojawiają się pytania nie tylko o jego właściwy kres, lecz także o środki i działania, które powinny być stosowane dla dobra chorego. Ta kwestia nie jest dla wszystkich jednoznaczna, co może prowadzić do różnego rodzaju nadużyć wobec tych, którym należy pomóc. Najwięcej pytań pojawia się, gdy decyzje trzeba podejmować za drugą osobę, która sama, z różnych przyczyn, nie jest w stanie wyrazić swojego zdania. Utrudnieniem są również okoliczności towarzyszące podejmowaniu takich decyzji, np. stan zdrowia, a właściwie stopień zaawansowania choroby oraz oparte na aktualnej wiedzy medycznej prognozy dotyczące poprawy lub pogorszenia aktualnego stanu chorego.

Na oddziałach intensywnej terapii (OIT), gdzie często toczy się walka pomiędzy życiem i śmiercią, takich pytań z pewnością nie brakuje. Lekarz musi zdecydować, jaki rodzaj terapii zastosować u chorego oraz jakich użyć środków. W którym momencie kończy się walka o życie, a zaczyna uporczywa terapia? Czy można przerwać lub wstrzymać raz wdrożone leczenie? Czy odżywianie i nawadnianie pacjentów w stanie wegetatywnym należy do podstawowej opieki, czy jest już formą terapii?

Ciągle rozwijająca się medycyna nie zawsze potrafi udzielić jednoznacznych odpowiedzi na te pytania. Z pomocą przychodzi etyka, która przypomina, że pewne prawdy o człowieku i wartości jego życia pozostają niezmiennie w odniesieniu do ciągle zmieniającego się i pędzącego świata. Chociaż odpowiedzi nie nasuwają się łatwo, warto się starać jednak wskazać na to, co w danej sytuacji jest najlepsze dla pacjenta, na jego dobro.

Słowa kluczowe: uporczywa terapia, środki proporcjonalne, środki nieproporcjonalne, sztuczne odżywianie, opieka.

OCENA JAKOŚCI MONITOROWANIA BÓLU POOPERACYJNEGO

Lucyna Kietbasa

Miejski Szpital Zespolony im. Mikołaja Kopernika w Olsztynie, UM w Olsztynie

Wstęp: Skuteczne uśmierzanie bólu pooperacyjnego oraz łagodzenie cierpienia pacjenta jest integralną częścią nowoczesnego leczenia chirurgicznego i zależy od współpracy interdyscyplinarnego zespołu. Wprowadzenie regularnego monitorowania poziomu bólu u każdego operowanego pacjenta, a także edukacja chorych na temat możliwości i metod uśmierzania bólu pooperacyjnego mogą w perspektywie w znaczący sposób poprawić jakość leczenia bólu, a w konsekwencji zmniejszyć ryzyko rozwoju powikłań i obniżyć koszty leczenia. Kluczową rolę w tym procesie odgrywa zespół pielęgniarski.

Cel pracy: Analiza rodzaju i stopnia odczuwanego bólu w okresie pooperacyjnym w zakresie jakości opieki pielęgniarskiej z uwzględnieniem takich aspektów, jak: komunikowanie, działanie, zaufanie i środowisko.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono na Oddziale Chirurgii Ogólnej w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie od czerwca do grudnia 2011 r., przy użyciu Skali Klinicznych Wskazników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym. Badaniem objęto 62 chorych.

Wyniki: Pacjenci uznali, że zastosowane metody leczenia bólu pooperacyjnego są skuteczne. Analiza wykazała również, że jakość sprawowanej opieki pielęgniarskiej wyrażona na podstawie wartości średnich wynosiła 59,73 (zakres od 14 do 70) w skali zaufanie i środowisko.

Wnioski: Pacjenci korzystnie oceniają jakość opieki pielęgniarskiej w zakresie monitorowania bólu pooperacyjnego, a zastosowane metody leczenia bólu pooperacyjnego uważają za skuteczne.

Słowa kluczowe: ból pooperacyjny, jakość opieki pielęgniarskiej, zaufanie, komunikacja.

OCENA JAKOŚCI OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ U CHORYCH HOSPITALIZOWANYCH NA ODDZIAŁACH ZABIEGOWYCH Z PERSPEKTYWY PACJENTÓW I PIELĘGNIAREK

Katarzyna Juszczyk¹, Krystyna Jaracz²

¹Wydział Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu

²Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Psychiatrycznego, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Cel pracy: Celem pracy była ocena jakości opieki pielęgniarskiej w aspekcie bólu pooperacyjnego u chorych hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych.

Materiał i metody: Grupę badaną stanowiło 375 pacjentów oddziałów zabiegowych (chirurgia, ginekologia, ortopedia) oraz 149 pielęgniarek sprawujących opiekę nad chorymi w trakcie ich leczenia. Do badań wykorzystano polską wersję skali Klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym (Strategic and Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management – SCQIPP). Skala zawiera 14 pozycji pogrupowanych w cztery podskale (Komunikowanie, Zaufanie, Działanie i Środowisko) oraz dwa pytania dodatkowe dotyczące najsilniejszego bólu odczuwanego przez chorych w ostatnich 24 godzinach i ogólnej satysfakcji z opieki.

Wyniki: Średnia dla wyniku ogólnego skali SCQIPP w grupie pacjentów wynosiła 48,46 pkt (SD = 9,86) (zakres skali 14–70), a w grupie pielęgniarek 48,76 pkt (SD = 5,31) (zakres skali 12–60). Punktacja dla poszczególnych podskal w grupie pacjentów i pielęgniarek przedstawiała się następująco: Komunikowanie –12,29 pkt (SD = 2,56) vs 3,36 pkt (SD = 1,35), Działanie – 14,53 pkt (SD = 3,78) vs 15,95 pkt (SD = 2,27), Zaufanie – 17,6 pkt (SD = 2,84) vs 17,42 pkt (SD=2,04) i Środowisko – 12,92 pkt (SD = 2,36) vs 12,00 pkt (SD = 2,06). Statystycznie istotne różnice pomiędzy ocenami pacjentów i pielęgniarek dotyczyły podskal: środowisko (pacjenci oceniali lepiej) i działanie (pielęgniarki oceniały lepiej), a także nasilenia aktualnych dolegliwości bólowych (pielęgniarki oceniały wyżej) oraz najsilniejszych odczuwanych w ciągu 24 godzin po operacji.

Wnioski:

1. Poziom jakości opieki zarówno w ocenie badanych chorych, jak i pielęgniarek był na poziomie średnim.

2. Główne obszary jakości opieki wymagające poprawy dotyczą informowania chorych o sposobach zwalczania bólu po operacji, ilościowej oceny nasilenia dolegliwości bólowych oraz udzielania informacji odnośnie do postępowania przeciwbólowego po zakończeniu hospitalizacji.

3. Ocena jakości opieki pielęgniarskiej dokonana przez chorych różniła się od tej dokonanej przez pielęgniarki w podskalach Działanie i Środowisko, a także w zakresie nasilenia dolegliwości bólowych po operacji.

Słowa kluczowe: jakość opieki, ból pooperacyjny, opieka pielęgniarska.

ZACHOWANIA ZDROWOTNE KOBIET W WIEKU PÓŹNEJ DOROSŁOŚCI ZAMIESZKUJĄCYCH GMINĘ GNIEWKOWO (POWIAT INOWROCŁAWSKI, WOJEWÓDZTWO KUJAWSKO- -POMORSKIE) UCZESTNICZĄCYCH W BADANIU PRZESIEWOWYM W KIERUNKU WYKRYCIA CHORÓB UKŁADU NACZYNIOWEGO

Magdalena Smoczyńska¹, Łukasz Woda²,
Tadeusz Dereziński³, Maria T. Szewczyk^{4,5},
Arkadiusz Jawień⁶

¹Katedra i Zakład Psychologii Klinicznej, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, *Collegium Medicum*

im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

³NZOZ Eskulap Gniewkowo

⁴Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

⁵Zakład Leczenia Owrzodzeń Żyłnych Goleni, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy

⁶Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Wstęp: Okres późnej dorosłości charakteryzuje się nasileniem zmian w stanie fizycznym oraz wzrostem występowania różnych dolegliwości i chorób. Zachowaniami zdrowotnymi określa się wszelkie działania podejmowane przez jednostkę w celu umocnienia swojego stanu zdrowia lub w celu powrotu do pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego w sytuacji choroby. Ocena poziomu zachowań zdrowotnych konkretnej grupy społecznej jest niezbędna do skonstruowania właściwych programów edukacyjnych i promujących zdrowie oraz działań leczniczych i wspierających.

Cel pracy: Głównym celem pracy była analiza nasilenia zachowań zdrowotnych wśród mieszkanki gminy Gniewkowo w wieku późnej dorosłości w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz praktyk zdrowotnych.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 156 kobiet w wieku 65–75 lat uczestniczących w badaniu przesiewowym w kierunku wykrycia chorób układu naczyniowego, zamieszkałych na terenie gminy Gniewkowo. Do badania wykorzystano ankietę własnej konstrukcji oraz standaryzowane narzędzie badawcze Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Z. Juczyńskiego.

Wyniki: Wyniki oraz wnioski z badania zostaną przedstawione podczas konferencji.

Słowa kluczowe: badania przesiewowe, zachowania zdrowotne, kobiety, choroby naczyń.

SPECYFIKA PRACY PIELĘGNIAREK PSYCHIATRYCZNYCH WOBEC CHORYCH Z RANAMI OSTRYMI I PRZEWLEKŁYMI – OPIS PRZYPADKÓW

Anita Hałabuda¹, Paulina Mościcka², Aleksandra Popow²

¹Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu

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

W szpitalach psychiatrycznych przebywają pacjenci, których zdrowie psychiczne w sposób bardzo poważny zostało zaburzone. W pracy pielęgniarek psychiatrycznych trudne sytuacje zdarzają się każdego dnia. Utrata poczucia bezpieczeństwa przez pacjenta z powodu zaburzeń psychotycznych prowadzi do impulsywnych reakcji, występują tendencje do samouszkodzeń czy popełnienia samobójstwa. Współpraca z pacjentem leczonym psychiatrycznie, u którego dodatkowo rozwinęło się schorzenie przewlekłe, jakim jest owrzodzenie w obrębie kończyn dolnych, a także występują inne rany ostre, często będące wynikiem samouszkodzenia, jest bardzo utrudniona.

W pracy przedstawiono opisy przypadków pacjentów chorych psychicznie z raną przewlekłą i raną powstałą wskutek samouszkodzenia spowodowanego wystąpieniem ostrych objawów chorobowych. Zwrócono również uwagę na obowiązujące przepisy prawne i możliwości pielęgnacyjno-lecznicze dotyczące tych współwystępujących problemów.

Słowa kluczowe: pielęgniarka psychiatryczna, rana ostra, rana przewlekła, rola pielęgniarki.

PROFILAKTYKA ŻYLNEJ CHOROBY ZAKRZEPOWO-ZATOROWEJ U PACJENTÓW PO URAZIE RDZENIA KRĘGOWEGO

Justyna Grada, Renata Sinkiewicz-Jaskólska, Wojciech Hagner

Katedra i Klinika Rehabilitacji, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera, UMK w Toruniu, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza

Każdego roku na całym świecie dochodzi do tragicznych w skutkach wypadków, w wyniku których dochodzi do poważnych urazów kręgosłupa i rdzenia kręgowego. Opieka nad pacjentami po tak ciężkich urazach jest zadaniem szczególnie trudnym i wymaga od całego zespołu terapeutycznego dużej wiedzy i doświadczenia. Pacjent narażony jest bowiem na wystąpienie wielu niebezpiecznych, zagrażających zdrowiu i życiu powikłań, wynikających z samego urazu, stanu ogólnego oraz długotrwałego unieruchomienia. Bardzo często u pacjentów po urazie kręgosłupa i rdzenia kręgowego dochodzi do rozwoju żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ). Choroba ta jest szczególnie niebezpieczna, gdyż może doprowadzić do najgroźniejszego powikłania w postaci zatoru płucnego, który dla wielu pacjentów kończy się śmiercią. Znajomość schorzenia, jego objawów, powikłań oraz metody profilaktyki pozwalają przeprowadzić pacjenta przez najtrudniejszy okres pobytu w szpitalu oraz zmniejszyć ryzyko wystąpienia ŻChZZ z jej najgroźniejszym powikłaniem w przyszłości.

Słowa kluczowe: choroba zakrzepowo-zatorowa, uraz rdzenia kręgowego, profilaktyka.

OCENA CZYNNIKÓW RYZYKA ROZWOJU MIAŻDŻYCY I WARTOŚCI WSKAŹNIKA KOSTKA–RAMIĘ U CHORYCH Z MIAŻDŻYCĄ TĘTNIC KOŃCZYN DOLNYCH

Katarzyna Cierznikowska^{1,2}, Anna Górka³, Justyna Cwajda-Białasik¹, Elżbieta Kozłowska^{1,2}, Paulina Mościcka^{1,2}

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

²Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

³Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Wstęp: Miażdżyca jest główną przyczyną przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych. Warunkują ją różnorodne czynniki ryzyka wystąpienia miażdżycy (m.in. wiek, płeć, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, mała aktywność fizyczna).

Cel pracy: Ocena występowania czynników ryzyka miażdżycy tętnic i ocena wartości wskaźnika kostka–ramię.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w 2011 r. wśród 141 chorych hospitalizowanych z powodu rozpoznanej miażdżycy tętnic w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy oraz w grupie kontrolnej. Do badań wykorzystano kwestionariusz ankiety, a do pomiarów wskaźnika kostka–ramię – przenośny aparat dopplerowski oraz ciśnieniomierz zegarowy.

Wyniki: Występowanie chorób sercowo-naczyniowych w rodzinie oraz nadciśnienia tętniczego u badanych istotnie częściej stwierdzano w grupie chorych ze zdiagnozowaną miażdżycą ($p < 0,05$). Swoją aktualny stan zdrowia jako dobry określiło tylko 26% chorych z miażdżycą w porównaniu z 61% osób z grupy kontrolnej. Średnie wartości wskaźnika kostka–ramię, jakie osiągnęli badani w poszczególnych grupach różniły się między sobą znacząco, w odniesieniu do obydwu kończyn ($p = 0,000$).

Wnioski: Niektóre czynniki ryzyka miażdżycy obserwowane w grupie kontrolnej występowały istotnie statystycznie rzadziej niż w grupie chorych z rozpoznaną miażdżycą (choroby sercowo-naczyniowe w rodzinie, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu). Chorzy z rozpoznaną miażdżycą tętnic w porównaniu z grupą kontrolną gorzej oceniają stan własnego zdrowia.

Słowa kluczowe: miażdżyca, czynniki ryzyka, wskaźnik kostka–ramię.

PRZYGOTOWANIE PACJENTA PO AMPUTACJI KOŃCZYNY DOLNEJ Z PRZYCZYN NACZYNIOWYCH I JEGO RODZINY DO OPIEKI W WARUNKACH DOMOWYCH

Monika Kalita¹, Aleksandra Popow², Paulina Mościcka^{2,3}, Justyna Cwajda-Białasik²

¹Studenckie Koto Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

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

³Zakład Leczenia Owrzodzeń Żyłnych Goleni, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy

Decyzja o przeprowadzeniu amputacji z przyczyn naczyniowych jest trudna, zwłaszcza dla pacjenta i jego

rodziny, ponieważ w sposób nagły zostaje zmieniona jego sytuacja i zaburzona jego sprawność fizyczna. Chory i jego rodzina wymagają szczegółowej, wielopoziomowej edukacji z zakresu profilaktyki powikłań poamputacyjnych. Zespół medyczny, w tym rehabilitant i pielęgniarka, przygotowuje chorego do życia w warunkach domowych, do samopielęgnacji, wsparcia holistycznego, aby zapewnić choremu i jego najbliższemu adaptację fizyczną, psychiczną i społeczną.

Słowa kluczowe: amputacja, warunki domowe, rodzina, pielęgniarka.

EDUKACJA CHOREGO I JEGO RODZINY NA TEMAT PIELĘGNACJI OWRZODZENIA GOLENI POCHODZENIA ŻYLNEGO

Marta Olborska¹, Małgorzata Grzelak¹, Maria T. Szewczyk², Justyna Cwajda-Białasik²

¹Studenckie Koto Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

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

Wstęp: Owrzodzenia żyłne goleni to trudno gojące się rany, które powstają na skutek przewlekłej niewydolności żyłnej i są definiowane jako ubytek skóry i tkanki podskórnej o znikomej zdolności do gojenia. Stanowią one znaczący problem dla społeczeństwa z powodu rosnącej częstości ich występowania oraz wydłużonego czasu gojenia rany. Częstość występowania owrzodzeń żylnych rośnie wprost proporcjonalnie do wieku chorych.

Materiał i metody: Analiza publikacji oraz dokumentów i wytworów na temat edukacji pacjentów i ich rodzin w zakresie pielęgnacji rany pochodzenia żylnego z lat 2000–2010.

Wyniki: Leczenie owrzodzeń żylnych goleni jest procesem długotrwałym i wymaga zaangażowania ze strony pielęgniarki i środowiska chorego. W edukacji należy uwzględnić wiele aspektów życia chorego. Według uznanych zaleceń zapobiegania i leczenia korzystne jest zastosowanie kompresjoterapii z odpowiednim doborem stopnia nacisku. Konieczne wydają się również zmiana diety i poinstruowanie na temat aktywności życiowej pacjenta. Odpowiednio prowadzone kompleksowe podejście umożliwi szybsze wygojenie rany. Jednak nawet po całkowitym wygojeniu owrzodzenia wskazane jest dalsze prowadzenie edukacji pacjenta w zakresie czynności zapobiegających ponownemu tworzeniu się owrzodzeń nawrotowych.

Wnioski:

1. Pacjenci z owrzodzeniem goleni pochodzenia żylnego wymagają szczegółowej edukacji.

2. Konieczna jest współpraca pielęgniarki edukującej z innymi członkami zespołu interdyscyplinarnego, m.in. z dietetykiem, fizjoterapeutą i lekarzem.

Słowa kluczowe: owrzodzenie żyłne, edukacja, pielęgniarka.

OCENA SYTUACJI BIOPSYCHOSPÓŁECZNEJ CHORYCH ZE ZMIANAMI SKÓRNYMI KOŃCZYN DOLNYCH O ETIOLOGII NACZYNIOWEJ

Paulina Mościcka^{1,2}, Maria T. Szewczyk^{1,2},
Katarzyna Cierśniakowska^{1,3}, Justyna Cwajda-Białasik¹

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

²Zakład Leczenia Owrzodzeń Żyłnych Goleni, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy

³Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Wstęp: Zmiany skórne oraz przewlekłe owrzodzenia kończyn dolnych o podłożu naczyniowym występują u 1,5% dorosłych Polaków, a częstotliwość ich występowania wzrasta po 70. roku życia. Obecność zmian skórnych i/lub owrzodzenia oraz ich przewlekły charakter wpływają na sytuację fizyczną, psychiczną i społeczną.

Cel pracy: Ocena sytuacji bio-psycho-społecznej chorych ze zmianami skórnymi kończyn dolnych o etiologii naczyniowej.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono w Poradni Gojenia Ran Przewlekłych i Klinice Chirurgii Ogólnej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Biziela w Bydgoszczy w latach 2008–2009. Badaniem objęto 90 chorych, których podzielono na 3 grupy. Pierwsza grupa (G1) to chorzy ze zmianami troficznymi skóry kończyn dolnych, u których nie występowało owrzodzenie goleni. Do drugiej grupy (G2) zakwalifikowano osoby z owrzodzeniem goleni o etiologii żyłnej. Trzecią grupę (G3) stanowiły osoby z owrzodzeniem o etiologii tętniczej. W badaniach posłużono się ankietą, która zawierała pytania ogólne oraz szczegółowe, a ich celem było uzyskanie informacji na temat sytuacji biopsychospołecznej chorych ze zmianami skórnymi o etiologii naczyniowej. Do oceny dolegliwości bólowych posłużono się skalą wzrokowo-analogową (*visual analogue scale* – VAS).

Wyniki: Najbardziej negatywny wpływ na funkcjonowanie bio-psycho-społeczne zaobserwowano w grupach chorych z owrzodzeniem o etiologii tętniczej (86%) i żyłnej (83,33%). W tym zakresie występowały różnice istotne statystycznie ($p < 0,05$). Co 5. chory (18,89%) z powodu zmian skórnych korzystał ze świadczeń rentowych. Różnice w zakresie poczucia wyizolowania środowiskowego w poszczególnych grupach były istotne statystycz-

nie ($p < 0,05$). Większość chorych z owrzodzeniem żyłnym (73,33%) podejmowała rozmowy z najbliższymi na temat swojej choroby, a w pozostałych grupach czyniła tak tylko połowa ankietowanych. Największe natężenie dolegliwości bólowych zgłaszali chorzy z owrzodzeniem o etiologii tętniczej (5,6 pkt w skali VAS), najmniejsze – chorzy ze zmianami skórnymi bez owrzodzeń (2,57 pkt w skali VAS).

Wnioski: Zmiany skórne w postaci owrzodzeń w znacznym stopniu pogarszają funkcjonowanie biopsychospołeczne chorych. Najsilniejsze dolegliwości bólowe występowały u chorych z owrzodzeniem tętniczym. Osoby z owrzodzeniem tętniczym w porównaniu z chorymi z owrzodzeniem żyłnym w większym stopniu doświadczały poczucia odizolowania i doznawały negatywnego wpływu choroby na życie i relacje rodzinne.

Słowa kluczowe: sytuacja biopsychospołeczna, owrzodzenie, zmiana skórna, ból.

WPLYW WIEDZY PACJENTA NA PRZEBIEG BADANIA ENDOSKOPOWEGO

Magdalena Łapacz¹, Maria T. Szewczyk^{2,3}

¹Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

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

³Poradnia Leczenia Owrzodzeń Żyłnych Goleni, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Cel pracy: Ocena wiedzy pacjentów na temat opieki, przebiegu i celowości wykonania badania endoskopowego.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono w SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala im. Jana Biziela w Bydgoszczy na oddziale Kliniki Chirurgii Ogólnej w Gabinetcie Endoskopii za zgodą Komisji Bioetycznej przy *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy. Badania rozpoczęto 9 maja 2008 r. i trwały do 31 sierpnia 2008 r. Grupa badawcza to 200 losowo wybranych osób, w tym 99 mężczyzn i 101 kobiet. W niniejszej pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i technikę obserwacji własnych. Narzędzie stanowił kwestionariusz ankiety.

Wyniki: Największa grupa to osoby przebadane pomiędzy 51. a 70. rokiem życia. Zdecydowana większość badanych (ok. 80%) to osoby z miasta. Nieistotne w badaniu okazało się posiadanie wiedzy na temat przebiegu badania i jego celowości. Motywacja i świadomość nowotworowa też nie znalazła odzwierciedlenia w tolerancji badanych. Okazało się, że nie bez znaczenia jest atmosfera oraz profesjonalizm zespołu badającego. Ma to związek ze zdo-

byłym doświadczeniem zawodowym. W tolerancji badania ma też znaczenie badany odcinek – jego długość. Próby wykonania badania pomimo napotkanej przeszkody objawiały się bardzo złą tolerancją (7,14% badanych), badanie było niemożliwe do wykonania. U większości pacjentów, czyli u 132 osób, wykonano badanie pełne, a u 68 z różnych przyczyn zbadano tylko część jelita.

Wnioski:

1. Świadomość kontroli własnego zdrowia jest zbyt mała w środowisku wiejskim.
2. Tolerancja badania jest bardzo dobra i dobra przy najkrótszym czasie trwania zabiegu.
3. Wymagane jest ciągłe podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu medycznego.

Wnioski: Uwagę zwraca wysoki wskaźnik chorych zagrożonych odleżyną do liczby chorych hospitalizowanych. Czynniki ryzyka u chorych hospitalizowanych w chirurgii, liczba hospitalizacji oraz poziom opieki pielęgniarskiej utrzymują się (porównanie kwartalne) na podobnym poziomie. Ważna będzie zatem kontynuacja profilaktyki, stosowania skal oceniających czynniki ryzyka rozwoju u chorych zagrożonych odleżyną.

Słowa kluczowe: odleżyna, hospitalizacja, wskaźnik, skala Norton, profilaktyka.

OCENA WSKAŹNIKÓW RYZYKA WYSTĘPOWANIA ODLEŻYN

Aleksandra Popow, Maria T. Szewczyk

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, *Collegium Medicum*
im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu,
Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela

Cel pracy: Ocena ryzyka rozwoju odleżyn i ocena liczby chorych leczonych z powodu odleżyn na oddziale chirurgicznym.

Materiał i metody: Ryzyko rozwoju odleżyn oceniano na podstawie skali Norton u wszystkich nowo przyjętych chorych do Kliniki Chirurgii Ogólnej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy. Badania prowadzono od kwietnia 2010 r. do końca marca 2011 r. Uzyskane dane (liczba hospitalizacji, liczba chorych zagrożonych, liczba chorych, u których wystąpiły odleżyny w czasie pobytu, liczba chorych przyjętych z odleżyną do Kliniki Chirurgii Ogólnej), zostały poddawane systematycznemu opracowaniu statystycznemu w okresach kwartalnych.

Wyniki: W badanym okresie średnie wartości wskaźników wynosiły odpowiednio dla:

- PZZ – liczba chorych z nowo nabytą odleżyną do liczby chorych zagrożonych – 3,49,
- PZH – liczba chorych z nowo nabytą odleżyną do liczby chorych hospitalizowanych – 0,92,
- PZ – liczba chorych zagrożonych odleżyną do liczby chorych hospitalizowanych – 31,26,
- PChZ – liczba chorych z odleżyną do liczby chorych zagrożonych – 13,01,
- PChH – liczba chorych z odleżyną do liczby chorych hospitalizowanych – 3,65.

W porównaniu kolejnych wskaźników w okresach trzymiesięcznych nie zaobserwowano różnic istotnych statystycznie.