

Magdalena Trzasczka¹, Bożena Gorzkowicz²

¹Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Chirurgicznego przy Samodzielnej Pracowni Pielęgniarstwa Chirurgicznego Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie

²Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Chirurgicznego Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie

P róba standaryzacji opieki pielęgniarzkiej w przypadku owrzodzeń żylnych goleni

An attempt at standardization of nursing care in case of lower legs venous ulcerations

Adres do korespondencji:

mgr piel. Bożena Gorzkowicz
Samodzielna Pracownia Pielę-
gniarstwa Chirurgicznego PAM
ul. Żołnierska 48, 71–210 Szczecin
tel.: (0 91) 48 00 974
faks: (0 91) 48 00 983
e-mail:
gorzbo@sci.pam.szczecin.pl

STRESZCZENIE

W Polsce na wzór krajów zachodnioeuropejskich powstają placówki i instytucje tworzone przez grupy specjalistów, w których leczenie owrzodzeń kończyn dolnych odbywa się kompleksowo i jest poparte dogłębną wiedzą teoretyczną i praktyczną wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Szczególną rolę przypisuje się w nich pielęgniarce specjalistce w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, rodzinnego i zachowawczego, które posiadają zarówno odpowiednie umiejętności, jak i kwalifikacje w zakresie leczenia owrzodzeń żylnych. Jednym ze znaczących czynników wpływających na słaby rozwój tego typu postępowania specjalistycznego jest brak wytycznych dotyczących takiego leczenia. Owrzodzenia żyłne stanowią duży problem społeczny szczególnie w grupie osób starszych i samotnych. Przyczyniają się do obniżenia jakości życia chorego, wpływając na zaburzenie równowagi funkcjonalnej. Skutkują narastającymi problemami natury psychicznej, społecznej, jak również zawodowej i kulturalnej. Rozpowszechnienie i waga problemu uzasadniają konieczność podejmowania prób w celu stworzenia standardu, który będzie dotyczyć opieki pielęgniarzkiej nad pacjentem z owrzodzeniami żylnymi goleni.

Słowa kluczowe: standard, specjalistyczna opieka pielęgniarzka, owrzodzenia żyłne goleni, jakość opieki pielęgniarzkiej

ABSTRACT

In Poland, similarly to Western European countries, new institutions and health centers come into being formed by groups of specialists. In these centers leg lower ulcerations are treated complexity, which is supported by deep theoretical knowledge and practical experience of all therapeutic team members. The special role is attributed to nurses specializing in surgical, family and preventive medicine. They possess appropriate skills and qualifications in the field of venous ulcerations treatment. One of the most important factors influencing poor development of this kind of specialist proceedings is lack of guidelines to this type of treatment. Venous ulcerations are a big social problem especially in a group of old and lonely people. Disease contributes to decreasing sick person's quality of life by function disorders. It results in increasing psychological, social, occupational and cultural problems, too. Distribution and importance of this problem give reasons for working out a standard of care for patients suffering from leg ulcer.

Key words: standard, specialistic nursing care, lower legs venous ulcerations, quality of nursing care

Wstęp

Zmiany, które wprowadza się w systemie ochrony zdrowia, mają na celu poprawę jakości usług. W działaniach tych istotną rolę zajmuje ponad 250-tysięczna grupa pielęgniarek i położnych. Placówki i instytucje świadczące opiekę nad wybranymi grupami chorych, powstające na wzór zachodnioeuropejski, są tworzone przez zespoły wysokiej klasy specjalistów, których przygotowanie teoretyczne i praktyczne doświadczenie predysponują do tego typu działalności [1]. Niezmiernie istotną rolę spełniają w nich pielęgniarki specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, rodzinnego i zachowawczego, których wiedza i doświadczenie są poszerzane i aktualizowane w cyklu ustawicznego kształcenia podyplomowego. Wysokie wymagania, stawiane przed tą grupą zawodową, mogą być zapewnione także dzięki określeniu ogólnych zasad i reguł wykonywania świadczeń [2].

Przez pojęcie standard rozumie się: „...przeciętny, typowy model, normę, wzorzec, profesjonalnie uzgodniony poziom wykonawstwa jakiegoś działania, stosownie do potrzeb grupy pacjentów, który jest osiągalny, mierzalny, pożądany. Jest tym wzorcem, do którego aktualna praktyka jest porównywana...” [3]. Standard stanowi stopień doskonałości, poniżej którego wykonanie procedury, zabiegu nie jest akceptowane. Aby zawód, jaki wykonują pielęgniarki, był uważany za profesjonalny, muszą one uczestniczyć w tworzeniu standardów [4, 5]. Helena Lenartowicz dostrzega, jak ważna rola spoczywa na tej grupie zawodowej. Gdy pielęgniarki nie będą podejmowały wysiłków związanych z „... artykułowaniem filozofii i misji, standardami i pomiarem, demonstrowaniem troski o doskonalenie jakości pielęgnowania, to wówczas ktoś inny to robi, spychając kolejny raz tę grupę do kategorii personelu pomocniczego...” [6].

Reforma opieki medycznej oraz trwająca reforma kształcenia przed- i podyplomowego pielęgniarek w Polsce jest bardzo ważnym zadaniem, które bezpośrednio wiąże się z transformacją systemową, a także z integracją europejską. Szacuje się, że Polska jest opóźniona we wprowadzeniu tych praktyk o kilkanaście lat w porównaniu z innymi krajami zachodnioeuropejskimi [2, 7].

Owrzodzenia żylna najczęściej występują po 60. roku życia [8]. Stanowią duży problem społeczny, szczególnie w powiększającej się wciąż grupie tych osób. Przyczyniają się do obniżenia jakości życia chorego, wpływając na zaburzenie równowagi funkcjonalnej, a w konsekwencji narastających problemów natury psychicznej, społecznej, jak również zawodowej i kulturalnej [9, 10]. Ponadto owrzodzenia charakteryzują się długotrwałym leczeniem, które nie zawsze jest uwieńczone powodzeniem, co przyczynia się do wzrostu kosztów, a w konsekwencji obciążenia budżetu państwa. Ocenia się,

że w Wielkiej Brytanii nakład na leczenie owrzodzeń goleni to równowartość 2% budżetu całej służby zdrowia. W zachodnich Niemczech w 1991 roku owrzodzenia goleni stały się przyczyną zwolnień z pracy trwających łącznie ponad 2 miliony dni, co przekłada się na ponad 1,2 miliona dni hospitalizacji. Łączny nakład pieniężny związany wyłącznie z tym powikłaniem wyniósł prawie 1,5 miliona euro [8]. W Polsce brakuje podobnych analiz ekonomicznych, jednak w obecnej kryzysowej sytuacji opieki zdrowotnej każde działanie profilaktyczne i lecznicze, które w długofalowej perspektywie przynosi obniżenie kosztów i poprawę jakości życia pacjenta, jest warte uwagi [2, 3]. Przyjmując, że 40–50% wszystkich owrzodzeń goleni jest przyczyną nieprawidłowego leczenia żyłaków samostnych, należy potwierdzić przekonanie, że zwrócenie jeszcze większej uwagi na choroby układu żylnego w znaczący sposób wpłynie nie tylko na osiągnięcie wzrostu oszczędności, ale przede wszystkim na poprawę losu pacjentów [7, 10].

Autorka, Bożena Gorzkowicz, pragnie zaznaczyć, że prezentowana w niniejszej pracy próba standaryzacji opieki pielęgniarstwie nad pacjentem z owrzodzeniem żylnym podudzi jest odważnym wyzwaniem podjętym przez autorkę — Magdalenę Trzasczkę — studentkę III roku stacjonarnych studiów pielęgniarstwie Wydziału Nauk o Zdrowiu Pomorskiej Akademii Medycznej w ramach przygotowania pracy licencjackiej oraz działalności w Studenckim Towarzystwie Naukowym przy Samodzielnej Pracowni Pielęgniarstwa Chirurgicznego Pomorskiej Akademii Medycznej. Mimo istniejących i prezentowanych w literaturze fachowej standardów projekt pracy uzyskał aprobatę Przewodniczącej Komisji ds. Standardów i Jakości [11]. Formę standardu wzorowano na dokumentacji opracowanej przez Biuro Profilaktyki Przeciwoleżynowej PPH „Real”, zmodyfikowanej przez Komisję do Spraw Profilaktyki Odleżyn i Leczenia Ran Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 Pomorskiej Akademii Medycznej i z powodzeniem realizowanej na terenie klinik [12, 13].

Cel pracy

Celem pracy jest próba stworzenia standardu postępowania z chorym z owrzodzeniem podudzi pochodzenia żylnego, który oczekuje wykwalifikowanej opieki, wsparcia i pomocy ze strony personelu pielęgniarstwie.

Standard

Temat: Opieka nad chorym w leczeniu owrzodzeń żylnych goleni w warunkach szpitalnych.

Grupa opieki: Każdy pacjent przyjęty na oddział z objawami owrzodzeń żylnych goleni.

Oświadczenie standardowe: Objęcie opieką pielęgniarską pacjentów z owrzodzeniem żylnym goleni przyczyni się do ograniczenia lub wyeliminowania występowania owrzodzeń. Pielęgniarka minimalizuje negatywny wpływ leczenia na stan biopsychospołeczny i duchowo-kulturowy oraz zapewnia pacjentowi poczucie bezpieczeństwa. Pacjent będzie miał zapewnioną profesjonalną opiekę pielęgniarską w trakcie pobytu w szpitalu i zostanie przygotowany do samoopieki w warunkach domowych.

W tym celu:

1. U każdego pacjenta przyjętego na oddział zostanie ocenione nasilenie objawów klinicznych — **Załącznik nr 1.**
2. U każdego pacjenta przyjętego na oddział zostanie oceniony stopień rozległości owrzodzenia.
3. U każdego pacjenta przyjętego z owrzodzeniem żylnym goleni zostanie określony stopień dysfunkcji — **Załącznik nr 2.**
4. U każdego pacjenta będzie prowadzona następująca dokumentacja:
 - indywidualny plan pielęgnowania,
 - karta wykonywanych zabiegów leczniczych,
 - karta wykonywanych zabiegów pielęgnacyjno-opiekuńczych,
 - karta oceny stopnia dolegliwości bólowych,
 - indywidualna karta edukacji pacjenta.

Kryteria struktury

I. Wyposażenie

1. Szpital zapewnia warunki lokalowe, a także jest odpowiedzialny za warunki organizacyjne wobec chorych z owrzodzeniem podudzi.
2. Szpital dysponuje salą opatrunkową, która służy do zmiany opatrunków.
3. Szpital jest wyposażony w odpowiednią liczbę materiałów niezbędnych do wykonania opatrunków:
 - jałowe narzędzia;
 - jałowe serwety;
 - jałowy materiał opatrunkowy;
 - płyn do dezynfekcji;
 - preparaty farmaceutyczne do miejscowego stosowania:
 - opatrunki typu hydrokoloidowego — Granuflex;
 - alginiany wapnia;
 - opatrunki hydrokomórkowe;
 - dekstranometryczne;
 - pojemnik na odpady;
 - jałowe narzędzia chwytne.
4. Szpital jest wyposażony w sprzęt ułatwiający pielęgnację chorych:

- wózki służące do przewożenia chorych,
 - łóżka umożliwiające zmianę pozycji ciała pacjenta,
 - podnośniki służące do przemieszczania pacjentów,
 - sprzęt do pielęgnacji ciała pacjenta.
5. Szpital jest wyposażony w sprzęt do prowadzenia kompresoterapii.

II. Personel

1. Szpital zatrudnia odpowiednią liczbę pielęgniarek.
2. Pielęgniarka oddziałowa jest zobowiązana do zapewniania pielęgniarkom sprawującym opiekę nad pacjentem i jego rodziną odpowiedniej ilości czasu niezbędnego do realizacji profesjonalnych zabiegów, które minimalizują negatywny wpływ leczenia.
3. Każda pielęgniarka zna:
 - technikę higienicznego i chirurgicznego mycia rąk,
 - metody przestrzegania zasad aseptyki, antyseptyki oraz zasad czystości chirurgicznej,
 - techniki prawidłowego pomiaru rozległości owrzodzenia.
4. Każda pielęgniarka potrafi:
 - pobrać wymaz z rany,
 - pielęgnować ranę,
 - zaobserwować oraz diagnozować stopień nasilenia bólu,
 - przygotować niezbędny sprzęt, który jest wykorzystywany w celu zmiany opatrunku,
 - dobrać i zastosować odpowiedni opatrunek w zależności od wielkości owrzodzenia,
 - ocenić zabarwienie, obrzęk, napięcie rany podczas wykonywania toalety rany.
5. Pielęgniarka dysponuje wiedzą zarówno merytoryczną, jak i praktyczną dotyczącą zastosowania materiałów kompresyjnych.
6. Pielęgniarka zapewnia działania opiekuńcze, które wynikają z procesu pielęgnowania. Planuje działania lecznicze oraz opiekuńcze wykonywane przy pacjencie.
7. Pielęgniarka posiada wiedzę w zakresie:
 - najczęściej pojawiających się problemów natury biopsychospołecznej i duchowo-kulturowej pacjenta na podstawie obserwacji oraz wcześniejszego doświadczenia,
 - kreatywnego rozwiązywania problemów związanych z hospitalizacją,
 - interakcji zależnej od wpływu choroby na funkcjonowanie i sferę biopsychospołeczną i duchowo-kulturową pacjenta,
 - odgrywania roli doradcy i edukatora,
 - komunikowania się z pacjentem i rodziną w zakresie pielęgnowania,
 - przygotowania psychicznego i fizycznego do zabiegu,
 - przygotowania pola niezbędnego do zabiegu,
 - obserwacji pacjenta podczas zabiegu i po jego wykonaniu.

8. Pielęgniarka planuje edukację pacjenta, uwzględniając stopień dysfunkcji pacjenta, środki dydaktyczne, czas niezbędny na edukację, kolejność poszczególnych etapów, zakres edukacji oraz możliwości wykorzystania wiadomości przekazywanych przez pielęgniarkę. Edukuje pacjenta w zakresie postępowania z opatrunkiem oraz udziela informacji na temat przebiegu gojenia się rany i stosowania kompresoterapii.
9. Pielęgniarka udziela wsparcia emocjonalnego choremu i rodzinie.
10. Pielęgniarka ma możliwości podnoszenia kwalifikacji, doskonalenia zawodowego poprzez:
 - udział w sympozjach,
 - udział w konferencjach,
 - szkolenia,
 - samokształcenie.

III. Organizacja pracy

1. W każdym ze szpitali wprowadzających standard pielęgniarka oddziałowa lub koordynująca nadzoruje przebieg wdrożenia.
2. Pielęgniarka oddziałowa lub koordynująca prowadzi rejestr pacjentów z owrzodzeniami żylnymi gołeni — **Załącznik nr 3.**
3. Pielęgniarka oddziałowa lub koordynująca nadzoruje przebieg dokumentacji wykonywanych zabiegów leczniczych — **Załącznik nr 4.**
4. W celu zapewnienia skutecznej i całościowej opieki nad chorym wykorzystuje się model współpracy wielodyscyplinarnej.
5. Metodą wykorzystywaną w pracy z pacjentem jest indywidualny plan pielęgnowania, który zapewnia choremu aktywny udział w procesie rekonwalescencji.
6. Oddział dysponuje odpowiednią dokumentacją, która umożliwi nanoszenie parametrów związanych ze stanem pacjenta w sposób ciągły.
7. Dokumentacja prowadzona przez pielęgniarki umożliwia kontrolę działań pielęgniacyjnych i opiekuńczych wykonywanych w celu poprawy stanu pacjenta — **Załącznik nr 5.**
8. Edukacja i nauka zmiany opatrunku będzie się odbywać w warunkach sprzyjających zapewnieniu pacjentowi maksymalnego komfortu. Pielęgniarka prowadzi instruktaż, dzięki któremu chory będzie umiał dostosować stopień ucisku w zależności od wynikającej potrzeby. Pielęgniarka dysponuje dokumentacją, która przyczyni się do zachowania przeprowadzonej edukacji — **Załącznik nr 6.**
2. Przy każdej zmianie opatrunku pielęgniarka ocenia etap gojenia się rany według skali opartej na kolorach — **Załącznik nr 8.**
3. U każdego pacjenta, u którego stwierdzono owrzodzenia żyłne gołeni, pielęgniarka zakłada kartę wykonanych zabiegów leczniczych.
4. Pielęgniarka przygotowuje pacjenta i zestaw do wykonania zabiegu:
 - dokonuje pomiarów podstawowych parametrów życiowych,
 - wykonuje zabieg,
 - zabezpiecza sprzęt po zabiegu,
 - reaguje na wszystkie sygnały, które zgłasza pacjent.
5. Pielęgniarka dokumentuje wykonywane działania lecznicze na rzecz pacjenta, zapewniając swobodny przepływ informacji w kolejnych etapach leczenia ambulatoryjnego.
6. Pielęgniarka wspólnie z pacjentem określa obszary działania oraz sposoby wykonywania niezbędnych działań opiekuńczych.
7. Pielęgniarka podczas pracy gromadzi dane, obserwuje, a także dokumentuje wykonywane przy pacjencie zabiegi pielęgniacyjno-opiekuńcze.
8. Pielęgniarka na bieżąco dokumentuje wszelkie działania wykonywane przy pacjencie.
9. Pielęgniarka jest osobą przygotowaną profesjonalnie do przeprowadzenia instruktażu dotyczącego odpowiedniego doboru stopnia ucisku w zależności od rozmiarów owrzodzenia.
10. Pielęgniarka na podstawie wiedzy oraz własnego doświadczenia tworzy plan edukacji pacjenta, określając zakres i rodzaj przekazywanych informacji.
11. Pielęgniarka prowadzi edukację, wykorzystując w tym celu środki dydaktyczne.
12. Poprzez celową obserwację pielęgniarka ustala poziom wiedzy oraz motywacji pacjenta ukierunkowany na odbiór potrzebnych informacji.
13. W dokumentacji pielęgniarka zapisuje:
 - problemy edukacyjne,
 - metody ich rozwiązywania,
 - ewolucję procesu edukacji,
 - czynniki wpływające na niepowodzenie.
14. Pielęgniarka w sposób jasny i zrozumiały odpowiada na pytania pacjenta dotyczące pielęgnowania.
15. Pielęgniarka w sposób profesjonalny rozpoznaje potrzebę wsparcia pacjenta.
16. Pielęgniarka oddziałuje na sferę psychiczną i duchową pacjenta (służy swoją obecnością, dzieli troski chorego, stwarza odpowiedni klimat).
17. Dokumentacja umożliwia weryfikację podejmowanych działań pielęgniarskich na temat stanu biopsychospołecznego i duchowo-kulturowego chorego.
18. Pielęgniarka ocenia skuteczność podejmowanych działań pielęgniarskich.

Kryteria procesu

1. Pielęgniarka ocenia poziom uszkodzenia tkanek na podstawie ogólnej klasyfikacji ran przebiegających z ubytkiem tkanek — **Załącznik nr 7.**

19. Pielęgniarka uczestniczy w sympozjach naukowych i kursach doskonalących jej umiejętności teoretyczne oraz praktyczne.

Kryteria wyniku

1. U pacjentów przyjętych z owrzodzeniami osiągnięto poprawę lub wyleczenie owrzodzeń.
2. Na oddziale zmniejszono do minimum zjawisko występowania owrzodzeń.
3. Pielęgniarka potrafi ustalić cele standardu dzięki określeniu kryteriów struktury, procesu i wyniku.
4. W szpitalu powołano zespół do spraw związanych z jakością usług świadczonych przez pielęgniarkę. Pracę nad wdrażaniem standardu koordynuje pielęgniarka oddziałowa.
5. Osoby wprowadzające standard są przekonane o jego celowości, znają i rozumieją standard.
6. Standard jest osiągalny, przestrzegany oraz istnieje możliwość jego wglądu, weryfikacji.
7. Zespół terapeutyczny jest przekonany o bezpieczeństwie pacjenta znajdującego się pod opieką pielęgniarki.
8. Dokumentacja pielęgniarska jest źródłem oceny możliwości i efektywności podejmowanych przez pacjenta działań, które mają na celu zapobieganie powstawaniu owrzodzeń żylnych goleni, a także jest dowodem przeprowadzonych działań.
9. Przeprowadzone działania pielęgniarskie w sferze psychospołecznej i duchowo-kulturowego wsparcia są odnotowane w odpowiedniej dokumentacji.
10. Edukacja i nauka zmiany opatrunku jest przeprowadzona za świadomą zgodą pacjenta.
11. Stałe doskonalenie umiejętności przez pielęgniarkę przyczynia się do profesjonalnego wykonywania świadczonych usług. Podnosi wiarygodność zawodową pielęgniarki.
12. Pacjent czuje się bezpiecznie i lęk związany z hospitalizacją jest ograniczony do minimum.
13. Prawidłowe przygotowanie psychiczne zmniejsza strach przed wykonywanym zabiegiem.
14. Informowanie pacjenta o celu przeprowadzonego zabiegu sprawia, że pacjent ma możliwość świadomego uczestnictwa w zabiegu.
15. Przekazywane wiadomości są wynikiem niedostatecznej wiedzy lub przyczyniają się do zwiększenia efektów leczenia.
16. Pacjent ma zapewnioną ciągłość leczenia.
17. Program leczenia owrzodzeń żylnych jest systematycznie oceniany i udoskonalany.

Podsumowanie

Problem leczenia, pielęgnowania i zapewnienia godnych warunków funkcjonowania pacjentów z ranami

przewlekłymi jest wyzwaniem dla zespołów sprawujących opiekę nad osobami objętymi określonym typem dolegliwości. Konsekwencje nieprawidłowego postępowania, koszty dla pacjenta i opieki zdrowotnej są dramatycznie wysokie. Jedyną szansą na zmianę powyższej sytuacji jest zespołowe, specjalistyczne i poparte wiedzą teoretyczną działanie dla dobra pacjenta, uwzględniające typ i pochodzenie ran. Przygotowanie specjalistów, opracowywanie czytelnych wytycznych postępowania w formie standardów, ciągłe doskonalenie umiejętności oraz otwarcie na współpracę i wymianę doświadczeń są warunkiem osiągnięcia sukcesu.

Prezentowany w niniejszej pracy projekt standardu przygotowany przez osobę będącą na początku swej drogi zawodowej spotkał się z życzliwym przyjęciem przez praktyków i wysokiej klasy specjalistów, a ich cenne uwagi dotyczące zmian w zakresie przyjętej klasyfikacji niewydolności naczyń żylnych — CEAP — oraz pogłębienia aspektu zastosowania kompresoterapii zostaną uwzględnione w modyfikacji projektu. Ostatecznym praktycznym zastosowaniem wytycznych ujętych w pracy będzie próba wdrożenia standardu i ocena jego efektywności.

Piśmiennictwo

1. Callam M.J., Harper D.R., Dale J.J., Ruckley C.V. Chronic ulcer of the leg. Clinical history. *BMJ* 1987; 294: 1389–1391.
2. Szewczyk M.T., Jawień A. Stan przygotowania i doskonalenia zawodowego pielęgniarek na tle porównawczym. W: *Kształcenie i doskonalenie zawodowe pielęgniarek i położnych. Standardy opieki w pielęgniarstwie wdrażanie programów promocji zdrowia. Materiały konferencyjne. Poznań, 7–8 maja 1999*; 101.
3. Piątek A. Standardy praktyki w zawodach pielęgniarki i położnej. W: *Ksykiewicz A.D. (red.). Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej. Czelej, Lublin 2004.*
4. Piątek A. Standardy praktyki pielęgniarskiej pierwszym krokiem do zapewnienia jakości opieki. W: *III Kongres Pielęgniarek Polskich 14–15. 05. Referaty kongresowe, Busko-Zdrój 1996.*
5. Donabedian A. Evaluating the quality of Medical care. *Milbank Q* 1996; 3 (2): 168–200.
6. Lenartowicz H. Proces doskonalenia jakości. Standardy i kryteria. W: *Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. Materiały dydaktyczne specjalizacji, organizacja i zarządzanie. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1998.*
7. Szewczyk M.T., Jawień A., Piotrowicz R. Leczenie owrzodzeń żylnych. *Przewodnik Lekarza* 2004; 8 (68): 66–71.
8. Ramelet A.A., Kern P., Perrin M. Żylaki i teleangiektazje. *Via Medica, Gdańsk 2004.*
9. Franek A., Kucharzewski M., Sieroń A. Zachowawcze leczenie owrzodzeń żylnych podudzi. *Śląska Akademia Medyczna, Katowice 2001.*
10. Jawień A., Szewczyk M.T. Owrzodzenia żylnych goleni. *Twoje zdrowie sp. z.o.o., Warszawa 2005.*
11. Szewczyk M.T. Rola pielęgniarki w specjalistycznej opiece nad chorym z owrzodzeniem żylnym goleni. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2007; 1: 35–38.
12. *Biuletyn nr 1. Real-Biuro Profilaktyki Odleżyn, Olsztyn 2001.*
13. *Biuletyn nr 2. Real-Biuro Profilaktyki Odleżyn, Olsztyn 2001.*

Załącznik nr 1. Ocena stopnia nasilenia objawów klinicznych

Występowanie objawów podmiotowych i przedmiotowych. Zastosowanie leczenia uciskowego	Objawy nie występują (0 pkt)	Objawy o miernym nasileniu (1 pkt)	Objawy umiarkowane (2 pkt)	Objawy ciężkie (3 pkt)	Liczba punktów (0–3)
Ból „B”	Brak objawów	Sporadyczne pojawienie się bólu, nie wpływa znacząco na ograniczenie aktywności, pacjent jest w stanie powstrzymać się od przyjęcia środka przeciwbólowego	Ból pojawia się systematycznie, codziennie, w nieznacznym stopniu ogranicza aktywność, niekiedy wymaga przyjęcia środka przeciwbólowego	Ból pojawia się systematycznie, powoduje znaczne ograniczenia aktywności, jest wymagane regularne przyjmowanie leków przeciwbólowych	
Obrzęk „O”	Brak objawów	Pojawia się pod koniec dnia i obejmuje okolicę kostek	Nasila się po południu, dotyczy wyższych partii nóg, sięga powyżej kostek	Występuje od rana, dotyczy wyższych partii nóg (goleni), w celu złagodzenia nasilenia wymusza unoszenie kończyn do góry	
Zmiany „Zz” zapalne	Brak objawów	Zmiany zapalne o nieznacznym nasileniu, umiejscowione wokół owrzodzenia, ograniczone	Zmiany zapalne obejmują większy obszar, ich nasilenie jest bardziej intensywne	Zmiany zapalne powodują wypryski, są bardzo intensywne, obejmują znaczną część goleni	
Ilość „Io” owrzodzeń	Brak	Jedno	Dwa	Większa ilość	
Czas występowania owrzodzeń	Brak owrzodzeń	Do 3 miesięcy	3–2 miesięcy	Ponad rok	
Leczenie uciskowe	Brak zastosowania	Stosowane sporadycznie	Regularnie stosowane, prawie codziennie	Stosowane codziennie	
Suma punktów					

Załącznik nr 2. Ocena dysfunkcji pacjenta z owrzodzeniami żylnymi goleni

0 punktów	<ul style="list-style-type: none"> — Objawy nie występują — Objawy pojawiają się sporadycznie — Mierne nasilenie objawów
1–6 punktów	<ul style="list-style-type: none"> — Podczas wykonywania czynności codziennych nie jest konieczne zakładanie opaski uciskowej
7–12 punktów	<ul style="list-style-type: none"> — W celu wykonywania czynności codziennych pacjent musi założyć opaskę uciskową — Ograniczony tryb życia
13–18 punktów	<ul style="list-style-type: none"> — Pacjent nie może sprawnie funkcjonować nawet po założeniu opaski uciskowej — Istnieje potrzeba zapewnienia stałej opieki

Załącznik nr 4. Zabiegi lecznicze

Nazwisko.....

Imię.....

Oddział.....

Data	Liczba punktów według skali oceny stopnia nasilenia objawów klinicznych	Rodzaj wykonywanego zabiegu	Rana		Podpis wykonującego	Uwagi
			Ubytek	Etap gojenia		
	„B”					
	„O”					
	„Zz”					
	„Io”					
	„B”					
	„O”					
	„Zz”					
	„Io”					
	„B”					
	„O”					
	„Zz”					
	„Io”					
	„B”					
	„O”					
	„Zz”					
	„Io”					

Załącznik nr 5. Zabiegi pielęgnacyjno-opiekuńcze

Nazwisko.....

Imię.....

Oddział.....

Data

Pomiary	Temperatura Tętno Ciśnienie tętnicze Masa ciała Bilans płynów
Żywienie	Spożywa samodzielnie posiłki Potrzebuje pomocy w trakcie spożywania posiłków — karmienie Pozajelitowe Gastrostomia Sonda Dieta ścisła
Wydalenie	Sam wychodzi do toalety Założenie cewnika Podawanie basenu, kaczki Stolec oddaje samodzielnie
Czynności higieniczne	Częściowa toaleta w łóżku Całkowita toaleta w łóżku Zmiana bielizny pościelowej
Sprawność fizyczna	Samodzielny Chodzenie przy pomocy Leżenie w łóżku
Inne	

Załącznik nr 6. Indywidualna karta edukacji pacjenta

Nazwisko i imię pacjenta.....

Oddział.....

Nazwisko pielęgniarki realizującej program edukacyjny.....

Plan edukacji	Data realizacji	Metoda	Ocena czynności wykonywanej samodzielnie przez pacjenta	
			Pozytywna	Negatywna
Technika zmiany opatrunku na owrzodzeniu				
Zastosowanie zalecanych preparatów zgodnie z obowiązującymi zasadami				
Dopasowanie stopnia ucisku w zależności od owrzodzenia				
Technika wykonania drenażu limfatycznego				
Umiejętność postępowania w przypadku wystąpienia powikłań				
Znajomość zaleceń dietetycznych				

Załącznik nr 7. Klasyfikacja ran na podstawie stopnia ubytku tkanek

1. Uszkodzenie dotyczy naskórka
2. Uszkodzenie sięga głębiej — skóra właściwa
3. Odkrycie tkanki tłuszczowej
4. Odkrycie tkanki mięśniowej
5. Dochodzi do zajęcia mięśni, więzadeł oraz kości
6. Pojawiają się sączące zmiany połączone ze sobą jamami

Załącznik nr 8. Skala oceny rany oparta na kolorach

