



Wiedza pielęgniarek dotycząca wykorzystania i pielęgnacji dostępu naczyniowego typu port

Knowledge of nurses concerning the use and care of vascular ccess type port

Dorota Braneczka-Woźniak^{*1(D-F)}, Beata Dopierała^{2(A,B)}, Anna Jurczak^{3(A-C)}, Przemysław Ciepiela^{1(C,F)}, Elżbieta Grochans^{3(D,G)}

¹ Zakład Zdrowia Prokreacyjnego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

² Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

³ Zakład Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

A – koncepcja i przygotowanie projektu badań, B – wykonanie analiz diagnostycznych, zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie manuskryptu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy.

Autor do korespondencji: Dr n. zdr. Dorota Braneczka- Woźniak, Zakład Zdrowia Prokreacyjnego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, 71-210 Szczecin, ul. Żołnierska 48, tel. 91-48 00 920, e- mail: creatio@pum.edu.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Port naczyniowy to implantowany system dostępu do dużych naczyń żylnych o długotrwałym zastosowaniu, wykorzystywany w leczeniu wielu chorób przewlekłych.

Cel pracy. Zbadanie wiedzy teoretycznej pielęgniarek i pielęgniarzy na temat wykorzystania pielęgnacji portów naczyniowych.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono od września do listopada 2014 roku, zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem kwestionariusza autorskiego. Badaniem objęto 248 pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w dużych ośrodkach lecznictwa zamkniętego w Szczecinie, w szpitalach powiatowych oraz w opiece paliatywnej. W badaniu zastosowano: test rang Kruskala-Wallisa oraz test korelacji rang Spearmana. Przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$ jako poziom istotny statystycznie.

Wyniki. Wśród respondentów większość stanowiły kobiety - 98%. Średni wiek badanych wyniósł 44 lata. Średnia stażu pracy badanych wyniosła ponad 22 lata, większość stanowiły osoby zameżne/zonaci – 71,8%, zamieszkałe w mieście >100 tys. mieszkańców – 75%. Większość badanych wskazała na posiadanie wiedzy na temat dostępu naczyniowego typu port - 91,5%, natomiast 8,5% badanych nie posiadała takiej wiedzy. Wysoki poziom wiedzy teoretycznej uzyskało 75,8%. Przeszkolenie w zakresie pielęgnacji portu posiada 39,1% ankietowanych. Najwyższy wskaźnik wiedzy odnotowano w grupie pielęgniarek, z wykształceniem wyższym, magisterskim – 94,2%, oraz w grupie osób posiadających dodatkowe kwalifikacje – 87,3%.

Wnioski. Najwyższy poziom wiedzy na temat portów naczyniowych stwierdzono w grupie badanych pielęgniarek i pielęgniarzy mieszkających w dużych miastach, posiadających wykształcenie wyższe, wieloletnie doświadczenie zawodowe oraz dodatkowe kwalifikacje. Zachodzi konieczność przeprowadzania dodatkowych szkoleń z zakresu wiedzy teoretycznej o portach naczyniowych wśród pielęgniarek nie posiadających odpowiedniego przeszkolenia w zakresie wykorzystania i pielęgnacji portów, ale mających kontakt z pacjentem z wszczepionym akcesem naczyniowym.

Słowa kluczowe: pielęgniarki, wiedza, dostęp naczyniowy port

SUMMARY

Background. Venous ports are small medical appliances installed beneath the skin. They are increasingly commonly used in treatment for chronic diseases.

Objective. To assess nurses' knowledge of venous access device care.

Material and methods. This survey-based study was conducted from September to November 2014, using the author's questionnaire. It included 248 nurses working in inpatient care settings in Szczecin, county hospitals, and palliative care centres. The Kruskal-Wallis rank test and the Spearman rank correlation test were applied in the study. The level of significance was set at $p \leq 0.05$.

Results. Women constituted 98% of the respondents. The mean age was 44 years. The average work seniority was over 22 years. Most respondents were married (71.8%) and lived

in towns/cities of over 100,000 (75%). The majority of the surveyed (91.5%) had knowledge concerning venous access ports, whereas 8.5% had no such knowledge. Some 75.8% had profound theoretical knowledge, and 39.1% had been trained on the use of venous access ports. The highest levels of knowledge were observed in nurses with a master's degree (94.2%) and those with additional qualifications (87.3%).

Conclusions. The highest levels of knowledge concerning venous access ports were observed in the group of nurses living in big towns/cities and having higher education, a lot of years of professional experience, and additional qualifications. There is the need for additional training courses on the use of venous access ports for nurses who have no adequate knowledge of these issues and have contact with patients with implanted venous access ports.

Keywords: nurses, knowledge, venous access port

WSTĘP

Port naczyniowy jest to implantowany system dostępu do dużych naczyń żylnych o długotrwałym zastosowaniu. [1]. Dynamiczny rozwój medycyny oraz dostępność nowatorskich metod leczenia pozwoliły na rozszerzenie zastosowania portów poza leczeniem onkologicznym, w chorobach przewlekłych, w opiece paliatywnej oraz w oddziałach hematologicznych. Implantacja portu dożylnego, obecnie stała się koniecznością w leczeniu wielu chorób a powodzenie terapii często zależy od stałego i pewnego dostępu do naczyń krwionośnych. W opiece paliatywnej pozwala to na wczesne monitorowanie narastających dolegliwości bólowych, psychosocjalnych, niesprawności oraz negatywnych emocji związanych z chorobami o niekorzystnym rokowaniu. Umożliwia zastosowanie wszechstronnych działań poprawiających jakość życia, włączenie całego zespołu interdyscyplinarnego oraz ustalenie zagrożeń i potrzeb pacjenta i jego bliskich [2-5]. W trakcie długoterminowego leczenia porty odgrywają ważną rolę nie tylko dla pacjenta, są niezbędnym elementem tego procesu dzięki możliwości wielokrotnego wykorzystania implantu, łatwości obsługi, oraz możliwości szybkiego dostępu do naczynia żylnego. Jest to szczególnie istotne w leczeniu chorób przewlekłych, takich jak Przewlekła Obturacyjna choroba Płuc (POChP) lub astmy oskrzelowej, gdzie można się spodziewać nagłego pogorszenia zdrowia i konieczności szybkiej interwencji farmakologicznej. [6,4]. Port naczyniowy bywa nieodzowny w przypadku leczenia dzieci z chorobami onkologicznymi, kiedy leczenie rozpoczyna się bardzo wczesnie, a uzyskanie dostępu żylnego obwodowego nie jest łatwe. Zastosowanie bezpiecznego akcesu poprawia jakość życia małego pacjenta, pozwala na swobodne poruszanie się, udział w zabawie oraz poprawia komfort psychiczny chorych i ich rodzin [7]. Obecność cewnika centralnego sprzyja występowaniu powikłań, dlatego ważne jest stosowanie zasad profilaktyki, szkolenia personelu a także edukacja pacjenta. Przy zachowaniu dbałości w przestrzeganiu procedur dotyczących zachowania aseptyki na każdym etapie postępowania, implant może być wykorzystywany przez wiele lat [8,9,4]. Opieka nad pacjentem z implantowanym dostępem naczyniowym wymaga współpracy całego zespołu interdyscyplinarnego. Pielęgniarka dzięki wnikliwej obserwacji ma możliwość wychycenia nieprawidłowych zmian w stanie pacjenta jak i w stanie technicznym implantu oraz przekazania informacji pozostałym członkom zespołu. Pozwala to na wczesne zapobieganie powikłaniom, ale wymaga posiadania niezbędnej wiedzy teoretycznej oraz praktycznej w zastosowaniu portów naczyniowych potwierdzonej odpowiednim przeszkoleniem [9,10]. Wyznacznikiem prawidłowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem z implantowanym dojściem dożylnym jest brak powikłań, dobry stan portu oraz zadowolenie pacjenta z tego typu rozwiązania.

Celem pracy było zbadanie wiedzy teoretycznej pielęgniarek i pielęgniarzy na temat wykorzystania i pielęgnacji portów naczyniowych

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w okresie od września do listopada 2014 roku. Badaniem objęto 248 osób, dobranych przypadkowo wśród personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w szczecińskich szpitalach klinicznych, specjalistycznych, miejskich, opieki długoterminowej. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem techniki ankiety. Informacje zebrano przy pomocy kwestionariusza autorskiego, zawierającego 20 pytań i składającego się z dwóch części. Pierwsza część arkusza zawierała 12 pytań umożliwiających ocenę socjodemograficzną grupy badanej, druga część kwestionariusza zawierała 8 pytań ankietowych i dotyczyła wiedzy teoretycznej z zakresu charakterystyki dojścia naczyniowego, sposobów wykorzystania oraz pielęgnacji implantu.

Analiza statystyczna

W analizie opisowej przedstawiono liczebność i procent odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza. Zastosowano średnią arytmetyczną i odchylenie standardowe. Zastosowany w badaniu test korelacji rang Spearmana określił wpływ zmiennych, takich jak: grupy wiekowe, wykształcenie, liczbę dodatkowych kwalifikacji, oraz staż pracy, na stopień posiadanej wiedzy pielęgniarek. W przypadku zmiennej: samoocena posiadanej wiedzy, zastosowano test U Manna-Whitneya do porównywania dwóch prób niezależnych (grup). W przypadku zmiennej: miejsce zamieszkania, zastosowano test rang Kruskala-Wallisa, stosowany do porównania wielu prób niezależnych (grup). Współzależność pomiędzy dwiema zmiennymi, obliczono za pomocą współczynnika korelacji R. Spearmana. Przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$ jako poziom istotny statystycznie.

WYNIKI

Charakterystyka grupy badanej

Badaniem objęto 248 osób, dobranych przypadkowo wśród personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w szczecińskich szpitalach klinicznych, specjalistycznych, miejskich, opieki długoterminowej. Większość stanowiły osoby zamężne/żonaci – 71,8%, zamieszkałe w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców – 75%. Respondenci pracowali w jednostkach: szpitalach klinicznych – 27,4%, specjalistycznych – 21,7%, w szpitalu wojewódzkim – 19,1% i powiatowym miasta Szczecina – 13,4%, a także osoby zatrudnione w opiece paliatywnej/długoterminowej- 10,8%. Wśród ankietowanych większość stanowiły kobiety – 98%.

Średni wiek badanych wyniósł 44 lata, w zakresie od 22 do 64 lat. Średnia stażu pracy wynosiła 22 lata. Minimalny okres zatrudnienia wynosił- 1 rok, maksymalny- 40 lat. Najliczniejszą grupę stanowili badani z wykształceniem wyższym- 4,8%. Zdecydowana większość respondentów- 91,9%, wskazała na posiadanie dodatkowych kwalifikacji.

Poziom wiedzy teoretycznej

Średnia poziomu wiedzy badanych na temat dojścia naczyniowego typu port wyniosła 6,92 punktu, jest to wynik średniego poziomu wiedzy na granicy poziomu wysokiego. Wyższy poziom prezentowali mężczyźni ze średnią- 7,40 punktu (poziom wysoki), przy średniej kobiet- 6,91 punktu (poziom przeciętny, na granicy wysokiego) (Tab. 1).

Tabela 1. Poziom wiedzy w grupach płci.

Płeć	N	$\bar{x} \pm SD$	Min - Max	Q1 - Q3	Me
kobieta	243	6,91 - 1,963	0,0 - 8,0	7,0 - 8,0	8,0
mężczyzna	5	7,40 - 0,894	6,0 - 8,0	7,0 - 8,0	8,0
Razem	248	6,92 - 1,948	0,0 - 8,0	7,0 - 8,0	8,0

$\bar{x} \pm SD$ - średnia i odchylenie standardowe; Min- Max- wartość minimalna, maksymalna, n- liczba badanych Q1- kwartył dolny; Q3- kwartył górny; ME- mediana

Kategoryzacja poziomu wiedzy

Zdecydowana większość badanych 232 osoby (93,5%), odpowiedziała poprawnie, na pytanie czym jest port naczyniowy, błędnej odpowiedzi udzieliło 16 osób (6,5%). W pytaniu o wskazania do implantacji portu naczyniowego, zdecydowana większość respondentów udzieliła odpowiedzi prawidłowej – 230 osób (92,7%), odpowiedzi błędnej udzieliło 18 osób (7,3%). Zdecydowana większość badanych stwierdziła, że implantację podskórną portu naczyniowego wykonuje się w warunkach sali operacyjnej, w znieczuleniu miejscowym – 214 osób (86,3%), co stanowiło odpowiedź poprawną, błędnie na postawione pytanie odpowiedziało 34 osób (13,7%). Możliwość przetaczania płynów uzyskuje się poprzez założenie specjalistycznej igły Hubera do portu. Zdecydowana większość badanych udzieliła poprawnej odpowiedzi na pytanie – 212 osób (85,5%), błędnej odpowiedzi udzieliło 36 osób (14,5%). Osobą zakładającą specjalistyczną igłę Hubera do portu jest zarówno lekarz jak i pielęgniarka posiadająca przeszkolenie. Prawidłowej odpowiedzi udzieliło 201 osób (81,0%), błędnej odpowiedzi udzieliło 57 osób (19%). Pytanie dotyczące pielęgnacji założonej igły Hubera zawierało szereg odpowiedzi prawidłowych, warunkiem uzyskania punktu

była konieczność zaznaczenia sformułowania „wszystkie odpowiedzi prawidłowe”. Zdecydowana większość badanych stwierdziła, że wymagania pielęgnacyjne przy założonej igły do portu polegają zarazem na kontroli miejsca wkłucia igły, przestrzeganiu zasad aseptyki i antyseptyki oraz udokumentowaniu wykonywanych czynności (wszystkie odpowiedzi prawidłowe). Prawidłowej odpowiedzi udzieliły 222 osoby (89,5%), błędnej odpowiedzi udzieliło 22 osoby (10,5%). Zdecydowana większość badanych stwierdziła, że wykorzystanie implantowanego portu naczyniowego polega zarazem na: podawaniu leków silnie drażniących naczynia żylne, np: leki cytostatyczne, do żywienia pozajelitowego i doraźnie, w innych ośrodkach leczenia niż specjalistyczne (wszystkie odpowiedzi prawidłowe) – 198 osób (79,8%), błędnej odpowiedzi udzieliło 50 osób (20,2). Większość badanych stwierdziła, że warunkiem wykorzystania portu naczyniowego w innym ośrodku niż specjalistyczny jest posiadanie igły Hubera do nakłucia portu, posiadanie przeszkolenia i uzyskanie zgody pacjenta (wszystkie odpowiedzi prawidłowe) – 206 osób (83,1%), błędnej odpowiedzi udzieliły 42 osoby (16,9%) (Tab. 2,3).

Tabela 2. Kategoryzacja poziomu wiedzy.

	Treść pytań	Prawidłowe odpowiedzi	Punkty
1	Port naczyniowy to:	- wszczepialny podskórnie, trwały dostęp do naczyń żylnych - wkłucie centralne podobojczykowe - wkłucie do żyły szyjnej zewnętrznej - nie wiem	0-1
2	Wskazaniem do implantacji portu naczyniowego jest:	- konieczność długoterminowego leczenia preparatami podawanymi drogą dożylną - konieczność doraźnego podania leków - pobieranie krwi do badań - nie wiem	0-1
3	Implantację podskórną portu naczyniowego wykonuje się:	- w warunkach sali operacyjnej, w znieczuleniu miejscowym - w gabinecie zabiegowym - przy łóżku chorego - nie wiem	0-1
4	Możliwość przetaczania płynów uzyskuje się poprzez:	- założenie specjalistycznej igły Hubera do portu - nie ma potrzeby zakładania igły - bezpośrednie podłączenie linii infuzyjnej - nie wiem	0-1

5	Specjalistyczną igłę Hubera można założyć do portu:	- tylko lekarz - tylko pielęgniarka - zarówno lekarz jak i pielęgniarka posiadająca przeszkolenie - nie wiem	0-1
6	Pielęgnacja założonej igły do portu wymaga:	- kontroli miejsca wkłucia igły - przestrzegania zasad aseptyki i antyseptyki - udokumentowania wykonanych czynności - wszystkie wyżej wymienione czynności - nie wiem	0-1
7	Implantowany port naczyniowy może być wykorzystywany:	- do podawania leków silnie drażniących naczynia żyłne, np.: leki cytostaticzne - do żywienia pozajelitowego - doraźnie, w innych ośrodkach leczenia niż specjalistyczne - wszystkie wyżej wymienione okoliczności - nie wiem	0-1
8	Warunkiem wykorzystania portu naczyniowego w innym ośrodku niż specjalistyczny jest	- posiadanie igły Hubera do nakłucia portu - posiadanie przeszkolenia - uzyskanie zgody pacjenta - wszystkie wyżej wymienione okoliczności - nie wiem	0-1
	Ogółem		0-8

Tabela 3. Wyniki średnie poziomu wiedzy.

	Treść pytania	Wartość oczekiwana	%	$\bar{x} \pm SD$
1	port naczyniowy jest to:	1	93,5	0,94-0,246
2	wskazaniem do implantacji portu naczyniowego jest:	1	92,7	0,93-0,260
3	implantację podskórną portu naczyniowego wykonuje się:	1	86,3	0,86-0,345
4	możliwość przetaczania płynów uzyskuje się poprzez:	1	85,5	0,85-0,353
5	specjalistyczną igłę Hubera można założyć do portu:	1	81,0	0,81-0,393
6	pielęgnacja założonej igły do portu wymaga:	1	89,5	0,90-0,307
7	implantowany port naczyniowy może być wykorzystywany:	1	79,8	0,80-0,402

8	warunkiem wykorzystania portu naczyniowego w innym ośrodku niż specjalistyczny jest	1	83,1	0,83-0,376
---	---	---	------	------------

$\bar{x} \pm SD$ - średnia i odchylenie standardowe, n- liczba badanych

Korelacje poziomu wiedzy a wytypowane zmienne Miejsce zamieszkania

Ze względu na przyjęty poziom istotności ($p < 0,05$), odnotowano istotną statystycznie różnicę pomiędzy miejscem zamieszkania respondentów a poziomem prezentowanej wiedzy (Tab. 4).

Tabela 4. Korelacja poziomu wiedzy w grupach miejsca zamieszkania.

df	H=	p
(3 N=248)	16,5504	0,0009

test rang Kruskala- Wallisa, p-poziom istotności

Najwyższy wskaźnik wyników wysokich poziomu wiedzy odnotowano w grupie zamieszkującej w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców – 151 osób (81,2%). Najniższy wskaźnik wyników wysokich odnotowano w grupie zamieszkującej w mieście do 10 tys. mieszkańców – 13 osób (44,8%) (Tab. 5).

Tabela 5. Wyniki poziomu wiedzy w grupach miejsca zamieszkania.

Miejsce zamieszkania	Wieś		Miasto do 10 tys.		Miasto do 100 tys.		Miasto > 100 tys.	
	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	n
Średnia punktowa	6,76 ± 2,07		5,79 ± 2,30		6,92 ± 2,07		7,11 ± 1,82	
p	n	%	n	%	n	%	n	%
brak wiedzy	1	4,8	3	10,3	1	8,3	8	4,3
niski	1	4,8	3	10,3	1	8,3	10	5,4
średni	4	19,0	10	34,5	1	8,3	17	9,1
wysoki	15	71,4	13	44,8	9	75,0	151	81,2
Razem	21	100,0	29	100,0	12	100,0	186	100,0

$\bar{x} \pm SD$ - średnia i odchylenie standardowe; Min- Max- wartość minimalna, maksymalna, n- liczba badanych Q1- kwartył dolny; Q3- kwartył górny; ME- mediana

Wykształcenie

Wykształcenie badanych pozostawało w istotnej statystycznie, niskiej korelacji z wynikami poziomu wiedzy ($p < 0,05$) (Tab. 6).

Tabela 6. Korelacja wykształcenia i wyników poziomu wiedzy.

n	R	t(N-2)	p
248	0,139	2,202	0,029

R- współczynnik korelacji rang Spearmana; t(N-2) – statystyka testu sprawdzającego istotność współczynnika korelacji R; p- poziom istotności wyznaczony dla statystyki; n- liczba badanych

Najwyższy wskaźnik wyników wysokich odnotowano w grupie z wykształceniem magisterskim- 49 osób (94,2%). Najniższy z wykształceniem licencjackim- 57 osób (67,9%). Najwyższą wartość punktową poziomu wiedzy odnotowano w grupie z wykształceniem magisterskim- 7,6, najniższą z wykształceniem średnim - 6,71 (Tab. 7).

Tabela 7. Wyniki poziomu wiedzy w grupach wykształcenia.

Wykształcenie	średnie		licencjackie		magisterskie	
	—	±SD	—	±SD	—	±SD
Średnia punktowa	6,71	± 2,28	6,76	± 1,70	7,60	± 1,30
p	n	%	n	%	n	%
brak wiedzy	9	8,0	3	3,6	1	1,9
niski	7	6,3	7	8,3	1	1,9
średni	14	12,5	17	20,2	1	1,9
wysoki	82	73,2	57	67,9	49	94,2
Razem	112	100,0	84	100,0	52	100,0

— ±SD- średnia i odchylenie standardowe; Min- Max- wartość minimalna, maksymalna, n- liczba badanych Q1- kwartył dolny; Q3- kwartył górny; ME- mediana

Dodatkowe kwalifikacje

Liczba dodatkowych kwalifikacji pozostawała w istotnej statystycznie, niskiej korelacji z wynikami poziomu wiedzy ($p < 0,05$) (Tab. 8).

Tabela 8. Korelacja ilości dodatkowych kwalifikacji i wyników poziomu wiedzy.

n	R	t(N-2)	p
248	0,261	4,234	0,000

R- współczynnik korelacji rang Spearmana; t(N-2) – statystyka testu sprawdzającego istotność współczynnika korelacji R; p- poziom istotności wyznaczony dla statystyki; n- liczba badanych

Najwyższy wskaźnik wysokich wyników poziomu wiedzy odnotowano wśród ankietowanych mających trzy dodatkowe kwalifikacje- 55 osób (87,3%) oraz mających cztery dodatkowe kwalifikacje - 8 osób (85,7%). Najniższy wskaźnik wyników wśród osób nie mających dodatkowych kwalifikacji - 8 osób (40,0%). Najwyższą wiedzę odnotowano wśród mających trzy dodatkowe kwalifikacje. Najniższą natomiast wśród nie mających żadnych dodatkowych kwalifikacji. Najwyższą wartość punktową poziomu wiedzy odnotowano w grupie mających cztery dodatkowe kwalifikacje średnia punktowa- 7,43 pkt., z trzema –7,4 pkt. i dwoma dodatkowymi kwalifikacjami- 7,07 pkt. Najniższą wśród nie mających żadnej dodatkowej kwalifikacji- 4,45 pkt. Wartość punktowa nie pokrywa się z poziomem wiedzy badanych, w grupach ilości dodatkowych kwalifikacji (Tab. 9).

Tabela 9. Wyniki korelacji poziomu wiedzy i dodatkowych kwalifikacji.

Liczba	brak		jedna		dwie		trzy		cztery	
	—	±SD	—	±SD	—	±SD	—	±SD	—	±SD
Średnia punktowa	4,45	± 3,03	6,82	± 1,90	7,07	± 1,69	7,40	± 1,49	7,45	± 1,33
p	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
brak wiedzy	5	25,0	3	5,4	3	3,4	2	3,2	0	0,0
niski	6	30,0	3	5,4	2	2,3	2	3,2	2	9,5
średni	1	5,0	11	19,6	15	17,0	4	6,3	1	4,8
wysoki	8	40,0	39	69,6	68	77,3	55	87,3	18	85,7
Razem	20	100,0	56	100,0	88	100,0	63	100,0	21	100,0

— ±SD- średnia i odchylenie standardowe; Min- Max- wartość minimalna, maksymalna, n- liczba badanych Q1- kwartył dolny; Q3- kwartył górny; ME- mediana

Staż pracy

Staż pracy badanych nie pozostawał w istotnej statystycznie korelacji z wynikami poziomu wiedzy ($p > 0,05$) (Tab. 10).

Tabela 10. Korelacja stażu pracy i wyników poziomu wiedzy.

n	R	t(N-2)	p
248	-0,080	-1,255	0,211

R- współczynnik korelacji rang Spearmana; t(N-2) – statystyka testu sprawdzającego istotność współczynnika korelacji R; p- poziom istotności wyznaczony dla statystyki; n- liczba badanych

Najwyższy wskaźnik wysokich wyników poziomu wiedzy odnotowano wśród badanych o stażu pracy 11-20 lat – 52 osoby (86,7%) oraz o stażu pracy 21-30 lat – 68 osób (75,6%). Najniższy o stażu pracy 30-40 lat – 38 osób (67,9%). Najwyższą wiedzę odnotowano wśród badanych o stażu 11-20 lat oraz 21-30 lat, najniższą o stażu pracy 31-40 lat. Najwyższą wartość punktową poziomu wiedzy odnotowano w grupie o stażu pracy 11-20 lat - średnia punktowa – 7,37 oraz w grupie 21-30 lat – 6,94 pkt. Najniższą o stażu pracy do 10 lat – 6,37. Wartość punktowa nie pokrywa się z poziomem wiedzy w grupach stażu pracy. (Tab. 11).

Tabela 11. Korelacja wiedzy w aspekcie stażu pracy.

Staż pracy	do 10 lat		11-20 lat		21-30 lat		31-40 lat	
	—	±SD	—	±SD	—	±SD	—	±SD
Średnia punktowa	6,57	± 2,20	7,37	± 1,38	6,94	± 1,92	6,64	± 2,24
p	n	%	n	%	n	%	n	%
	brak wiedzy	3	7,1	2	3,3	4	4,4	4
niski	4	9,5	0	0,0	5	5,6	6	10,7
średni	5	11,9	6	10,0	13	14,4	8	14,3
wysoki	30	71,4	52	86,7	68	75,6	38	67,9
Razem	42	100,0	60	100,0	90	100,0	56	100,0

— ±SD- średnia i odchylenie standardowe; Min- Max-. wartość minimalna, maksymalna, n- liczba badanych Q1- kwartył dolny; Q3- kwartył górny; ME- mediana

W świetle literatury światowej jak również polskiej, wykorzystanie oraz pielęgnacja implantu w znacznej mierze spoczywa w rękach pielęgniarek. Stawia to przed środowiskiem pielęgniarskim wymóg rzetelnej znajomości zagadnień teoretycznych i praktycznych potwierdzonych odpowiednim certyfikatem [4,8-11]. Wobec powyższych stwierdzeń, celowe wydaje się prowadzenie badań w zakresie wiedzy pielęgniarek na temat pielęgnacji, nie ma to jednak odzwierciedlenia w literaturze, w postaci opublikowanych badań. Problem braku publikacji na ten temat, podnosi również w swej pracy Chernecky C. [12]. Wiedza na temat wykorzystania i pielęgnacji portów naczyniowych, stosowanie procedur postępowania, właściwego sprzętu, pozwala uniknąć wielu powikłań, a tym samym podnosi komfort pacjenta oraz satysfakcję z wykonywanej pracy.

WNIOSKI

Najwyższy poziom wiedzy na temat portów naczyniowych stwierdzono w grupie badanych pielęgniarek i pielęgniarzy mieszkających w dużych miastach, posiadających wykształcenie wyższe, wieloletnie doświadczenie w pracy zawodowej oraz dodatkowe kwalifikacje.

Zachodzi konieczność przeprowadzania dodatkowych szkoleń z zakresu wiedzy teoretycznej i praktycznej o portach naczyniowych wśród pielęgniarek nie posiadających odpowiedniego przeszkolenia w zakresie wykorzystania i pielęgnacji portów, ale mających kontakt z pacjentem z wszczepionym akcesem naczyniowym.

PIŚMIENNICTWO

- Jarosz J., Krzakowski M., Dworzański K.: Wszczepialne systemy dostępu naczyniowego o długotrwałym zastosowaniu („porty”). Spotkanie uzgodnieniowe. *Wiad Lek* 2007;(1): 98-101.
- Ciałkowska-Rysz A., Dzierżanowski T.: Podstawowe zasady farmakoterapii bólu u chorych na nowotwory i inne przewlekłe, postępujące, zagrażające życiu choroby. *Med Paliat* 2014;6(1): 1-6.
- Łuczak J., Kotlińska-Lemieszek A.: Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna. *Now Lek* 2011;(80)1: 3-15.
- Modlińska A.: Opieka paliatywna-interdyscyplinarna z natury. *Med Paliat* 2013;tomV(4): 157-62.
- Młynarski R.: Porty dożylny u pacjentów onkologicznych. Analiza sześciu lat stosowania portów dożylnych w Centrum Onkologii Ziemi Lubuskiej. *Onkol. I Radioter* 2008;2(4).
- Młynarski R.: Procedura obsługi portu dożylnego. *Onkol. Info* 2008;5(1): 37-40.
- Barwińska-Pobłocka K., Wydra D., Abacje-Chmylko A.: Zastosowanie portów naczyniowych u chorych onkologicznych. *Ginek Pol* 2013;(84): 339-43.
- Bucki B., Tomaszewska R., Bubala H.: Zastosowanie długoterminowego, implantowanego podskórnego akcesu do układu żył centralnych typu „Port” w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii Dziecięcej w Zabrze – 15 lat obserwacji własnych. *Wiadomości Lekarskie* 2009;tom LXII (2): 93-8.
- Goździk J.: Porty naczyniowe – zastosowanie kliniczne. *Przew Lek* 2007;1: 98-103.
- Nicpoń J., Kaczmarek-Bobrowska B., Pelc M.: Żyłne cewniki centralne a powikłania. *Prz Med Univ Rzesz Inst Leków*. Rzeszów 2014;1: 97-106.
- Schiffer Ch. A., Mangu P., Wade J. C.: Central Venous Catheter Care for the patient with Cancer: *American Society of Clinical Oncology Practice Guideline J Clin Oncol* 2013;31: 1357 – 70.
- Chernecky C., Casella L., Jarvis E.: Nurses’ Knowledge of Intravenous Connectors. *Journal of Research in Nursing*

2010;15(5): 405-15.