

1. Streszczenie

Wstęp: Leczenie ran trudno gojących się i przewlekłych jest procesem, który ze względu na wydłużony czas powinien odbywać się w środowisku domowym, pod nadzorem specjalistów. Programy „Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS) i Kompleksowe Leczenie Ran Przewlekłych (KLRP) w 2019 roku zostały wydzielone w ramach Ambulatoryjnej Opieki Pielęgniarskiej (AOP). Stanowią one ważny filar w leczeniu ran przewlekłych w środowisku domowym.

Cel: Celem pracy była ocena wybranych zmiennych (stan odżywienia, stopień samoopieki, jakość życia, dolegliwości związane z raną) warunkujących funkcjonowanie społeczne osób z przewlekłymi uszkodzeniami skóry w obrębie kończyn dolnych z powodu chorób naczyń zakwalifikowanych do KLRP-1.

Materiał i metody: Do badań kwalifikowano pacjentów z raną przewlekłą o etiologii naczyniowej w obrębie kończyn dolnych spełniających kryteria włączenia do badania (deklaracja zgody, uszkodzenie skóry wg NPIAP min. 2°, Wifl 1 i pow. etiologia naczyniowa, czas wystąpienia rany min. 6 tyg., ale nie dłużej niż 36 miesięcy). Grupę zasadniczą stanowiły osoby zakwalifikowane do programu KLRP -1 w wieku od 39 do 94 lat. Rozkład płci był zróżnicowany 41,3% (n=31) kobiet i 58,7% (n=44) mężczyzn. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale 70-79 lat (32,0%) oraz 60-69 (26,7%) i 80-94 lat (26,7%). Najmniej liczną grupę odnotowano w przedziale 50-59 lat, stanowiącą 6,7%. Średnia wieku badanych (mediana; 72) wynosiła 71,56 lata, średnie odchylenie 12,10. W projektowaniu badania oparto się na metodzie szacowania i obserwacji. Dokonano przeglądu piśmiennictwa dotyczącego uszkodzeń skóry w przebiegu wybranych chorób naczyń. Przygotowano protokół naukowo badawczy składający się z dwóch części A i B. W części A zawarto dane socjodemograficzne (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, status socjalny) oraz podstawowe dane kliniczne dotyczące rany: rodzaj, obszar, lokalizacja, głębokość uszkodzenia (oceniane w skalach NPIAP, RYB, Wifl), wysięk, przyjmowane leki przeciwbólowe, wyniki badań biochemicznych, poziom samoopieki (Barthel), stan odżywienia (oceniany w NRI). W części B zawarto: kwestionariusz wywiadu dotyczący kwalifikacji podjęcia leczenia w KLRP-1, narzędzia (WHOQoL-Bref, Wound-QoL-17, MPQ). Protokół użyto dwukrotnie, na pierwszej wizycie oraz po upływie 4 tygodni w grupie badanej (n=75). Druga ocena została przeprowadzona ponownie w odstępie czasu nie krótszym niż 4 tygodnie w części B zmodyfikowano kwestionariusz wywiadu dotyczący oceny KLRP-1. Grupę kontrolną stanowiły osoby, z ranami przewlekłymi związanymi z angiopatią, które nie zostały zakwalifikowane do programu (n=75).

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę dyrektora placówki medycznej (załącznik 3) oraz pozytywną opinię Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Rzeszowskim (opinia nr 2023/03/0017). Ponadto w całym badaniu przestrzegano wytycznych Deklaracji Helsińskiej. Analizę statystyczną wykonano w programie IBM SPSS Statistics v. 21. W celu oceny zmiennych wykorzystano statystyki opisowe, histogramy, wykresy skrzynkowe i rozrzutu oraz testy normalności rozkładów Kołmogorowa-Smirnowa.

Wyniki: Większość osób przed przystąpieniem do KLRP-1 leczyła się u lekarza specjalisty 56,0% (n=42) oraz lekarza rodzinnego 42,7% (n=32). Samodzielnie leczyło się 9,3% (n=7) osób. Korzystanie z opieki pielęgniarskiej zadeklarowało łącznie 12,0% osób z czego 6,7% (n=5) u pielęgniarki specjalizującej się w leczeniu ran, a pielęgniarki środowiskowe prowadziły 5,3% (n=4) pacjentów. Czynności związane z samodzielnym zaopatrzeniem rany przed przystąpieniem do KLRP potrafiło wykonać 32,0% (n=24) respondentów. Badani, którzy nie mieli możliwości samodzielnie zaopatrzyć rany stanowili większość, stanowiąc 61,3% (n=46). Ocenę biochemiczną wykonywano podczas pierwszej wizyty kwalifikacyjnej. W badanej próbie średnia parametrów biochemicznych wynosiła NRI $143,56 \pm 16,89$, stężenie albuminy $41,39 \pm 4,86$, poziom hemoglobiny (HGB) $13,0 \pm 1,72$, leukocytów (WBC) $8,4 \pm 2,95$ oraz CRP czyli białka ostrej fazy $21,57 \pm 37,84$, nie odnotowano niedożywienia w ocenie na skali NRI (>100). W grupie badanej owrzodzenia żylne dotyczyły 37,2% (n=28), owrzodzenia mieszane 30,7% (n=23) natomiast w przebiegu cukrzycy 29,3% (n=22). Rany o etiologii tętniczej wystąpiły u 2,7% (n=2) badanych. W grupie kontrolnej dominowały owrzodzenia żylne 37,2% (n=28), oraz owrzodzenia w przebiegu cukrzycy 29,3% (n=22). Owrzodzenia mieszane wystąpiły u 26,7% (n=20), a rany o etiologii tętniczej u 6,7% (n=5). Przed przystąpieniem do KLPR dolegliwości bólowe nie były leczone (bądź chory nie doświadczał bólu) przez 44,0% (n=33) pacjentów. Słabe opioidy przyjmowało 14,7% (n=11), koanalgetyki były stosowane u 2,7% (n=2) w badaniu 0, a przyjmowanie silnych opioidów potwierdzono u 1,3% (n=1) osób. Po 4 tygodniach w badaniu 1; 48,0% (n=36) badanych nie przyjmowało leków przeciwbólowych. 17,3% (n=13) otrzymywało słabe opioidy natomiast 10,7% (n=8) koanalgetyki. Silnych opioidów nie stosowano u żadnej z osób. Przed przystąpieniem do programu w badaniu 0 ran 3° wg NPIAP (uszkodzenie skóry pełnej grubości) zostało zakwalifikowanych 74,7% (n=56), natomiast 4° (utrata pełnej grubości skóry i tkanki podskórnej z odsłonięciem tkanek takich jak kości, mięśnie) 14,7% (n=11). 2° (niepełne uszkodzenie skóry) oceniono u 9,3% (n=7) badanych. 1,3% (n=1) nie została zakwalifikowana

do żadnego stopnia uszkodzenia. Odnotowano poprawę jakości życia na skali Wound QoL17 i WHOQoL Bref w 4 tygodniowej obserwacji ($p<0.05$).

Po 4 tygodniach w badaniu 1; 60,0% ($n=45$) ran oceniono jako 2° wg NPIAP, a 3° u 25,3% ($n=19$). 4° wg NPIAP dotyczył 8,0% ($n=6$) a I (nieblednące zaczerwienienie) 5,3% ($n=4$) ran.

Wnioski: Uczestnictwo w KPLR przyspiesza proces gojenia rany poprawiając tym samym jakość życia badanych. Zmienne takie jak: wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkanie nie mają wpływu na ogólną i specyficzną ocenę jakości życia z badanych osób z raną przewlekłą. Stan odżywienia w badanej grupie nie determinuje jakości życia. Osoby prezentujące wyższy poziom samoopieki prezentują wysokie wartości subiektywnej jakości życia w obszarze fizycznym. Badani z cukrzycową chorobą stóp prezentują niższą jakość życia w porównaniu do grupy z owrzodzeniami o etiologii żylniej. Poziom zadowolenia mierzony za pomocą Wound-QoL-17 jest wyższy w grupie badanej niż kontrolnej w przypadku wszystkich wymiarów skali. W przypadku skali WHOQoL istotnie wyższy poziom zadowolenia w grupie badawczej niż kontrolnej odnotowano w przypadku skali ogólnego zadowolenia i skali obejmującej dziedzinę środowiska.

Słowa klucz: jakość życia, Kompleksowe Leczenie Ran Przewlekłych, rany, opieka pielęgniarska