

OCENA STOPNIA REALIZACJI STANDARDU W OPIECE OKOŁOOPERACYJNEJ NAD CHORYM Z MIAŻDŻYCĄ TĘTNIC KOŃCZYN DOLNYCH

Evaluation of perioperative standard of care among patients with peripheral arterial occlusive disease



Katarzyna Golec¹, Maria T. Szewczyk^{1,2}, Alina Stodolska^{1,2}, Anna Górka¹

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

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

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2007; 2: 69–76

Adres do korespondencji:

mgr **Katarzyna Golec**, Klinika Chirurgii Ogólnej, Collegium Medicum im. L. Rydygiera, ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz, tel. +48 52 365 52 66, e-mail: mszewczyk@cm.umk.pl

Streszczenie

Zapewnienie profesjonalnej opieki pielęgniarskiej chorym z miażdżycą tętnic kończyn dolnych jest jednym z ważniejszych warunków skutecznego leczenia operacyjnego. Wdrożenie standardu pielęgnowania podwyższa skuteczność działań pielęgniarskich, podnosi też jakość opieki medycznej.

Cel pracy: Określenie stopnia realizacji czynności pielęgnacyjnych u chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych w okresie okołoperacyjnym.

Materiał i metody: W badaniu uczestniczyło 50 chorych w wieku 45–79 lat (średnia – 61,5 lat) hospitalizowanych w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej CM UMK, SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy oraz poddanych zabiegowi operacyjnemu z powodu miażdżycy tętnic kończyn dolnych.

Wyniki: Większość chorych – 31 (62%) uzyskała wysoki poziom realizacji standardu (75–100% wykonania czynności pielęgnacyjnych). Poziom wykonania poszczególnych czynności pielęgnacyjnych zmieniał się w zależności od okresu okołoperacyjnego. Różnice były istotne statystycznie ($p < 0,05$). Działania pielęgniarskie skupiały się: w 1. i 2. dobie przed zabiegiem na zapewnieniu chorym pozycji ułożeniowych zmniejszających ból kończyny (95% wykonania), w dniu zabiegu – na monitorowaniu parametrów życiowych i podawaniu leków (100% wykonania), w kolejnych dobach pooperacyjnych na podawaniu leków i zapewnieniu właściwej pozycji ułożeniowej (ok. 97% wykonania).

Wnioski: Wykazano, że wprowadzanie standardów opieki zapewnia wysoki poziom realizacji opieki pielęgniarskiej. Stopień realizacji poszczególnych czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych uzależniony był od fazy procesu leczenia i związane z nim stanu chorych – wyższy poziom realizacji standardu obserwowano w okresie pooperacyjnym.

Słowa kluczowe: miażdżycza tętnic kończyn dolnych, niedokrwienie kończyn dolnych, standard opieki pielęgniarskiej.

Summary

Assurance of professional nursing care among patients with atherosclerosis is one of the most important conditions of effective surgical treatment. Implementation of a standard of care increases efficacy of nursing activities and medical care quality.

Aim: The aim of the study was to determine the degree of nursing activities among patients with atherosclerosis of lower limbs during the perioperative period.

Material and methods: Fifty patients were included in the study; mean age 61.5 years (range 45-79 years). All patients were hospitalized in the Department of Surgery of Biziel Memorial Hospital in Bydgoszcz, Poland. All patients underwent surgical procedure due to lower limb atherosclerosis.

Results: The majority of patients, 31 (62%), obtained high degree of standard realization (75-100%) of nursing activities. Level of realization of individual activities varied dependently on the perioperative period. Differences were statistically significant with $p < 0.05$. Nursing activities were focused on: on the first and second day before the procedure on assurance of proper position which decreased the level of pain (95% realization); during the procedure day on monitoring of life parameters and drug administration (100% realization); and during subsequent postoperative days on drug administration and proper position assurance (about 97% realization).

Conclusions: Results of the study indicate that care standard implementation assures high level of nursing care realization. The degree of realization of individual nursing care activities was dependent on the phase of treatment and associated state of the patient – higher levels of standard realization were observed during the postoperative period.

Key words: atherosclerosis of lower limbs, lower limb ischaemia, nursing care standard.

Wprowadzenie

Miażdżyca jest przewlekłą, postępującą i uogólnioną chorobą tętnic elastycznych oraz dużych tętnic mięśniowych [1, 2]. Stanowi jeden z ważniejszych problemów współczesnej medycyny, ponieważ prowadzi do wzrostu zachorowalności, chorobowości i śmiertelności w krajach wysoko uprzemysłowionych. Na skutek powikłań, takich jak choroba niedokrwienna serca, udar mózgu czy choroby naczyń obwodowych, staje się jedną z najczęstszych przyczyn zgonów [2]. Występują dwa łacińskie określenia miażdżycy: pojęcie *atherosclerosis* odnosi się do zmian miażdżycowych stwierdzanych w ścianie aorty i dużych tętnicach, zaś mianem *arteriosclerosis* określa się zmiany stwardnieniowe w drobnych tętniczkach [3]. Istota choroby polega na patologicznym odkładaniu się w ścianie tętnic lipidów, włókniaka, mukopolisacharydów, kolagenu, soli wapnia, którym towarzyszą nacieki komórkowe monocytów, limfocytów T, miocytów oraz płytek krwi [2]. Miażdżyca najczęściej występuje u ludzi w wieku średnim i starszym, jednakże choroba może rozwijać się już od wczesnego dzieciństwa. Dostępne w piśmiennictwie dane dowodzą, że pierwsze zmiany w tętnicach, będące punktem wyjścia klinicznie jawnej miażdżycy, pojawiają się w 6. mies. życia [4, 5]. Ponad 98% zwężeń i niedrożności aorty brzusznej oraz tętnic kończyn dolnych spowodowane jest miażdżycą [6–8].

Częstość występowania przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych zależy w znacznej mierze od przyjętego kryterium rozpoznania tej choroby. Jeżeli jako kryterium upośledzenia przepływu tętniczego w kończynie przyjmuje się obniżenie wskaźnika kostkowo-ramiennego $\leq 0,9$, to w grupie wiekowej powyżej 55. roku życia częstość miażdżycowego niedokrwienia kończyn wynosi 16–17%. Bezobjawowe niedokrwienie występuje u ok. 10%, chromanie przestankowe u 5–6% badanych, a przewlekłe krytyczne niedokrwienie z bólami spoczynkowymi i/lub martwicą stanowi 1%. U mężczyzn częstość zachorowań jest 4-krotnie większa niż u kobiet, jednakże stosunek ten wyrównuje się u obojga płci po 70. roku życia [9, 10]. Do chorób najczęściej współistniejących z niedokrwieniem kończyn dolnych należą: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, nietolerancja glukozy lub cukrzyca oraz niewydolność tętnic mózgowych [7, 10]. Etiopatogeneza tej przewlekłej, uogólnionej i wieloprzyczynowej choroby tętnic jest złożona i nie do końca poznana. Od wielu lat prowadzone są badania epidemiologiczne, które pozwoliły zidentyfikować czynniki wiążące się ze zwiększonym zagrożeniem wystąpienia miażdżycy. Podział czynników ryzyka miażdżycy, ze względu na możliwości ich modyfikacji, przedstawia się następująco:

- czynniki nieodwracalne:
 - wiek,
 - płeć męska,
 - dodatni wywiad rodzinny;
- czynniki odwracalne w małym lub nieznacznym stopniu:
 - małe stężenie HDL,

- homocysteinemia,
- cukrzyca;
- czynniki odwracalne w znacznym stopniu:
 - duże stężenie LDL,
 - nadciśnienie tętnicze,
 - otyłość;
- czynniki w pełni odwracalne:
 - palenie tytoniu,
 - sposób odżywiania się,
 - mała aktywność fizyczna [1, 11].

Rozpoznanie miażdżycy tętnic kończyn dolnych opiera się na badaniu podmiotowym, dostarczającym informacji o dolegliwościach klinicznych, obecności czynników ryzyka miażdżycy oraz objawach patologii naczyniowej o innej lokalizacji. Jego uzupełnieniem jest badanie przedmiotowe, oznaczające oglądanie zabarwienia kończyny dolnej, ocenę jej ucieplenia oraz ocena tętna na obu tętnicach udowych, podkolanowych, piszczelowych tylnych i grzbietowych stopy [1, 8, 12]. Podstawowym parametrem stosowanym w nieinwazyjnej diagnostyce miażdżycy tętnic obwodowych jest wskaźnik kostkowo-ramienny (ABI – *ankle brachial index*), oznaczający iloraz ciśnienia skurczowego na tętnicy ramiennej i ciśnienia na tętnicy piszczelowej. Wartość ABI koreluje z zaawansowaniem zwężeń tętnic kończyn dolnych, dostarcza także informacji na temat postępu choroby, ułatwia wykrycie bezobjawowych zwężeń tętnic obwodowych. Wśród badań obrazowych dominują techniki ultradźwiękowe oraz angiograficzne. Leczenie wczesnych stadiów niedokrwienia (I, II stopień w skali Fontaine'a) ma zwykle charakter zachowawczy, opiera się na dążeniu do poprawy krążenia obocznego, zmniejszenia postępu choroby i eliminacji czynników ryzyka. W stadiach zaawansowanych, wpływających na sprawność funkcjonalną chorych, w przebiegu bólów spoczynkowych i zmian troficznych tkanek stosuje się techniki chirurgiczne przywracające krążenie krwi w kończynach [13–18].

Jednym z ważnych warunków skutecznego leczenia operacyjnego jest wdrażanie i stosowanie standardów opieki pielęgniarskiej. Standard określany jest jako *stopień doskonałości, model do naśladowania, podstawa do porównań, norma, wzorzec, poziom minimum, który zadowala* (M. Barczyński, W. Ciechaniewicz, H. Lenartowicz, J.M. Luthert, L. Robinson, A. Piątek, W. Murowski i inni) [19]. W pielęgniarstwie standardy przyjęto traktować jako zbiór wymagań, norm, które określają uzgodniony, możliwy do zrealizowania poziom wykonywania praktyki pielęgniarskiej, jaki został ustanowiony w celu zapewnienia jakości opieki pielęgniarskiej, podstaw kształcenia, a także doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych oraz inspirowania kierunków rozwoju naukowego pielęgniarstwa. Pojęcie standard jest tu określane jako przyjęta norma, profesjonalnie uzgodniony poziom wykonawstwa jakiegoś działania, stosownie do potrzeb grupy ludzi/pacjentów, który jest osiągalny,

obserwowalny, mierzalny, pożądany. Standard jest wzorcem, do którego aktualna praktyka jest porównywana [20]. Wdrażanie standardów do praktyki pielęgniarstwa jest ważnym krokiem zmierzającym do rozwoju profesjonalnej praktyki pielęgniarstwa i zapewnienia oraz doskonalenia jakości opieki pielęgniarstwa [21]. Umożliwia to proces pielęgnowania, uznany za uniwersalną metodę pracy z pacjentem i stanowiący *złoty standard* postępowania pielęgniarstwa. Proces pielęgnowania polega na identyfikowaniu potrzeb i wymagań chorego w sferze biologicznej, psychicznej, społecznej, duchowej oraz na systematycznym rozwiązywaniu problemów. Wdrożenie procesu pielęgnowania podwyższa zarówno skuteczność działań pielęgniarstwa, jak również jakość opieki medycznej [22, 23].

Celem pracy była ocena stopnia realizacji standardu u chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych w okresie okołoperacyjnym.

Materiał i metody

Badania prowadzono w 2005 r. wśród 50 chorych hospitalizowanych w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy poddanych zabiegowi operacyjnemu z powodu miażdżycy tętnic kończyn dolnych. Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy *Collegium Medicum* w Bydgoszczy na prowadzenie badań.

Analizowano indywidualną dokumentację chorych – historię choroby i historię pielęgnowania, z których uzyskano dane dotyczące m.in. cech demograficznych, choroby podstawowej i chorób współistniejących, objawów i dolegliwości, elementów stylu życia i nałogów, diagnozy pielęgniarstwa oraz wynikającego z niej deficytu samoopieki i zapotrzebowania na opiekę pielęgniarstwa. Oceny wykonania poszczególnych czynności pielęgnacyjnych dokonano w oparciu o obserwację i analizę dokumentacji pielęgniarstwa. Narzędzie badawcze stanowił *Arkusze oceny realizacji standardu*. Zgodnie ze *Standardem opieki nad chorym z miażdżycą tętnic kończyn dolnych* obowiązującym w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy oceniano stopień wykonania 13 czynności pielęgnacyjnych-opiekuńczych: zapewnienie choremu optymalnych warunków otoczenia, stosowanie pozycji ułożeniowych poprawiających krążenie obwodowe, umożliwienie choremu zmiany pozycji ciała, wykonywanie ćwiczeń fizycznych pobudzających krążenie oboczne i pobudzających krążenie obwodowe, zapewnienie choremu bezpieczeństwa, podawanie leków zgodnie ze zleceniem lekarskim, monitorowanie parametrów życiowych, ocieplanie chorej kończyny, utrzymanie higieny ciała i stóp, pielęgnacja stóp, zapewnienie diety przeciwmiażdżycowej, pomoc choremu w radzeniu sobie ze stresem oraz jego edukacja.

W ocenie wykonania poszczególnych czynności przyjęto następującą skalę:

- 0 punktów – brak wykonania czynności,
- 1 punkt – czynność wykonana w niepełnym zakresie,
- 2 punkty – wykonanie pełnego zakresu czynności.

Ocenę prowadzono 2 razy dziennie (dyżur ranny i popołudniowo-nocny) przez 7 kolejnych dni hospitalizacji, obejmujących 2 dni poprzedzające zabieg, dzień zabiegu operacyjnego i 4 dni po operacji. Stopień realizacji standardu w czasie jednego dyżuru oceniano od 0 do 26 punktów. Stopień realizacji standardu łącznie, tj. w ciągu 7 kolejnych dni, oceniano od 0 do 182 punktów. W zależności od liczby uzyskanych punktów wyróżniono następujące stopnie realizacji standardu pielęgnowania:

- wysoki poziom od 136 do 182 punktów (min. 75%),
- średni poziom od 109 do 135 punktów (min. 60%),
- niski poziom poniżej 109 punktów (mniej niż 60%).

Wyniki badań opracowano w oparciu o metody statystyczne z wykorzystaniem programu komputerowego Microsoft Excel 2000. Uzyskane dane opisano za pomocą wartości bezwzględnych (liczebności) i wartości względnych (procentów). W opisie poziomu realizacji standardu opieki wyznaczono ponadto średnie wartości punktowe i odchylenie standardowe. W celu porównania średnich wartości punktowych opisujących realizację standardu u chorych przed, w dniu zabiegu i po operacji zastosowano test t-Studenta dla dwóch prób o małej liczebności ($n_1+n_2 < 120$). Hipotezy statystyczne testowano na poziomie istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Mężczyźni stanowili liczniejszą grupę w badanej populacji (72 vs 28%). Wiek badanych pacjentów wahał się w granicach od 45 do 79 lat. Średnia wieku wyniosła 61,46 lat przy odchyleniu standardowym 9,112. Chorzy najczęściej poddawani byli zabiegowi wszczepienia rozwidlonej protezy naczyniowej aortalno-udowej – 25 osób, tj. 50%. U 15 chorych (30%) wykonano pomost żylny z wszczepem udowo-podkolanowym, natomiast u 5 chorych (10%) pomost aortalno-udowy. Pozostali chorzy zostali poddani operacji wszczepienia pomostu aortalno-podkolanowego (4%), pomostu z wszczepem udowo-udowym nadłonowym (2%) i pomostu od protezy naczyniowej aortalno-udowej do tętnicy piszczelowej (2%). Obserwowano występowanie następujących dolegliwości – chromania, bólów spoczynkowych, oziębienia kończyny i zmian troficznych. Chorzy zgłaszali występowanie więcej niż 1 dolegliwości, stąd ich liczba była wyższa niż liczebność grupy. Najczęściej obserwowano ciągłe oziębienie kończyny – u 26 chorych (24,5%) oraz okresowe występowanie nocnych bólów spoczynkowych – u 22 chorych (20,8%) (tab. 1).

Tab. 1. Występujące dolegliwości

Dolegliwości	n	%
chromanie przestankowe	12	11,3
dystans chromania do 50 m	12	11,3
bóle spoczynkowe – nocne – okresowe	22	20,8
bóle spoczynkowe stałe	14	13,2
ciągłe oziębienie kończyny	26	24,5
zmiany wsteczne w postaci owrzodzeń niedokrwiennych i martwicy	20	18,9
razem	106	100,0

Tab. 2. Poziom wykonywania standardu pielęgnowania

Poziom	N	%	Średnia liczba punktów	%
wysoki	31	62,0		
średni	19	38,0	136,59	75,1
niski	–	–		

W przypadku 32 pacjentów (64%) stwierdzono występowanie chorób współistniejących. Najczęściej były to nadciśnienie tętnicze (44,7% chorych) i cukrzyca (38,3% chorych). Ponadto, 29 chorych (58%) przebyło inne choroby, z czego u 12 z nich (41,4%) przeprowadzono w przeszłości zabiegi naczyniowe. Prawie połowa badanych (42%) nie przestrzegała diety przeciwmiażdżycowej. Dietę stosowało jedynie 18% chorych. Ponad połowa (56%) badanych paliła papierosy, 44% chorych podało, iż nie pali tytoniu, w tym 22% z nich nigdy nie paliło, 10% zaprzestało palenia 10 lat temu, a 2% – 3 mies. temu. Większość chorych palących (39%) paliła od 20 lat. Pozostali od 30 lat (25%) lub powyżej 30 lat (25%). Tylko 10,7% palących trwało w nałogu od 15 lat. Większość z osób palących wypalała po 20 papierosów dziennie (78,6%). Pięciu z badanych paliło nawet 30 papierosów. Połowa badanych nie wykazywała żadnych ograniczeń w sprawności fizycznej, 46% zgłaszało częściowe ograniczenia sprawności. U 4% chorych stwierdzono całkowitą niesprawność fizyczną.

Wyniki badań wskazują, iż większość chorych – 31 osób (62%) – uzyskała wysoki poziom realizacji standardu, mieszczący się w granicach 75–100% wykonania czynności pielęgnacyjnych. Pozostali chorzy – 19 (38%) uzyskali średni poziom realizacji standardu, obejmujący 60–75% wykonania czynności pielęgnacyjnych. Żaden z chorych nie znalazł się w grupie niskiego poziomu realizacji, wskazującego na wykonanie zakresu czynności <60%. Średnia wartość punktowa określająca ogólny poziom realizacji standardu wynosiła 136,6 pkt, co stanowi 75,1% wykonania czynności pielęgnacyjno-opiekuń-

czych objętych standardem. Badane pielęgniarki to grupa, wykonująca standard pielęgnowania chorych na wysokim poziomie (tab. 2.).

Spśród czynności objętych standardem, w największym stopniu realizowano działania związane z zastosowaniem pozycji ułożeniowych poprawiających krążenie obwodowe – 13,6 pkt, co stanowi 97,1% wykonania. Wysoki poziom realizacji stwierdzono również w odniesieniu do takich czynności pielęgnacyjnych, jak:

- podawanie leków – 12,1 pkt (86,6%),
- zapewnienie optymalnych warunków otoczenia – 11,9 pkt (85,3%),
- zapewnienie bezpieczeństwa – 11,8 pkt (84,4%),
- monitorowanie parametrów życiowych – 11,6 pkt (82,6%),
- zapewnienie higieny ciała i stóp (82,1%),
- zmiany pozycji ciała chorego (80,1%).

W najmniejszym stopniu wykonano zadania edukacyjne oraz czynności związane z ociepleniem chorej kończyny, a także stosowaniem diety przeciwmiażdżycowej – stwierdzono odpowiednio 56,1, 51,6 i 56,4% wykonania standardu (tab. 3.).

W poszczególnych okresach obserwacji analizowano poziom wykonania czynności objętych standardem. Zmieniał się on w zależności od okresu okołoperacyjnego. Różnice były znamienne statystycznie na poziomie istotności $p < 0,05$. W 1. i 2. dobie poprzedzającej zabieg skupiano się na zapewnieniu chorem właściwego ułożenia kończyny poprawiającego jej ukrwienie (95%), edukacji chorych (83%), optymalizacji warunków otoczenia (82,8%) i stosowaniu diety przeciwmiażdżycowej (80,5%). Wysoki poziom realizacji stwierdzono także w odniesieniu do działań związanych z ociepleniem chłodnej kończyny (77,5%) i zapewnieniem higieny ciała i stóp chorego (78%). W przypadku pozostałych czynności obserwowano średni poziom wykonania standardu, wynoszący od 60 do 66,5%. W dniu zabiegu realizowano czynności związane przede wszystkim z podawaniem leków i monitorowaniem parametrów życiowych (100% wykonania). W dużym stopniu zapewniano chorem optymalne pozycje ułożeniowe, organizowano odpowiednie warunki otoczenia, dbano także o bezpieczeństwo chorych – odpowiednio 99, 92,3 i 97% wykonania. Tylko w niewielkim stopniu realizowano działania edukacyjne (8%), zachęcano chorych do ćwiczeń fizycznych (6% wykonania) i stosowania diety przeciwmiażdżycowej (5%). W kolejnych dobach pooperacyjnych działania pielęgniarские skupiały się na zapewnieniu właściwej pozycji ułożeniowej (97,8%), podawaniu leków (96,8%), utrzymaniu higieny ciała i stóp chorego (93%) oraz zapewnieniu chorem bezpieczeństwa (92,5%). Wysoki poziom realizacji stwierdzono ponadto w odniesieniu do czynności, takich jak monitorowanie parametrów życiowych, zapewnienie optymalnych warunków otoczenia i zmiany pozycji ciała chorego w łóżku – odpowiednio 88,5, 84,8 i 89,5% wykonania. Najniższy poziom realizacji dotyczył czynności związanych z ociepleniem chłodnej kończyny (33,3%) i edukacją chorego (54,8%).

Z analizy wynika, że najwyższy poziom realizacji standardu, wynoszący 80% wykonania, obserwowano w okresie pooperacyjnym od 1. do 4. doby włącznie. W okresie przedoperacyjnym wykonywanie czynności standardu wyniosło średnio 72,5%. Najniższy poziom realizacji standardu stwierdzono w dniu zabiegu operacyjnego – 60,2% wykonania czynności pielęgnacyjnych objętych standardem (tab. 4.).

Omówienie wyników

W opiece zdrowotnej zarówno lekarskiej, jak i pielęgniarskiej, systematyczna analiza i ocena świadczonych usług jest jednym ze sposobów monitorowania jakości opieki zdrowotnej. W dużej mierze zależy od jakości usług pielęgniarstwa, ponieważ jest ona szerokim i najbardziej elementarnym składnikiem świadczeń zdrowotnych realizowanych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem. Instrumentami umożliwiającymi ocenę poziomu świadczeń są pewne, ogólnie przyjęte kryteria oraz standardy mogące być wskaźnikami jakości opieki. Standard stanowi ogólne stwierdzenie, opis norm i wymagań optymalnego poziomu świadczeń, kryteria natomiast są szczegółowo opisującymi go elementami. W ocenie jakości ważne jest *porównanie* – pomiędzy założonymi standardami i kryteriami a praktycznie świadczoną opieką. Wyniki porównania stanowią kluczowy element modyfikacji i zmian poprawiających jakość usług pielęgniarstwa [24].

W prezentowanym badaniu oceniano poziom wykonania standardu opieki nad chorym z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. Porównywano działania pielęgniarstwa z zakresem czynności pielęgnacyjnych objętych standardem opracowanym w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy [25]. Ogólny poziom realizacji standardu wynosił tu 75,1%, co wg przyjętego kryterium świadczy o wysokim poziomie opieki. Taki poziom świadczeń uzyskała większość, tj. 62% chorych (>75% wykonania). Pozostali chorzy znajdowali się w grupie otrzymującej opiekę pielęgniarstwa na średnim poziomie, tzn. realizującą 60–70% czynności standardu. Przykładem oceny poziomu opieki pielęgniarstwa są inne badania prowadzone w placówkach na terenie województwa kujawsko-pomorskiego – Klinice Chirurgii Ogólnej i Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala Rejonowego. W badaniu tym wykorzystano *Arkusze oceny poziomu pielęgnacji* (AOPP), za pomocą którego analizowano i oceniano poziom opieki w aspekcie biologicznym, psychospołecznym i edukacyjnym, pożądaną oraz realizowaną (w opinii pacjentów) przez personel pielęgniarstwa. W odniesieniu do badanych obszarów opieki były one następujące: 87–90% realizacji potrzeb biologicznych w Klinice oraz 70–87,5% na Oddziale, 89–95% realizacji potrzeb psychospołecznych w Klinice i 80,5–91% na Oddziale, 89,4% realizacji potrzeb edukacyjnych w Klinice i 52,6% na Oddziale [26–28]. Biorąc pod uwagę poziom wykonania zadań i czynności pielęgniarstwa

Tab. 3. Ogólna ocena poziomu realizacji standardu pielęgnowania

Zakres czynności pielęgnacyjnych	punkty	%
warunki otoczenia	11,9	85,3
stosowanie pozycji ułożeniowych	13,6	97,1
zmiany pozycji	11,2	80,1
ćwiczenia fizyczne	10,0	71,1
zapewnienie bezpieczeństwa	11,8	84,4
podawanie leków	12,1	86,6
monitorowanie parametrów życiowych	11,6	82,6
ocieplenie chłodnej kończyny	7,2	51,6
higiena ciała i stóp	11,5	82,1
pielęgnacja stóp	10,4	74,0
stosowanie diety przeciwmiażdżycowej	7,9	56,4
techniki radzenia sobie ze stresem	8,6	61,6
edukacja	7,9	56,1
ogólny poziom realizacji standardu	136,6	75,0

w Klinice Chirurgii Ogólnej, można stwierdzić, iż był nieco wyższy niż poziom opieki realizowanej w badaniu własnym w odniesieniu do chorych z miażdżycą. W podobnym porównaniu należy zachować jednak dużą ostrożność, ponieważ badanie odnosi się do opinii pacjentów i ich przekonania o potrzebie zapewnienia i realizacji poszczególnych elementów opieki. Badanie prezentowane w niniejszej pracy odnosi się do opieki i wykonywanych czynności pielęgniarstwa, ocenianych przez chorych, a następnie porównywanych z wymogami standardu. Pielęgniarki w największym stopniu skupiały się na stosowaniu u chorych z miażdżycą kończyn dolnych odpowiednich pozycji ułożeniowych, które zapewniały optymalne krążenie obwodowe (97,1% realizacji). Odpowiednie ułożenie kończyny poniżej poziomu serca zwiększa działanie sił grawitacji, a tym samym ułatwia napływ krwi tętniczej do zmienionych chorobowo naczyń i naczyń krążenia obocznego. Minimalizuje to objawy niedokrwienia, zwłaszcza ból, który u chorych w stadium krytycznego niedokrwienia kończyny ma charakter spoczynkowy, prowadzi do bezsenności oraz staje się przyczyną rozdrażnienia i ciągłego uczucia lęku, zagrożenia i depresji [1, 3, 25].

U ponad 70% chorych występowały dolegliwości bólowe – spoczynkowe stałe lub okresowe oraz zmiany troficzne. Pielęgniarki sprawujące opiekę nad chorymi z miażdżycą kończyn dolnych stosowały pozycję poziomą (52% pielęgniarów) i/lub pozycję *równi pochytej* (68% pielęgniarów), uzależniając je od stanu chorego. W celu zmniejszenia dolegliwości bólowych podawano, zgodnie ze zleceniem lekarskim, leki naczyniowo-rozszerzające, poprawiające właściwości reologiczne krwi i leki

Tab. 4. Poziom realizacji standardu w okresie okotooperacyjnym

Zakres czynności pielęgnacyjnych	Okres przedoperacyjny		Dzień zabiegu operacyjnego		Okres pooperacyjny	
	punkty	%	punkty	%	punkty	%
warunki otoczenia	3,3	82,8	1,8	92,3	6,8	84,8
stosowanie pozycji łożeniowych	3,8	95,0	2,0	99,0	7,8	97,8
zmiany pozycji	2,5	63,5	1,5	76,0	7,2	89,5
ćwiczenia fizyczne	2,6	66,0	0,1	6,0	7,2	90,0
zapewnienie bezpieczeństwa	2,5	62,0	1,9	97,0	7,4	92,5
podawanie leków	2,6	64,0	2,0	100,0	7,7	96,8
monitorowanie parametrów życiowych	2,7	66,5	2,0	100,0	7,1	88,5
ocieplenie chłodnej kończyny	3,1	77,5	1,5	73,0	2,7	33,3
higiena ciała i stóp	3,1	78,0	0,9	47,0	7,4	93,0
pielęgnacja stóp	2,4	60,0	0,7	35,0	7,3	90,8
stosowanie diety przeciwmiażdżycowej	3,2	80,5	0,1	5,0	4,9	61,8
techniki radzenia sobie ze stresem	2,6	64,0	0,9	44,0	5,4	67,0
edukacja	3,3	83,0	0,2	8,0	4,4	54,8
poziom realizacji standardu	37,7	72,5	15,6	60,2	83,2	80,0
wartość statystyki t-Studenta			t=0,16 NS		t=-10,56 p<0,05	
				t=-4,28 p<0,05		

przeciwbólowe (86,6% realizacji). Zapewniano też właściwe warunki otoczenia, chroniąc chorych przed chłodem, przeciągiem i dużymi wahaniami temperatury, które mogłyby spowodować dodatkowe zwężenie naczyń i nasilić objawy niedokrwienia. Jeśli kończyna była wyziębiona, pielęgniarki podejmowały działania mające na celu jej ocieplenie – otułały kończynę watą (96% pielęgniarek). Wymienione czynności w większym stopniu realizowano w okresie przedoperacyjnym, kiedy krytyczne niedokrwienie wpływało na występowanie dolegliwości bólowych i oziębienie dystalnych części kończyny, niż po zabiegu operacyjnym, którego celem była poprawa ukrwienia tkanek i zmniejszenie objawów niedokrwienia (77 vs 33% realizacji). Po zabiegu chorzy byli czasowo unieruchomieni w łóżku, wymagali pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych, załatwianiu potrzeb fizjologicznych i w czasie zmiany pozycji ciała.

W badaniu M. Szewczyk i wsp. pacjenci oddziałów chirurgicznych największe wymagania stawiali w zakresie realizacji potrzeb związanych z utrzymaniem higieny ciała chorego oraz higieny otoczenia – dotyczyły one aż 97,8% chorych. Ograniczenie własnej aktywności chorych w bezpośrednim okresie pooperacyjnym sprawia, że zarówno zgłaszane, jak i nie zgłaszane przez chorych po-

trzeby, biologiczne wymagają zaspokojenia na drodze aktywności innych ludzi [26]. Występujący u chorych deficyt samoopieki wymaga od pielęgniarek większego zaangażowania w podejmowaniu czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych. W badaniu własnym powodowało to obserwowany w kolejnych dobach pooperacyjnych większy stopień realizacji standardu i dominujące w nim wykonanie czynności, takich jak zmiany pozycji ciała, zapewnienie optymalnych warunków otoczenia i stosowanie odpowiednich pozycji łożeniowych.

Zabieg operacyjny przywracający ukrwienie kończyny, dla wielu chorych staje się wybawieniem i czynnikiem nie tylko poprawiającym zdrowie, ale przede wszystkim znośnym przykre dla chorego dolegliwości i umożliwiającym *nadrobienie* nieprzespanych wcześniej nocy. Ponieważ bezpośredni okres pooperacyjny wiązał się z większym ryzykiem powikłań, monitorowanie parametrów życiowych i podawanie leków charakteryzowały się tutaj najwyższym, 100-procentowym poziomem wykonania. Należy podkreślić, że w okresie przedoperacyjnym te same czynności realizowano w znacznie, tj. o 35% mniejszym zakresie. Chorzy mieli wykonywane pomiary podstawowych parametrów życiowych, podawano im leki, dokonywano tego jednak z mniejszą częstotliwością. Wzrosła ona bezpośrednio

po i w dniu zabiegu operacyjnego, a następnie, w miarę stabilizowania się stanu zdrowia chorych, malała.

Jak podkreślają autorzy, w sytuacji choroby wymagającej leczenia chirurgicznego pierwszeństwo przyznaje się zwykle potrzebom biologicznym, zwłaszcza tym, które wpływają na funkcjonowanie chorego narządu, układu lub na obecność fizycznych objawów i dolegliwości. Konieczność ich preferencji jest oczywista ze względu na utrzymanie życia i przywrócenie zdrowia. Należy ponadto pamiętać, że choroba, poza cierpieniem fizycznym, wiąże się z dyskomfortem psychicznym i pragnieniem, chociażby prostego pocieszenia. Znaczna grupa 96,5% chorych hospitalizowanych w oddziałach chirurgicznych oczekiwała, że sprawujący opiekę personel wykaże zainteresowanie problemami i samopoczuciem chorego, okaże akceptację, ciepło i serdeczność [27]. Pielęgniarki uczestniczące w badaniu podały, iż zawsze stosują wobec chorego techniki radzenia sobie ze stresem. Poziom realizacji tych działań wynosił od 44–67% wykonania, najwyższy był w okresie pooperacyjnym. We wcześniejszym badaniu współautorki realizacja potrzeb psychospołecznych chorych wynosiła 66–95% w Klinice oraz 70–87,5% na Oddziale Chirurgii.

Działania edukacyjne znajdowały się wśród czynności o niskim stopniu realizacji, wynoszącym ogólnie 56,1%. W większym stopniu były realizowane przed aniżeli w dniu i po zabiegu operacyjnym (odpowiednio 83 vs 8 vs 54,8%). Wiązały się one głównie z przygotowaniem chorych do samoopieki i samopielęgnacji. Edukacja obejmowała również naukę samoobserwacji, samokontroli i oceny stanu zdrowia, dotyczyła zagadnień związanych z miazdżycą i czynnikami ryzyka choroby, wskazywała chorym możliwości poprawy jakości swojego życia. Uważa się, że w wyniku podejmowanych działań edukacyjnych chory powinien nabyć odpowiednio szeroką wiedzę, umiejętności i motywację, które pozwolą mu na wczesne wykrywanie powikłań oraz prowadzenie trybu życia ograniczającego proces chorobowy. Umożliwi mu to współuczestniczenie w procesie diagnozowania, leczenia i pielęgnowania, co z kolei może przyczynić się do obniżenia lęku u pacjenta, do pełniejszej i szybszej akceptacji stosowanych metod leczenia oraz pozyskania go do współpracy [28]. W badaniu przeprowadzonym w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej w Bydgoszczy pielęgniarki przekazywały chorym wiedzę dotyczącą czynników ryzyka, głównie diety i palenia tytoniu (96%), samodzielnej pielęgnacji stóp (64%) oraz elementów stylu życia, w tym dozwolonych form aktywności fizycznej (40%), sposobów ubierania się (44%) oraz unikania używek (48%). Pielęgniarki uczestniczące w badaniu, w proces edukacji włączyły także rodzinę chorego – 68% pielęgniarek często i 24% pielęgniarek zawsze.

Autorzy podają, że ogólny poziom realizacji działań edukacyjnych w oddziałach chirurgicznych wyniósł 89,4% w klinice oraz 52,6% na oddziale w szpitalu rejonowym. Podejmowane działania edukacyjne wiązały się głównie z przygotowaniem chorego do pobytu na oddziale i uto-

twieniem mu adaptacji do środowiska szpitalnego (81–93% realizacji). W dalszej kolejności skupiały się na prowadzonej diagnostyce (88%), terapii (85%) oraz przygotowaniu chorego (90,3%) i jego rodziny do samoopieki (74,8%) [28]. Stawianie przez chorych wyższych wymagań i oczekiwań powodowało wzrost współczynnika świadczonej opieki. Podobnie wyższe wymagania standardu opieki mogłyby wpływać na poziom realizacji i jakość opieki pielęgniarskiej. Wymaga to jednak przekonania o słuszności wprowadzania standardów, a także znajomości ich budowy i funkcji. Wymaga ciągłego doskazywania się i aktualizowania posiadanej przez pielęgniarki wiedzy zarówno praktycznej, jak i teoretycznej. Standard oznacza bowiem dążenie do coraz lepszej jakości. Można przypuszczać, że dobre przygotowanie merytoryczne pielęgniarek oraz znajomość obowiązujących standardów stanowią czynniki w dużym stopniu determinujące poziom realizacji i jakość opieki pielęgniarskiej.

Wnioski

1. Wprowadzenie standardów opieki zapewnia wysoki poziom realizacji opieki pielęgniarskiej.
2. Stopień realizacji poszczególnych czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych uzależniony był od fazy procesu leczenia i związanego z nim stanu chorych. W okresie przedoperacyjnym działania pielęgniarskie skupiały się na zmniejszeniu objawów i dolegliwości wynikających z niedokrwienia. Po zabiegu operacyjnym czynności pielęgniarskie skupiały się na monitorowaniu stanu zdrowia i rozpoznawaniu powikłań pooperacyjnych oraz zapewnieniu chorym odpowiedniej opieki i uzupełnieniu samoopieki.

Pi miennictwo

1. Pasiński T, Gaciong Z, Torbicki A i wsp. Angiologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
2. Roszczyk R, Sztwiernia-Roszczyk E, Adamus J. Nieinwazyjna diagnostyka miażdżycy. Nowa Klinika 2002; 9: 1169-73.
3. Lawrence PF. Chirurgia Ogólna. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 1998.
4. Ziąja K, Urbanek T. Chirurgia naczyń w zarysie. Wydawnictwo ŚLAM, Katowice 2004.
5. Cole JH, Sperling LS. Przedwczesna choroba wieńcowa: czynniki ryzyka i rokowanie. Kardiologia po Dyplomie 2005; 4/2: 25-36.
6. Jawień A, Jędrzejczyk W, Kasprzak HA i wsp. (red.). Wybrane zagadnienia z chirurgii. Wyd. Uczelniane AM, Bydgoszcz 1996.
7. Noszczyk W. Chirurgia tętnic i żył obwodowych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
8. Jawień A, Grzela T. Krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych – definicja, epidemiologia, diagnostyka. Przew Lek 1999; 1/2: 65-8.
9. Noszczyk W, Porzycki P. Przewlekłe niedokrwienie kończyn – niedrożność aortalno-biodrowa i udowo-podkolanowa. Terapia 1999; 1: 14-7.
10. Porzycki P. Miażdżycza tętnic kończyn dolnych. Przew Lek 1999; 7: 51-7.
11. Rowiński W. Chirurgia. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2003; 143-69.
12. Szmidi J, Gruca Z, Krawczyk M i wsp. (red.). Podstawy chirurgii. Medycyna Praktyczna, Kraków 2003; 933-87.

13. Krzanowski M. Wytyczne TransAtlantic Inter-Society Consensus (TASC). Diagnostyka i leczenie niedokrwienia kończyn dolnych. *Medycyna Praktyczna* 2003; 7-8.
14. Brzostek T, Mika P, Bromboszcz J. Miażdżycza tętnic kończyn dolnych – patofizjologia, klinika, leczenie i rehabilitacja. *Rehabilitacja* 2004; 8: 38-50.
15. Fibak J. *Chirurgia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996.
16. Caruana MF, Bradbury AW, Adam D. Wskaźnik kostkowo-ramienny – zasadność stosowania, wiarygodność i powtarzalność wyników oraz przydatność w codziennej pracy chirurga naczyniowego. *Medycyna Praktyczna. Chirurgia* 2005; 5: 7-18.
17. Noszczyk W. *Chirurgia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005; 557-78.
18. Jawień A, Grzela T. Krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych – leczenie. *Przew Lek* 1999; 7: 79-81.
19. Kózka M. Stany zagrożenia życia. Wybrane standardy opieki i procedury postępowania pielęgniarskiego. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001; 25-8.
20. Gozdek N. Kształcenie podyplomowe i doskonalenie zawodowe pielęgniarek i położnych. Wydawnictwo CKMP, Warszawa 1995.
21. Ksykiewicz-Dorota A. Zarządzanie w pielęgniarstwie. Wyd. Lublin 2005.
22. Szewczyk MT. Współczesne koncepcje opieki pielęgniarskiej. *Przew Lek* 2005; 1: 88-91.
23. Szewczyk MT, Cierzniańska K, Stodolska A. Proces pielęgnowania jako metoda pracy. *Przew Lek* 2005; 4: 84-7.
24. Blak-Kaleta A. *Praktyczny poradnik dla pielęgniarek*. Verlag Dashofer, Warszawa 2001.
25. Szewczyk MT, Jawień A. Proces pielęgnowania chorego z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. *Val Post Med Klin Wojsk* 1999; 1-2: 70-5.
26. Szewczyk MT, Jawień A. Oczekiwanie chorych hospitalizowanych w oddziałach chirurgii ogólnej w zakresie zaspokajania potrzeb biologicznych. *Przeł Lek* 2005; 62: 866-70.
27. Szewczyk MT, Jawień A. Oczekiwanie chorych hospitalizowanych w oddziałach chirurgii ogólnej w zakresie zaspokajania potrzeb psychospołecznych i realizacja opieki. *Przeł Lek* 2005; 62: 871-5.
28. Szewczyk MT, Jawień A. Oczekiwanie chorych leczonych operacyjnie w zakresie edukacji i wychowania zdrowotnego a stopień realizacji opieki. *Przeł Lek* 2005; 62: 879-80.