

Michalik Joanna, Grzelak Iwona, Wolski Dariusz, Stanisławek Andrzej, Węgorowski Paweł. Analysis of patient knowledge on interdisciplinary care and self-care in venous leg ulcers. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(8):355-366. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.851544>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4739>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 1223 (26.01.2017).
1223 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Authors 2017;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 01.08.2017. Revised: 02.08.2017. Accepted: 27.08.2017.

Analiza poziomu wiedzy pacjentów na temat opieki interdyscyplinarnej i samoopieki w owrzodzeniach żylnych podudzi.

Analysis of patient knowledge on interdisciplinary care and self-care in venous leg ulcers.

**Joanna Michalik¹, Iwona Grzelak², Dariusz Wolski³, Andrzej Stanisławek¹,
Paweł Węgorowski¹**

¹Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SANUS Lublin

³Katedra Anatomii i Histologii Zwierząt, Wydział Medycyny Weterynaryjnej,
Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie

Autor do korespondencji:

Joanna Michalik

JoannaMichalik21@wp.pl

Wstęp

Owrzodzenie żyłne podudzi jest chorobą przewlekłą i traktowane jest jako wieloaspektowy problem. Schorzenie to wymaga opieki obejmującej aspekty społeczne, ekonomiczne, lecznicze, pielęgnacyjne. Pacjenci z owrzodzeniem odczuwają odrzucenie w środowisku, brak akceptacji ze względu na zapach i wydzielinę z owrzodzenia. Objawy te doprowadzają do częściowej lub całkowitej izolacji i wycofania się z życia w społeczeństwie. Schorzenie to wymaga opieki interdyscyplinarnej, zaś leczenie wymaga od pacjentów wiele umiejętności, pracy i wyrzeczeń.

Cel pracy

Celem pracy była ocena wiedzy, znajomość opieki interdyscyplinarnej oraz samoopieki, w życiu każdego pacjenta z owrzodzeniem żylnym podudzi.

Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone wśród 60 osób. Materiał badawczy zgromadzono w Międzyzleskim Szpitalu w Warszawie na oddziale Dermatologii w 2015 roku. Wybraną metodą badawczą był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

Wyniki

Przeprowadzone badanie wykazało, że zjawisko opieki interdyscyplinarnej, jest tylko w 8% pojęciem znanym, większą wiedzę mają osoby samotne zamieszkujące duże miasta. Samoopieka nie kojarzy się z utrzymaniem dobrostanu i zdrowia. Respondenci mają wiedzę, kto należy do zespołu interdyscyplinarnego, ale nie umieją określić jakie ma on zadania. Większość respondentów potwierdza, że jest mała dostępność do specjalistów, diagnostyki, oraz że koszty leczenia czasem są ponad możliwości finansowe chorych. Choroba znacząco wpływa na zmianę stylu życia i wyzwała u nich negatywne odczucia, pomimo to respondenci nie potrafią wprowadzić zasad samoopieki w życie codzienne.

Dyskusja

Zasadne jest, zatem stwierdzenie, że leczenie owrzodzeń powinno być kompleksowe i zorganizowane, zgodne z zasadami nowoczesnej medycyny, opierać powinno się na procedurach i standardach.

Słowa kluczowe: opieka pielęgnarska, owrzodzenia żyłne kończyn dolnych

Admission

Venous leg ulcer is a chronic disease and is considered a multi-faceted problem. This condition requires care including social, economic, therapeutic, nursing care. Patients with ulceration feel rejection in the environment, lack of acceptance due to odor and secretion from the ulcer. These symptoms lead to partial or complete isolation and withdrawal from life in society. This condition requires interdisciplinary care, and treatment requires a lot of skill, work and sacrifice from the patients.

Objective

The aim of the study was to assess knowledge, knowledge of interdisciplinary care and self-care, in the life of each patient with venous leg ulcers.

Material and methods

The study was conducted among 60 people. The research material was collected at the Międzyleski Hospital in Warsaw in the Department of Dermatology in 2015. Selected research method was questionnaire survey of its own author.

Results

The survey showed that the phenomenon of interdisciplinary care, is only in the 8% known concept, more knowledgeable are lonely people living in large cities. Self-care does not associate with maintaining wellbeing and health. Respondents have knowledge of who is part of the interdisciplinary team, but they can not determine what the task is. Most respondents confirm that there is little availability for specialists, diagnostics, and that the cost of treatment sometimes exceeds the financial capacity of the sick. Disease significantly influences lifestyle change and triggers negative feelings in them, yet respondents are unable to introduce self-care in everyday life.

Discussion

It is therefore reasonable to say that the treatment of ulcers should be comprehensive and organized, consistent with the principles of modern medicine, and should be based on procedures and standards.

Key words: nursing care, venous leg ulcers

Wprowadzenie:

Jedno z najstarszych schorzeń ludzkości zapisane na całym świecie, to owrzodzenie żyłne podudzi. Pierwsze zapiski dotyczące tej choroby pochodzą z 1550 r.p.n.e. i napisane były w Egipcie. Schorzenie to dostarcza ludziom wielu cierpień, a personel medyczny ma często trudność ze zdiagnozowaniem, pielęgnacją i leczeniem [1, 9]. Takie choroby jak owrzodzenie podudzi; żyłne lub tętnicze nie są może chorobami śmiertelnymi jednak przyczyniają się do obniżenia samooceny stanu zdrowia,, przyczyniają się do negatywnych relacji emocjonalnych i wtórnie do zaburzeń funkcjonowania społecznego chorych"[1]. Niestety ponad 1% ludzi choruje na owrzodzenia, aż u 80% jest to owrzodzenie na tle niewydolności żyłnej kończyn.[2] W Europie jak i w Ameryce Północnej stwierdza się u 10% populacji niewydolność zastawek żylnych, które u 0,2 % dają owrzodzenia[3]. Około połowa pacjentów zgłasza, że choruje już ponad 10 lat, pojawiają się wygojenia i ponowne wznowy ran. Wiek też ma znaczenie, gdyż, czym człowiek starszy tym więcej odnotowuje się owrzodzeń (3-5% populacji). Duże znaczenie pogarszające rokowania mają: cukrzyca, nowotwory, zakażenia [4]. Owrzodzenie żyłne jest to ubytek tkanki, który może powstać w skutek różnych procesów biochemicznych i tkankowych. Owrzodzenie lokalizuje się najczęściej 1-3 odległości w dolnej, przyśrodkowej części goleni. Mogą one mieć oczywiście i inną lokalizację, to znaczy na stopie i po bocznej stronie kończyny, ale są to już przypadki

sporadyczne. Częściej to schorzenie dotyka kobiet, niż mężczyzn, jednak z wiekiem chorego ta granica się zaciera. [10] Owrzodzenie żyłne ma owalny kształt, o nierównych brzegach, na dnie możemy zaobserwować wydzielinę ropną, mętną, ziarninę, dno jest zazwyczaj płytkie. Często przed powstaniem owrzodzenia dochodzi do ciastowatego obrzęku, następnie dochodzi do stwardnienia tzw. tłuszczowego[3]. Owrzodzeniu zazwyczaj towarzyszy przebarwienie, maceracja naskórka, często spotyka się kurcz łydek, złą tolerancję pozycji stojącej, chory często opuszcza kończyny, bo taka pozycja jest dla niego bardziej komfortowa. Czas, w jakim owrzodzenie może być obecne na kończynie i nie leczyć się do końca, waha się od kilku miesięcy nawet do kilkunastu lat. [11] Wyleczenie tego schorzenia jak każdego innego zależy od wielu czynników: chorób współistniejących, wieku pacjenta, pozycji ekonomicznej, sposobów leczenia, od tego jak pomocna i dostępna jest pomoc specjalistyczna. Poprawne działanie obwodowego układu żylnego uwarunkowane jest odpowiednim współdziałaniem wobec siebie mechanizmów, które mają za zadanie jednokierunkowy przepływ krwi w kierunku serca. Siłą, która pobudza przepływ krwi jest ucisk kurczących się podczas ruchu mięśni na żyły kończyn dolnych (powierzchnowe)[5].

Przewlekła niewydolność żylna, wpływa bardzo znacząco na powstanie owrzodzeń podudzi. W trakcie choroby dochodzi do niepoprawnej hemodynamiki, złego przepływu krwi, a co za tym idzie dochodzi do refluksu, zastoju, a także do utrzymującego się wysokiego ciśnienia hydrostatycznego krwi. Utrzymywanie się tak wysokiego ciśnienia w kończynach doprowadza do stanów zapalnych, złego odżywienia tkanek, wręcz niedotlenienia. Funkcje ochronne stają się osłabione, dochodzi do niewydolności zastawek. Wysokie ciśnienie hydrostatyczne przechodzi do naczyń kapilarnych, ich cienkie ściany zaczynają przeciekać, przenosząc osocze, elementy morfotyczne. Doprowadza to do zmian w mikrokrążeniu: redukcji kapilarów, wzrostu przepuszczalności naczyń [6]. W dalszym etapie dochodzi do zapaleń, zwłóknień, zmian skórnych, utrzymywanie się tych zmian lub powtarzanie doprowadza do owrzodzeń. Często przed powstaniem zmiany dochodzi do obrzęku kończyn, przesięku, zaczerwienienia, ocieplenia kończyny. Przyczyną owrzodzenia może być niekiedy przerwanie ciągłości żyły, uszkodzenie żyłaka kończyny. Ucieczka leukocytów z naczyń i zatrzymywanie się ich w mikrokrążeniu prowadzi do martwicy[5].

Gdy tkanki są nieukrwione dostatecznie dochodzi do spowolnienia gojenia, oraz do pogłębiania się zmian. Do czynników, które sprzyjają w powstawaniu owrzodzeń należą: przegrzanie, masaż podudzi, praca stojąca, zła kompresjoterapia, zła pielęgnacja skóry, naświetlanie UVB, palenie tytoniu, a nawet nadużywanie środków miejscowych przeciwzakrzepowych typu heparyna[7].

- Bezpośrednimi czynnikami ryzyka są: zakrzepica żył, żylaki, otyłość, przewlekła niewydolność żylna, złamanie kości w wywiadzie, przetoka tętniczo-żylna.
- Pośrednimi przyczynami ryzyka są: rodzinne występowanie żylaków, czynniki ryzyka prowadzące do wystąpienia zakrzepicy żył: brak białka c, antytrombiny, białka s, urazy przed wystąpieniem zmiany[3].

Można czynniki ryzyka podzielić jeszcze na:

- Wewnętrzne: choroby układu krążenia, odwodnienie, niedożywienie, czynniki genetyczne, starzenie się skóry, zaburzenia czucia bólu, leki np: sterydy.
- Zewnętrzne: czynniki zawodowe, działanie wilgoci, czynniki klimatyczne, czynniki socjalne lub społeczne[8].

Ze względu, że narażeń na powstanie owrzodzenia jest tak wiele, pacjent musi być bardzo świadomy i mieć dużą wiedzę, czego się wystrzegać.

Cel pracy:

Celem pracy jest analiza poziomu wiedzy na temat samoopieki i opieki interdyscyplinarnej w leczeniu owrzodzeń podudzi wśród pacjentów oddziału dermatologicznego chorych na owrzodzenia jak również określenie wiedzy pacjentów na temat owrzodzeń w zależności od płci, wykształcenia oraz miejsca zamieszkania. Ponad to analizie poddana będzie wiedza respondentów na temat samoopieki, opieki interdyscyplinarnej w leczeniu owrzodzeń żylnych podudzi oraz w jakim stopniu owrzodzenie wpłynęło na sferę psychiczną chorych.

Material i metody

Badanie zostało przeprowadzone wśród 60 pacjentów Międzyzleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie, na oddziale dermatologii dla dorosłych, na przełomie września i października 2015 roku. Respondenci to pacjenci w trakcie kuracji i diagnostyki owrzodzeń podudzi. Dobór chorych był losowy. Przewagę badanych stanowiły kobiety, najwięcej osób zamieszkiwało tereny wiejskie, utrzymując się z renty, emerytury. Głównym kryterium doboru grupy była hospitalizacja tych osób, w danym czasie na oddziale dermatologicznym.

Metodą badawczą jest metoda sondażu diagnostycznego, do badań użyto autorskiego kwestionariusza ankiety. Narzędziem jest kwestionariusz ankiety. Respondenci odpowiadali na pytania rzetelnie sami lub z pomocą(ze względu na zły wzrok, lub trudność z pisaniem). Pytania ankiety były zamknięte i półotwarte, dotyczące wiedzy pacjentów na temat swojej choroby jak i samoopieki.

Wyniki

Badaniu ankietowemu poddanych zostało 60 osób. 58% ankietowanych stanowiły kobiety, natomiast 42% mężczyźni. W grupie badanych osób przeważali badani po 40 roku życia, zamieszkujący różne tereny od wsi aż po duże miasta. Wśród ankietowanych 33% posiadało wykształcenie średnie, 30 % wykształcenie zawodowe, 20% wykształcenie wyższe i 17% wykształcenie podstawowe. 48% ankietowanych stanowiły osoby pozostające w związku małżeńskim, 25 % respondentów określiło swój stan cywilny jako wdowiec/wdowa, 15% kawaler/panna oraz 12 % to osoby po rozwodzie. Ankietowani zostali poproszeni o określenie swego wieku, wagi i wzrostu. Z uzyskanych danych wyciągniętą wartością średnią. Średni wiek respondentek wyniósł 57 lat, waga 85 kg natomiast wzrost 169 cm. Średni wiek respondentów wyniósł 59 lat, waga 86 kg, zaś wzrost 175 cm. Respondenci w większości (56%) odpowiedzieli, że posiadają wiedzę na temat swojej choroby. Dodatkowo aż 37 % badanych posiada niewielką wiedzę odnośnie swojej choroby i tylko 7% ankietowanych nic o niej nie wie. Ankietowani w pytaniu o choroby współistniejące mogli udzielić więcej niż jednej odpowiedzi. Z przeprowadzonych badań wynika, że wraz z owrzodzeniem żylnym występuje u nich cukrzyca (35%) oraz choroby sercowo – naczyniowe (35%). U znacznej liczby respondentów nie występują inne choroby (18%), zaś u 12% badanych występuje dodatkowo zwyrodnienie stawów. Analiza wykazała, że kobiety znacznie częściej miały dwie lub więcej

chorób współistniejących (28,52%) w porównaniu z mężczyznami (16%). Różnice były istotne statystycznie ($p=0,05$).

Płeć	Choroby współistniejące		Razem
	Brak/jedna	Dwie lub więcej	
	n %	n %	n %
Kobiety	25 71,48%	10 28,52%	35 100%
Mężczyźni	21 84%	4 16%	25 100%
Razem	46 76,66%	14 23,34%	60 100%
Analiza statystyczna: $\chi^2=1,288$; $p=0,05$ (0,2564)			

Tabela 1. Choroby współistniejące według płci

Z badań wynika, że ankietowani z wykształceniem podstawowym mieli istotnie częściej dwie lub więcej chorób współistniejących (40%) niż osoby z wykształceniem zawodowym (16,67%), średnim (15%) czy wyższym (25%). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p=0,05$).

Wykształcenie	Choroby współistniejące		Razem
	Brak/jedna	Dwie lub więcej	
	n %	n %	n %
Podstawowe	6 60%	4 40%	10 100%
Zawodowe	15 83,33%	3 16,67%	18 100%
Średnie	17 85%	4 15%	20 100%
Wyższe	9 75%	3 25%	12 100%
Razem	47 78,33%	14 23,34%	60 100%
Analiza statystyczna: $\chi^2=2,255$; $p=0,05$ (0,5211)			

Tabela 2. Choroby współistniejące według wykształcenia

Najczęściej w badaniu brały udział osoby z odpowiednim okresem trwania choroby: 3 lata (20%), 1 rok (18%), 5 lat (18%), 2 lata (15%), 10 lat (13%), 4 lata (5%), 8 lat (5%), 15 lat (4%) oraz 12 lat (1%). U wszystkich ankietowanych podjęte zostało leczenie miejscowe (100%). U 33% respondentów stosowano stałe opatrunki, natomiast u 28% ankietowanych antybiotyki.

Wśród kobiet najczęstszymi sposobami leczenia owrzodzeń było leczenie miejscowe z jednoczesnym stosowaniem antybiotyków (31%), następnie było to leczenie miejscowe połączone z kuracją antybiotykami oraz stosowanie opatrunków (29%), u znacznej ilości ankietowanych stosowano również leczenie miejscowe (23%) oraz leczenie miejscowe oraz opatrunki (17%). Wśród mężczyzn najczęstszą metodą leczenia było połączenie leczenia miejscowego, antybiotyków oraz opatrunków (40%). Często stosowane było również leczenie miejscowe połączone z terapią antybiotykową (24%) oraz leczenie miejscowe (20%). Leczeniu za pomocą środków miejscowych oraz opatrunków poddało się 16% ankietowanych mężczyzn. Aż 65% badanych osób nie zna pojęcia opieki interdyscyplinarnej. Dla 27% ankietowanych jest to pojęcie częściowo znane i tylko 8% osób biorących udział w badaniu rozumie to pojęcie. Z badań wynika, że spośród ankietowanych osób to mężczyźni częściej znają całkowicie (12%) lub częściowo (28%) pojęcie opieki interdyscyplinarnej. Zdecydowana większość kobiet (71,42%) nie wie, co oznacza to pojęcie. Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,05$).

Płeć	Opieka interdyscyplinarna			Razem
	Tak	Nie	Częściowo	
	n %	n %	n %	n %
Kobiety	2 5,72%	25 71,42%	8 22,86%	35 100%
Mężczyźni	3 12%	15 60%	7 28%	25 100%
Razem	5 8,33%	40 66,67%	15 25%	60 100%
Analiza statystyczna: $\chi^2=1,131$; $p=0,05$ (0,5680)				

Tabela 3 Opieka interdyscyplinarna według płci

W przeprowadzonym badaniu w podziale według stanu cywilnego można zauważyć, że ankietowani kawaler/panna istotnie częściej znają pojęcie opieki interdyscyplinarnej (11,11%). Częściowo pojęcie to najczęściej znają osoby rozwiedzione(28,57%). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p=0,05$).

Stan cywilny	Opieka interdyscyplinarna			Razem
	Tak	Nie	Częściowo	
	n %	n %	n %	
Żonaty / mężatka	3 10,34%	18 62,07%	8 27,59%	29 100%
Wdowiec / wdowa	1 6,66%	10 66,67%	4 26,67%	15 100%
Rozwiedziony / rozwiedziona	0 0%	5 71,43%	2 28,57%	7 100%
Kawaler / Panna	1 11,11%	7 77,78%	1 11,11%	9 100%
Razem	5 8,33%	40 66,67%	15 25,00%	60 100%
Analiza statystyczna: $\chi^2=1,964$; $p=0,05$ (0,9229)				

Tabela 4 Opieka interdyscyplinarna według stanu cywilnego

W przeprowadzonym badaniu w podziale według miejsca zamieszkania można zauważyć, że ankietowani z dużego miasta częściej znają pojęcie opieki interdyscyplinarnej (29,41%). Częściowo pojęcie to najczęściej znają osoby z małego miasta (50,00%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie. Ankietowani najczęściej korzystają z opieki lekarza rodzinnego (93%). Równie często korzystają z opieki pielęgniarki (70%). 61% badanych korzysta z opieki dermatologicznej. 55% respondentów korzysta z opieki chirurgicznej, natomiast tylko 12% korzystało bądź korzysta z opieki psychologa.

57% respondentów uznała, że choroba skłoniła ich do zmiany trybu życia oraz zwiększenia dbałości o siebie. 28% respondentów stwierdziło, że robi to czasami i tylko 15% respondentów nie zmieniło swoich nawyków.

Swą wiedzę odnośnie leczenia i walki z chorobą respondenci najczęściej posiadali z rozmów prowadzonych z lekarzem, z broszur odnoszących się do tej tematyki, ze stron internetowych poświęconych chorobom wrzodowym, z literatury fachowej oraz z innych dostępnych źródeł.

Aż 40% respondentów nie korzysta ze źródeł finansowania kosztów leczenia, 37% badanych nie wie gdzie mogłoby zgłosić się z tym problemem. Tylko 23% ankietowanych korzysta z takiej formy pomocy.

Samoopieka jest podstawową metodą opieki zdrowotnej. Wiąże się ona z dbaniem przez chorego o własny stan psychofizyczny. W badaniu ankietowani poproszeni zostali o określenie tego, czym według nich jest zjawisko samoopieki. 58% ankietowanych

odpowiedziało, że jest to dbanie o swój byt, 38%, że jest to samodzielne zajmowanie się leczeniem swojej choroby, natomiast pozostałe 9% respondentów uzależniło, że jest to aktywność jaką podejmuje człowiek w celu utrzymania zdrowia i dobrostanu. W jednym z pytań respondenci proszeni byli o określenie tego, czy stosują się do zaleceń lekarskich. Z analizy otrzymanych wyników okazało się, że aż 45% respondentów nie zawsze stosuje się do zaleceń prozdrowotnych. 40% robi to regularnie, natomiast 15% nie stosuje się do takich zaleceń. Z przeprowadzonych badań wynika, że 68% ankietowanych uważa, że wzbogacanie wiedzy na temat leczenia ran jest konieczne. 25% respondentów nie ma zdania w tym temacie i tylko 7% badanych uważa takie działania za zbędne. 62 % badanych potrafi oczyścić, a następnie zaopatrzyć ranę. Aż 38% respondentów nie potrafiłoby tego zrobić. Owrzodzenie często wiąże się nie tylko z różnorodnym leczeniem ran, ale często też wpływa na stan psychiczny pacjentów. Większość ankietowanych (53%) nigdy nie korzystała z poradni psychologicznych. 20% ankietowanych przyznało, że uczęszczało bądź uczęszcza do takiej poradni. Dla 17% ankietowanych skorzystanie z poradni psychologicznej wiąże się z uczuciem wstydu i zażenowania, natomiast 10% respondentów nie wiedziało bądź nie wie gdzie może odnaleźć taką poradnię. Z przeprowadzonego badania wynika, że 62% respondentów dowiedziało się sama jak ważna jest dieta w owrzodzeniach. Tylko 12% ankietowanych zostało o tym poinformowanych, natomiast 26% respondentów nie miało o tym pojęcia. Kompresjo terapia jest stosowaniem ucisku na miejsca dotknięte owrzodzeniem w celu leczniczym. 80% spośród ankietowanych nie zna tego pojęcia. Tylko 6% badanych wie co ono znaczy. Częściowo o tym pojęciu słyszało 14% ankietowanych z takich źródeł jak: Internet, broszury, pielęgniarka oraz inne.

Dyskusja.

Owrzodzenie żyłne podudzi jest chorobą wymagającą bardzo długiego leczenia, czasem chorobą nieuleczalną, bardzo oporną na leczenie. Z badań własnych jak i z literatury wynika, że jest to schorzenie gdzie pacjenci chorują od roku nawet do 15 lat. Największy odsetek respondentów 20% choruje już 3 lata. Na podstawie literatury najwięcej, owrzodzeń, bo również 20% występuje ponad 2 lata[12]. Zbyt mała frekwencja zdiagnozowanych chorych u specjalistów wiąże się z małą ilością badań diagnostycznych. Według A. Jawienia w Polsce tylko nieliczne przypadki owrzodzeń są poddawane USG Dopler, (około 28%) oraz sporadycznie pacjenci korzystają z leczenia szpitalnego[13]. Opieka interdyscyplinarna to podstawowy „łańcuch” leczenia owrzodzeń. Z otrzymanych wyników można stwierdzić, że tylko respondenci z wykształceniem wyższym rozumieli opiekę holistyczną, z wykształceniem średnim tylko 34% badanych częściowo rozumie to pojęcie. Z analizy statystycznej wynika, że potwierdza się zasadność braku znajomości wiedzy na temat opieki interdyscyplinarnej. Częściej wiedzę rozumieli mężczyźni, niż kobiety. Ogólnie można powiedzieć, że aż 65% respondentów nie ma wiedzy na temat opieki interdyscyplinarnej, 27% zna ją częściowo, a tylko 8% rozumie ją w całości.

Większość respondentów nie orientują się jaka jest dostępność lekarzy specjalistów, tylko 8% twierdzi, że jest ich wystarczająca ilość, natomiast 25% twierdzi, że jest tych specjalistów za mało w ich środowisku. Według Szewczyka dostępność i skuteczność leczenia i specjalistyki wg innych krajów Europy jest opóźniona nawet kilkanaście lat[14].

Z badań własnych jak i z literatury wynika, że u naszych badanych bardzo często występują choroby współistniejące, które przyczyniają się do zmniejszenia wyleczalności. Do tych chorób należą głównie: w 35% cukrzyca, oraz choroby krążeniowo- naczyniowe. Tylko w

18% nie występują żadne dodatkowe choroby. Według A. Jawienia współpraca z chorymi, oraz eliminacja dodatkowych chorób to aż 67% sukcesu wyleczenia[10].

W badaniach przeprowadzonych w 2007 roku przez Jawienia stwierdzono, że u respondentów zauważono silny stres, obniżenie nastroju, narastanie drażliwości. Wszystkie te objawy mogły być spowodowane dużym dyskomfortem, który mógł powstawać z powodu uczucia bólu, wycieku z rany [15].

Z badań własnych wynika, że tylko u 10 % respondentów nie występują uciążliwe warunki związane z leczeniem, typu ból, wysięk depresja. Aż u 50% badanych zaobserwowano wysięk i przykry zapach z rany, co niesie za sobą izolację z otoczeniem. W przeprowadzonych badaniach aż 43% respondentów pochodzi z terenów wiejskich, co nie sprzyja leczeniu sfery psychicznej.

Bardzo dużą rolę zajmuje samoopieka i edukacja pacjentów. Wiedza pacjentów na temat owrzodzeń i ich prewencji jest bardzo niewielka. Bardzo rzadko respondenci stosują się do zaleceń zdrowotnych, tylko 12% stosują się do zaleceń dietetycznych. Zarówno w badaniach własnych jak i literaturze respondenci chcą podnosić wiedzę na temat owrzodzeń i ich leczenia[16]. Pacjenci nie mają wiedzy, że ruch, aktywność fizyczna jest bardzo wskazana.

Z badań własnych wynika, że 62% respondentów potrafi oczyścić ranę, jednak z badań w literaturze dowiadujemy się, że tylko 24% badanych rozumie, co oznacza pojęcie oczyszczania rany jak je stosować w życiu codziennym[17]. Tylko 6% potrafi odpowiedzieć na czym polega ucisk w kompresji. Natomiast Kózka w swych badaniach zauważa, że około 45% stosuje kompresję [18].

Opierając się źródłach medycznych oraz badaniach własnych, należy stwierdzić, że owrzodzenie żyłne podudzi to choroba bardzo trudna do leczenia, przynosząca chorym wiele niemiłych doznań; bólowych, psychologicznych. Choroba ta powoduje ciągłą walkę z problemem finansowym, izolacją. Bardzo zasadne wydaje się edukowanie i wdrażanie samoopieki wśród pacjentów oraz ich rodzin.

References:

1. Grey J., Tardin K.: Leczenie ran w praktyce. PZWL Warszawa 2010, s. 6-8.
2. Sheile C.: Propedeutyka pielęgniarstwa. PZWL Warszawa 1989, s. 65.
3. Jawień A.(red): Inforanek, Kwartalnik, 2009, 3 (6) , s.4.
4. Ślusarska B., Zarzycka D.: Podstawy pielęgniarstwa. tom 2, Czelej Lublin 2004 s.964.
5. Walewska E.: Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego. PZWL Warszawa 2006,s. 226-228.
6. Bowszyca J.(red): Postępy dermatologii i alergologii. Dwumiesięcznik, Silny Media Poznań, 2007,4, s.134-135.
7. Błaszczyk- Kostrzewa A.: Dermatologia w praktyce. PZWL Warszawa 2005, s.189-190.
8. Jawień A. (red): Inforanek, Kwartalnik, 2010, 1 (7), s.12.

9. Noszczyk W.: Rys historyczny leczenia chorób naczyń. PZWL Warszawa 1998, s.3-18.
10. Jawień A.: Kliniczne i pielęgnacyjne aspekty opieki nad chorym z owrzodzeniem żylnym. Termedia Warszawa 2008, s.103-129.
11. Szewczyk M., Cwajda J., Jawień A.: Problemy kliniczne i pielęgnacyjne leczenia ran przewlekłych. Valetudinaria Warszawa 2004, s.145-155.
12. Ślusarska B., Zarzycka D.: Podstawy pielęgniarstwa. tom 2, Czelej Lublin 2004 s.964.
13. Danysz A.: Farmakologia. PZWL Warszawa 1989, s.478.
14. Maśliński S., Dyżewski J.: Patofizjologia. PZWL Warszawa 2002, s.288-289.
15. Sopota M., Łuszczak J.: Profilaktyka i leczenie zachowawcze odleżyn. Zakażenia, Czelej Lublin 2003, s.81-88.
16. Giddens A.: Socjologia. PWN Warszawa 2005, s. 661-663.
17. Jawień A.(red): Inforanek, Kwartalnik, 2011 ,4(14), s. 5-8.
18. Jawień A.(red): Inforanek, Kwartalnik, 2009, 3 (6) , s.4.