

OWRZODZENIA PODUDZI W PRZEBIEGU PRZEWLEKŁEJ NIEWYDOLNOŚCI ŻYLNEJ W PIELĘGNIARSKIEJ OPIECE DOMOWEJ

Leg ulcers in the course of chronic venous insufficiency in nursing home care



Bożena E. Kopcych¹, Ewelina Chilińska-Kopko², Anna Zalewska², Karolina Glińska²

¹Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2016; 1: 34–40

Praca wpłynęła: 25.11.2014; przyjęto do druku: 25.01.2016

Adres do korespondencji:

mgr **Bożena E. Kopcych**, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku,
ul. Marii Skłodowskiej Curie 7 A, 15-096 Białystok, e-mail: bozenaewa@gmail.com

Streszczenie

Wstęp: Liczba pacjentów z owrzodzeniem podudzi nieustannie wzrasta. Występujące deficyty w samoopiece i waga problemu nakładają na pielęgniarki rodzinne konieczność ciągłego dokształcania się, doskonalenia swoich umiejętności i podejmowania spójnych działań celem stworzenia standardu dotyczącego domowej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z owrzodzeniem żylnym podudzi. Domowa opieka pielęgniarska powinna być holistyczna, wielokierunkowa i interdyscyplinarna oraz mieć na celu wyleczenie lub zminimalizowanie negatywnych skutków choroby, co pozwoli pacjentowi poprawić nie tylko komfort, ale przede wszystkim jakość życia.

Cel pracy: Ocena zadowolenia pacjentów z realizacją świadczeń pielęgniarki rodzinnej w opiece nad pacjentem z owrzodzeniem podudzi.

Materiał i metody: Dokonano analizy dokumentacji pielęgniarek rodzinnych – realizacja świadczeń pielęgniarskich w opiece domowej nad pacjentem z owrzodzeniem goleni, oraz zastosowano anonimowy autorski kwestionariusz ankiety ze skalą punktową oceniającą poziom realizowanych świadczeń.

Wyniki i wnioski: Liczba chorych z owrzodzeniem goleni wymagających kompleksowej opieki pielęgniarskiej w środowisku domowym stale wzrasta. Podczas większości wizyt pielęgniarka realizowała wyłącznie świadczenia leczniczo-pielęgnacyjne. Ocena działań pielęgniarki rodzinnej w opinii pacjentów jest pozytywna. Pielęgniarki mało czasu poświęcają na przygotowanie chorego i rodziny do samoopieki i samoopieki, pomijają kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niepełnosprawnością.

Słowa kluczowe: pielęgniarka rodzinna, owrzodzenie goleni, realizacja zadań.

Summary

Introduction: Increase in the number of patients with leg ulcers and deficiency in self-care, as well as the seriousness of the problem, impose on family nurses the need for continuous extension of their knowledge, improvement of skills and undertaking cohesive actions in order to create the standard for nursing home care of patients with leg ulcers. The nursing home care shall be holistic, multidirectional and interdisciplinary, aiming at curing or minimizing negative results of the disease and allowing the patient to improve comfort and quality of life.

Aim of the study: Evaluation of patients' satisfaction with the benefits of family nurses in patient care with ulceration.

Material and methods: Analysis of documentation of family nurses – provision of nursing services in home care of patients with leg ulcers, and the author's anonymous questionnaire with a point scale, assessing the level of the services.

Results and conclusions: A number of patients with leg ulcers, requiring complex nursing care at home, constantly increases. In most cases nurses provide only treatment and care services to patients. The assessment of family nurses actions is positive in the opinion of patients. Nurses spend little time on preparing patients/families to self-care, they omit developing skills in coping with disability.

Key words: family nurse, leg ulcers, assessment of tasks.

Wstęp

Starzenie się społeczeństwa jest spowodowane wydłużeniem życia człowieka, co przyczynia się do wzrostu liczby przewlekłe chorych. Owrzodzenia podudzi stanowią narastający problem pielęgnacyjny, społeczny oraz ekonomiczny nie tylko w Polsce, lecz także na całym świecie, ponieważ przyczyniają się do pogorszenia jakości życia chorego [1, 2]. We współczesnym systemie usług medycznych świadczonych w środowisku pacjenta rola pielęgniarki rodzinnej nie ogranicza się do biernego wykonywania pisemnych zleceń lekarskich, ale polega również na podejmowaniu szeregu działań zdrowotnych wobec pacjenta i jego rodziny. Zadania pielęgniarek rodzinnych obejmują m.in. świadczenia z zakresu profilaktyki chorób, a także działania pielęgnacyjne, diagnostyczne, lecznicze oraz rehabilitacyjne. Zadania te nie powinny się odnosić jedynie do poprawy stanu fizycznego, ale również oddziaływać na sferę psychospołeczną [3]. Wzrost liczby pacjentów z owrzodzeniem podudzi i złożoność problemu nakładają na pielęgniarki rodzinne konieczność ciągłego dokształcania się, doskonalenia swoich umiejętności i podejmowania spójnych działań w ewoluującym procesie pielęgnowania. Celem nadrzędnym jest więc stworzenie standardu dotyczącego domowej opieki pielęgniarstwa nad pacjentem z owrzodzeniem żylnym podudzi. Opieka nad chorym w jego naturalnym środowisku domowym zgodnie ze współczesnymi trendami obejmuje kompleksowo nie tylko biorąc usług pielęgniarstwa – pacjenta, lecz także oddziałuje na jego rodzinę. Sprawowana opieka powinna być holistyczna, interdyscyplinarna, wielokierunkowa i wieloetapowa. Przestrzeganie zaleceń, standardów oraz realizacja kompleksowej opieki wpłynę na jakość wykonywanych świadczeń pielęgnacyjno-leczniczych mających na celu wyleczenie bądź zminimalizowanie negatywnych skutków choroby. Owrzodzenia żyłne dotyczą najczęściej osób starszych, mało mobilnych, samotnych, będących najczęściej pod opieką instytucji społecznych i medycznych. Owrzodzenia w tej grupie chorych goją się z trudem, potrafią się zatrzymać na pewnym etapie leczniczo-pielęgnacyjnym, a objawy bardzo często nawracają. Żyłne owrzodzenia podudzi należą do powikłań przewlekłej niewydolności żyłnej bezpośrednio niezagrażających życiu, jednakże znacząco wpływają na jego jakość. Owrzodzenie goleni zmniejsza sprawność fizyczną chorego, prowadząc do zwiększenia ryzyka przedwczesnego zniechęcenia oraz wystąpienia dolegliwości bólowych uzależnionych od wielkości i rozległości rany. Dodatkowo dyskomfort fizyczny oraz psychiczny u chorego spotęgowany jest obecnością masywnego wysięku, przykrego zapachu czy powstawaniem okalających zmian troficznymi. Długotrwały proces leczniczo-pielęgnacyjny, koszt zakupu środków i materiałów opatrunkowych, postępująca ograniczona sprawność z powodu owrzodzenia czy utrata mobilności mogą powodować lęk oraz brak sa-

moakceptacji, co w następstwie może doprowadzić do izolacji społecznej i rozwoju depresji [5, 6]. Efekt zagojenia jest możliwy do osiągnięcia poprzez wieloczynnikowe działanie w ramach ciągłej holistycznej opieki pielęgniarstwa, nadzorowi nad systematycznością leczenia przyczynowego przewlekłej niewydolności żyłnej oraz realizację leczenia i pielęgnacji zgodnie ze standardami i procedurami działań pielęgniarstwa. Wielokierunkowe badania prowadzone przez grupy ekspertów z Europejskiego Towarzystwa Leczenia Ran (EWMA) oraz Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran (PTLR) i ich rekomendacje wytyczają kierunki działań pielęgnacyjno-leczniczych wpływające na wzrost wskaźników gojenia oraz zmniejszenie liczby powikłań. Zalecenia PTLR są drogowskazem dla pielęgniarki specjalistki, wpływają na poprawę nie tylko komfortu, lecz także jakości życia pacjenta [3, 7–9]. Pielęgniarki rodzinne na co dzień sprawujące specjalistyczną opiekę pielęgniarstwa nad pacjentami z przewlekłym owrzodzeniem goleni będą realizowały kompleksowo proces leczenia i pielęgnacji zgodnie z zakresem zadań pielęgniarki rodzinnej określonych w komunikacie Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zaleceniami specjalistycznej opieki pielęgniarstwa nad chorym z owrzodzeniem podudzi [10, 11].

Cel pracy

Ocena zadowolenia pacjentów z realizacji świadczeń pielęgniarki rodzinnej w opiece nad pacjentem z owrzodzeniem podudzi w środowisku domowym pacjenta.

Cele szczegółowe:

1. Jakie świadczenia najczęściej realizuje pielęgniarka w opinii pacjenta z przewlekłym owrzodzeniem w domowej opiece pielęgniarstwa?
2. Jaka jest ocena punktowa realizacji tych świadczeń w opinii pacjenta lub opiekuna?

Materiał i metody

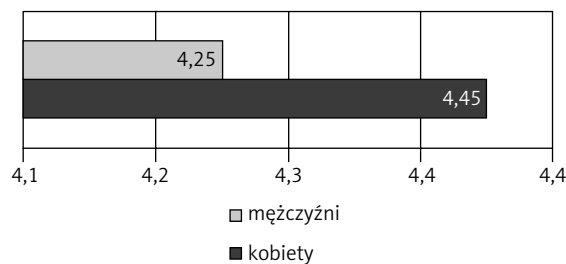
Przeprowadzono analizę pielęgniarstwa dokumentacji medycznej w zakresie realizacji świadczeń domowych w opiece nad pacjentem z owrzodzeniem żylnym goleni na terenie miasta Suwałki oraz dokumentacji medycznej posiadanej przez pacjenta. Dodatkowo posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety, składającym się z pytań zamkniętych, i skalą punktową od 1 do 5 oceniającą poziom wykonania zadań pielęgniarstwa.

Wyniki

Charakterystyka grupy badanej

Analizą objęto 19 pacjentów z czynnym owrzodzeniem podudzi, u których realizowano pielęgniarstwo

opiekę domową. Większość badanej grupy stanowiły kobiety w wieku 54–97 lat ($n = 11$, średnia wieku 79 lat). Wiek w grupie mężczyzn ($n = 8$) mieścił się w przedziale od 51. do 103. roku życia (średnia wieku 75 lat). W grupie badanej 5 respondentów (26,3%; kobiety) to osoby samotne, natomiast 14 respondentów, tj. 6 kobiet oraz 8 mężczyzn (73,7% respondentów), mieszkało wraz z żoną lub mężem, najczęściej również osobą niepełnosprawną. Szczegółową charakterystykę grupy badanej przedstawiono w tabeli 1. Wszyscy respondenci to mieszkańcy miasta Suwałki. Ze względu na duże deficyty w samoobsłudze badani wymagali stałej opieki i pielęgnacji ze strony rodziny lub opiekunów. Jedynie 6 pacjentów ($\pm 31\%$) było w stanie przy pomocy osób drugich opuścić samodzielnie dom. U wszystkich pacjentów stosowano w procesie leczenia i pielęgnacji opatrunki specjalistyczne. Wizyty pielęgniarki rodzinnej najczęściej odbywały się 3 razy w tygodniu (16 pacjentów, tj. $\pm 84\%$), a w przypadku pozostałych 3 pacjentów ($\pm 15\%$) przez cały okres badania wizyta pielęgniarki rodzinnej odbywała się co 4 dni.



Ryc. 1. Świadczenia profilaktyczne w ocenie pacjentów z podziałem na płeć

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy pacjentów z owrzodzeniem podudzi pod opieką pielęgniarki rodzinnej

Wiek	Razem	Kobiety	Mężczyźni
średnia	77,53	79,36	75
mediana	79	82	74,5
min.	51	54	51
maks.	103	97	103
SD	14,01	13,19	16,47

Tabela 2. Wykaz świadczeń profilaktycznych realizowanych przez pielęgniarkę rodzinną

Świadczenia pielęgniarki rodzinnej	Czynności oceniane przez pacjentów	Średnia ocena pacjenta
Świadczenia profilaktyczne	edukacja na temat przewlekłej niewydolności żylnej, owrzodzeń, etiologii, leczenia, profilaktyki prowadzenie edukacji na temat zdrowego stylu życia edukacja na temat zasad samopielęgnacji podudzi edukacja na temat zasad zmiany opatrunków przygotowanie chorego i jego rodziny do przestrzegania zasad higieny osobistej i otoczenia przestrzeganie reżimu sanitarnego – gospodarka odpadami medycznymi profilaktyka wtórna – eliminacja czynników sprzyjających powstawaniu nowych zmian i nawrotów	4,35

Świadczenia gwarantowane realizowane przez pielęgniarkę u pacjenta z owrzodzeniem podudzi w środowisku domowym

Świadczenia profilaktyczne

Według oceny respondentów (100% odpowiedzi) świadczenia profilaktyczne realizowane były podczas każdej wizyty pielęgniarki w domu pacjenta. Dotyczyły przede wszystkim poradnictwa i doradztwa w zakresie radzenia sobie z deficytem w zakresie samoobsługi i samopielęgnacji, edukacji członków rodziny lub opiekunów na temat wykonywania czynności opiekuńczych oraz celowości kontynuacji leczenia przyczynowego (tab. 2.). Działania te zostały ocenione przez respondentów na średnią ocenę 4,35 pkt (ryc. 1.).

Świadczenia diagnostyczne

Wszyscy respondenci bardzo wysoko, na ocenę celującą, ocenili czynności diagnostyczne realizowane przez pielęgniarkę rodzinną w opiece nad pacjentem. W kompetencji pielęgniarek rodzinnych jest monitorowanie ogólnego stanu zdrowia, kontrola parametrów życiowych oraz udział w diagnostyce laboratoryjnej, co jest bardzo ważnym działaniem realizowanym przez pielęgniarkę (tab. 3.). Analiza dokumentacji medycznej (karty wypisu ze szpitala, wyniki badań) będącej w posiadaniu pacjenta wykazała przebyłą wcześniej zakrzepicę żył spowodowaną nieleczonymi żylakami kończyn dolnych, która w konsekwencji doprowadziła do powstania owrzodzenia. Pięć pacjentów (2 kobiety i 3 mężczyzn, $\pm 26\%$ ogółu badanych) miało przeprowadzoną pełną diagnostykę specjalistyczną odnośnie do dokładnego oszacowania stopnia zaawansowania choroby wg klasyfikacji CEAP (badanie dopplerowskie, badanie ultrasonograficzne dwuobrazowe *duplex scan*). Żaden z pacjentów nie miał wykonanego pomiaru wskaźnika kostka–ramię (WK/R). Wyniki analizy dokumentacji pielęgniarskiej wykazują brak ustalonego schematu zapisywania danych z przeprowadzonego wywiadu oraz badania przedmiotowego kończyn dolnych w dniu przyjęcia pacjenta angiologicznego do opieki domowej.

Świadczenia terapeutyczno-lecznicze

Jedną z wykonywanych czynności w tej grupie świadczeń była zmiana opatrunków oraz pielęgnacja

Tabela 3. Wykaz świadczeń diagnostycznych realizowanych przez pielęgniarkę rodzinną

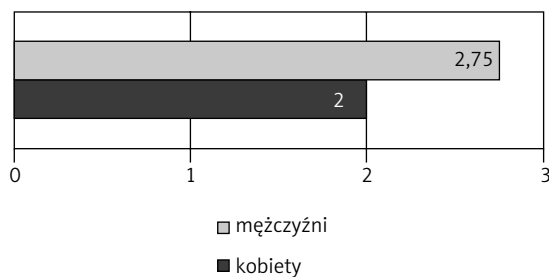
Świadczenia pielęgniarki rodzinnej	Czynności oceniane przez pacjentów	Średnia ocena pacjenta
świadczenia diagnostyczne	przeprowadzenie wywiadu środowiskowego zapoznanie się z posiadaną dokumentacją medyczną wykonywanie badania fizykalnego wykonywanie podstawowych pomiarów życiowych, ich ocena oraz interpretacja ocena stanu ogólnego chorego oraz procesu jego zdrowienia wykonywanie pomiaru glikemii ocena i monitorowanie bólu ocena rany, umiejscowienia, wyglądu, głębokości wysięku, zapachu ocena wydolności pielęgnacyjno-opiekuńczej rodziny pobieranie materiału do badań diagnostyczno-mikrobiologicznych	5

Tabela 4. Wykaz świadczeń terapeutyczno-leczniczych realizowanych przez pielęgniarkę rodzinną

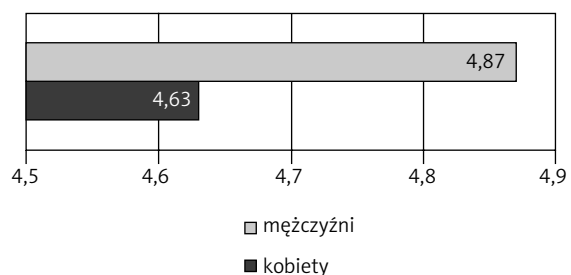
Świadczenia pielęgniarki rodzinnej	Czynności oceniane przez pacjentów	Średnia ocena pacjenta
świadczenia terapeutyczno-lecznicze	podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza: iniekcje dożylna, podskórna, śródskórna oraz wlewy dożylna zakładanie opatrunków na rany, odleżyny, zgodnie z zaleceniami lekarza oraz wytycznymi PTLR wykonywanie zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych; lawaseptyka, smarowanie, wcieranie, okłady wykonywanie kompresjoterapii wykonywanie zabiegów z zastosowaniem ciepła i zimna ustalenie diety w żywieniu chorych z przewlekłą niewydolnością żylną, suplementacja doraźna modyfikacja dawki leków przeciwbólowych	5

Tabela 5. Świadczenia rehabilitacyjne realizowane wobec pacjenta z owrzodzeniem goleni

Świadczenia pielęgniarki rodzinnej	Czynności oceniane przez pacjentów	Średnia ocena pacjenta
świadczenia rehabilitacyjne	rehabilitacja przyłóżkowa w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z długotrwałego unieruchomienia (choroby) prowadzenie usprawniania ruchowego: siadanie, wstawanie ćwiczenia usprawniające mięśnie stopy, podudzia, nauka samoobsługi prowadzenie gimnastyki oddechowej ułożenie i przemieszczanie chorego w łóżku, pozycja Trendelenburga aktywizacja podopiecznych (kinezyterapia), nauka prawidłowego chodu	2,75



Ryc. 2. Świadczenia rehabilitacyjne w ocenie pacjentów z podziałem na płeć



Ryc. 3. Świadczenia pielęgnacyjno-higieniczne w ocenie pacjentów

rany obejmująca jej opracowanie i przygotowanie łożyska rany do założenia nowego opatrunku podczas każdej wizyty pielęgniarki rodzinnej. Wszyscy respondenci bardzo wysoko ocenili profesjonalizm i kompetencje pielęgniarek w zakładaniu opatrunków. Wszyscy bada-

ni ocenili wykonywanie tej czynności na ocenę bardzo dobrą (tab. 4.). W opinii chorych działania te wykonywane są w sposób delikatny, eliminujący przykre doznania, przynoszący znaczącą ulgę w cierpieniu, przez to są najwyżej oceniane. Tylko jedna pacjentka objęta

pielęgniarską opieką domową stosowała kompresjoterapię (pończochy lecznicze dwuwarstwowe) na zlecenie chirurga naczyniowego, po wykonaniu badania dopplerowskiego. Osiemnastu pacjentów nie stosowało działań regulujących hemodynamikę krążenia. Zalecenia dietetyczne i suplementacja preparatami bogatobiałkowymi, np. Cubitan, Protifar, rekomendowana przez pielęgniarkę wpłynęła na poprawę samopoczucia i samooceny stanu zdrowia ponad połowy badanych ($\pm 58\%$).

Świadczenia rehabilitacyjne

Analizując uzyskane wyniki, stwierdzono, że pielęgniarki rodzinne w niewielkim stopniu realizują te świadczenia. Tylko 5 (26,3% ankietowanych) wykazało wysoki poziom realizacji świadczeń rehabilitacyjnych. Badani ocenili te działania w przedziale od 1 do 4 punktów (średnia 2 pkt), co ukazuje rycina 2. Świadczenia rehabilitacyjne realizowane przez pielęgniarkę rodzinną dotyczyły głównie aktywizowania chorego do podejmowania ćwiczeń kinezyterapeutycznych ($\pm 73,7\%$, 14 pacjentów), techniki prawidłowego ułożenia chorej kończyny w trakcie odpoczynku, tzn. ułożenie wyżej, oraz stosowania udogodnień eliminujących ucisk. W przypadku pacjentów leżących działania te ograniczały się do mobilizowania opiekunów do wykonywania ćwiczeń biernych. Niskie oceny udzielone przez większość pacjentów lub opiekunów wynikają z faktu, iż pielęgniarka jedynie edukowała na temat eliminacji zastój żylnego poprzez aktywność fizyczną lub ćwiczenia bierne (tab. 5.). Realizacja tych świadczeń jest pobieżna, informująco-przekazowa.

Świadczenia pielęgnacyjno-higieniczne

Realizacja opieki pielęgnacyjnej wśród pacjentów z deficytem samoopieki prowadzona jest przez pielęgniarkę rodzinną zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i współczesnymi standardami opieki. Wszyscy badani wykazali wysoki poziom wykonywanych zabiegów pielęgnacyjno-higienicznych. Tylko w 6 przypadkach (31,5%) pielęgniarka samodzielnie wykonywała czynności higieniczne. Natomiast w pozostałych 68,5% przypadków czynności te były wykonywane przez rodzinę lub opiekuną pacjenta. Wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, przygotowywanie opiekunów i aktywizowanie do samoopieki zostało ocenione przez pacjentów opieki domowej na średnią ocenę 4,75 pkt (ryc. 3.).

Świadczenia socjalno-bytowe

W grupie badanej 12 pacjentów (63%) objętych było opieką przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej. Pielęgniarka rodzinna zobowiązana jest do koordynacji i organizacji działań opiekuńczych na rzecz podopiecznego w zakresie spraw socjalnych poprzez instytucje, stowarzyszenia, organizacje pozarządowe oraz placówki ochrony zdrowia celem zapewnienia pacjentowi jak

najlepszej jakości życia. Działania te w opinii wszystkich respondentów objętych tą formą pomocy uzyskały najwyższą ocenę 5 punktów.

Omówienie

Przewlekła niewydolność żylna prowadzi do owrzodzenia żylnego goleni, które jest jej najcięższym powikłaniem w przypadku aż 70–85% ran przewlekłych [12]. Aktywne owrzodzenia stanowią duży problem społeczny, ekonomiczny, pielęgnacyjny i leczniczy szczególnie w grupie osób starszych i samotnych mających problem z mobilnością (6% populacji powyżej 65. roku życia) [13]. Owrzodzenia należą do grupy ran przewlekłych i bardzo długo gojących się, prowadzą do ograniczenia ruchomości w stawie skokowym, zniekształceń stopy i silnych dolegliwości bólowych. W znaczący sposób przyczyniają się do obniżenia jakości życia pacjenta, są powodem dyskomfortu psychicznego, rozwoju depresji i stygmatyzacji społecznej. W prezentowanej pracy podjęto próbę oceny poziomu wykonywanych świadczeń przez pielęgniarkę rodzinną wobec pacjenta z aktywnym owrzodzeniem podudzi. Przemiany zachodzące we współczesnej opiece pielęgniarstwie podyktowane są nie tylko przeobrażeniami środowiska zawodowego, lecz także zmianami zachodzącymi w całym systemie ochrony zdrowia. Przede wszystkim dotyczą zmieniających się jakościowo potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i ekonomizacji służby zdrowia [14]. Demograficzne starzenie się społeczeństwa oraz wielochorobowość powoduje wzrost zapotrzebowania na świadczenia realizowane przez pielęgniarkę rodzinną w środowisku domowym pacjenta. Pielęgniarka rodzinna to pielęgniarka pracująca w podstawowej opiece zdrowotnej, wypełniająca funkcje pielęgniarstwie wobec pacjenta i jego rodziny w środowisku zamieszkania. Pielęgniarki rodzinne spośród całego zespołu interdyscyplinarnego opiekującego się pacjentem mają najczęstszy kontakt z chorym, dlatego też ocena działań opieki zdrowotnej w znacznym stopniu postrzegana jest przez pryzmat opieki pielęgniarstwie. W literaturze można znaleźć wiele publikacji na temat jakości opieki pielęgniarstwie. Jakość opieki pielęgniarstwie ma wpływ na ocenę jakości świadczeń udzielanych w całym systemie ochrony zdrowia, pielęgniarstwo bowiem stanowi integralną część tego systemu. Jakość opieki pielęgniarstwie jest zagadnieniem złożonym, wielowymiarowym, stąd różnie definiowanym i badanym [15]. Ware i wsp. [16] przedstawili trójwymiarowy system klasyfikowania wyznaczników satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarstwie. Zgodnie z nim są to: sztuka pielęgnowania, jakość opieki instrumentalnej i jakość środowiska. Opieka pielęgniarstwie obejmuje nie tylko instrumentalne wykonywanie zabiegów, lecz także obszar działalności decyzyjnej, kontakty interpersonalne, indywidualne oddziaływanie psy-

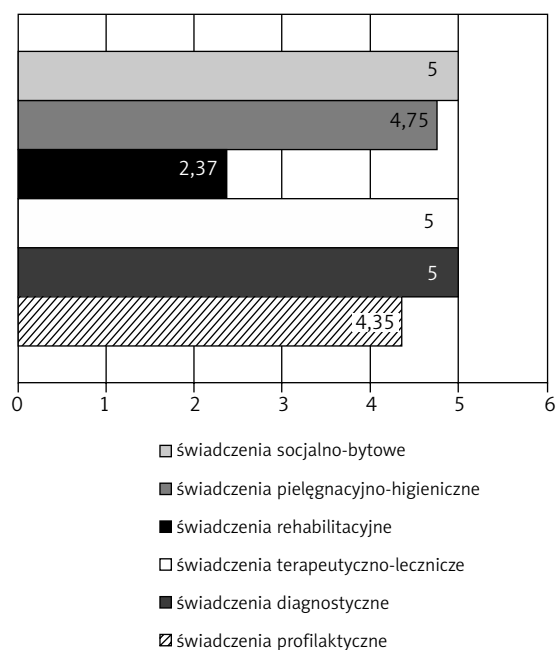
choterapeutyczne na człowieka zarówno chorego, jak i jego opiekunów oraz środowisko, w którym przebywa. Zdaniem Lenartowicz, współczesne pielęgniarstwo jest „ostoją i fundamentem każdego systemu ochrony zdrowia”, jest także „niezastąpioną siłą wobec wzrastającego zapotrzebowania na opiekę zdrowotną” [17, 18]. W przeprowadzonej analizie wykazano występowanie pewnych ograniczeń, utrudniających pełną realizację specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w środowisku domowym. U wielu chorych z owrzodzeniem nie została określona etiologia zaburzeń. Przeprowadzone przez pielęgniarkę badanie fizykalne i ocena objawów przewlekłej niewydolności żylniej i niedokrwienia są niewystarczające do podjęcia niektórych działań przyczynowych. Chorzy nie mieli aktualnych wyników badania duplex scan, nie mieli też ocenionych wartości wskaźnika kostka–ramię. Uniemożliwia to zastosowanie np. kompresjoterapii, która zgodnie z zaleceniami (przypisy z zaleceń PTLR i PTPA) jest podstawową metodą zachowawczego leczenia owrzodzeń żylnych. W tym aspekcie z pewnością należy poszukać rozwiązań, które zapewniłyby kompleksowość opieki. Niemniej jednak zadowolenie chorych z realizacji poszczególnych aspektów opieki pielęgniarskiej było duże. W badaniach przeprowadzonych przez Olubińskiego pacjenci (68%) są zainteresowani komunikacją werbalną z pielęgniarką, nie tylko dotyczącą problemów zdrowotnych, lecz także tych związanych z codziennym funkcjonowaniem w społeczności. Czytelność przekazu informacyjno-edukacyjnego ukazało badanie Kachaniuk, mówiące o tym, iż bardziej rozumiały jest język wypowiedzi pielęgniarek niż informacje udzielane przez lekarzy [19]. Za realizację świadczeń diagnostycznych i terapeutyczno-leczniczych pielęgniarki otrzymały oceny bardzo dobre (5,0). Najgorzej badani ocenili działania rehabilitacyjne, średnia ocena to tylko 2,75 punktu. Pacjenci z czynnym owrzodzeniem podudzi wymagają nie tylko usług medycznych, lecz często także pomocy w zaspokajaniu potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych, wsparcia finansowego i emocjonalnego, a więc celowa jest działalność pielęgniarki rodzinnej w zakresie realizacji działań socjalno-bytowych. Inne czynniki wpływające na zadowolenie z opieki pielęgniarskiej, które skutkują wyższą oceną działań pielęgniarki rodzinnej, to: komunikacja z pacjentem lub opiekunem w sposób dostosowany do poziomu, edukowanie i doradzanie w prostych formach: pokaz, broszury, ulotki, empatia wobec biorców usług. Całościowe zestawienie świadczeń gwarantowanych udzielanych przez pielęgniarkę rodzinną i ich średnią ocenę punktową udzieloną przez pacjenta lub opiekuna przedstawia rycina 4.

Podsumowując, można stwierdzić, iż istnieje wiele czynników wpływających na uzyskanie wysokiej oceny działań pielęgniarskich w opinii pacjenta, zwłaszcza roli autonomicznej, współdziałającej z rolą lekarza i ukierunkowanej w procesie pielęgnacji na pacjenta, a nie na

chorobę i zadania [20]. Warto podkreślić, że we współczesnych czasach pacjent jest bardzo świadomym i wyedukowanym biorcą usług i nie akceptuje niskiego poziomu oraz braku kompetencji świadczonych usług pielęgniarskich. Pacjenci z przewlekłymi owrzodzeniami goleni oczekują od pielęgniarki rodzinnej holistycznej opieki, rzetelnie wykonywanych świadczeń medycznych zgodnych z wytycznymi towarzystw naukowych, profesjonalnych działań leczniczo-terapeutycznych, szybkiego efektu wyleczenia owrzodzenia, ale również wsparcia informacyjno-emocjonalnego w podejmowanych działaniach przez pacjenta lub jego opiekunów oraz zapewnienia właściwych warunków otoczenia.

Podsumowanie

Przeprowadzona analiza wykazała występowanie pewnych ograniczeń uniemożliwiających zapewnienie choremu z owrzodzeniem goleni kompleksowej i zgodnej z aktualnymi wytycznymi opieki w środowisku domowym. Brak dostępu do diagnostyki specjalistycznej utrudnia, a nawet uniemożliwia podejmowanie wielu działań, w tym np. w zakresie zachowawczego leczenia owrzodzeń i uzasadnionej kompresjoterapii. Niemniej jednak chorzy wysoko ocenili realizację świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki, co wskazuje na ich zadowolenie z opieki domowej. Konieczne jest podejmowanie działań w celu zapewnienia lepszej jakości i opieki zgodnej z wytycznymi leczenia owrzodzeń i ran przewlekłych.



Ryc. 4. Zestawienie ocen udzielonych przez pacjentów lub opiekunów realizacji świadczeń gwarantowanych pielęgniarki rodzinnej u pacjenta z aktywnym owrzodzeniem podudzi

Autorki deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Błędowski P, Maciejasz M. Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje. *Now Lek* 2013; 82: 61-69.
2. Arnold TE, Stanley JC, Fellows EP i wsp. Prospective multicenter study of managing lower extremity venous ulcer. *Ann Vasc Surg* 1994; 8: 356-362.
3. Faleńczyk K, Marzec A. Opieka długoterminowa w warunkach domowych. W: *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*. Kędziora-Kornatowska K, Muszaliak M, Skolmowska E (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010; 319-329.
4. Pakuła D, Górski A. Wybrane aspekty przewlekłej niewydolności żyłnej kończyn dolnych. *Lek Współ Ter w Polsce* 2001; 5: 44-48.
5. Szewczyk MT, Jawień A, Kędziora-Kornatowska K i wsp. Chory w podeszłym wieku z przewlekłym owrzodzeniem żylnym II. Zagrożenie depresją. *Przeł Flebol* 2006; 14: 19-25.
6. Hamer C, Cullum NA, Roe BH. Patients' perceptions of chronic leg ulcers. *J Wound Care* 1994; 2: 99-101.
7. Jawień A, Szewczyk MT, Kaszuba A i wsp. Wytyczne Grupy Ekspertów w sprawie gojenia owrzodzeń żylnych goleni. *Leczenie Ran* 2011; 8: 59-80.
8. Thiery L. Przewlekła niewydolność żylna (CVI) – problem medyczny, społeczny i ekonomiczny. *Medicographia* 1995; 1: 5-9.
9. Szewczyk M. Rola pielęgniarki w specjalistycznej opiece nad chorym z owrzodzeniem żylnym goleni. *Pielęg Chir Angiol* 2008; 1: 35-38.
10. Szewczyk MT, Jawień A, Andruskiewicz A i wsp. Zalecenia specjalistycznej opieki pielęgniarskiej nad chorym z owrzodzeniem żylnym goleni. *Pielęg Chir Angiol* 2007; 3: 95-138.
11. <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/podstawowa-opieka-zdrowotna>.
12. Szewczyk MT, Jawień A. Kompresjoterapia w leczeniu owrzodzeń żylnych. W: *Kompresjoterapia*. Jawień A, Szewczyk M (red.). Termedia, Poznań 2009; 82-95.
13. Szczepańska B. Owrzodzenie podudzi. *Mag Piel i Poł* 2012; 7-8: 22-24.
14. Gaweł G, Filus I. Satysfakcja pacjentów oddziałów internistycznych z jakości opieki pielęgniarskiej. *Piel Pol* 2002; 13: 120-125.
15. Cieślak D, Wesotowska E, Pastuszko M. Jakość opieki świadczonej na oddziale neurochirurgii z perspektywy personelu lekarskiego i pielęgniarskiego. *Probl Pielęg* 2010; 2: 97-100.
16. Ware JE, Davies-Avery A, Stewart A. The measurement and meaning of patient satisfaction: a review of the recent literature. *Health Med Care Serv Rev* 1978; 1: 1-15.
17. Lenartowicz H. Nowy model kształcenia pielęgniarek. *Zdr i Zarządz* 2001; 5: 15-20.
18. Lenartowicz H. Profesja, w której dopełniają się humanistyczne transakcje. *Mag Piel i Poł* 2001; 10: 5.
19. Kachaniuk H, Gozdek N, Kachaniuk J. Poglądy pacjentów na zakres i sposób przekazywania informacji zdrowotnej osobom chorym i rodzinie. *Zdr Publ* 2003; 113: 264-267.
20. Wrońska I. Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki. Studium z zakresu współczesnego pielęgniarstwa. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997; 107-114.