

STRESZCZENIA PRAC WYGŁOSZONYCH PODCZAS SESJI PIEŁĘGNIARSKIEJ ROLA OPIEKI PIEŁĘGNIARSKIEJ W CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ NA XIV ZJEŹDZIE POLSKIEGO TOWARZYSTWA CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ

Bydgoszcz, 15–17 maja 2008 r.

ROLA OPIEKI STOMIJNEJ W CHIRURGII JELITA GRUBEGO NA PODSTAWIE 15-LETNICH OBSERWACJI

The role of stoma care in surgery of the large
intestine based on 15 years of observation

Jadwiga Snarska^{1,2}, Grażyna Majewska²,
Krystyna Łapuń-Seweryn²

¹Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²Poradnia Stomijna, SPSK Uniwersytetu Medycznego
w Białymstoku

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. med. **Jadwiga Snarska**, I Klinika Chirurgii Ogólnej
i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku,
ul. M. Skłodowskiej-Curie 24 A, 15-276 Białystok,
e-mail: s1n2a3@poczta.onet.pl

Mimo ciągłego postępu w technikach chirurgicznych stomia jest nadal jednym z elementów leczenia chirurgicznego raka dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Wyłoniona stomia zmienia sylwetkę ciała, pogarsza jakość życia chorego po zabiegu operacyjnym, nierzadko wiąże się to z brakiem akceptacji własnego wizerunku, szczególnie jeśli choroba została stwierdzona przypadkowo, a stomia jest integralną częścią leczenia chirurgicznego. Celem pracy jest przedstawienie na podstawie 15-letnich obserwacji roli opieki stomijnej w poszczególnych okresach leczenia: w okresie przedoperacyjnym – wczesnym, i późnym okresie pooperacyjnym (z uwzględnieniem chemioterapii i radioterapii uzupełniającej). Los chorego od momentu kwalifikacji do zabiegu chirurgicznego kończącego się wyłonieniem stomii przez resztę życia związany jest z zespołem terapeutycznym (specjalisty chirurga i pielęgniarki stomijnej). Ta grupa pacjentów wymaga szczególnej troski na każdym etapie leczenia i obserwacji onkologicznej w kierunku wznowy lub przerzutów. Wyłoniona stomia jako element anatomiczny zmienia się na przestrzeni lat oraz pod wpływem leczenia onkologicznego lub chorób współistniejących i przyjmowanych leków. W późnym okresie pooperacyjnym najważniejszą funkcję pełni pielęgniarka

stomijna. Dlatego w strukturach organizacyjnych jednostek służby zdrowia powinna być zawsze uwzględniona poradnia stomijna z odpowiednio wyszkoloną pielęgniarką stomijną. Brak opieki stomijnej na właściwym poziomie to jedna z najważniejszych przyczyn wystąpienia powikłań miejscowych wyłonionej stomii.

Despite the continuous advancement in surgical techniques, stoma is still one of the elements of surgical treatment of cancer of the lower part of the gastrointestinal tract. Stoma when exposed changes the body shape, worsens a patient's life quality after operation, and is frequently connected with rejection of his/her self-image, especially if the disease was diagnosed accidentally and is an integral part of surgical treatment. The aim of the study was to present the role of stoma care at specific stages of treatment: in the preoperational period – early and late postoperational period (taking into consideration complementary chemotherapy and radiotherapy). A patient's fate is connected with a therapeutic team (a surgeon specialist, a stoma nurse) from the moment of qualification for a surgical procedure for the rest of his/her life. These patients require special care at each stage of treatment and oncological observation detecting relapse or metastases. Stoma as an anatomical element changes over the years due to oncological treatment or coexisting diseases and medicines taken. Since a stoma nurse plays the most important role in the late postoperational period, a Stoma Outpatient Clinic with a qualified stoma nurse should be taken into consideration in the organizational structures of the health care system. Lack of stoma care at an appropriate level is one of the most important causes of local complications of stoma.

ROLA POL-ILKO I WOLONTARIATU W OPIECE STOMIJNEJ CHORYCH NA RAKA JELITA GRUBEGO

The role of Pol-Ilko and volunteers in the stoma care of patients with colorectal cancer

Jadwiga Snarska^{1,2}, Krystyna Łapuć-Seweryn²,
Grażyna Majewska², Zdzisław Masiak³

¹Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²Poradnia Stomijna, SPSK Uniwersytetu Medycznego
w Białymstoku

³Zarząd Pol-Ilko, Oddział Podlaski w Białymstoku

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. med. **Jadwiga Snarska**, I Klinika Chirurgii Ogólnej
i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku,
ul. M. Skłodowskiej-Curie 24 A, 15-276 Białystok,
e-mail: s1n2a3@poczta.onet.pl

*Idąc przez życie, pozostaw ślad, który będzie drogowskazem dla innych ludzi. Stowarzyszenia działające na rzecz dobra chorego i praca wolontariuszy to jeden z wielu czynników mających wpływ na jakość życia chorych. Polskie Towarzystwo Opieki nad Chorymi ze Stomią (Pol-Ilko) jest organizacją, która odgrywa wielką rolę w życiu ludzi ze stomią. Działalność ludzi zrzeszonych w tym towarzystwie powoduje, że życie w rodzinie, powrót do życia towarzyskiego i niejednokrotnie do pracy zawodowej w zależności od grupy wiekowej staje się rzeczywistością łatwiejszą. Nasze 15-letnie doświadczenia pozwoliły na przygotowanie grupy wolontariuszy, którzy na prośbę chorego lub personelu medycznego starają się pomóc wrócić choremu do normalnego życia na podstawie własnego przykładu. Bardzo ważną rolę odgrywają również spotkania edukacyjne tej grupy pacjentów. Od 2 lat realizowany jest program edukacyjny chorych, ich rodzin i opiekunów w ramach cyklu *Spotkajmy się*. Pacjenci ze stomią wysoko cenią sobie możliwość kontaktu z drugą osobą o podobnych doświadczeniach życiowych. Wszelkie informacje dotyczące problemów związanych z posiadaniem stomii są bardzo chętnie przekazywane innym osobom, które dopiero rozpoczynają tzw. ścieżkę stomijną. Właściwie wyszkolony wolontariusz niejednokrotnie może występować w roli psychologa, a dla zespołu terapeutycznego jest niezwykle przydatny w procesie akceptacji posiadania stomii przez chorego oraz w powrocie do normalnego życia. Dzięki wolontariuszowi chory niejednokrotnie odzyskuje wiarę w siebie, co skutkuje szybszym wdrożeniem samopielęgnacji. Oddział Podlaski Pol-Ilko liczy 245 członków i jest to prężnie działające stowarzyszenie, które ze wszelkich miar stara się pracować na rzecz dobra chorego.*

Going through life, leave a trace that will be an indicator for other people. Associations working for a patient's good and volunteers' activities are factors influencing patients' life quality. The Polish Society of Stoma Patient Care is an organization that plays a vital role in stoma patients' lives. The activity of the people associated in this society makes family life, return to social life and frequently to work possible or easier, depending on the age of a given group. Our 15 years of experience allowed us to prepare volunteers, who when asked by a patient or medical staff, try to help patients return to normal life by giving their own example. The educational programme for patients, their families and caretakers within the cycle 'Let's meet' has been underway for two years. Stoma patients appreciate the possibility of contact with another person with similar life experience. Any information referred to problems connected with stoma is willingly passed to other people that are just beginning the so-called stoma path. A volunteer, trained appropriately, may serve as a psychologist, being extremely useful for a therapeutic team in the process of a patient accepting having a stoma and his/her return to a normal life. A patient frequently regains self confidence, which results in quicker introduction of self care. The Podlaski Unit of Pol-Ilko has 245 members and this is a flourishing society, working hard for the good of patients.

ROLA POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIAREK STOMIJNYCH W OPIECE NAD PACJENTEM ONKOLOGICZNYM ZE STOMIĄ

The role of the Polish Society of Stoma Nurses in the care of patients with colorectal carcinoma

Grażyna Majewska^{1,2}, Jadwiga Snarska^{2,3},
Urszula Sobczak¹, Małgorzata Bilińska¹

¹Zarząd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Stomijnych

²Poradnia Stomijna, SPSK Uniwersytetu Medycznego
w Białymstoku

³I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. med. **Jadwiga Snarska**, I Klinika Chirurgii Ogólnej
i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku,
ul. M. Skłodowskiej-Curie 24 A, 15-276 Białystok,
e-mail: s1n2a3@poczta.onet.pl

Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Stomijnych (PTPS) powstało w 2006 r. Głównym celem jego istnienia jest

edukacja pielęgniarek zajmujących się opieką nad pacjentami ze stomią. Osoba ze stomią, by powrócić do normalnego życia, jakie prowadziła przed operacją, powinna być objęta stałą i fachową opieką odpowiednio przeszkolonej pielęgniarki stomijnej, która potrafi uczyć, wspierać, doradzać w odnalezieniu się w nowych okolicznościach zdrowotnych. Pielęgniarka stomijna powinna mieć duży zasób wiedzy z zakresu chirurgii, onkologii, psychologii, dietetyki, seksuologii, rehabilitacji i opieki terminalnej. Powinna też znać zasady pielęgnacji stomii – powikłania i problemy pielęgnacyjne będące ich następstwem. Zakres wiedzy dotyczy wszystkich rodzajów stomii – ileostomii, kolostomii i urostomii pacjentów – dorosłych i dzieci. Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Stomijnych swój główny cel statutowy, jakim jest edukacja, realizuje poprzez organizowanie szkoleń, kursów, konferencji i warsztatów stomijnych. Oprócz tego działania Towarzystwa polegają na wspieraniu rozwoju zawodowego i naukowego pielęgniarek, tworzeniu i wdrażaniu standardów opieki i pielęgnacji osób ze stomią, popularyzowaniu wiedzy o stomii w społeczeństwie, propagowaniu ruchu stomijnego oraz współpracy z innymi stowarzyszeniami naukowymi zarówno w kraju, jak i za granicą. Zarząd PTPS w 2007 r. zorganizował cykl regionalnych szkoleń z zakresu przygotowania pacjenta do operacji wyłonienia stomii, w którym uczestniczyły 303 pielęgniarki. W planach jest organizacja kolejnego szkolenia obejmującego okres pooperacyjny do chwili wypisania pacjenta ze szpitala. Obecnie Towarzystwo zrzesza ponad 230 osób. Członkiem może zostać każda pielęgniarka zainteresowana tematyką opieki nad pacjentami ze stomią. Działalność PTPS jest kolejnym bardzo ważnym elementem, który poza Pol-Ilko i wolontariatem w znaczny sposób będzie wpływać na poprawę jakości życia tej grupy chorych.

The Polish Society of Stoma Nurses (PSTN) was founded in 2006. The main aim of the Society is to educate nurses taking care of patients with stoma. To return to normal life, the patient with stoma should be taken continuous and professional care of by a stoma nurse appropriately trained, who can teach, support and advise on new health circumstances. A stoma nurse should possess profound knowledge of surgery, oncology, psychology, dietetics, sexology, rehabilitation and terminal care. He/she should also know the principles of stoma care and complications leading to nursing problems. The scope of knowledge refers to all types of stoma – ileostomy, colostomy and urostomy in adults and children. PSTN achieves its main statutory purpose, education, via organizing training, courses, conferences and stoma workshops. Apart from this activity, the Society supports nurses' professional and scientific development, forms and implements standards of stoma care, propagates the stoma movement and cooperates with other scientific societies, both in Poland and abroad. In 2007, the Board

of PSTN organized a cycle of regional training courses in preparing a patient for stoma operation. A total of 303 nurses took part in this training. The Society plans to organize the next training in the postoperational period up to a patient's discharge from hospital. At present, 230 members belong to this society. Each nurse interested in the care of stoma patients can become a member of this society. The activity of PSTN is another important element which, apart from Pol-Ilko and volunteers, will improve greatly the life quality of these patients.

WPŁYW OPIEKI ZESPOŁU TERAPEUTYCZNEGO NA JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTA ZE STOMIĄ Z POWODU RAKA JELITA GRUBEGO

Influence of therapeutic care complex on patients' quality of life with stoma after large intestine tumour

Krystyna Łapuń-Seweryn¹, Jadwiga Snarska^{1,2}, Grażyna Majewska¹

¹Poradnia Stomijna, SPSK Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

²I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. med. **Jadwiga Snarska**, I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 24 A, 15-276 Białystok, e-mail: s1n2a3@poczta.onet.pl

Rak jelita grubego jest jedną z wiodących przyczyn wyłonienia stomii wśród chorych poradni stomijnej. Ze względu na specyfikę zabiegu operacyjnego związaną z trwałym utworzeniem przetoki jelitowej na powłokach brzusznych, wymaga on szczególnej troski zarówno w okresie okotooperacyjnym, jak i pooperacyjnym. Holistyczna, wieloaspektowa opieka, połączona z ustawiczną edukacją i udzielaniem wsparcia, ma ogromny wpływ na szybką readaptację i osiągnięcie możliwie najlepszej jakości życia tej grupy pacjentów. Wysoki poziom opieki i jej szczególna specyfika wymagają, aby zespół terapeutyczny był profesjonalnie przygotowany do jej udzielania. Celem pracy jest ocena wpływu opieki świadczonej przez zespół terapeutyczny (specjalistę chirurga i pielęgniarkę stomijną) Poradni Stomijnej SPSK Akademii Medycznej w Białymstoku na jakość życia pacjenta ze stomią wyłonioną z powodu raka jelita grubego. Badaniami objęto 100 pacjentów korzystających z usług Poradni Stomijnej z różnym stażem posiadania przetoki jelitowej. Jakość życia badano przy użyciu *Kwestionariusza oceny jakości życia WHO*. Zróżnicowany czas posiadania stomii pozwolił m.in. ocenić wiedzę pacjenta oraz kształtowanie się potrzeb edu-

kacyjnych w zakresie samopielęgnacji i obserwacji stomii w kierunku powikłań. Uzyskane wyniki pozwalają na przeprowadzenie weryfikacji realizowanego przez zespół terapeutyczny modelu opieki stomijnej, ciągłe modyfikowanie i uaktualnianie wiedzy skutkujące realizowaniem opieki na jak najwyższym poziomie ukierunkowanym na spełnienie oczekiwań pacjenta, co ma największy wpływ na podnoszenie jakości jego życia.

Large intestine tumour is one of the most common causes of stoma. Surgery specificity is conjoined with permanent intestinal stoma on the lining of the stomach and patients' needs of special care both during the period before and after the operation. Holistic and multifaceted care, combined with constant education and showing support, has a great influence on quick readaptation and reaching the best possible life standard of the patients. High standard of medical care and its particular requirements demand from the medical staff professionalism in providing help. The aim of the study is to make an appraisal of the impact of medical care provided by the therapeutic team (surgery specialist and stoma nurse) of Stoma Clinic SPSK Medical University of Białystok on patients' quality of life after large intestine tumour. The research is based on 100 Stoma Clinic patients with different duration of having an intestinal stoma. The standard of life was examined through the "Questionnaire of life with stoma". Variation in the duration of carrying a stoma allowed us to assess what knowledge the patient has and development of educational needs in the scope of self-care. The aim of the thesis is stoma maintenance and observation paying special attention to complications. Obtained results allowed us to carry out verification with the therapeutic team on the stoma medical care model, which is still being modified. The changes result in updating knowledge and providing medical care of the highest standard, coming up to patients' expectations, which have the greatest impact on raising life standard.

OCENA STANU WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA W ZAKRESIE ROZPOZNAWANIA CHOROÓB NOWOTWOROWYCH PODSTAWĄ PLANOWANIA DZIAŁAŃ EDUKACYJNYCH

Evaluation of the level of people's knowledge in identifying tumour diseases as a basis for planning educational action

**Katarzyna Cierznikowska¹, Justyna Cwajda-Białasik¹,
Maria T. Szewczyk¹, Lidia Dopierała¹,
Zbigniew Banaszekwicz², Arkadiusz Jawień²**

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

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

Adres do korespondencji:

mgr **Katarzyna Cierznikowska**, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego,
Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, ul. Ujejskiego 75,
85-168 Bydgoszcz, e-mail: katarzyna.cierznikowska@cm.umk.pl

W ostatnich latach obserwuje się znaczny wzrost zachorowalności na nowotwory. U wielu chorych można je skutecznie leczyć, pod warunkiem że leczenie zostanie wdrożone w początkowych stadiach choroby. Uważa się, że zbyt późne rozpoznawanie chorób nowotworowych spowodowane jest m.in. niedostateczną edukacją onkologiczną społeczeństwa. Wzrost wiedzy na temat czynników ryzyka i możliwości wczesnego diagnozowania chorób nowotworowych może poprawić wyniki leczenia i wydłużyć czas przeżycia chorych. Celem badań była ocena wiedzy społeczeństwa na temat czynników ryzyka i możliwości wczesnego wykrywania chorób nowotworowych. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz ankiety. Respondenci w różnym stopniu określają znaczenie czynników ryzyka w powstawaniu chorób nowotworowych. Większy nacisk kładą na używki i czynniki genetyczne, a mniejsze znaczenie przypisują działaniu innych czynników związanych ze stylem życia. Badani wykazali się znajomością tylko niektórych z analizowanych badań przesiewowych, m.in. mammografii, kolonoskopii, cytologii. Kobiety charakteryzowały się ogólnie wyższym poziomem wiedzy, częściej też korzystały z dostępnych badań skryningowych. Poziom wiedzy onkologicznej społeczeństwa wskazuje na konieczność edukacji i upowszechniania wiedzy na temat nowotworów. Może być ona pomocna zarówno w profilaktyce, jak i w skutecznym wykrywaniu i leczeniu chorób nowotworowych.

Słowa kluczowe: choroby nowotworowe, edukacja.

In recent years a significant increase in incidence of tumours has been observed. A lot of patients' tumours are curable under the condition that the treatment is introduced in the first stage of the illness. It is believed that too late diagnosis of tumour diseases is caused by among other things insufficient oncological education. An increase in people's knowledge concerning risk factors for the disease and possibility of early diagnosis of tumour diseases can improve the results of treatment and lengthen patients' lives. The aim of the research was to evaluate the level of people's knowledge concerning the risk factors for the disease and possibility of early diagnosis of tumour diseases. The diagnostic survey method was used. A questionnaire was used as a research tool. Respondents differently define the meaning of risk factor for tumour diseases. They put more emphasis on stimulants and genetic factors while the influence of other factors connected with lifestyle is considered less important. The respondents showed only some knowledge of screening examinations which were analysed: mammography, colonoscopy and cytology. Women were generally characterised by a higher level of knowledge and they also more frequently undergo the available screening examinations. The level of people's oncological knowledge shows that education and promotion of knowledge concerning tumours are necessary. It can be helpful both in prophylaxis and effective detection and treatment of tumour diseases.

Key words: tumour diseases, education.

PIELĘGNACJA CENTRALNEGO DOSTĘPU NACZYNIOWEGO U CHORYCH ONKOLOGICZNYCH

Central vascular access care with regard to oncology patients

**Lidia Bartoszewska, Przemysław Matras,
Mariusz Matuszek, Jacek Bicki, Sławomir Rudzki**

I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Adres do korespondencji:

dr med. **Mariusz Matuszek**, I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej
i Transplantacyjnej, Uniwersytet Medyczny, Al. Racławickie 1, 20-059 Lublin,
e-mail: nataliamatuszek@wp.pl

W ostatnich latach można zauważyć wzrost zainteresowania wykorzystaniem centralnego dostępu naczyniowego w leczeniu chorych na nowotwory złośliwie. Zastosowanie centralnego dostępu naczyniowego stanowi znaczne udogodnienie dla chorych, u których istnieją trudności z wkłuciem do żył obwodowych, stosowane leki sil-

nie drażnią naczynia lub przewiduje się powtarzające się cykle chemioterapii. Ze względu na coraz szersze wykorzystanie centralnego dostępu naczyniowego istnieje konieczność profilaktyki powikłań związanych z dostępem naczyniowym. Profilaktykę tę rozumie się jako przestrzeganie właściwych zasad aseptyki podczas obsługi centralnej linii żyłnej. Szkolenia z zakresu opieki nad cewnikiem centralnym powinny być przeprowadzane regularnie, należy nimi objąć również pacjenta, zwłaszcza w sytuacji podawania choremu kolejnych cykli chemioterapii, pomiędzy którymi przebywa on w domu. Wiadomości przekazywane w toku szkolenia powinny dotyczyć budowy i umiejscowienia cewnika naczyniowego, objawów powikłań związanych z założonym dostępem żylnym oraz sposobów zapobiegania, właściwego i bezpiecznego użytkowania centralnej linii żyłnej, zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki, właściwej techniki zmiany opatrunku na centralnym cewniku naczyniowym, stosowania odpowiedniego sprzętu i zasad posługiwania się nim w przypadku obsługi portu naczyniowego. Systematyczne szkolenia personelu medycznego pomagają w zapobieganiu, wczesnym rozpoznawaniu i leczeniu zakażeń odcewnikowych, a dobrze poinformowany i przeszkolony pacjent jest partnerem personelu w procesie opiekuńczo-leczniczym.

Over the last few years increased interest concerning the application of central access in treatment of cancer affected patients can be observed. The application of central vascular access is an important convenience for patients who present difficulties for insertion into the peripheral veins, who take drugs strongly irritating the vessels, or who receive repeated cycles of chemotherapy. As different systems of central vascular access are more and more often used, there arises a need to prevent the most common complications. Prevention is understood as keeping to the proper rules of asepsis while dealing with the central vein line. Training courses concerning central vascular access care should take place regularly and should comprise the medical staff, the patients and the health care providers. Patient training appears to be well motivated especially when the patient receives successive cycles of chemotherapy between which he stays at home and if there exists the need to apply periodic fluid therapy in a clinic. The information presented should concern: the structure and location of the vascular catheter, the symptoms of complications connected with the applied venous access and ways of prevention, proper and safe use of the central vein line, in accordance with the rules of asepsis and antisepsis, proper technique of changing dressing on the central vascular catheter, the application of the proper equipment, and the rules of use of a vascular port. Systematic medical staff training helps in prevention, early diagnosis and treatment of catheter-related infections. Moreover, a well informed and trained patient is a staff partner in the process of healing and care.

SPECJALISTYCZNA OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD CHORYM ZE STOMIĄ JELITOWĄ W ŚWIETLE BADAŃ

Specialist nursing care for patients with
intestinal stoma considered in the light
of the research

Katarzyna Cierznikowska^{1,2}, Justyna Cwajda-Białasik¹,
Maria T. Szewczyk^{1,2}, Lidia Dopierała¹,
Zbigniew Banaszek², Arkadiusz Jawień²

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

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

Adres do korespondencji:

mgr **Katarzyna Cierznikowska**, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego,
Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, ul. Ujejskiego 75,
85-168 Bydgoszcz, e-mail: katarzyna.cierznikowska@cm.umk.pl

W Polsce corocznie wyłania się ok. 4500 stomii jelitowych. Na właściwe przygotowanie chorego do zabiegu wyłonienia stomii składa się zarówno przygotowanie psychiczne, jak i fizyczne. Najważniejszymi elementami są optymalny wybór lokalizacji stomii, zachowanie właściwej techniki chirurgicznej, prawidłowe zaopatrzenie stomijne oraz edukacja chorego w zakresie przestrzegania zasad pielęgnacji stomii i higieny ciała. Ocenie poddano stopień przygotowania do operacji, opieki okołoperacyjnej i przygotowanie chorych ze stomią jelitową do samoopieki realizowanej przez personel pielęgniarski w dwóch placówkach – specjalistycznej klinice koloproktologii i oddziale chirurgii ogólnej. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, oceniający stopień przygotowania personelu pielęgniarskiego do pracy z chorym ze stomią. Stwierdzono statystycznie znamienne różnice zarówno w umiejętności przygotowania chorego do operacji z wyłonieniem stomii ($p=0,007840$), jakości opieki ($p<0001$) oraz umiejętności przygotowania chorych ze stomią do samoopieki ($p=0,000017$) w zależności od miejsca pracy (klinika koloproktologii i oddział chirurgii ogólnej). Stwierdzono, że te umiejętności w większości przypadków nie są zależne od stażu pracy ani wykształcenia pielęgniarek.

Słowa kluczowe: stomia, opieka pielęgniarska.

In Poland every year approximately 4500 intestinal stomas are created. Proper preparation of a patient for the operative procedure of creating the stoma includes physical as well as mental preparation. The most important elements are: the optimal choice of location for the stoma, use of proper surgical techniques, proper stoma creation

and education of the patient about complying with the rules concerning caring for a stoma and personal hygiene. The level of preparation for the operative procedure, perioperative care and preparation of patients with an intestinal stoma for self-care, carried out by nursing staff in two institutions – a specialist coloproctology clinic and a general surgery ward – was assessed. The research was carried out using the diagnostic survey method. An original questionnaire assessing the level of nursing staff's preparation for working with patients with a stoma was used as a research tool. It was statistically found that the difference in ability to prepare a patient for the operative procedure of creating a stoma ($p=0.007840$), quality of care ($p<0001$) as well as ability to prepare a patient with a stoma for self-care ($p=0.000017$) is significant depending on the place of work (specialist coloproctology clinic and general surgery ward). It was also found that in most cases these abilities do not depend on the job seniority or education of the nurses.

Key words: stoma, nursing care.

OCENA WYBRANYCH CZYNNIKÓW RYZYKA U CHORYCH NA RAKA PIERSI

Assessment of selected risk factors in
patients with breast cancer

Beata Borzych¹, Anna Koper², Bernadeta Rutkowska³

¹Oddział Chorób Piersi, Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka
w Bydgoszczy

²Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy

³Klinika Chirurgii Onkologicznej, Centrum Onkologii
im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy

Adres do korespondencji:

mgr **Beata Borzych**, Oddział Chorób Piersi, Centrum Onkologii
im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy, ul. dr I. Romanowskiej 2,
85-796 Bydgoszcz, e-mail: beatabo15@wp.pl

Wstęp: Rak piersi to w dalszym ciągu najczęstszy nowotwór złośliwy u kobiet w Polsce. Stanowi 21,3% wszystkich zachorowań. Obecny stan wiedzy wskazuje, że na powstanie raka gruczołu piersiowego ma wpływ wiele tzw. czynników ryzyka. Znajomość czynników ryzyka może być ważnym elementem profilaktycznym, pozwalającym ograniczyć liczbę zachorowań.

Cel pracy: Cel pracy to ocena wybranych czynników ryzyka raka piersi u kobiet z rozpoznaniem nowotworem gruczołu piersiowego.

Materiał i metody: Badaną grupę stanowiło 200 kobiet z rozpoznaniem nowotworem piersi, które były leczone na Oddziale Chorób Piersi Centrum Onkologii im.

prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy. W celu przeprowadzenia badania skonstruowano autorską ankietę zawierającą 20 pytań o charakterze zamkniętym. Ankieta składała się z dwóch części, z których pierwsza była metryką osobową, część druga natomiast zawierała pytania z zakresu wpływu określonych czynników ryzyka na występowanie raka piersi u kobiet oraz badań profilaktycznych dotyczących raka piersi. Zanalizowano odpowiedzi na poszczególne pytania. Ponadto każda odpowiedź została przedstawiona w formie graficznej i tabelarycznej.

Wyniki: Istnieje związek między wiekiem, statusem ekonomicznym a ryzykiem zachorowania na raka piersi. Spośród 181 kobiet, które rodziły, tylko 23 (12%) karmiło piersią powyżej 6 mies. U 117 (58%) badanych pacjentek, u których rozpoznano nowotwór piersi, wcześniej dokonano wycięcia łagodnej zmiany w chorobowo zmienionym gruczole piersiowym. Obciążający wywiad rodzinny dotyczył 95 (45%) ankietowanych pacjentek. Nadciśnienie tętnicze i cukrzyca jako choroby współistniejące w przebiegu raka piersi występowały u 73 (36,5%) badanych. Nadwaga i otyłość jako jeden z czynników ryzyka rozwoju raka gruczołu piersiowego dotyczyła większości badanych kobiet (60%).

Wnioski:

1. Najbardziej zagrożone zachorowaniem na raka gruczołu piersiowego są kobiety pochodzące z terenów miejskich, w przedziale wiekowym 45–59 lat oraz powyżej 65. roku życia.
2. Krótki okres karmienia piersią jest czynnikiem predysponującym do zachorowania na raka piersi.
3. Łagodne zmiany piersi i zmiany zwyrodnieniowe są czynnikiem promującym do występowania raka gruczołu piersiowego.
4. Pacjentki z rozpoznaniem rakiem piersi, mające obciążony wywiad rodzinny w kierunku nowotworów narządów płciowych, powinny zostać objęte pełnoprofilową opieką onkologiczną.
5. Najczęstszymi chorobami współistniejącymi u chorych na raka piersi były nadciśnienie tętnicze, cukrzyca oraz nadwaga i otyłość.
6. Badanie nie potwierdziło związku pomiędzy wiekiem zajścia w pierwszą ciążę, liczbą przebytych porodów a ryzykiem zachorowania na raka piersi.

Introduction: In Poland, breast cancer is still the most common malignant neoplasm in women. It makes up 21.3% of all illnesses. The current state of knowledge indicates that a number of risk factors contribute to the development of breast cancer. Knowledge of the risk factors may be an important preventive element which permits the number of illnesses to be limited.

Aim of the research: The aim of the research is to assess of selected breast cancer risk factors in women with diagnosed mammary gland neoplasm.

Material and method: The subjects were 200 women

with diagnosed breast cancer who were treated at the Breast Disease Department of the F. Łukaszczyk Oncology Centre in Bydgoszcz. In order to perform the research, an original questionnaire was devised containing 20 closed-ended questions. The questionnaire was composed of two sections, one being personal details and another one containing questions on the effect of specified risk factors on the occurrence of breast cancer in women and preventive screening related to breast cancer. All the answers were analysed and presented graphically and in a table form.

Results: There is a relationship between age, economic status and development of breast cancer. From among 181 women who had given birth, only 23 (12%) were breast feeding longer than 6 months. 117 (58%) of the patients with diagnosed breast cancer had the benign lesion excised from the diseased mammary gland. 95 (45%) of the patients provided adverse family history. Arterial hypertension and diabetes as concomitant diseases in breast cancer occurred in 73 (36.5%) patients. Overweight and obesity as risk factors in the development of mammary gland cancer were present in most of the women (60%).

Conclusions:

1. At the highest risk of breast cancer are women from urban area, at 45 to 59 and over 65 years of age.
2. A short period of breast feeding is a factor predisposing to development of breast cancer.
3. Benign lesions and degenerative changes in the breasts promote development of breast cancer.
4. Patients with diagnosed breast cancer whose family history indicates neoplasm of sex organs should be covered by comprehensive oncological care.
5. The most common concomitant diseases in patients with breast cancer were hypertension, diabetes, overweight and obesity.
6. The research did not confirm any relationship between the age of conception, number of births and the risk of breast cancer.

BRAK WIEDZY JEDNĄ Z PRZYCZYN OPÓŹNIAJĄCYCH ROZPOZNANIE RAKA JELITA GRUBEGO

Lack of knowledge as one of the reasons for the delay of colorectal cancer diagnosis

Bernadeta Rutkowska¹, Anna Koper², Beata Borzych³

¹Klinika Chirurgii Onkologicznej, Centrum Onkologii
im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy

²Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy

³Oddział Chorób Piersi, Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka
w Bydgoszczy

Adres do korespondencji:

mgr **Bernadeta Rutkowska**, Klinika Chirurgii Onkologicznej, Centrum
Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy, ul. dr I. Romanowskiej 2,
85-796 Bydgoszcz, e-mail: chirurgiaonkologiczna@co.bydgoszcz.pl

Wstęp: Rak jelita grubego należy do najbardziej rozpowszechnionych nowotworów na świecie. Zachorowalność na ten nowotwór wciąż wzrasta, a związana z nim umieralność jest za wysoka. Postęp w medycynie i wiele stosowanych metod terapeutycznych mogłoby doprowadzić do pełnego wyleczenia, gwarantującego powrót do normalnego życia, ale tylko wówczas, gdy pacjenci wcześniej zgłoszą się do lekarza. Tymczasem dane epidemiologiczne są zatrważające. Tylko co piąty chory na nowotwór w Polsce jest trwale wyleczony, podczas gdy w USA wyleczony jest prawie co drugi. Na gorsze wyniki leczenia wpływa fakt, że pacjenci zgłaszają się zbyt późno, najczęściej w momencie dużego zaawansowania choroby.

Cel pracy: Celem pracy było poznanie przyczyn powodujących opóźnienie w rozpoznawaniu raka jelita grubego, jak również ocena poziomu wiedzy pacjentów na temat tego nowotworu.

Materiał i metody: Badaniem objęto grupę 100 osób z rozpoznaniem rakiem jelita grubego. Informacje gromadzono za pomocą odpowiednio skonstruowanego kwestionariusza ankiety, zawierającego 20 pytań o charakterze zamkniętym, zaopatrzonych w zestaw możliwych odpowiedzi, będących subiektywnym wyborem badanego. Gromadzone dane obejmowały dane osobowe, takie jak wiek, płeć, miejsce zamieszkania oraz wykształcenie. Następne pytania dotyczyły początku objawów chorobowych, czasu zgłoszenia się do lekarza, miejsca szukania pomocy, rodzaju wykonanych badań diagnostycznych ze szczególnym zaznaczeniem badania przez odbyty oraz posiadanej wiedzy na temat raka jelita grubego i źródła jej pozyskiwania. Szczególną grupę pytań stanowiły te o przyczyny opóźnienia zgłoszenia się do lekarza oraz powody, dla których tam się udali.

Wyniki: W badaniu wykazano, że wiedza o nowotworach jest zbyt mało rozpowszechniona, bagatelizowane

są poważne symptomy choroby, a najprostsze badanie, jakim jest ocena odbytnicy palcem, jest pomijane w gabinetach lekarskich. Problem jest poważny, zważywszy, że rak jelita grubego we wczesnej fazie nie daje żadnych wyraźnych objawów, a nasilenie dolegliwości świadczy najczęściej o dużym zaawansowaniu klinicznym. Znajomość przyczyn opóźniających rozpoznawanie choroby może zmienić obecną sytuację.

Wnioski:

1. Grupa osób zgłaszających się do lekarza z opóźnieniem dłuższym niż 3 mies. jest duża, co wpływa na opóźnienie leczenia.
2. Brak wiedzy o najczęstszych objawach raka jelita grubego i ich bagatelizowanie jest powodem zbyt późnego zgłoszenia się do lekarza.
3. Osobą, do której pacjent z rakiem jelita grubego zgłasza się najczęściej, jest lekarz pierwszego kontaktu, który, niestety, w większości przypadków nie wykonuje badania palcem przez odbyty.
4. Poziom wiedzy na temat raka jelita grubego jest niski, należy zatem zintensyfikować działania edukacyjne w celu jego podniesienia, co stwarza szansę na poprawę ciągle złych wyników leczenia raka jelita grubego.

Introduction: Colorectal cancer is the most common cancer in the world. The incidence of this disease is continuously growing and the related mortality is too high. The progress in medicine and the many therapeutic methods currently in use can lead to complete recovery guaranteeing return to normal life, but only if patients report to the physician early. Unfortunately, the epidemiological data are alarming. Only every fifth patient with cancer in Poland is permanently cured, compared to every second in the US. The worse treatment results are attributed to the fact that patients report too late, most often when the disease is far advanced.

Aim of the research: The aim of the research was to examine the reasons for delaying colorectal cancer diagnosis, and to assess patients' knowledge of this cancer.

Material and method: The research covered a group of 100 people with diagnosed colorectal cancer. The information based on a specially made questionnaire containing 20 closed-ended questions provided with a set of possible answers to be chosen subjectively by the patient. The collected data included personal details, such as: age, sex, place of residence and level of education. The next questions pertained to the beginning of disease symptoms, time of reporting to the physician, place of seeking medical assistance, type of diagnostic examinations performed with special emphasis on rectal examinations, and a knowledge of colorectal cancer and source of this knowledge. Of particular importance were the questions about reasons for delayed reporting to the physician and about reasons for actual reporting.

Results: The research shows that the knowledge of cancers is poor, serious symptoms of the disease are ignored and the simplest per rectum examination is skipped in doctor's offices. The problem is serious because colorectal cancer at an early stage does not give any clear symptoms, and intensification of ailments is most often a sign of clinical advancement of the disease. Knowledge of the reasons for the delay of disease diagnosis may change the present situation.

Results:

1. There are many people who report to the physician with a delay of more than 3 months, which causes delayed treatment.
2. The lack of knowledge of the most common symptoms of colorectal cancer and not taking them seriously is the reason for delayed reporting to the physician.
3. The person to whom a patient with colorectal cancer reports to first is most often a general practitioner who, unfortunately, in most cases does not perform the per rectum examination.
4. The level of knowledge of colorectal cancer is low. Therefore, educational tasks for the purpose of raising this level should be intensified. This, in turn, may contribute to the improvement of the present unsatisfactory results of colorectal cancer treatment.

WSPÓŁCZESNE POGLĄDY NA TEMAT PROFILAKTYKI ŻYLNIEJ CHOROBY ZAKRZEPOWO-ZATOROWEJ

Contemporary views on venous thromboprophylaxis

Mirostawa Kęska¹, Anna Koper², Bernadeta Rutkowska¹

¹Klinika Chirurgii Onkologicznej, Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy

²Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy

Adres do korespondencji:

mgr **Mirostawa Kęska**, Klinika Chirurgii Onkologicznej, Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy, ul. dr I. Romanowskiej 2, 85-796 Bydgoszcz, e-mail: stokratka2610@wp.pl

Wstęp: Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa (ŻChZZ) jest składową dwóch elementów – zakrzepicy żył głębokich (ZZG) i zatoru tętnicy płucnej (ZTP). Podstawą choroby jest zakrzepica żylna, a jej ciężkim następstwem zator płucny. To częste zjawisko występujące u osób hospitalizowanych – zarówno u pacjentów poddawanych zabiegom operacyjnym, jak i u chorych internistycznych. Ocenia się, że w Polsce co roku ok. 50 tys. osób zapada na ZZG, a u 20 tys. rozwija się objawowy ZTP. Do powstania schorzenia przyczynia się wiele czynników ryzyka, dlatego ich znajo-

mość oraz zastosowanie adekwatnej do siły zagrożenia profilaktyki stanowi punkt wyjścia do skutecznego zapobiegania schorzeniu.

Cel pracy: Celem pracy jest ocena występowania czynników ryzyka zakrzepowo-zatorowych u chorych leczonych z powodu schorzenia onkologicznego i wskazania do zastosowania profilaktyki, głównie z użyciem heparyn drobnocząsteczkowych (HDCz).

Materiał i metody: Materiałem badawczym jest dokumentacja medyczna, stosowana w profilaktyce żylniej choroby zakrzepowo-zatorowej na Oddziale Klinicznym Chirurgii Onkologicznej Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Analizą objęto 100 kolejnych Kart Profilaktyki Żylnej Choroby Zakrzepowo-Zatorowej wypełnianych przez lekarzy.

Wyniki:

1. Najpoważniejszym zidentyfikowanym czynnikiem ryzyka analizowanej grupy była obecność nowotworu złośliwego (53%), kolejnymi, istotnymi czynnikami ryzyka był wiek chorych (40–60 lat – 36%, 60–70 lat – 24%, powyżej 70 lat – 21%, tylko 19% było poniżej 40. roku życia) oraz czas zabiegu operacyjnego (do 45 min – 49%, powyżej 45 min – 38%, rozległy – 13%), innymi branymi pod uwagę czynnikami były żylaki kończyn dolnych – 22%, palenie tytoniu – 19%, otyłość – 10%, niewydolność krążenia – 5%, centralny dostęp żylny – 4% i inne.
2. Liczba i siła poszczególnych czynników ryzyka pozwoliły wyodrębnić grupy zagrożenia ŻChZZ (I grupa, małego ryzyka zakrzepowo-zatorowego – 35%, II grupa, średniego ryzyka – 19%, III grupa, dużego ryzyka – 40%, IV grupa, bardzo dużego ryzyka – 6%).
3. W I grupie zagrożenia ŻChZZ jako profilaktykę stosowano wyłącznie wczesne uruchomienie, w II grupie oprócz wczesnego uruchomienia u ponad połowy chorych zastosowano małe dawki HDCz (głównie Clexane w dawce 20 mg), chorych w III i IV grupie ryzyka również uruchamiano i stosowano zawsze HDCz (zazwyczaj Clexane w dawce 40 mg), uzupełnione działaniem u 14% metodami mechanicznymi (pończochy przeciwzakrzepowe wzmocnione dodatkowo działaniem u 5 osób z IV grupy przerywanym uciskiem pneumatycznym).

Wnioski:

1. Ustalanie wskazań do odpowiedniej formy profilaktyki przeciwzakrzepowej odbywało się po identyfikacji czynników ryzyka i ustalenia siły zagrożenia zakrzepowo-zatorowego.
2. Głównym czynnikiem ryzyka predysponującym do podjęcia profilaktyki z udziałem HDCz była obecność nowotworu złośliwego.
3. Najczęściej występującym pozanowotworowym czynnikiem ryzyka, niezwiązanym z wiekiem i czasem zabiegu operacyjnego, były żylaki kończyn dolnych.
4. Chorzy z nowotworem jelita grubego w każdym przypadku stanowili grupę dużego i bardzo dużego ryzyka zakrzepowo-zatorowego.
5. Wszystkich chorych objętych profilaktyką przeciwzakrzepową, w różnym, ale specyficznym dla danego za-

biegu czasie możliwie jak najwcześniej uruchamiano, ponadto wobec 55 osób zastosowano HDCz, a wobec 14 chorych użyto dodatkowo metod mechanicznych.

6. Ocena prowadzonej profilaktyki przeciwzakrzepowej dokonana w momencie wypisu chorego ze szpitala była zadowalająca, ponieważ w żadnym przypadku nie stwierdzono symptomów ŻChZZ (podejrzewano jedynie u jednej osoby) i może to świadczyć o skuteczności takiego postępowania.

Introduction: Venous thromboembolic disease (VTE) is the outcome of two components: deep vein thrombosis (DVT) and pulmonary embolism (PE). The basis for the disease is vein thrombosis and its serious consequence is pulmonary embolism. The disease frequently occurs in medical inpatients, both surgical patients and those at the internal medicine department. Each year in Poland about 50,000 and 20,000 people develop DVT and symptomatic PE, respectively. A number of risk factors contribute to the development of the disease. That is why the knowledge of them and application of risk-adapted prophylaxis are starting points for effective prevention of the disease.

Aim of the research: The aim of the research is to assess the occurrence of thromboembolic risk factors in patients treated for oncological disease and indications for the application of prophylaxis mainly with the use of low molecular weight heparins (LMWH).

Material and methods: The research material is the medical documentation used in the venous thromboprophylaxis at the Oncology Surgery Teaching Department of the Oncology Centre in Bydgoszcz. The analysis covered 100 successive Venous Thromboprophylaxis Sheets filled in by doctors.

Results:

1. The most serious identified risk factor in the analysed group was the presence of malignant neoplasm (53%). The next significant risk factors were: the age of the patients (40 to 60 years – 36%, 60 to 70 years – 24%, over 70 years – 21%; only 19% were under 40 years of age), and the duration of surgery (up to 45 minutes – 49%, longer than 45 minutes – 38%, extensive – 13%). The other factors taken into consideration were: varicose veins in the legs – 22%, smoking - 19%, obesity – 10%, circulatory insufficiency – 5%, central venous access – 4%, and others.
2. The number and power of each risk factor allowed the authors to distinguish VTE risk groups (group I, low thromboembolic risk – 35%; group II, medium risk – 19%; group III, high risk – 40%; group IV, very high risk – 6%).
3. In VTE risk group I, only early mobilization was applied as prophylaxis; in group II, apart from early mobilization, small doses of LMWH (mainly Clexane 20 mg) were applied in more than half of the patients; the patients in groups III and IV were also mobilized and in each case administered LMWH (usually Clexane

40 mg), supplemented by mechanical methods in 14% (varicose stockings additionally reinforced by intermittent pneumatic pressure in 5 patients from group IV).

Conclusions:

1. The establishment of indications for an appropriate form of thromboprophylaxis was preceded by identification of risk factors and assessment of magnitude of the thromboembolic risk.
2. The main risk factor predisposing to prophylaxis with LMWH was the presence of malignant neoplasm.
3. The most frequent risk factor other than neoplasm, not related to the age and duration of surgery, was varicosity of the legs.
4. Patients with large intestine cancer made up a group of high and very high thromboembolic risk. All of the patients covered by thromboprophylaxis were mobilized as early as possible at a different time specific for a particular procedure.
5. Moreover, 55 persons were administered LMWH, and mechanical methods were additionally applied to 14 patients.
6. The evaluation of thromboprophylaxis made at discharge of the patient was satisfactory since there were no VTE symptoms (one suspicion only) in any of the cases, which can confirm the effectiveness of such management.