

ROLA PIELĘGNIARKI W SPECJALISTYCZNEJ OPIECE NAD CHORYM Z OWRZODZENIEM ŻYLNYM GOLENI

Role of specialist nurse in care of patients with venous leg ulcer



Maria T. Szewczyk

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

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2007; 1: 35–38

Adres do korespondencji:

dr n. med. **Maria T. Szewczyk**, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera, ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz, tel. +48 52 371 16 00 w. 232 lub 256, e-mail: mszewczyk@cm.umk.pl

Streszczenie

Specjalistyczna opieka pielęgniarska nad chorym z owrzodzeniem żylnym goleni, wymaga szerokiej wiedzy w zakresie redukcji czynników przyczynowych oraz znajomości wielokierunkowych, skutecznych działań poprawiających i wpływających na codzienne funkcjonowanie chorego. W procesie pielęgnowania poszczególne jego etapy, takie jak diagnozowanie, planowanie, realizowanie i ocena nabierają wraz z holistyczną koncepcją opieki szczególnego znaczenia. Dodatkowo standardy czynią tę opiekę specjalistyczną i profesjonalną. Wyznaczają kierunek i określają możliwości osiągnięcia wyznaczonego celu opieki.

Celem pracy jest omówienie całościowej opieki pielęgniarskiej oraz przedstawienie standardu opieki nad chorymi z owrzodzeniem goleni.

Słowa kluczowe: opieka pielęgniarska, owrzodzenie żylnie, standard opieki.

Wstęp

Owrzodzenia żylnie goleni należą do najczęściej rozpoznawanych ran przewlekłych kończyn dolnych (ryc. 1–3). Zwykle powstają na podłożu przewlekłej niewydolności żylniej, jako jej najcięższe powikłanie. Powstanie owrzodzenia poprzedza długotrwałe występujące nadciśnienie żylnie w układzie żylnym kończyn dolnych. Z czasem powoduje ono szereg objawów, takich jak obrzęk, przebarwienia, zapalenie skóry i inne. W wyniku progresji wspomnianych zmian, urazu mechanicznego czy samoistnego pęknięcia żyłki powstaje rana [1, 2]. Najczęściej lokalizuje się na przyśrodkowej powierzchni kostki, tam gdzie wpływ nadciśnienia żylnego jest największy. Owrzodzenie może być pojedyncze, mnogie lub okrężne – okalające całą goleń. Dno rany zwykle pokry-

Summary

Specialist nursing care of patients with venous leg ulcer needs wide knowledge about aetiological factors reduction and about multidirectional, effective interventions improving and influencing everyday functioning of the patient. In the care process individual phases such as diagnosis, planning, realization and evaluation have special importance together with the holistic concept. Additionally, standards make such care specialized and professional, indicate directions and describe possibilities to achieve the aims of care.

The aim of the study was to describe the wholeness of nursing care and present a standard of care for patients with leg ulcer.

Key words: nursing care, venous ulcer, standard of care.

te jest włóknikiem i/lub wydzieliną ropną. Progresja choroby i dodatkowo najczęściej starszy wiek chorych powodują wiele trudności w życiu codziennym [3–5]. Owrzodzenie z trudem poddaje się leczeniu, często nawraca lub zatrzymuje się na którymś z początkowych etapów procesu gojenia – najczęściej w fazie zapalenia. Uzyskanie postępu gojenia jest trudne, ale możliwe do osiągnięcia, jeśli uwzględni się zasady leczenia przyczynowego przewlekłej niewydolności żylniej wraz ze strategią postępowania miejscowego i holistyczną opieką pielęgniarską.

Owrzodzenia żylnie goleni są wieloaspektowym, poważnym problemem zdrowotnym, leczniczym, pielęgnacyjnym, ekonomicznym i społecznym.

Chorzy cierpiący na przewlekłe owrzodzenie zmagają się z chorobą przez wiele lat. Stanowią specyficzną grupę, w której przeważają osoby starsze, często



Ryc. 1. Owrzodzenie żyłne



Ryc. 2. Owrzodzenie żyłne



Ryc. 3. Owrzodzenie żyłne

samotne i pozostawione same sobie – mogące liczyć wyjątkowo na opiekę medyczną i społeczną [6–8].

Narastanie problemu związanego z profesjonalną opieką nad chorymi z owrzodzeniem żyłnym nasuwa zatem konieczność zmiany dotychczasowych działań i wdrożenia nowych skutecznych standardów postępowania. Opieka nad chorym zgodnie z nowoczesnymi trendami w tym zakresie powinna obejmować różne aspekty terapii przyczynowej ogólnej i miejscowej, powinna być holistyczna, komplementarna, interdyscyplinarna i wielokierunkowa. W procesie pielęgnowania chorych działania te nabierają szczególnego znaczenia – stanowią odpowiedź na biopsychospołeczne problemy chorego oraz często występujący

deficyt samoopieki spowodowany chorobą przewlekłą i owrzodzeniem. Zawarte poniżej opracowanie systematyzuje działania pielęgniarstwa wobec chorego z owrzodzeniem żyłnym, zgodnie z kanonem standardu opieki, gdzie kryteria struktury określają zakres wiedzy i umiejętności wraz z wyposażeniem stanowiska pracy, kryteria procesu – opisują realizowane czynności, a kryteria wyniku – oceniają uzyskane rezultaty podjętych działań.

Oświadczenie standardowe

Chory z owrzodzeniem żyłnym goleni będzie objęty specjalistyczną opieką pielęgniarstwa, będzie miał niezbędną wiedzę na temat owrzodzenia, jego pielęgnacji i działań profilaktycznych.

Grupa opieki

Chory z owrzodzeniem żyłnym zakwalifikowany do leczenia zachowawczego w warunkach ambulatoryjnych.

Kryteria struktury

Pielęgniarka posiada szeroką wiedzę ogólną i specjalistyczną, w tym m.in. ukończony kurs specjalistyczny w zakresie kompleksowego leczenia i pielęgnowania chorych z owrzodzeniem żyłnym goleni oraz możliwość systematycznego pogłębiania wiedzy i umiejętności poprzez samokształcenie, udział w szkoleniach, sympozjach i konferencjach.

1. Wiedza i umiejętności pozwalają na świadczenie specjalistycznej opieki pielęgniarstwa w zakresie:

- etiologii owrzodzeń żylnych, tętniczych, neuropatycznych i innych,
- wywiadu i pielęgniarstwa badania podmiotowego,
- metod miejscowego postępowania z owrzodzeniem,
- pomiaru wskaźnika kostka-ramię WK/R,
- kompresjoterapii,
- sekwencyjnego masażu pneumatycznego,
- zabiegów pielęgnacyjnych wpływających na zachowanie integralności skóry,
- występujących problemów spowodowanych przewlekłą chorobą,
- realizacji opieki metodą procesu pielęgnowania – opieka holistyczna. Diagnostyka pielęgniarstwa pozwala właściwie dostosować proces pielęgnowania do problemów chorego, wymaga również określenia obszarów deficytu wiedzy chorego i jego umiejętności niezbędnych we współpracy i prowadzeniu skutecznej terapii, w tym kompresjoterapii, pielęgnacji rany i profilaktyki,
- metod oraz form prowadzenia opieki, profilaktyki i edukacji.

2. Stanowisko pracy pielęgniarki wyposażone jest w pomoce dydaktyczne (książki, czasopisma) – dokumentację procesu pielęgnowania; dokumentacja dostępna jest również dla innych członków zespołu terapeutycznego.

3. Poradnia wyposażona jest w niezbędny sprzęt, w tym m.in.:

- meble – jak w gabinecie zabiegowym wraz z lampą bakteriobójczą,
- stół mechaniczny z regulacją wysokości,
- doppler – do pomiaru WK/R,
- aparat do pomiaru obrzęków, np. metodą wolumetrii,
- aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego,
- aparat do sekwencyjnego masażu pneumatycznego,
- aparat do pomiaru ciśnienia międzypowierzchniowego,
- aparat do pomiaru powierzchni ran,
- zestawy opatrunkowe,
- narzędzia chirurgiczne,
- opatrunki nowej generacji,
- bandaże wielorazowego użytku przeznaczone do kompresji,
- sprzęt jednorazowego użytku,
- środki bakteriobójcze,
- inne np. druki do nanoszenia danych, folia do pomiaru powierzchni owrzodzenia.

Kryteria procesu

1. Pielęgniarka przeprowadza szczegółowy wywiad dotyczący istoty choroby i występowania innych problemów, ograniczeń i utrudnień [2, 3, 9, 10]. Zwraca uwagę na:

- stan wiedzy chorego w kontekście zgodności z aktualną wiedzą medyczną,
- gotowość chorego i jego rodziny do współpracy, przygotowanie chorego fizycznie i psychicznie do badań diagnostycznych i metod leczenia,
- czas trwania rany,
- wcześniejsze metody leczenia,
- bezpośrednią przyczynę powstania rany.

2. Przeprowadza badanie i określa:

- umiejscowienie rany,
- liczbę owrzodzeń (pojedyncze, mnogie, okrężne),
- kontur i wygląd brzegów rany,
- powierzchnię owrzodzenia,
- głębokość uszkodzenia tkanek – ocena dna owrzodzenia (powierzchnowe, głębokie),
- fazę procesu gojenia, stan ziarniny,
- obecność i charakter włókniaka, wydzieliny,
- zapach wydzieliny,
- charakter i natężenie bólu,
- inne charakterystyczne cechy rany,
- wskaźnik kostka/ramię.

3. Identyfikuje czynniki wiktające proces gojenia, w tym zaburzenia:

- ogólnoustrojowe,
- stanu odżywienia,
- motoryki i chodu.

4. Pielęgniarka wybiera najlepszą dla chorego metodę oczyszczania ran, uwzględniając:

- głębokość rany,
- fazę gojenia,
- obecność lub brak włókniaka, wysięku,
- głębokość uszkodzenia tkanek,

- obecność martwicy,

- obecność lub brak zakażenia.

5. Pielęgnuje ranę i skórę wokół rany zgodnie z zasadami higieny:

- nawadnia ranę roztworem soli fizjologicznej,
- odkaża, o ile występuje taka konieczność,
- nawilża skórę wokół rany,
- aplikuje w zależności od stanu rany opatrunki interaktywne.

6. Pielęgniarka stosuje kompresjoterapię, poprzez którą można [2–5]:

- hamować poszerzenie żył,
- zapobiegać zastojowi krwi,
- likwidować nadciśnienie żyłne,
- minimalizować występujące obrzęki.

Pielęgniarka stosuje kompresjoterapię zgodnie z zasadami m.in.:

- zakłada bandaże zgodnie z prawem Laplace'a,
- określa ciśnienie międzypowierzchniowe,
- stosuje warstwowe metody terapii uciskowej,
- zna wskazania i przeciwwskazania do stosowania kompresjoterapii.

Kompresjoterapia stanowi najważniejszy element profilaktyki i leczenia owrzodzeń w przebiegu przewlekłej niewydolności żyłnej.

7. Współpracuje z chorym oraz z jego rodziną i zespołem terapeutycznym w realizacji planu opieki.

8. W zależności od stanu chorego, doradza, pomaga lub zastępuje go w czynnościach niezbędnych do poprawy jego stanu zdrowia.

9. Obserwuje charakter zmian w zakresie owrzodzeń oraz reakcję na stosowane zabiegi.

10. Prowadzi wobec chorego i/lub jego rodziny edukację, dostosowując ją do indywidualnych potrzeb, motywacji i możliwości chorego. Przekazuje wiedzę, kształtuje umiejętności w zakresie samoopieki, modyfikuje zachowania i udziela wsparcia w zakresie [7, 9–12]:

- istoty choroby – poznanie przez chorego natury choroby, jej postępującego charakteru i trudnej do wyleczenia patofizjologii pomaga choremu radzić sobie z sytuacją choroby i jej powikłaniami,
- sposobów i możliwości redukcji nadciśnienia żylnego,
- konieczności współpracy w zakresie stosowania kompresjoterapii oraz systematycznego stosowania ciągłej kompresji jako podstawowej metody profilaktyki także po wyleczeniu owrzodzenia,
- możliwości dopasowania obuwia,
- sposobów pielęgnowania skóry wokół rany,
- objawów zakażenia rany,
- zasad prawidłowego chodu i przenoszenia ciężaru ciała ze strony prawej na lewą,
- ćwiczeń i aktywności fizycznej wraz z zestawem zabiegów usprawniających mięśnie stopy, utrzymania ruchomości stawów,
- ochrony kończyn przed urazami,
- kąpieli i utrzymania ciała w czystości,

- zachowywania właściwej pozycji ciała w ciągu dnia,
- stosowania diety w celu wyeliminowania zapań oraz – u chorych z nadwagą współpracuje w zakresie utrzymania prawidłowego ciężaru ciała,
- eliminacji zachowań nasilających zaburzenia i dolegliwości, np. gorących kąpeli wodnych, kąpeli słonecznych, dźwigania ciężarów i innych elementów stylu życia.

Jednym z warunków powodzenia skutecznej profilaktyki przez chorego jest poznanie etiologii i patofizjologii choroby oraz czynników sprawczych, którym chory może zapobiegać. Wiedza i niezbędne do prowadzenia profilaktyki umiejętności, mogą być przekazywane w procesie edukacji. Poznanie przez chorego zasad profilaktyki może stanowić punkt wyjścia do podejmowania działań na rzecz umacniania własnego zdrowia.

11. Pielęgniarka ponadto:

Udziela wsparcia emocjonalnego i informacyjnego zarówno choremu, jak i jego rodzinie. Chory poprzez uczenie się nowych czynności i autokontrolę emocji zwiększa potencjał adaptacyjny, co pozwala zachować system wartości, jak i pozytywny obraz własnej osoby.

W przypadku znacznego ograniczenia sprawności chorych, działania wspierające powinny obejmować również bezpośrednich opiekunów chorego. Ważne jest ich zaangażowanie i uczestnictwo w procesie leczenia, warunkujące często jego efektywność i kształtujące postawę odpowiedzialności za stan zdrowia, przeciwdziałania ponadto izolacji chorego – od rodziny i środowiska. Izolacja społeczna chorych, stres emocjonalny, mogą odgrywać ważną rolę w powstawaniu nowych (nawrotowych) owrzodzeń. W przypadku słabej mobilności i aktywności fizycznej chorego pielęgniarka pozostaje w kontakcie z pielęgniarką środowiskową i przekazuje jej opiekę nad chorym w domu.

Kryteria wyniku

1. Chory został objęty holistyczną opieką pielęgniarską uwzględniającą aspekty zdrowia biologicznego, psychicznego i społecznego.
2. Chory ma motywację do prowadzenia działań profilaktycznych.
3. Chory zna zalety podejmowania systematycznej aktywności fizycznej, wprowadza do stylu życia dozwolone ćwiczenia fizyczne oraz regularnie korzysta z polecanych form aktywnego wypoczynku, systematycznie wykonuje zestawy ćwiczeń gimnastycznych poprawiających krążenie żył; chory ma wiedzę, umiejętności oraz motywację niezbędną do sprawowania samoopieki (np. stosowania ciągłej kompresji) po wyleczeniu owrzodzenia. Nosi wygodne obuwie dostosowane do anatomicznych kształtów stopy.
4. Chory zna wpływ właściwej pozycji ciała na funkcjonowanie krążenia żylnego, pamięta i przyjmuje podczas pracy i wypoczynku pozycje wspomagające odpływ żylny, unikając jednocześnie układania kończyn w sposób utrwalający i pogłębiający zastój.
5. Chory eliminuje zachowania nasilające progresję choroby.
6. Chory i jego najbliżsi przygotowani są do podejmowania samodzielnych działań mających na celu identyfikowanie i minimalizowanie czynników predysponujących do powstania rany jej zakażenia i nawrotów owrzodzeń.
7. Rodzina chorego jest przygotowana do udzielania wsparcia oraz udzielania pomocy.
8. Dokumentacja procesu pielęgnowania była systematycznie uzupełniana.
9. Dane uzyskane o chorym mogą być wykorzystane do określenia priorytetowych problemów pielęgnacyjnych innych chorych pod warunkiem zachowania anonimowości.
10. W wyniku podjętych działań w ramach kryterium procesu chory wykazuje postawę:
 - współpracy z zespołem terapeutycznym,
 - akceptacji choroby i odpowiedzialności za swoje zdrowie,
 - zrozumienia i cierpliwości w długotrwałym procesie leczenia i pielęgnacji.

Podsumowanie

Pielęgniarka, przeprowadzając ocenę bieżącą oraz końcową podejmowanych działań, określa stopień zrealizowanych i osiągniętych celów opieki. Ocenia, czy chory właściwie zrozumiał przekazane informacje, a także czy nowe umiejętności związane z samoopieką nie sprawiają choremu trudności.

Wydaje się, że zaproponowane powyżej podejście pozwoli choremu na dokładniejsze zrozumienie istoty własnej choroby oraz podjęcie roli współuczestnictwa i współodpowiedzialności w długim procesie leczniczo-pielęgnacyjnym.

Piśmiennictwo

1. Ciecierski M, Jawień A. Obraz kliniczny przewlekłej niewydolności żylny. *Przew Lek* 2004; 8: 36-48.
2. Szewczyk MT, Jawień A, Piotrowicz R. Leczenie owrzodzeń żylnych. *Przew Lek* 2004; 8: 66-71.
3. Owzrodzenia żyłne goleni. Jawień A, Szewczyk MT (red.) *Twoje Zdrowie*, Warszawa 2005.
4. Moffatt CJ, Harper P. *Leg ulcers*. 1th ed. Churchill Livingstone. London 1997.
5. Royal College of Nursing Institute. *Clinical practice guidelines. The management of patients with venous leg ulcers. Report of the National Sentinel Audit Pilot Project RCN*. London 2000.
6. Thiery L. Przewlekła niewydolność żylna – problem medyczny, społeczny i ekonomiczny. *Medicographia* 1995; 1: 5-9.
7. Brown A. Social isolation and the management of leg ulceration. *Journal Community Nurs* 2003; 17: 32-8.
8. Szewczyk MT, Jawień A. Sytuacja zdrowotna chorych z owrzodzeniem żylnym. *Valetudinaria – Post Med Klin i Wojsk* 2002; 3: 44-9.
9. Szewczyk MT, Cierzniańska K, Stodolska A i wsp. Proces pielęgnowania jako metoda pracy. *Przew Lek* 2005; 4: 84-91.
10. Szewczyk MT, Jawień A, Cwajda J, Cierzniańska K. Miejscowe leczenie owrzodzeń żylnych – zasady wyboru opatrunków. *Zakażenia* 2005; 1: 80-8.
11. Szewczyk MT. Cele i metody opracowania rany. W: *Owzrodzenia żyłne goleni*. Jawień A, Szewczyk MT (red.). *Twoje Zdrowie* Warszawa 2005; 139-145.
12. Jones A. Volunteers combat social isolation in older people. *Nurs Times* 1997; 93: 52-3.