

Warto przeczytać:

**Stanowisko
Polskiego Towarzystwa
Pielęgniarskiego
w sprawie czasu pracy
przeznaczonego
na raport pielęgniarski**

s. 5

**Opinia
Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w sprawie
przekazywania
raportów
pielęgniarskich**

s. 6

**Opinia Krajowego
Konsultanta
w Dziedzinie
Pielęgniarstwa
Pediatricznego
w sprawie sposobu
dokumentowania
świadczeń
zdrowotnych
realizowanych przez
pielęgniarki
w oddziałach
i szpitalach
pediatrycznych**

s. 7

W n u m e r z e:

Biuletyn 6/2010

1 czerwca 2010 roku

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

- 2 Słoneczne słowo przewodniczącej
- 3 Serwis informacyjny
- Opinie radcy prawnego**
- 8 Minimalne normy zatrudnienia na oddziale intensywnej terapii
- Sprawozdania**
- 9 Dzień z pielęgniarką i położną
Agata Wojcierowska
- 10 Piękna broszka szkolna
- 13 Obraz choroby u dziecka
Monika Kowalska-Wojtysiak
- Okiem psychologa**
- 16 Integracja sensoryczna
Jolanta Kałużna
- 19 Utrzymanie prawidłowej temperatury ciała noworodka
Wioletta Cedrowiska, Elżbieta Kozioł
- 21 **Kącik biblioteczny**
- 22 Choroba sieroca
Beata Pietrzak
- Kącik emerytek**
- 27 Piękna Polska nasza!
Zdzisława Kulesza
- 27 Podziękowania
- 28 Konferencje, szkolenia

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Adres redakcji: 90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17

tel. 42-633 22 48; fax 42-633 68 74; e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

Redaktor Naczelna: mgr Maria Kowalska

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPIP.

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.

ISSN: 1640-7679

Skład: OIPIP – Agnieszka Wypych

Nakład: 3700 egzemplarzy

Druk: BiK – M. Bernaciak, 91 - 729 Łódź, ul. Smutna 16

Słoneczne słowo Przewodniczącej

Szanowne Koleżanki i Koledzy
Drodzy Czytelnicy,

„Trzeba umieć iść
słoneczną stroną życia”
(Maria Rodziewiczówna)

Lato – słoneczna i ciepła pora roku, na którą wszyscy z utęsknieniem czekamy. Czas urlopów, wytchnienia i zasłużonego odpoczynku, dla zmęczonych ciężką pracą i działaniami na rzecz silnej pozycji naszego samorządu – jednym słowem dla nas wszystkich.

Mamy krótką letnią chwilę odwracania się od nawału codziennych spraw. Po tej przerwie czekają nas nowe, trudne wyzwania i dużo odpowiedzialnej, długofalowej pracy. Polityka zdrowotna to dziedzina ciągle niedoskonała rozwijająca się i mało precyzyjna. W tym gąszczu ciągle zmieniających się przepisów jest ogrom niewiadomych spraw, a tym samym wiele miejsca na pracę naszego Samorządu, aby to co niewiadome i niezrozumiałe stało się jawne i ogólnodostępne. Nasza wspólna praca ma przekładać się na więcej „normalności”. Oznacza to rzetelną i konsekwentną realizację wytyczonych zadań tak, aby przełożyło się to na lepsze warunki pracy lepszą jakością świadczeń medycznych czy wreszcie wynagrodzenia. Jesteśmy zawodami zaufania publicznego a jednak podważono obligatoryjną przynależność do korporacji zawodowej. Nieustannie jesteśmy na cenzurowanym, dlatego proszę Wszystkich o przemyślenia w tej kwestii. Czy rzeczywiście tak długo oczekiwa-



na samorządność zawodowa powinna nieoczekiwanie przejść pod kontrolę państwa, czy jak do tej pory powinna rządzić się sama? Niech każdy z Was rozważy to zgodnie z własnym sumieniem. Za wszystkie Państwa głosy i uwagi w tej sprawie będę bardzo wdzięczna.

Na kanwie tych wynurzeń chciałabym Wszystkim Państwu gorąco i serdecznie podziękować za konstruktywną współpracę, na rzecz kształtowania pozytywnego wizerunku samorządu pielęgniarek i położnych, ufając jednocześnie, że nadchodzący okres lata i słońca, będzie dla Państwa czasem, refleksji, odpoczynku i radości.

Życzę Wszystkim Państwu pięknej, słonecznej pogody, optymizmu i zasłużonego letniego wypoczynku, wesołych, słonecznych i bezpiecznych urlopowych chwil oraz więcej uśmiechu na co dzień i szybkiego i szczęśliwego powrotu do rzeczywistości.

Do miłego spotkania we wrześniu.

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi
mgr Zofia Komorowska

Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia

ORPiP w dniu 13 kwietnia br.

- > Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 2 pielęgniarkom, 1 położnej.
- > Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek 5 pielęgniarek.
- > Wymieniono prawo wykonywania zawodu 3 pielęgniarkom.
- > Podjęto 8 uchwał dotyczących rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.
- > W związku z rezygnacją mgr Zofii Komorowskiej z funkcji przewodniczącej Komisji Kształcenia, Okręgowa Rada powołała na to stanowisko mgr Wiesławę Jędrzychowską.
- > Z powodu braku zainteresowanych pracą w Komisji Promocji Zdrowia – podjęto uchwałę o jej zamknięciu.
- > Podjęto uchwałę w sprawie poparcia kandydatury mgr Grażyny Kowalskiej do pełnienia funkcji Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki.
- > Powołano zespoły do przeprowadzenia kontroli organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, zarejestrowanych w OIPiP w Łodzi.
- > Zatwierdzono organizację roku szkolnego 2010/2011 w Policealnej Szkole Opiekunów Medycznych przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.
- > Podjęto uchwały w sprawie uzupełnienia zbiorów Biblioteki Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi oraz zakupu sprzętu biurowego do Biura OIPiP w Łodzi.
- > Zatwierdzono składy osobowe kadry dydaktycznej do prowadzenia szkoleń i kursów organizowanych przez OIPiP w Łodzi w I półroczu 2010 roku.
- > Przyznano dofinansowania w konferencjach 10 osobom.
- > Podjęto decyzję w sprawie sfinansowania kosztów konferencji organizowanej przez Komisję Pielęgniarek Psychiatrycznych – Światowy dzień Zdrowia Psychicznego.
- > Zatwierdzono dodatkowe edycje kursów finansowanych i organizowanych przez OIPiP w Łodzi:
 - kursu specjalistycznego w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej – 3 edycje,
 - kursu specjalistycznego w zakresie wykonania i interpretacji zapisu EKG – 1 edycję,
 - kursu specjalistycznego w zakresie szczepień ochronnych, program dla pielęgniarek – 1 edycję.

- > Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych do udziału w komisjach egzaminacyjnych.
- > Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych do udziału w komisjach konkursowych na stanowisko pielęgniarek oddziałowych: WSSz im M. Kopernika w Łodzi w 16 oddziałach oraz Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej w Piotrkowie Trybunalskim w 3 oddziałach.

Prezydium ORPiP w dniu 28 kwietnia br.

- > Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 6 pielęgniarkom.
- > Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek 3 pielęgniarki i 1 położną.
- > Wymieniono 1 pielęgniarcę prawo wykonywania zawodu.
- > Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi 1 pielęgniarkę.
- > Podjęto 5 uchwał dotyczących rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.
- > Podjęto uchwałę w sprawie zatrudniania na stanowisko sekretarki w Policealnej Szkole Opiekunów Medycznych przy OIPiP w Łodzi.
- > Przyznano zapomogi bezzwrotne: 3 osobom – 1 500,00 zł, 1 osobie – 750,00 zł, 2 osobom – 500,00 zł.
- > Przyznano dofinansowania w: kursach kwalifikacyjnych – 72 osobom, kursie specjalistycznym – 30 osobom, konferencji – 21 osobom.
- Odmówiono dofinansowania ze względów regulaminowych – wnioski złożone po terminie – 3 osobom. Rozpatrzone pozytywnie 1 wniosek o przedłużenie terminu odbioru dofinansowania.
- > Przyznano nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich na wydziale pielęgniarstwa/położnictwa z oceną bardzo dobry w dyplomie – 2 osobom.
- > Przyznano honoraria za artykuły opublikowane w Biuletynie 4/2010 – 8 autorom.
- > Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych do udziału w komisjach egzaminacyjnych.
- > Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych do udziału w komisji konkursowej na stanowisko pielęgniarki przełożonej w Wojewódzkim Ośrodku Diabetologii i Chorób Metabolicznych.

oprac. mgr Anna Manes – sekretarz ORPiP w Łodzi

Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w sprawie czasu pracy przeznaczonego na raport pielęgniarski

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego stoi na stanowisku, że czas przeznaczony na przekazanie informacji na temat stanu pacjentów w poszczególnych jednostkach opieki całodobowej tzw. ustny raport pielęgniarski powinien być wliczany do czasu pracy poszczególnych pielęgniarek/położnych pełniących dyżur.

Uważamy, że kadra zarządzająca placówkami ochrony zdrowia w Polsce powinna organizować pracę pielęgniarek/położnych w taki sposób, aby:

- ustne przekazanie raportu mieściło się w wymiarze czasu pracy pielęgniarek/położnych zdających i przyjmujących dyżur, co możliwe jest gdy dyżury nakładają się na siebie. Standardem w innych krajach jest wspólny czas pracy pomiędzy zmianami tzw. obchód pielęgniarski, który trwa od 15 do 60 minut w zależności od specyfiki jednostki (profilu pacjentów) i pory dnia;

- obsada poszczególnych dyżurów umożliwiła przed jego zakończeniem dokonania wpisu w księdze raportów pielęgniarskich części statystycznej oraz prowadzenie indywidualnej dokumentacji pacjentów wraz podpisami osób kończących dyżur. Forma pisemna nie może zastąpić ustnego przekazania raportu, gdyż zmiana rozpoczynająca dyżur musiałaby mieć minimum godzinę na szczegółowe przeczytanie wszystkich zapisów w poszczególnych drukach dokumentacji medycznej, bez świadczenia w tym czasie usług, co stanowiłoby zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów;

- możliwe było zbilansowanie czasu pracowników wykorzystywanego na pracę i czasu wolnego dla zapewnienia bezpiecznej pracy i bezpieczeństwa pacjentom.

Raport pielęgniarski jest formą obowiązkowego, oficjalnego przekazywania przez pielęgniarki kończące swoją zmianę (dyżur) informacji o stanie zdrowia pacjentów kolejnej zmianie rozpoczynającej dyżur. Jest to podstawowy warunek ciągłości opieki nad chorymi. Raport składa się z dwóch części: ogólnej statystycznej i szczegółowej. W części szczegółowej znajduje się charakterystyka sytuacji zdrowotnej wybranych pacjentów. Kryterium wyboru jest ich stan, tj. ciężko chory, umierający, nowo przyjęty, po inwazyjnych badaniach diagnostycznych, zabiegach operacyjnych itp. Treść informacji skupiona jest na istotnych zmianach w stanie zdrowia pacjentów, do jakich doszło w trakcie trwania dyżuru, odzwierciedla sytuację zdrowotną opisywanego pacjenta poprzez pryzmat zgłaszanych objawów, dolegliwości, problemów lub niezaspokojonych potrzeb

oraz zastosowane działania pielęgniarskie z opisem ich skuteczności, a także wskazówki co do dalszego postępowania.

Realizując zadania wynikające z procesu pielęgnowania, niezbędne do zapewnienia właściwej jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentom – pielęgniarki/położne nie powinny przekraczać swojego wymiaru czasu pracy – dobowego/miesięcznego – zgodnego z zaplanowanym harmonogramem, co niestety ma miejsce w przypadku wcześniejszego przychodzenia bądź pozostawiania po dyżurze w celu przekazania raportu.

Jeżeli takie sytuacje mają miejsce, za czas ponad wymiar czasu pracy pielęgniarka/położna powinna otrzymać ekwiwalent przewidziany w kodeksie pracy lub ulec zmianie powinna organizacja pracy, tak aby obie zmiany miały wspólny, opłacany przez pracodawcę czas pracy na przekazanie obowiązkowego raportu pielęgniarskiego.

Według Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN) kierownicza kadra pielęgniarska powinna dążyć do zapewnienia odpowiednich warunków pracy personelowi pielęgniarskiemu.

Pielęgniarka-kierownik pełni dwie wyróżniające się i poniekąd konkurujące role – jedną w imieniu pracodawcy jako jego „ramię”, a drugą w charakterze adwokata (rzecznika) personelu pielęgniarskiego. Jako kierownik pielęgniarka bezpośrednio dba o personel pielęgniarski zapewniając i koordynując wszelkiego typu świadczenia zdrowotne, włącznie z całodobową obsługą pacjentów. Istotny jest udział pielęgniarki-kierownika w planowaniu wszelkich działań. Jako rzecznik personelu pielęgniarskiego kierownik musi zapewnić mu wyposażenie i czas na szkolenia związane z pracą. Jako przedstawiciel pracodawcy, pielęgniarka-kierownik ponosi odpowiedzialność za zarządzanie zdrowiem i bezpieczeństwem w pracy, włącznie z zarządzaniem zasobami ludzkimi, kierując się analizą koszt – efekt. Odpowiada ona także za przepływ informacji między kierownictwem wyższego szczebla a personelem w zakresie zagadnień dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa. Pielęgniarska kadra kierownicza nadzoruje wprowadzanie programu zdrowia i bezpieczeństwa podczas wykonywania świadczeń pielęgniarskich, wychwytyjąc wszystkie możliwe ryzykowne sytuacje, zgłaszając je oraz eliminując poprzez podejmowanie środków zaradczych. Personel oczekuje od kierownictwa wysłuchania oraz reakcji na zgła-

szane niebezpieczeństwa oraz śledzenia na bieżąco najnowszych technologii dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w pracy i wprowadzania ich w życie w zakładach opieki zdrowotnej.

Jako przedstawiciel personelu pielęgniarskiego, pielęgniarska kadra kierownicza powinna zapewnić pielęgniarkom pracę w pełni bezpiecznym i zdrowym środowisku „przyjaznym pracownikowi”.

Kierownicza kadra pielęgniarska sprawdza też, czy jest oceniane ryzyko zdrowotne w miejscu pracy i odpowiednio kontrolowane stanowisko pracy, włącznie z ochroną zdrowia i bezpieczeństwa, poprzez m.in. wyposażenie w indywidualne środki ochronne.

Kadra kierownicza musi być pewna, że personel dysponuje tymi środkami i otrzymuje potrzebne informacje

dla zapewnienia skuteczności programu zdrowia i bezpieczeństwa oraz ochrony przed szkodliwymi czynnikami.

Pielęgniarka-kierownik musi tak planować pracę, żeby personel miał czas na udział w szkoleniach na temat zdrowia i bezpieczeństwa zapewnianych przez pracodawcę.

Zwierzchnik pielęgniarek ma prawo oczekiwać, że pracodawca wysłucha listy potrzeb personelu pielęgniarskiego biorąc pod uwagę opinie profesjonalistów do spraw zarządzania w pielęgniarstwie i dostarczy środki potrzebne do zapewnienia skuteczności programu dotyczącego zdrowia i bezpieczeństwa. Włącznie z prawidłową organizacją pracy i zapewnieniem wystarczającej liczby personelu będącego w stanie zapewnić bezpieczeństwo i skuteczną opiekę pielęgniarską.

Opinia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie przekazywania raportów pielęgniarskich

W opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych istnieje konieczność przekazywania raportów pielęgniarskich w formie pisemnej i ustnej. Na zasadność powyższego wskazują również przedstawiciele nauki. Zdaniem dr hab. n. med. prof. nadzw. Anny Ksykiewicz-Dorota: „Komunikowanie w zespole terapeutycznym (pielęgniarskim, położnych) jest integralną częścią pielęgnowania i trudno sobie wyobrazić, żeby pielęgniarki (położne/lekarze) nie informowali się o danym stanie rzeczy, w tym nie przekazywali sobie ustnie istotnych informacji o pacjencie. Dotyczy to w całej rozciągłości raportów pielęgniarskich (położnych). Informacje ustne (oprócz pisemnych) zapobiegają sytuacjom, kiedy istotne informacje o chorym „znikają” w czasie zmiany dyżurów. Zwracają uwagę na fakty ważne z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta, zapobiegają sytuacjom, kiedy pracownik musi od razu przystąpić do pracy (zdarzenia nagłe) i nie zdąży się zapoznać z dokumentacją pisemną. Wreszcie raport ustny ma walor doskonalący dla pracownika. Nowo przyjętym pracownikom pozwala się zorientować, co do hierarchizacji problemów, odróżniania faktów istotnych od mniej ważnych. Dla mających dłuższy staż pracy jest istotnym wskazaniem, co do rodzaju badań, jakie powinni podjąć w pierwszym rzędzie w trakcie objęcia dyżuru”. Tożsame stanowisko prezentuje dr hab. Maria Danuta Głowacka wskazując, iż „przekazywanie raportów pielęgniarskich wyłącznie w formie pisemnej jest niewystarczające. Ze względu na dobro pacjenta oraz obowiązek rzetelnego, starannego

wykonywania zawodu, konieczne jest składanie również ustnych raportów uzupełniających, nieuwzględnionych wprost w przepisach prawa”. „W praktyce wyłącznie pisemny opis zdarzeń, ich okoliczności i podjętych działań względem danego pacjenta podczas przebiegu dyżuru, choć z formalnego punktu widzenia jest możliwy, to nie daje gwarancji rzetelnego i pełnego przekazania informacji o pacjencie następnej zmianie. Często ów opis zdarzeń i podjętych działań w zakresie w jakim nakazuje rozporządzenie jest niewystarczający i wymaga uzupełnienia o dodatkowe uwagi i spostrzeżenia pielęgniarki kończącej dyżur. Formą najbardziej skuteczną takiego uzupełnienia jest przekaz ustny, który pozwala dopowiedzieć, czy też rozwiać ewentualne wątpliwości pojawiające się w trakcie zapoznawania się następnej zmiany pielęgniarek z raportem pielęgniarskim”.

Należy podkreślić, iż w toku kształcenia przeddyplomowego pielęgniarki i położne nabywają niezbędną wiedzę i umiejętności w zakresie należytego wykonywania zawodu. Jednym z podstawowych elementów zasad wykonywania ww. zawodów jest przekazywanie raportów pielęgniarskich nie tylko w formie pisemnej, ale również w formie ustnej. Wskazany powyżej sposób przekazywania stanowiska pracy przez pielęgniarkę, położną ma na celu przede wszystkim zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentowi poprzez przewidywanie i eliminowanie zdarzeń niepożądanych wynikających z niedostatecznego przepływu informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz dbania



o należytej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Powyższe wynika z ustawowego obowiązku pielęgniarki, położnej zawartego w art. 18 i następnych ustawy z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (tj. DzU z 2009, nr 151, poz. 1217), które wskazują na wykonywanie tych zawodów ze szczególną starannością oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej.

Sposób „przekazywania zmiany” kierownik zakładu opieki zdrowotnej zobowiązany jest zawrzeć w regulaminie porządkowym kierowanej przez siebie jednostki. Przepis art. 18a ust. 1a pkt 1 i 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (DzU z 2007, Nr 14, poz. 89 ze zmianami) wskazuje wyraźnie na obowiązek określenia przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej, w tym zakresów czynności pracowników oraz warunki współdziałania między tymi jednostkami dla zapewnienia sprawności funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej pod względem leczniczym, administracyjnym i gospodarczym.

Odrębną kwestią pozostaje sprawa czasu pracy poświęcanego przez pielęgniarki, położne na przekazywanie raportów („przekazywanie zmiany”). Bez wątplenia wykonywanie powyższych czynności jest świadczeniem pracy, a zatem kierownik zakładu opieki zdrowotnej zobowiązany jest do sporządzania harmonogramów pracy w taki sposób, aby nie naruszać przepisów prawa o czasie pracy zawartych w art. 32g i nast. ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (tj. DzU z 2007, Nr 14, poz. 89 ze zm.) oraz w Kodeksie Pracy.

Z poważaniem
(-) Elżbieta Garwacka-Czachor
wiceprezes NRPIP

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych uprzejmie zaprasza pielęgniarki i położne na cykl warsztatów nt.

„Blżej cukrzycy” odbędą się w dniu (jeden termin do wyboru):
13 września 2010 roku w godzinach 14.00–16.00
11 października 2010 roku w godzinach 14.00–16.00
13 października 2010 roku w godzinach 14.00–16.00
8 listopada 2010 roku w godzinach 14.00–16.00

„ Hiperglikemia poposiłkowa” odbędą się w dniu (jeden termin do wyboru):
23 września 2010 roku w godzinach 14.15–16.00

„Insulinoterapia” odbędą się w dniu (jeden termin do wyboru):
16 września 2010 roku w godzinach 14.00–16.00
7 października 2010 roku w godzinach 14.00–16.00
18 listopada 2010 roku w godzinach 14.00–16.00

Warsztaty odbywać się będą na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, przy ul. Piotrkowskiej 17 (II piętro – sala wykładowa). Zgłoszenia (na drukach opracowanych przez Izbę) należy dostarczyć do Biura Izby. Wszyscy uczestnicy otrzymają certyfikat uczestnictwa.

Komunikat Komisji ds. Pielęgniarstwa Psychiatrycznego przy OIPiP w Łodzi

10 października 2010 roku obchodzony jest Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego dla którego tegorocznym oficjalnym hasłem przewodnim jest

„Zdrowie psychiczne w podstawowej opiece zdrowotnej: leczenie i promowanie zdrowia psychicznego”

Z tej okazji Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi we współpracy ze Szpitalem Wojewódzkim im. Jana Pawła II w Bełchatowie organizują konferencję naukowo-szkoleniową pod tym samym tytułem skierowaną przede wszystkim do pielęgniarek zatrudnionych w tej dziedzinie pielęgniarstwa.

Konferencja odbędzie się 5 października 2010 roku w godz. 9.00-15.00 na terenie Szpitala Wojewódzkiego w Bełchatowie, ul. Czaplinska 123. Szczegółowe informacje na temat konferencji oraz wzór karty zgłoszenia zostaną opublikowane na łamach Biuletynu OIPiP nr 9/2010.

Przewodnicząca Komisji ds. Pielęgniarstwa Psychiatrycznego
Grażyna Figura

Opinia Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatricznego w sprawie sposobu dokumentowania świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki w oddziałach i szpitalach pediatricznych z dnia 22.03.2010 roku

Na podstawie: art. 9 ust. 1 i art. 10 ust 1 pkt. 6 ustawy z dnia 6.11.2008 roku o konsultantach w ochronie zdrowia oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania, przedstawiam poniżej opinię w sprawie sposobu dokumentowania świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki w oddziałach i szpitalach pediatricznych.

1. Pielęgniarki realizujące świadczenia zdrowotne w oddziałach i szpitalach pediatricznych mają obowiązek dokumentowania ich w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej, dokumentacji zbiorczej wewnętrznej oraz dodatkowo mogą prowadzić dokumentację indywidualną zewnętrzną wg paragrafu 8 Rozporządzenia MZ z 21.12.2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w ZOZ.

2. Wszystkie świadczenia zdrowotne wynikające z opieki bezpośredniej nad pacjentem powinny być dokumentowane w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej. W ramach opieki bezpośredniej pielęgniarki:

- dokonują oceny stanu fizycznego, psychicznego i społecznego na podstawie analizy badania przedmiotowego i podmiotowego i analizy dokumentacji (uwzględniając m.in. dane dotyczące porodu, dotychczasowego rozwoju dziecka, nawyków, reakcji na hospitalizację itp.);
- określają diagnozy pielęgniarские/problemy pielęgnacyjne;
- ustalają plan opieki oraz realizują świadczenia zgodnie z planem;
- realizują zlecenia lekarskie wg karty zleceń, w których dokumentują ich wykonanie;
- monitorują parametry wg potrzeb i dokumentują w kartach obserwacji;
- dokonują oceny stanu pacjenta pod koniec każdego dyżuru, analizują i oceniają efekty pielęgnowania.

Dokumentowania powyższych zadań należy dokonywać w historii choroby i dokumentach dodatkowych, tj. karty indywidualnej pielęgnacji, karty obserwacji, karty gorączkowe, karty zleceń lekarskich, karty przebiegu znieczulenia lub historii pielęgnowania.

3. W księdze raportów pielęgniarских, o której mowa w paragrafie 25 Rozporządzenia z 21.12.2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładzie opieki zdrowotnej..., pielęgniarki powinny dokumentować:

- informacje statystyczne, tj. liczba pacjentów przyjętych, wypisanych, hospitalizowanych, zmarłych;
- informacje dotyczące działalności oddziału (paragraf 25 ust. 4 Rozporządzenia określa jako „treść raportu”), czyli świadczenia z zakresu tzw. opieki pośredniej odnoszącej się do pracy oddziału, tj. ewentualne zdarzenia niepożądane, losowe, użyczenia lub uszkodzenia aparatury medycznej, użyczenia leku na potrzeby innego oddziału.

Księga raportów pielęgniarских w sytuacji prowadzenia indywidualnej dokumentacji opieki pielęgniarской nie powinna zawierać informacji dotyczących opieki bezpośredniej nad pacjentem, gdyż znajdują się one w dokumentacji indywidualnej.

4. Księga zabiegów komórki organizacyjnej szpitala, o której mowa w paragrafie 26 wyżej cytowanego Rozporządzenia powinna znajdować się w gabinetach zabiegowych, w których wykonywane są zabiegi na rzecz pacjentów z innych oddziałów lub ambulatoryjnych np. gabinet endoskopowy, gabinet opatrunkowy itp.

Zlecenia lekarskie dotyczące pacjentów hospitalizowanych w oddziałach nie powinny być przepisywane z kart zleceń do ksiąg zabiegowych (ryzyko pomyłki), a realizowane w oparciu o odpowiednio dostosowane druki kart zleceń jako indywidualna dokumentacja wewnętrzna.

5. Nieodzownym elementem dokumentowania świadczeń jest autoryzacja, czyli data wykonania świadczenia i czytelny podpis osoby wykonującej (lub pieczęć i podpis nieczytelny).

6. Nadzór nad jakością prowadzonej dokumentacji w oddziale, jej przechowywania i kompletowania sprawować powinna bezpośrednio pielęgniarka oddziałowa.

7. Do zastępcy dyrektora ds. pielęgniarstwa/naczelnej pielęgniarki/przełożonej pielęgniarek zakładu opieki zdrowotnej należy określenie kryteriów do pielęgniarской oceny stanu bio-psycho-społecznego dziecka oraz określenie mechanizmów monitorowania jakości dokumentacji.

8. Tracą moc Zalecenia Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatricznego nr 1/2003 z 14.03.2003 roku w sprawie sposobu dokumentowania świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki w oddziałach i szpitalach pediatricznych.

dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek
konsultant krajowy w dziedzinie
pielęgniarstwa pediatricznego

Minimalne normy zatrudnienia na oddziale intensywnej terapii

W odpowiedzi na pismo przesłane przez pielęgniarki w dniu 20 kwietnia 2010 roku w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarek na oddziale intensywnej terapii uprzejmie wyjaśniam, iż kwestie które panie poruszają ustalone są w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 roku w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (DzU nr 111, poz. 1314).

Minimalne normy zatrudnienia mają na celu zapewnienie właściwego poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych stosownie do stanu zdrowia pacjentów i potrzeb pielęgnacyjnych.

Obowiązek ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych ciąży na kierowniku zakładu, projekt minimalnych norm zatrudnienia przygotowuje naczelną pielęgniarka, przełożona pielęgniarek – zgodnie z art. § 2 cytowanego rozporządzenia. Kierownik zakładu przy ustalaniu wyżej wymienionych norm ma obowiązek zasięgnięcia opinii kierowników jednostek organizacyjnych i komórek organizacyjnych określonych w statucie zakładu oraz przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek i położnych oraz związków zawodowych działających na terenie zakładu.

Zgodnie z § 3 cytowanego rozporządzenia minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w szpitalu i innym zakładzie przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, należy uwzględnić:

1) liczbę i rodzaj skatalogowanych świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez pielęgniarki i położne w danej komórce organizacyjnej bezpośrednio na rzecz pacjentów, zwanych dalej „świadczeniami bezpośrednimi”,

2) liczbę i strukturę czynności innych niż świadczenia bezpośrednie, wykonywanych przez pielęgniarki i położne w danej komórce organizacyjnej, zwanych dalej „świadczeniami pośrednimi”,

3) średnie czasy wykonywania poszczególnych jednostkowych świadczeń bezpośrednich i pośrednich w danej komórce organizacyjnej,

4) efektywny czas pracy pielęgniarek i położnych w danej komórce organizacyjnej.

Minimalne normy zatrudnienia powinny uwzględniać m.in. poza wymienionymi wyżej wskaźnikami, profil komórki organizacyjnej i średni czas leczenia w danej komórce, intensywność pracy, wyposażenie zakładu w sprzęt i aparaturę medyczną techniczną, środki transportu, łączności, wielkość i warunki lokalowe komórki organizacyjnej oraz zakładu, współpracę z pracownikami diagnostycznymi, obowiązki związane z prowadzeniem szkoleń.

Warto także brać pod uwagę wymagania Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące personelu udzielającemu określonych świadczeń zdrowotnych. Raz jeszcze podkreślam, iż minimalne normy zatrudnienia określone na podstawie przepisów prawa, nie mogą negatywnie wpływać na zachowanie bezpieczeństwa zarówno pracy pielęgniarek i położnych jak i bezpieczeństwa pacjentów.

Reasumując, nie znając minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładzie, w którym panie pracujecie trudno jest odnieść się do problemu przez panie przedstawionego. Proszę jedno pamiętać, że nic pań nie zwalnia z obowiązku informowania pracodawcy o brakach kadrowych, problemach organizacyjnych. Celem takich informacji jest zapewnienie bezpieczeństwa pań pracy oraz bezpieczeństwa pacjentów. Warto tu podkreślić, iż odszkodowania za szkodę na zdrowiu, zarówno pacjentów jak i personelu medycznego, powstałe w wyniku złej organizacji pracy nie były i nie są rzadkością. Za winę w organizacji odpowiedzialność ponosi zakład opieki zdrowotnej, ale panie dla własnego bezpieczeństwa i bezpieczeństwa ludzi, nad którymi sprawujecie opiekę, którym udzielacie świadczeń zdrowotnych, powinniście zwracać uwagę pracodawcy na problemy, które zauważyłyście.

Hanna Jagielska – radca prawny

KOMUNIKAT

Informujemy, że w dniu 22 czerwca br. nie odbędzie się spotkanie pełnomocników lecznictwa otwartego. Za zaistniałą zmianę przepraszamy.

mgr AGATA WOJCIEROWSKA

Dzień z pielęgniarką i położną

Tegoroczny Dzień z Pielęgniarką i Położną, realizowany w Manufakturze w dniu 8 maja 2010 roku upłynął pod słonecznym, majowym niebem.

Jest to wydarzenie organizowane przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Region Łódzki we współpracy z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, Kierunkiem Pielęgniarstwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Oddziałem Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Gośćmi w tym roku były również instytucje zajmujące się prowadzeniem programów profilaktycznych chorób nowotworowych.

Najwięcej porad skierowanych było tym razem do kobiet. Młode mamy mogły dowiedzieć się wiele o pielęgnacji, opiece nad dzieckiem. Nie zabrakło również porad, broszur, informatorów dla ciężarnych. Pamiętano także o paniach, które mogą mieć problemy, z niestety, wstydlwym problemem, jakim jest nietrzymanie moczu – zaprezentowano najnowszy sprzęt, poprawiający komfort funkcjonowania. Ogromnym zainteresowaniem cieszył się mobilny mammobus i oferowana przez jego personel diagnostyka. Badanie mammograficzne było bezpłatne, dostępne dla pań po 50 roku życia, które w ciągu ostatnich 2 lat nie korzystały z niego.

Adeptki studiów pielęgniarskich dokonywały pomiarów ciśnienia tętniczego krwi, tętna, poziomu glikemii oznaczanej z krwi włośniczkowej, indeksu BMI. Jednocześnie po pomiarach o ich wynikach rozmawiały z osobami zainteresowanymi. Odwiedzający mogli założyć sobie dzienniczki kontroli ciśnienia krwi.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi prowadziła pokazy i instruktaże w zakresie pierwszej pomocy. Wrażenie robiła rozpiętość wiekowa „ratujących życie i zdrowie poszkodowanego”

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, w osobach reprezentujących ją pielęgniarek na czele z Przewodniczącą, oprócz szeroko rozumianego poradnictwa zdrowotnego prowadziła również pokazy i instruktaże w zakresie pierwszej pomocy. Liczba osób w nich uczestniczących a także ich zaangażowanie w podejmowane działania, zaskoczyła organizatorów. Wrażenie robiła również rozpiętość wiekowa „ratujących życie i zdrowie poszkodowanego”. Dowodem niech będzie zamieszczone zdjęcie prowadzącej zewnętrzny masaż serca Amelki Berłowskiej, która bawiła w Manufakturze z mamą Dorotą.

Pozostaje mieć nadzieję, że przyszłoroczna impreza zapisze się w naszej pamięci równie miło jak miniona. A zatem do zobaczenia...



Piękna broszka

Umundurowanie pielęgniarskie od początku istnienia zawodu zawierało i zachowało do dziś elementy symboliczne. Jednym z tych symboli zawodowych była broszka szkolna.

Broszka szkolna nadawana była absolwentkom szkół pielęgniarskich w czasie ich dyplomowania (4, 8) – fot. 1.

W literaturze informacje o broszce szkolnej jako znaczącym symbolu pielęgniarstwa są znikome. Wzmiankę o broszce znalaziono w książce poświęconej historii oraz pamięci absolwentów i nauczycieli Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa, która rozpoczęła swoją działalność 29 października 1921 roku (3).

B. Janus w swoim opracowaniu wspomina o obdarowaniu przez dyrektorkę Szkoły Pielęgniarstwa PCK w Poznaniu broszką szkolną Stefanią Wołynki. Wołynka dostąpiła również zaszczytu prawa noszenia broszki szkolnej, choć nie była absolwentką tej szkoły (1).

Słownik definiuje broszkę jako rzecz ostrą, spiczastą, która jest

ozdobą stroju kobiecego. Wykonana była najczęściej ze szlachetnych metali, drogich kamieni lub ich imitacji.

Umocowana od spodu zapinka umożliwiała przypinanie jej do sukienki, bluzki lub kołnierzyka (7).

Broszka Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa była wykuta w brązie, zawierała godło szkoły, którym była zapalona lampka, symbol czuwania nad pacjentem. Lampkę otoczono napisem: „Wiedza, Wiara, Służba, Ojczyzna”.

Hasło na broszce wyznaczało obowiązki, które miały przyjąć na siebie absolwentki i wypełniać je przez swoje życie osobiste i zawodowe.

Hasło z pewnością było drogowskazem kierunku życia, wyznaczało też misję, którą przyjmowały na siebie absolwentki. Według Kanta było imperatywem kategorycznym czyli poczuciem powinności i obowiązku, który

wychodzi z człowieka, czymś, co ukształtowana w tradycji zawodowej i modelu ówczesnego pielęgniarstwa pielęgniarka miała w środku, w sobie, pod sercem (6).

Wiedza bo do niej stale dążyły i chciały ją dobrowolnie zdobywać.

Wiara bo wierzyły w Boga i Ludzi, miały szacunek i miłość dla człowieka, dobra, prawdy, uczciwości, miały szacunek dla wartości życia, zdrowia i śmierci.

Służba to nałożony obowiązek nie odstępowania potrzebujących, to gotowość i czuwanie nad człowiekiem, to odpowiedzialność za wszystko co związane było z czynnościami zawodowymi. To też otwarcie na potrzeby człowieka, gotowość służenia mu i przychylność.

A ojczyzna – to umiłowanie kraju, ludzi, miejsca życia rodzinnego i pracy zawodowej, umiłowanie wolego kra-



fot. 1
Broszka szkolna nadawana była absolwentom w czasie ich dyplomowania

fot. 2
Broszka, która była własnością przedstawianej w artykule pt. „Historia białego czepka z czarną aksamitką” (Biuletyn 5/2010) Anieli Królewskiej



szkolna...

WIKTOR MAJOR
MACIEJ BARTELA

Studenckie Koło Historyczne
Kierunek Pielęgniarstwo
Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi
Opiekun – mgr piel. Danuta Kozłowska



ju, w którym przyszło im się uczyć, a potem o ten kraj walczyć. Autorki wspomnień o Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa nie znają historii swojej broszki (3).

Fotografia numer 2 przedstawia broszkę, która była własnością przedstawianej w artykule pt. „Historia białego czepka z czarną aksamitką” Anieli Królewskiej (Biuletyn 5/2010). Nosiła ją w charakterystyczny sposób. Broszką szkolną spinała kołnierzyk fartucha pielęgniarskiego. Otrzymała ją wraz z dyplomem pielęgniarskim nr 313 w roku 1943 roku (zdjęcie broszki z 1943 roku) – fot. 2. Podobnie uczyniła to dyrektorka szkoły PCK w Poznaniu Ita R. McDonel (2, 5).

W Polsce do 1996 roku absolventki średnich szkół pielęgniarstwa otrzymywały broszkę szkolną z nazwą miasta jako siedziby szkoły i nazwą szkoły w pełnym brzmieniu na przykład

fot.3
Broszki miały różny kształt i niosły sobą informacje o przynależności do szkoły

fot. 4
Broszka Liceum Medycznego Nr 3 im. Marii Babickiej-Zachertowej



państwowa szkoła pielęgniarstwa, liceum medyczne, liceum medyczne pielęgniarstwa, medyczne studium zawodowe. Wykonane były z metalu lub metalu połączonego z kolorowym szkłem albo emalią. Zawierały akcenty zawodowe i ogólnomedyczne, takie jak: kielich, laskę z wężem, czepek pielęgniarski, czepek położnej lub herb miasta. Na odwrocie znaczka mogły być wygrawerowane: nazwisko absolwentki, rok ukończenia szkoły i numer dyplomu. Miały różny kształt i niosły sobą informacje o przynależności do szkoły. Były ładną i estetyczną ozdobą munduru pielęgniarskiego jako całości z czepkiem (fot.3).

Większość absolventek szkół pielęgniarstwa nie zna historii broszki swojej szkoły. Broszka Liceum Medycznego Nr 3 im. Marii Babickiej-Zachertowej powstała w wyniku rozpisanej wśród młodzieży konkursu na projekt broszki. Prace nad broszką zbiegły się z przygotowaniem do nadania szkole imienia w roku szkolnym 1982/1983. I tu historia broszki tej szkoły się urywa, ponieważ autorzy nie znają nazwiska zwycięzcy konkursu – fot.4

Broszka szkolna była znakiem rozpoznawczym dla absolventek danej szkoły. Noszenie jej na czarnej aksamitce czepka pielęgniarskiego było znakiem, że ukończyła tę samą szkołę. Stąd, z sentymentem, starsza stażem zawodowym pielęgniarka łatwo rozpoznawała młodszą koleżankę z tej samej szkoły, którą wspierała i pomagała w zawodzie – fot. 5.



fot. 5

Broszka szkolna na aksamitce czepka była znakiem rozpoznawczym dla absolwentek danej szkoły

Noszenie broszki było wyrazem szacunku dla szkoły i godnego jej reprezentowania. To afirmacja jej społeczności i posłannictwa pielęgniarskiego. To szacunek dla ludzi, którzy zorganizowali szkołę i kształtowali kierunek rozwoju młodzieży i szkolnictwa pielęgniarskiego. To cenna pamiątka...

Literatura:

1. Janus B. Stefania Wołynka – patronka Zarządu Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Poznaniu. „Proble-

my Pielęgniarstwa”. Tom 15. Zeszyt nr 2/3.104-107.

2. Janus B. „Piękna tradycja i wkład w dorobek zawodu. „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”. 1-2. 2009, 14 – 15.

3. Jezierska M.B. Pochylone nad człowiekiem. Z dziejów Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa 1921-9145. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa. 1991.

4. Kułak A. 5 – 9 – 52-lecie. „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”. 7-8.2008. 26-27.

5. Matuszewska A. (i in.) Historia białego czepka z czarną aksamitką... „Biuletyn OIPiP w Łodzi” Nr 5. 2010.

6. Syjud J. Słownik filozoficzny. Wydawnictwo Videograf II. Katowice. 2003.

7. Tokarski J. Słownik Wyrazów Obcych. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa. 2003.

8. Wrońska I. Polskie Pielęgniarstwo 1921-1939. Wydawnictwo Norbertinum. Lublin. 1991.

Wiktor Major – student II roku
Maciej Bartela – student II roku
Studenckie Koło Historyczne,
Kierunek Pielęgniarstwo, Akademia
Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi
opiekun – mgr piel. Danuta Kozłowska

AKCJA „PIECZĄTKA”

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi na posiedzeniu w dniu 13 października 2009 roku podjęła uchwałę w sprawie wykonania i sfinansowania imiennych pieczętek dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. Proces wykonywania i wydawania pieczętek jest rozłożony na lata 2010 – 2011. Aby można było przeprowadzić to sprawnie i dokładnie, będzie on wyglądał następująco:

1. Sukcesywna wysyłka arkuszy aktualizacyjnych do poszczególnych zakładów.
2. Zebranie uzupełnionych arkuszy aktualizacyjnych w danym zakładzie i zbiorcze dostarczenie ich do Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, ul. Piotrkowska 17.
3. Wykonanie i wydawania pieczętek członkom samorządu.

Izba nasza według stanu na dzień 30 września 2009 roku to 14828 pielęgniarek i 1973 położnych, jak Państwo widzą jest to bardzo duża liczba osób i z tego też powodu cała akcja jest zaplanowana na lata 2010-2011.

Uprzejmie proszę aby wszystkie osoby, które zmieniły nazwisko i nie zgłosiły tego faktu w rejestrze OIPiP w Łodzi (w oryginale zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu nie ma zmiany nazwiska), zgłosiły się do Biura OIPiP w Łodzi celem dokonania zmiany nazwiska w oryginale zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu. Aby można było dokonać ww. zmiany proszę zgłaszać się do rejestru pielęgniarek, położnych OIPiP w Łodzi, ul. Piotrkowska 17, pokój 310, z następującymi dokumentami: oryginałem zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu, oryginałem odpisu aktu małżeństwa.

Obowiązek dokonania zmiany danych objętych wpisem do rejestru wynika z art. 11d ustawy z dnia z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41 poz. 178, ze zmianami) i powinien być wykonany w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Obraz choroby u dziecka

Diagnoza o przewlekłej chorobie dziecka zawsze jest przykrym przeżyciem dla samego chorego, jak i jego rodziców. Może wywołać różne reakcje emocjonalne, jednak najczęściej mają one znak ujemny.

To są emocje, z którymi często nie potrafimy sobie poradzić (ani jako rodzice, ani jako personel medyczny) typu: gniew, smutek. Tak więc dziecko nie zawsze może liczyć na początku choroby na wsparcie ze strony najbliższych, gdyż ci najpierw muszą uporać się z własnym obciążeniem.

Tymczasem o tym, jak dziecko poradzi sobie z dysfunkcją obecnie i w przyszłości, w dużej mierze decyduje tzw. *obraz choroby, czyli jej percepcja i ocena dokonana przez chorego*. Ten zaś w znacznym stopniu jest uwarunkowany tym, jak radzą sobie z chorobą potomka jego rodzice. Przyjrzyjmy się więc bliżej temu, w jaki sposób kształtuje się w rodzinie percepcja choroby.

Rodzice dziecka przewlekle chorego czy też niepełnosprawnego stają w obliczu konieczności przystosowania się do jego choroby. Ten proces adaptacji przebiega zazwyczaj w kilku etapach, choć oczywiście jest to tzw. model książkowy. Oznacza to, że rzadko spotkamy się z tak „idealnie reagującymi” rodzicami. Aby jednak podpowiedzieć personelowi, czego oczekują rodzice chorego pacjenta (a dopiero wtedy będą sami mogli pomóc swojemu dziecku) przyjmuje się, że pierwszą reakcją rodziców po usłyszeniu diagnozy jest szok rozumiany jako zamrożenie osobowości. Szok jest potrzebną reakcją, ponieważ daje czas na oswojenie się z trudną dla

siebie sytuacją. Z drugiej jednak strony reakcja ta oznacza, że rodzice potrzebują w tym okresie jak najkrótszych, ale zarazem bardzo empatycznych rozmów. Szok nie jest dobrym okresem na polecenie rodzicom, co mogą zrobić dla swojego dziecka w dalekiej przyszłości. Rodzice znajdujący się na tym etapie niewiele zapamiętają z tych informacji. Po szoku przychodzi czas na zachowywanie się tak, jakby nic się nie stało i fantazjowanie,

że pewnego dnia wszystko po prostu wróci do normy. To, co możemy w tym okresie dla nich zrobić to bardzo delikatne, ale jednak realistyczne oswojenie z prawdą.

Ten etap nie trwa bez końca, a więc wkrótce jego miejsce zajmie poszukiwanie winy w sobie. Rodzice zastanawiają się, gdzie popełnili błąd, później szukają go na zewnątrz i tym samym w prostej drodze zmiernają do procesowania się. Dopiero, kiedy uporają

Tab.1. Stan emocjonalny rodziców po usłyszeniu diagnozy o przewlekłej chorobie/ niepełnosprawności dziecka

Faza	Stan emocjonalny rodziców	Możliwości pomocy
Szok i utrata wiary	- uczucie odrętwienia - odcięcie od świata	Jak najkrótsze i najbardziej empatyczne rozmowy
Okres zaprzeczania	- rodzice nie dopuszczają do siebie pojawienia się niepokoju i stresu - działanie, jakby nic się nie stało - fantazjowanie, że dziecko w magiczny sposób z tego wyjdzie	Bardzo delikatne i realistyczne oswojenie z prawdą
Nadmierne poczucie winy	Co takiego zrobiłam, że tak się stało?	- wsparcie rodziców - odbarczenie od poczucia winy
Nadmierne poczucie złości	Kto zawinił?	- realne szukanie winnego - raczej w stronę terapii niż procesowania się rodziców
Smutek i rozpacz	Jak sobie poradzimy?	- wsparcie rodziców - kontakt z innymi rodzicami (grupa wsparcia)
Pogodzenie się	Jakie są możliwości terapii?	Planowanie terapii

się z tym etapem jest możliwość pogodzenia się z diagnozą i od tej chwili rodzice są gotowi do konstruktywnej pracy z dzieckiem. Od tej pory mogą stanowić dla niego podporę i wsparcie w radzeniu sobie z różnymi obciążeniami wynikającymi z chorowania.

Tak więc przeżycia emocjonalne rodziców w trakcie choroby dziecka ewoluują, a oddziaływania personelu medycznego powinny być dopasowane do fazy, w jakiej aktualnie się znajdują. Możliwości niesienia pomocy rodzicom w zależności od fazy przedstawia tabela 1 (s. 13).

Dalszy proces adaptacji dziecka do własnej choroby przewlekłej (co jest warunkiem przystosowania się do choroby i podjęcia prób funkcjonowania, z nią i pomimo niej, na miarę swoich możliwości) zależy od kilku czynników.

Do najważniejszych z nich należą:

1. Jak dziecko postrzega swoją chorobę? Spostrzeganie choroby przez dziecko zawsze zależy od oceny choroby dokonanej w rodzinie. Czy choroba jest traktowana w rodzinie jako porażka czy też jako wyzwanie? W pierwszym przypadku rodzina poddaje się, w drugim – podejmuje aktywne wysiłki celem uporania się z ograniczeniami związanymi z chorobą.

2. Co dziecko wie o istocie swojej choroby? Oczywiście dziecko wie tyle, ile usłyszy od innych osób – rodziców, personelu medycznego, czy wreszcie swoich kolegów. Wiedza ta może być wzbogacona informacjami zdobytymi w Internecie.

3. Jakie dziecko ma wyobrażenia na temat choroby?

4. Oraz jak ją rozumie i ocenia?

Te dwa ostatnie czynniki są również silnie powiązane z wyobrażeniami i oceną choroby wystawioną przez innych, przede wszystkim zaś przez osoby znaczące – rodziców. Jeżeli w ocenie choroby dominują negatywne stany, w dziecku będzie coraz więcej lęku. Tymczasem lęk doświadczany przez chore dziecko może działać jak kla-

syczny błąd jatrogenny i powodować utrudnienia w procesie leczenia.

Sposób zachowania się dziecka w chorobie jest silnie uzależniony od tej koncepcji własnej choroby. To ona koncepcja, decyduje o przeżyciach doświadczanych przez dziecko w trakcie choroby oraz o jego zachowaniach typu: motywacja/brak motywacji, stopień przestrzegania zaleceń lekarskich czy wreszcie chęć pokonania trudności, jakie pojawiają się w trakcie pokonywania choroby. Dlatego tak ważne jest, aby prowadzić właściwą edukację nie tylko pacjenta, ale również jego najbliższych, którzy w znacznym stopniu przyczyniają się do powstawania obrazu choroby.

Jednocześnie należy pamiętać, że podobny obraz choroby dziecka powstaje w świadomości jego rodziców. Obraz ten reguluje ich zachowania i przeżycia związane z chorobą dziecka. W zależności od znaku, jaki otrzymuje koncepcja (dodatni – kiedy choroba jest traktowana jako wyzwanie lub ujemny – kiedy jest porażką) może ona ułatwiać lub utrudniać im wyjście z poszokowej fazy kryzysu psychicznego, jaki przeżywają po poznaniu diagnozy.

Niezbędnym warunkiem właściwego udziału rodziców w procesie rehabilitacji dziecka przewlekłe chorego jest osiągnięcie przez chorego etapu przystosowania się do własnej choroby. Aby jednak mogło tak się stać, rodzice muszą zaakceptować chorobę dziecka!

Obraz choroby dziecka u jego rodziców kształtuje się pod wpływem kilku kategorii czynników, do których należą:

1. Naukowa wiedza o chorobie, przy czym wiedza ta może być też zniekształcona, w tym wiedza uzyskana od „dr Googla”. Jestem przekonana, że każdy z czytelników ma na swoim koncie choć jedną wizytę u tego najstynniejszego doktora. I zapewne każdy z nas wie, że u osób z niską wiedzą medyczną może pojawić się syndrom „studenta medycyny III roku” – dopa-

sowywanie siebie do objawów wyczytanych w Internecie.

2. Informacje o chorobie przekazywane przez specjalistów i inne ważne osoby – tu szczególnie widać wiodącą rolę personelu medycznego. Wykorzystanie zasad aktywnego słuchania podczas przekazywania ważnych informacji, zwykła ludzka serdeczność, to niezbędne elementy, których muszą doświadczyć rodzice dziecka przewlekłe chorego.

3. Biopsychiczne doświadczenia w chorobie. Pacjenci w każdym wieku donoszą, że im więcej odczuwają niepewności, tym więcej doświadczają bólu, i odwrotnie. Wynika to z zasad funkcjonowania naszej percepcji. Tak więc wysiłki personelu medycznego powinny być skoncentrowane na uczeniu pacjenta radzenia sobie z lękiem i bólem (np. z wykorzystaniem technik wizualizacji, typu „Narysuj mi swój lęk”).

4. Społeczne doświadczenia, które obejmują odczucia związane ze zmianami w sytuacji społecznej oso-



Spostrzeganie choroby przez dziecko zawsze zależy od oceny choroby dokonanej w rodzinie. Czy choroba jest traktowana w rodzinie jako porażka czy też jako wyzwanie? W pierwszym przypadku rodzina poddaje się, w drugim – podejmuje aktywne wysiłki celem uporania się z ograniczeniami związanymi z chorobą.

by chorej, np. relacje z rówieśnikami czy sposób wypełniania ról społecznych. Tu rodzice powinni być uczulani przez personel medyczny, aby nie ograniczali dziecku kontaktów z rówieśnikami (o ile oczywiście nie ma takich zaleceń medycznych).

5. Oddziaływania społecznej opinii o chorobie. Istnieją choroby, które są obciążone negatywną konotacją społeczną i w związku z tym działają stygmatyzująco na osobę nią dotkniętą. Do takich chorób należy np. padaczka. Aby zmienić percepcję różnych chorób przez społeczeństwo potrzebne są kampanie społeczne, które otworzą tzw. zdrowym ludziom oczy na innych.

6. Wiedza o zagrożeniach, jakie stwarza choroba oraz wiedza o sposobach łagodzenia stanów chorobowych i sposobach ochrony siebie przed czynnikami i sytuacjami nasilającymi objawy/ataki choroby. Tu po raz kolejny należy podkreślić rolę personelu medycznego, który powinien edukować pacjenta i jego najbliższych w tych obszarach.

Pod wpływem wymienionych czynników powstają wyobrażenia i przekonania na temat choroby oraz jej emocjonalny kontekst.

Pamiętajmy, że obraz choroby jest strukturą dynamiczną, co oznacza, że dziecko moduluje go pod wpływem zmieniających się sytuacji. Jeśli więc rodzice początkowo nie radzili sobie z chorobą, co przyczyniło się do ukształtowania negatywnego obrazu choroby, można to zmienić!

Zachowanie rodziców w chorobie dziecka będzie z kolei uzależnione od postawy rodzicielskiej reprezentowanej przez siebie. Psycholodzy wymieniają cztery możliwe postawy negatywne, do których należą: postawa nadmiernie opiekuńcza, nadmiernie wymagająca, unikająca i odtrącająca.

Z uwagi na fakt, że jedną z najczęściej spotykanych postaw rodzicielskich w przypadku dzieci przewlekle chorych jest postawa nadmiernie opiekuńcza, to właśnie ona zostanie

tutaj pokrótce omówiona. Rodzice nadmiernie opiekuńcy starają się wynagrodzić dziecku cierpienia związane z chorowaniem. Dlatego wyręczają dziecko we wszystkich czynnościach, a tym samym nie pozwalają mu nawet na odrobinę samodzielności. W dalszej konsekwencji będzie to brzemiennie w skutkach, ponieważ wtedy, gdy zabraknie nadopiecznego rodzica, jego dziecko będzie całkowicie uzależnione od pomocy ze strony innych. Tymczasem nawet dzieci głęboko niepełnosprawne są w stanie wyuczyć się kilku podstawowych aspektów samodzielnego funkcjonowania (np. typu jedzenie). Nie pamiętając jednak o tym często personel medyczny nieświadomie wzmocnia tego typu postawę słowami „pani dziecka zawsze jest takie zadbane” i nie zdaje sobie sprawy, że wyrządza dziecku tym samym dużą krzywdę. Dlaczego? Dlatego że pochwała stanowi nagrodę i zarazem zachętę dla rodziców do dalszego opiekowania się dzieckiem w podobnym kierunku. Rodzice utwierdzają się w przekonaniu, że obrali właściwy kierunek postępowania.

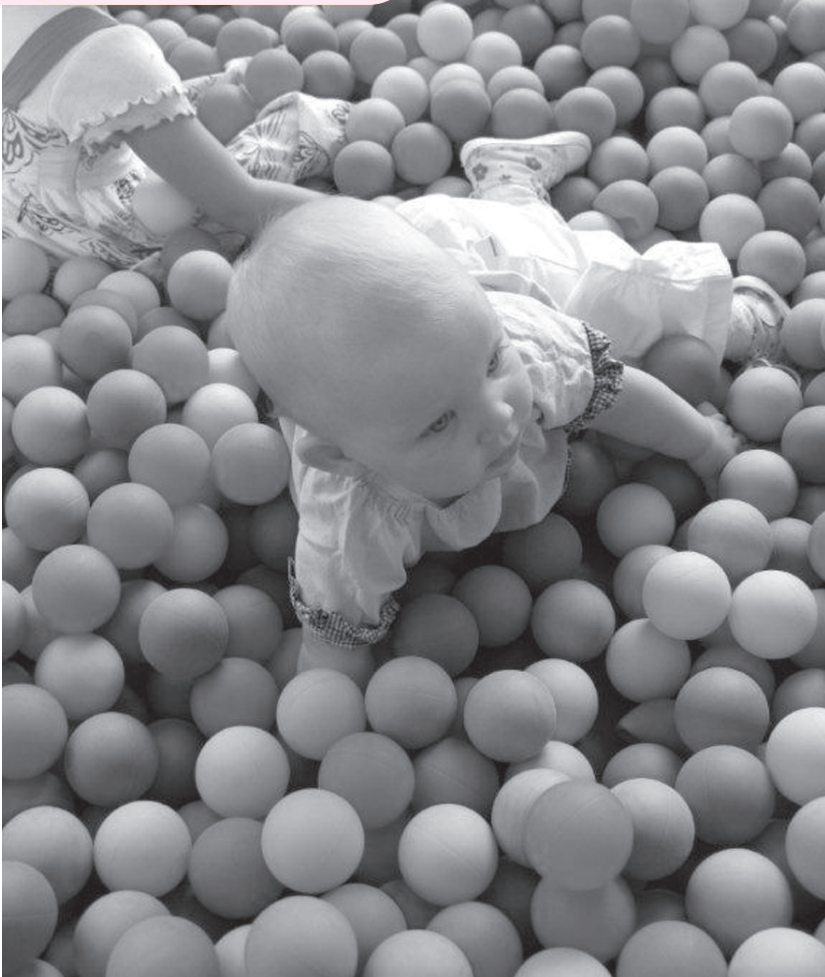
Co zatem należy zrobić, kiedy zdiagnozujemy u rodziców postawę nadmiernie opiekuńczą? Przede wszystkim należy uczyć rodziców, że każde dziecko, również przewlekle chore, ma potrzebę odpoczynku od innych.

Literatura:

1. Kielin J.: Jak pracować z rodzicami dziecka niepełnosprawnego? GWP, Gdańsk 2005.
2. Maciarz A.: Dziecko przewlekle chore. Opieka i wsparcie, Wyd. Akad. Żak, Warszawa 2006.
3. Moliccka M.: Bajkoterapia. O lękach dzieci i nowej metodzie terapii. Media Rodzina, Poznań 2002.
4. Obuchowska I. (red.): Dziecko niepełnosprawne w rodzinie, WSiP, Warszawa 1999.

Monika Kowalska-Wojtysiak
psycholog
Uniwersytet Medyczny, Łódź
Zakład Pedagogiki w Pielęgniarstwie





mgr JOLANTA KAŁUŻNA

INTEGRA SENSORY

W poprzednim Biuletynie pisałam o tym zdrowia psychicznego ma ruch – dzisiaj te rozważania i zapoznać czytelników terapią integracji sensorycznej (SI)

Nasz układ nerwowy nieprzerwanie odbiera informacje zmysłowe z otoczenia. Cały świat odbieramy za pomocą zmysłów. Praca mózgu polegająca na scalaniu wrażeń zmysłowych odbieranych przez wszystkie receptory ciała to integracja sensoryczna. Proces ten przebiega w znacznej mierze poza naszą kontrolą. O ile funkcjonowanie takich zmysłów, jak wzrok, słuch czy węch jesteśmy stosunkowo świadomi, o tyle z posiadania innych niemal nie zdajemy sobie sprawy. Warto przypomnieć, że mamy również inne systemy zmysłowe: dotykowy, przedsionkowy i proprioceptywny, które rozpoczynają swoje funkcjonowanie już w życiu płodowym. Zatem:

Zmysł dotyku służy odbiorowi i różnicowaniu wrażeń czuciowych z powierzchni skóry.

Zmysł przedsionkowy (nazywany też błędnikowym) odbiera siłę grawitacji, umożliwia przeciwstawianie się jej i zachowanie równowagi przy zmianach pozycji ciała. Odpowiedzialny jest tak-

że za świadomość pozycji ciała, ruchu gałek ocznych, głowy i ciała.

Bez aktywacji układu przedsionkowego ludzie są senni, apatyczni, dorośli piją kolejną kawę, a dzieci nudzą się, gdyż nie są zdolne do bardziej złożonej aktywności. Dzieci często same dążą do autostymulacji, np. bujają się na krzesłach, kręcą się, upuszczają przedmioty, uwielbiają wesołe miasteczka i symulatory lotów. Gdy występują zaburzenia integracji sensorycznej dzieci często inaczej – poprzez np. stereotypie dostarczają sobie stymulacji, np.

- obracają się w kółko,
- machają rękami,
- uderzają rękami o własne ciało,
- zgrzytają zębami,
- wkładają przedmioty do buzi
- liżą przedmioty.

Zmysł propriocepcji – zwany inaczej czuciem głębokim – to odczuwanie siebie, np. ułożenia naszych kończyn w przestrzeni. Bardziej subtelną formę tego zmysłu stanowi zmysł kinestezji,

dzięki któremu czujemy wykonywane ruchy, ich siłę i zasięg. Przykładowymi objawami zaburzeń w zakresie propriocepcji są:

- niekontrolowane ruchy,
- dążenie do mocnego uścisku, gryzienie, szczypanie przez dziecko siebie i innych,
- niszczenie przedmiotów z powodu braku kontroli nad własnym dotykiem.

Wśród umiejętności będących końcowymi produktami rozwoju procesów integracji sensorycznej można wymienić: zdolność do koncentracji uwagi, samoakceptację i samokontrolę, zdolność do szeroko rozumianego uczenia się, w tym również szkolnego.

Nieprawidłowości w funkcjonowaniu któregoś z układów sensorycznych mogą skutkować następującymi zaburzeniami:

- nieprawidłowym napięciem mięśniowym,
- problemami z koncentracją uwagi,

CJA CZNA

jak wielkie znaczenie dla
chciałabym kontynuować
z coraz modniejszą

- zbyt dużą ruchliwością,
- niezgrabnością ruchową
- problemami z opanowaniem nowych umiejętności ruchowych takich jak jazda na rowerze,
 - problemami w czynnościach precyzyjnych takich jak pisanie, cięcie, rysowanie, nawlekanie,
 - problemami z opanowaniem umiejętności czytania i pisania,
 - nadwrażliwością na dotyk manifestującą się unikaniem niektórych ubrań, zabaw w piasku, zabaw plasteliną,
 - unikaniem huśtawek, zjeżdżalni, karuzeli lub nadmiernym poszukiwaniem tego typu zabaw,
 - unikaniem miejsc zatłoczonych,
 - nadwrażliwością na hałas,
 - unikaniem niektórych smaków,
 - unikaniem obcinania włosów, paznokci,
 - nadwrażliwością na światło,
 - słabą organizacją zachowania,
 - zbyt wysokim lub niskim poziomem aktywności ruchowej,

- niskim poczuciem własnej wartości,
- problemami emocjonalnymi,
- opóźnieniem rozwoju mowy.

Terapia zaburzeń integracji sensorycznej polega na takim stymulowaniu układu nerwowego, aby dać mu możliwość właściwej pracy, czyli prawidłowego odbierania, przetwarzania i odpowiedzi na bodźce płynące ze środowiska i naszego ciała.

Kluczowe w terapii integracji sensorycznej jest nie wyuczanie zachowań. W tym celu ćwiczenia wykonywane przez dziecko dobiera się tak, żeby za każdym razem czymś się różniły. Zadania stawia się na granicy możliwości dziecka, jednak tak, żeby z wysiłkiem było w stanie je wykonać. W ten sposób dziecko poprawia nie tylko swoje funkcjonowanie fizyczne, ale staje się bardziej pewne swoich umiejętności, zyskuje poczucie własnej wartości i sprawstwa.

Terapia integracji sensorycznej:

- dostarcza stymulacji przedsionkowej, proprioceptywnej oraz dotykowej, słuchowej, węchowej, wzrokowej,
 - poprawia poczucie równowagi i koordynacji oraz koordynacji wzrokowo-ruchowej,
 - poprawia motorykę dużą i małą,
 - poprawia umiejętność czytania, pisania i inne umiejętności szkolne lub stwarza dobrą bazę do pojawienia się tych umiejętności,
 - sprawia, że bodźce dotykowe i inne (słuchowe, węchowe, smakowe, wzrokowe) na które dziecko jest nadwrażliwe, mniej zaburzają działania dziecka,
 - sprawia, że dziecko lepiej słucha, wypełnia polecenia, koncentruje się,
 - sprawia, że dziecko chętniej podejmuje się nowych i trudnych zadań,
 - sprawia, że poprawia się mowa i sposób wyrażania się dziecka,
 - sprawia, że stopniowo maleje nadpobudliwość, dziecko zaczyna kontrolować swoje nadmierne nasilone reakcje na otoczenie.

Metoda integracji sensorycznej jest wykorzystywana przede wszystkim

w pracy z dziećmi mającymi trudności szkolne (trudności z czytaniem, pisanem, ortografią, trudności z koncentracją uwagi) oraz z dziećmi wykazującymi opóźnienia w rozwoju mowy czy rozwoju ruchowym. Metod SI może być również wykorzystywana jako działanie profilaktyczne, które podjęte we wczesnym okresie rozwoju dziecka zmniejsza lub eliminuje ryzyko wystąpienia zaburzeń integracji sensorycznej np. u dzieci z grupy ryzyka (zagrożona ciąża, obciążenia okołoporodowe, cesarskie cięcie, wcześniactwo, czynniki dziedziczne). Ponadto terapia SI wykorzystywana jest w pracy z dziećmi: z nadpobudliwością psychoruchową (ADHD), z zaburzeniami uwagi (ADD), z upośledzeniem umysłowym, z zespołem Downa, z autyzmem, z zespołem Aspergera, z MPDz (mózgowe porażenie dziecięce), z kruchym chromosomem X.

Poniżej znajdują się przykładowe wskaźniki zaburzeń w różnych grupach wiekowych.

Wskaźniki zaburzeń u niemowląt i małych dzieci:

- ma trudności z jedzeniem,
- ma trudności ze spaniem,
 - dziecko jest bardzo poirytowane przy zmianie ubrania, wydaje się mu być niewygodnie w określonych typach ubrań,
 - nie lubi być przytulane, odpycha się od osoby, która go trzyma w ramionach,
 - jest nadmiernie aktywne, wciąż w ruchu lub też jest letargiczne, ospałe,
 - występują opóźnienia w rozwoju w zakresie „kamieni milowych”: dziecko późno siada, późno raczkuje (lub pomija ten etap), późno stawia pierwsze kroki, późno wypowiada pierwsze słowa lub wypowiada całe zdania pomijając okres gaworzenia, wokalizacji,
 - unika manipulacji zabawkami/przedmiotami zwłaszcza tymi, które wymagają zręczności,
 - mało wyraźna reakcja na ból lub opóźniona reakcja na ból,
 - nie umie się samo uspokoić np. poprzez ssanie smoczka, patrzenie na zabawkę, słuchanie głosu opiekuna.

Wskaźniki zaburzeń u dzieci w wieku przedszkolnym:

- trudności z opanowaniem trenin-gu czystości,
- potyka się, obija o przedmioty, ma słabą równowagę, jest niezgrabne ruchowo,
- nie zwraca uwagi na skaleczenia,
- jest nadwrażliwe na hałas (często zatyka uszy, samo hałasuje, mru-czy, śpiewa pod nosem), nadwrażliwe na pewne zapachy,
- nie lubi być przytulane, nie lubi pewnych typów ubrań, narzeka na metki,
- bardzo źle znosi mycie głowy, my-cie twarzy,
- ma kłopoty z nauką jazdy na ro-zerze,
- unika nowych zabaw ruchowych,
- jest nadmiernie aktywne, wciąż w ruchu lub też jest letargiczne, ospałe,
- ma trudności z opanowaniem lub

unikania czynności takich jak: zapinanie ubrań, zdejmowanie butów, wiązanie butów, rysowanie, wycinanie,

- szybko przechodzi od płaczu do śmiechu, ma nagłe wybuchy złości,
- występują opóźnienia w rozwoju mowy, kłopoty z artykulacją, trudno zrozumieć, co dziecko mówi,
- dziecko ma trudności ze zrozu-mieniem poleceń,
- dziecku trudno skupić się na jed-nej czynności.

Wskaźniki zaburzeń dzieci w wieku szkolnym:

- jest nadwrażliwe na hałas (często zatyka uszy, samo hałasuje – mru-czy, śpiewa pod nosem),
- jest nadwrażliwe na pewne za-pachy,
- nie lubi być przytulane, nie lubi pewnych typów ubrań, narzeka na metki,

- dziecko nie może usiedzieć w miejscu, jest wciąż w ruchu, wierci się w ławce, wstaje podczas lekcji lub też dziecko jest ospałe, prowadzi siedzący tryb życia,
- dziecko ma trudności z czyta-niem zwłaszcza na głos,
- dziecko ma kłopoty z pisanem, pisze wolno, nie mieści się w liniach, nieprawidłowo trzyma długopis,
- dziecko wolno wykonuje zadania, jest prawie zawsze ostatnie,
- jest niezdarne, często potyka się,
- przyjmuje nieprawidłową posta-wę przy biurku,
- myli słowa dźwiękowo podobne,
- mowa dziecka jest niewyraźna, występuje nieprawidłowa artykulacja,
- dziecko ma trudności z koncen-tracją uwagi.

mgr Jolanta Kałużna
psycholog

ogłoszenie płatne



Centrum Edukacji ERUDIO
www.erudio.com.pl
tel. (0-42) 630 95 59, kom. 0-784 009 277
Łódź, ul. Sienkiewicza 47 (przy Tuwima)

ZAREZERWUJ SOBIE MIEJSCE
PRZEZ TELEFON
042 630 95 59

LUB PRZEZ INTERNET
www.erudio.com.pl

ZAPRASZAMY NA KURSY



KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne • Pielęgniarstwo operacyjne

KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK

Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo opieki długoterminowej • Pielęgniarstwo psychiatryczne • Pielęgniarstwo opieki paliatywnej • Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących • Pielęgniarstwo ratunkowe • Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania • Pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią • Pielęgniarstwo onkologiczne • Pielęgniarstwo pediatriczne • Pielęgniarstwo zachowawcze

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

EKG • Resuscytacja krążeniowo – oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych • Leczenie ran • Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

Szczepienia ochronne noworodków • Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania spirometrycznego • Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową • Psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin • Wykonywanie i ocena testów skórnych • Profilaktyka chorób piersi • Żywienie enteralne i parenteralne

CENTRUM EDUKACJI ERUDIO POSIADA ZGODĘ ADMINISTRACYJNĄ NADANĄ PRZEZ CKPPIP W WARSZAWIE ORAZ WPIS DO REJESTRU KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W OIPIP W ŁODZI

Zgodnie z Uchwałą Nr 107/V z dnia 08 kwietnia 2008 roku oraz Uchwałą Nr 643/V z dnia 10 marca 2009 roku OIPIP w Łodzi, w sprawie zasad finansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego, można ubiegać się o dofinansowanie do kosztów uczestnictwa w kursach

GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • KARTA STAŁEGO KLIENTA! • 10% ZNIŻKI NA KOLEJNE KURSY!

PLATNOŚĆ W DOGODNYCH RATACH MIESIĘCZNYCH

ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA

www.erudio.com.pl

!!! UWAGA NOWOŚĆ !!!

**SEMINARIUM W ZAKRESIE EKG
DLA RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH
(8 PUNKTÓW EDUKACYJNYCH)**

Utrzymanie prawidłowej temperatury ciała noworodka

cz. I

Wieloletnia praca w oddziale intensywnej opieki neonatologicznej pozwoliła nam na zdefiniowanie problemów, z jakimi spotyka się personel opiekujący się noworodkami, zarówno tymi donoszonymi, jak i urodzonymi przedwcześnie.

Jednym z takich problemów jest utrzymanie prawidłowej temperatury ciała noworodka. Ponieważ temat ten jest bardzo obszerny, zdecydowaliśmy się podzielić go na dwie części, z których pierwsza jest próbą wyjaśnienia mechanizmów, jakie mają wpływ na termoregulację noworodka, a których zrozumienie w znacznym stopniu ułatwia nam opiekę nad nim. Druga część artykułu, która ukaże się w następnym wydaniu biuletynu, będzie zawierała wskazówki – jak postępować z noworodkiem, aby zapewnić mu komfort termiczny.

Kontrola i utrzymanie prawidłowej ciepłoty ciała nowonarodzonego dziecka należy do kluczowych zadań pielęgniarek/położnych pracujących w oddziałach neonatologicznych. Optymalna temperatura otoczenia noworodka decyduje o możliwości jego przeżycia, pozwala na redukcję wydatkowanej energii oraz na prawidłowy wzrost i rozwój.

Temperatura ciała płodu w największym stopniu zależy od temperatury krwi matki. Ze względu na nasilone procesy metaboliczne nienarodzonego dziecka jest nieznacznie wyższa od temperatury organizmu ciężarnej (wynosi około 37°C) i obniża się szybko tuż po porodzie (o około 2°C w ciągu

kilkunastu sekund). Przyczyną nagłego ochłodzenia dziecka jest niższa od matczynej temperatura w sali porodowej oraz parowanie z jego skóry wód płodowych. Donoszone noworodki są stałocieplne, tzn. są zdolne do utrzymania prawidłowej temperatury ciała przez krótki czas, mimo obniżonej temperatury środowiska. Dzieci urodzone przedwcześnie są pozbawione takiej zdolności w znacznym stopniu, ze względu na późne dojrzewanie systemu termoregulującego – w ostatnim trymestrze ciąży. Temperatura ciała wcześniaka na ogół jest taka sama, jak temperatura otoczenia.

Energia wykorzystywana przez człowieka do wytwarzania ciepła pochodzi z następujących źródeł:

- podstawowego metabolizmu,
- termogenezy drżeniowej: niekontrolowanych, gwałtownych skurczów mięśni szkieletowych,
- termogenezy bezdrżeniowej (chemicznej) bez skurczu mięśni szkieletowych.

Noworodki wykorzystują jedynie ostatni z wymienionych mechanizmów. •ródłem pozyskiwania energii cieplnej jest brunatna tkanka tłuszczowa. Odkładana od 26 – 28 tygodnia życia płodowego, stanowi 1 proc. masy ciała wcześniaka i 5 – 10 proc.

masy ciała noworodka donoszonego. Wysoce wyspecjalizowana, dobrze ukrwiona, umiejscowiona jest głównie pomiędzy łopatkami, pod pachami, w śródpiersiu, wzdłuż kręgosłupa, wokół nerek i nadnerczy. Narażenie noworodka na działanie zimna powoduje wzrost wydzielania noradrenaliny, która stymuluje rozpad brązowej tkanki tłuszczowej i wytwarzanie dużej ilości ciepła. Jej zapasy są nieodnawialne.

Utrata ciepła spowodowana jest różnicą pomiędzy wewnętrzną ciepłotą organizmu a zewnętrzną temperaturą środowiska. Wpływają na nią następujące czynniki fizyczne otoczenia:

- temperatura i ruch powietrza,
- temperatura otaczających przedmiotów,
- wilgotność względna powietrza.

Za wymianę ciepła z otoczeniem odpowiadają cztery mechanizmy fizyczne: przewodzenie, konwekcja, promieniowanie, parowanie.

Przewodzenie polega na przekazywaniu energii kinetycznej cząsteczek ciała stykającym się z nimi cząsteczkom materii (otaczające powietrze, materac, pieluszki, kołderka, ubranko). Prędkość utraty ciepła zależy od różnicy temperatur. Zapobieganie polega na równomiernym ogrzaniu po-

wierzchni mających kontakt ze skórą dziecka, stosowaniu izolatorów ciepła (np. foliowych rękawów).

Konwekcja to ruch gazu lub płynu pod wpływem różnicy temperatur. Organizm traci ciepło wskutek odpływu powietrza od powierzchni skóry. Miejsce ogrzanych cząsteczek zajmują chłodniejsze, po czym zjawisko powtarza się. Utrata jest uzależniona od prędkości przepływu powietrza, powierzchni odsłoniętej skóry, pozycji ciała. Noworodek minimalizuje straty przez redukcję przepływu skór nego (skurcz naczyń) oraz przywiedzenie kończyn. Zapobieganie to przede wszystkim odpowiednie ubranie, okrycie dziecka, ograniczenie przeciągów (również niepotrzebnego otwierania drzwi czek inkubatora!), podawanie ciepłej, nawilżonej mieszaniny oddechowej.

Promieniowanie także zależy od różnicy temperatur pomiędzy ciałem noworodka, będącym źródłem promieniowania podczerwonego, a obiektami stałymi, które nie mają z nim bezpośredniej styczności. Przyczyną utraty w tym mechanizmie mogą być np. zimne ścianki inkubatora lub zimne okno, w kierunku których wypromieniowywane jest ciepło. Prewencja to stosowanie inkubatorów o podwójnych ściankach, ubieranie dziecka, umieszczanie łóżeczka w pobliżu promienników ciepła, kaloryfera.

Parowanie jest głównym mechanizmem utraty ciepła przez noworodka po porodzie oraz w każdej sytuacji, gdy jego skóra jest wilgotna. Z tego względu, jedną z pierwszych czynności pielęgnacyjnych jest dokładne osuszenie dziecka i umieszczenie go pod promiennikiem ciepła. Kąpiel noworodka donoszonego powinna być odroczone do czasu ustabilizowania ciepłoty jego ciała (poza uzasadnionymi przypadkami klinicznymi) nawet do 24 godzin. Szczególnego rozważenia wymaga kąpiel noworodka urodzonego przedwcześnie, zawsze musi być wykonywana w inkubatorze, jeśli stan dziecka tego wymaga.

Za przyczyny zwiększonej podatności noworodka na wychłodzenie uważa się:

- wysoki stosunek powierzchni do masy ciała,
- dużą utratę ciepła przez parowanie, związaną z niedojrzałością skóry,
- niedobór podskórnej tkanki tłuszczowej jako warstwy izolującej,
- słabo rozwinięte mięśnie,
- niska zdolność do prawidłowej regulacji przepływu krwi przez skórę.

Każda z wymienionych przyczyn jest tym silniej wyrażona, im wcześniej została ukończona ciąża. Dodatkowym czynnikiem wpływającym negatywnie na możliwość prawidłowej termoregulacji jest niedojrzałość oraz zaburzenia czynnościowe układu krążenia i układu oddechowego. Niemożliwe jest dogrzanie dziecka z hipoperfuzją tkanek, ponieważ w tej sytuacji nie zachodzi transport ciepła ze skóry do wnętrza organizmu.

Temperatura neutralna to wąski zakres ciepłoty, w którym noworodek utrzymuje bilans termiczny. Oznacza to, iż nie traci ani nie zyskuje ciepła, a konsumpcja tlenu do celów metabolicznych jest minimalna.

Zalecana temperatura i wilgotność w inkubatorach z uwzględnieniem masy ciała noworodka (tabela).

Masa ciała po urodzeniu w gramach	0—24 godziny	2—3 dni	4—7 dni	8 dni i więcej
< 1500	34°—36°C	33°—35°C	33°—34°C	32°—33°C
1501—2000	33°—34°C	33°C	32°—33°C	32°C
2001—2500	33°C	32°—33°C	32°C	32°C
> 2500	32°—33°C	32°C	31°—32°C	30°—31°C
Wilgotność	60—80%	50—60%	50%	50%
Mierzenie temperatury dziecka	co godzinę do czasu stabilizacji 36,5°C i 37°C	8 × dziennie	6 × dziennie	4 × dziennie

Wymaganą temperaturę w inkubatorze określa się na podstawie wskazań mierników ciepłoty powietrza inkubatora lub skóry pacjenta. Przeprowadzone badania pokazują większą stabilność równowagi termicznej u noworodków, którym regulowano ogrzewanie w inkubatorze na podstawie drugiego z wymienionych wskaźników. Pomiaru temperatury noworodka można dokonywać za pomocą specjalnych, cienkich sond (odbyt), czujników (stopa, brzuch), termometru (pacha, pachwina).

Za optymalną temperaturę ciała mierzoną w różnych miejscach przyjmuje się:

- brzuch (nad wątrobą): 36,0 – 36,5°C
- stopa: 35,0 – 35,5°C
- pacha: 35,5 – 37,0°C
- odbyt: 36,5 – 37,5°C

Kliniczne objawy hipotermii mogą być niespecyficzne, występujące również w innych stanach patologicznych. Uwagę pielęgniarki/położnej powinny zwrócić:

1. Ochłodzenie skóry noworodka, jej bladość, sinica; kolor jasnorożowy może być związany z utrudnioną dysocjacją oksyhemoglobiny w niskich temperaturach.
2. Obniżone łąknienie, senność, brak spontanicznej reakcji na stymulację sensoryczną, bólową, objawy skazy krwotocznej.
3. Zaburzenia rytmu oddechowego, zwolnienie częstotliwości oddychania, wysiłek oddechowy, bezdechy, wzrost wymogów wentylacyjnych.
4. Bradykardia, obrzęki kończyn, twarzy, oliguria.
5. Hipoglikemia, niski przyrost masy ciała w hipotermii przewlekłej.

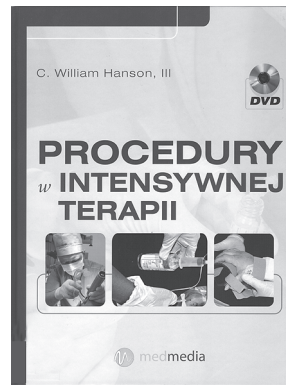
Ogrzewanie wychłodzonych noworodków jest procesem długotrwałym, wymagającym uważnych obserwacji parametrów życiowych, glikemii oraz równowagi kwasowo-zasadowej. Należy pamiętać, iż noworodka z niską temperaturą głęboką, który ma wyczerpane rezerwy energetyczne (szczególnie wcześniaka) nie wolno izolować od źródła ciepła ubraniami czy kocami, do czasu unormowania ciepłoty ciała. Ogrzewanie rozpoczynamy najczęściej od temperatury otoczenia (inkubatora) 37°C, modyfikując ją w razie po-

trzeby o 1°C w ciągu 30 – 60 minut. Jednocześnie kontrolujemy wilgotność powietrza (optymalnie 70 – 80 proc.) oraz sprawdzamy wszystkie ewentualne drogi utraty ciepła (w tym temperaturę wlewów, gazów wdechowych, szczelność okienek inkubatora).

Ponieważ otwieranie inkubatora może powodować znaczne wahania temperatury w jego wnętrzu, ograniczamy wszelkie procedury diagnostyczne i pielęgnacyjne do niezbędnego minimum, wykonując je przez otwory boczne z mankietami. Ściany inkubatora otwieramy jedynie w ściśle uzasadnionych sytuacjach! Powrót ciepłoty ciała najmniejszych wcześniaków do wartości prawidłowych trwa do dwóch godzin. Zakłócanie homeostazy dziecka co 3 – 4 godziny powoduje istotne zaburzenia i może wpływać na końcowy efekt leczenia.

Hipertermia rozpoznawana jest u noworodka, u którego temperatura głęboka przekracza 37,5°C. Występuje w zaburzeniach funkcji ośrodkowego układu nerwowego, w przebiegu infekcji u dzieci urodzonych w terminie lub, jako zjawisko jatrogenne, u dzieci przebywających w inkubatorach, nieodpowiednio ubranych lub odwodnionych. U noworodków gorączkujących z powodu zbyt wysokiej temperatury otoczenia możemy zaobserwować zaczerwienioną skórę, szczególnie twarzy, ciepłe kończyny, zwiększoną potliwość (u urodzonych powyżej 32 – 34 tygodnia ciąży). Hipertermia z powodu posocznicy bakteryjnej objawiać się może bladością skóry, sinicą obwodową, temperaturą w odbycie wyższą niż pod pachą. Do konsekwencji przegrzania zaliczyć możemy hipotensję, bezdech, drgawki. Postępowanie uzależnione jest od przyczyny wystąpienia zaburzeń – obniżenie temperatury otoczenia, stosowanie środków farmakologicznych.

Podsumowując, możemy stwierdzić, iż utrzymanie optymalnej dla noworodka temperatury środowiska jest jednym z najistotniejszych składników pielęgniarstwa neonatologicznego i wykładnikiem jego jakości.



Procedury w intensywnej terapii
C. William Hanson
Ewa Mayzner-Zawadzka
(red. wydania polskiego)
Wydawnictwo Medipage
Warszawa
ISBN 978-83-60418-30-7

Niniejszy podręcznik stanowi wprowadzenie w zakres działań podejmowanych w ramach intensywnej terapii oraz omawia liczne kwestie związane ze środowiskiem intensywnej terapii. Do książki dołączona jest płyta DVD zawierająca uzupełniające jej treści, materiał filmowy. Pozycja podzielna na siedem części.

W części pierwszej przedstawiono podstawowe zabiegi w intensywnej terapii m.in.: intensywna terapia – pomieszczenia i wyposażenie, łóżka intensywnej terapii, standardowy protokół na oddziale intensywnej terapii, mycie rąk na oddziale intensywnej terapii, przygotowanie pacjenta do zabiegu w OIT, świadoma zgoda pacjenta na zabieg oraz dokumentacja zabiegu, transport ciężko chorych pacjentów, resuscytacja krążeniowo-oddechowa. W części drugiej zaprezentowano m.in.: procedury neurologiczne – leczenie bólu na oddziale intensywnej terapii, skale pobudzenia, skala śpiączki Glasgow, blokada nerwowo-mięśniowa, nakłucie lędźwiowe, testy śmierci pnia mózgu, monitorowanie ciśnienia wewnątrzczaszkowego, elektroencefalografia, oksymetria mózgowa, bezpośredni pomiar zawartości tlenu w tkance mózgowej. W części trzeciej przedstawiono m.in.: procedury w zakresie klatki piersiowej i układu oddechowego – ruchome stanowisko do trudnych intubacji, wentylacja workiem z maską, wentylacja nieinwazyjna, maska krtaniowa, intubacja ustno-tchawicza, przez skórne udrożnienie dróg oddechowych, wentylacja mechaniczna.

Część czwarta zawiera opis procedur kardiologicznych – elektrokardiografia, techniki kaniulacji, kaniulacja tętnic, kaniulacja żył centralnych, cewnikowanie tętnicy płucnej, pomiar pojemności minutowej serca, kontrapulsacja wewnątrzaoortalna, perikardiocenteza. Część piąta – procedury w zakresie układu pokarmowego – zakładanie sondy żołądkowej, sonda dwunastnicza, gastrostomia, nakłucie otrzewnej, zespół cieśni brzusznej. W części szóstej przedstawiono procedury urologiczne – cewnikowanie pęcherza moczowego u mężczyzn, cewnikowanie pęcherza moczowego u kobiet, cewnikowanie pęcherza z dostępu nadłonowego, ciągła terapia nerkozastępcza. Część siódmej omawia procedury wykonywane na kończynach – profilaktyka zakrzepicy żył głębokich, zespół cieśni powięziowej, ocena tętna metodą Dopplera, zakładanie szyn w celu zapobiegania przykurczom mięśniowym, badanie mikrobiologiczne krwi. Podręcznik zawierający kompleksowe omówienie teoretycznych i praktycznych zagadnień z dziedziny intensywnej opieki. Monografia napisana została z myślą o rezydentach, specjalistach z zakresu intensywnej terapii, pielęgniarzach, anestezjologach i studentach medycyny.

główny specjalista ds. merytorycznych
mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska

Choroba sieroca to występujący u dziecka zespół zaburzeń i opóźnień w rozwoju fizycznym, ruchowym i psychicznym spowodowany długotrwałą rozłąką z osobami bliskimi (rodzicami, matką) i pobytem dziecka w zakładzie opiekuńczo-wychowawczym (także w szpitalu).

Choroba sieroca to występujący u dziecka zespół zaburzeń i opóźnień w rozwoju fizycznym, ruchowym i psychicznym spowodowany długotrwałą rozłąką z osobami bliskimi (rodzicami, matką) i pobytem dziecka w zakładzie opiekuńczo-wychowawczym (także w szpitalu). Jest chorobą braku miłości. Może dotyczyć również dzieci, które mają dom i rodzinę, ale występują tam nieprawidłowe relacje.

Dziecko (szczególnie przewlekle chore) w trakcie leczenia może być wielokrotnie kierowane do szpitala i tym samym narażone na izolację od rodziny i naturalnego środowiska.

W państwowym systemie opieki zdrowotnej funkcjonują różne rodzaje szpitali, które przyjmują chore dzieci w celu diagnozy ich choroby, leczenia i pielęgnowania. Przez hospitalizację rozumie się umieszczenie osoby chorej w zamkniętym zakładzie leczniczym, w którym zapewnia się jej opiekę pielęgnacyjną i specjalistyczne leczenie z wykorzystaniem odpowiedniego sprzętu medycznego i kompleksowej pomocy różnych specjalistów medycyny. Tego rodzaju opieki i pomocy leczniczej nie może pacjent otrzymać w warunkach domowych. Do szpitala kierowane są więc osoby w stanach ciężkich, przewlekłych, w okresach nasilenia symptomów chorobowych i ostrych rzutów chorobowych, wymagające interwencji chirurgicznej lub odosobnienia (np.

w przebiegu chorób zakaźnych lub niektórych chorób psychicznych).

Pobyty w szpitalu zawsze naraża osobę chorą na izolację społeczną, pewien stopień ubezwłasnowolnienia i niemożności pełnego decydowania o sobie i swoich sprawach, na regres aktywności i samodzielności oraz na uzależnienie od innych osób.

W szpitalu człowiek zwykle czuje się anonimowo (jest tylko pacjentem), pozbawiony swego „image”, znaczenia i społecznej pozycji, bezbronny i całkowicie podległy decyzjom lekarzy i pielęgniarek. Może mieć poczucie utraty znamion indywidualności, podmiotowości w decydowaniu o sobie oraz zagrożonej tożsamości. Pobyt w szpitalu może więc być dla osoby chorej okresem przykrych przeżyć naruszających te struktury jej osobowości, w których zawiera się jej pojęcie o sobie samym.

Skutki pobytu w szpitalu, zwłaszcza długotrwałego lub częstego, szczególnie mocno uwidaczniają się w przeżyciach i rozwoju dzieci. Niekiedy, zwłaszcza w przypadkach małych dzieci, mogą one być w znacznej mierze nieodwracalne i w sposób trwały zaburzać niektóre strefy ich rozwoju.

Całokształt zaburzeń psychicznych i fizycznych spowodowanych długotrwałym pobytem dziecka w szpitalu zwany jest inaczej hospitalizmem. Termin ten bywa także odnoszony do osób dorosłych.

Cho



choroba sierocza

Objawy wywołane długim pobytem w szpitalu lub innym zamkniętym zakładzie leczniczym (osoby niedołączone, przewlekle chore, inwalidzi) to m.in. otępienie uczuciowe i intelektualne, zanik potrzeb kontaktów społecznych, depresja. Objawy te są wynikiem przystosowania się do życia monotonna i niewymagającego inicjatywy.

W odniesieniu do małych dzieci hospitalizm jest rozumiany jako ogół zaburzeń obejmujących rozwój fizyczny (wzrost, wagę, sprawność ruchową) i psychiczny dziecka. Mimo wysokiej jakości warunków rozwoju biologicznego i otrzymywanej opieki w szpitalu małe dzieci pozbawione stałego kontaktu z matką nie mogą rozwijać się normalnie. Następuje spowolnienie ich rozwoju fizycznego i umysłowego, pojawiają się zaburzenia emocjonalne (zachwiana równowaga, niepokój, lękliwość, potem – zobojętnienie), zmniejsza się odporność organizmu i zwiększa podatność na choroby.

Zjawisko hospitalizmu dziecięcego stało się przedmiotem zainteresowania wielu uczonych różnych krajów w pierwszych latach po drugiej wojnie światowej. W okresie tym przebywało w różnych oddziałach szpitalnych, przytułkach i innych zakładach opiekuńczych wiele dzieci osieroconych z powodu śmierci rodziców. Wówczas wprowadzono termin „choroba szpitala”. Następnie termin „choroba sie-

roca” – najbardziej znana forma depresji niemowląt, która zastała spopularyzowana przez Rene Spitz. Jest to depresja związana z rozłąką dziecka z jego opiekunem, zwana depresją anaklityczną (utrata oparcia). Obraz depresji anaklitycznej obejmuje: utratę apetytu, zaburzenia rytmu snu i czuwania, małą ruchliwość, brak typowej dla okresu rozwojowego reakcji płaczu, objawy depresji, zanik ssania, niekiedy epizody hipertermii.

W chorobie tej wyróżniono trzy fazy, tj.: protestu, rozpacz, fazę zobojętnienia.

W fazie protestu dziecko po utracie kontaktu z matką niemal bez przerwy płacze, na próby nawiązania kontaktu przez opiekunki reaguje nasileniem głośnego płaczu, nie interesuje się otoczeniem, często odmawia przyjmowania pożywienia, odrzuca uspokajanie i pieśczęty innych osób. U starszych dzieci protest ten przybiera formę agresji słownej i fizycznej (agresja na zewnątrz i autoagresja). Pojawia się niespokojny sen i nadpobudliwość psychoruchowa.

W fazie rozpacz dziecko wycisza się, ale nadal stale popłakuje, ma brak łaknienia, zaburzenia układu pokarmowego i wydalniczego (np. biegunki), staje się bardzo podatne na choroby wieku dziecięcego. W fazie tej dziecko nie szuka kontaktu z osobami dorosłymi, nie reaguje na zabawki, cierpi na bezsenność, staje się

coraz bardziej apatyczne, pograża się w smutku. Uruchomione zostają mechanizmy obronne, jak autystyczne formy zaspokojenia głodu kontaktów społecznych na przykład ssanie palca. Oczekiwanie na powrót matki jest daremne (ciągle poszukuje), mimo to odtrąca opiekunkę, która chce je utulić, przez co jest jeszcze bardziej nie szczęśliwe.

W fazie zubożenia dziecko całkowicie uspokaja się, przestaje płakać, ale nie przejawia też uczuć pozytywnych. Biernie poddaje się zabiegom pielęgnacyjnym. Nawiązuje już z opiekunkami kontakt wzrokowy i mimiczny, ale rozwój jego mowy ulega zahamowaniu, wykazuje bardzo słabą aktywność zabawową, często wyobcowuje się z otoczenia, wykonując stereotypowe ruchy (kiwa się, kręci głową, manipuluje bezcelowo rękami itp.). W dzień bywa spokojne, sprawa wrażenie, że akceptuje opiekunki, ale nie przejawia ekspresyjnej radości czy uczuć wobec nich, natomiast w nocy często popłakuje przez sen. Stan „obojętności uczuciowej” zagraża szczególnie w wieku krytycznym formowania się więzów międzyludzkich (1 – 3 rok życia). Zachowania regresywne u dziecka są nie tylko skutkiem separacji od matki – na rozwój depresji u dziecka ma wpływ również stan psychiki matki (depresja matki). Depresja anaklityczna ustępuje w okresie 3 miesięcy po połączeniu matki z dzieckiem.

Badania nad chorobą sierocą, jej skutkami w rozwoju dziecka i możliwościami terapii prowadziły także w latach pięćdziesiątych polskie psycholożki. Wyniki tych badań potwierdziły poglądy badaczy zachodnich wskazujące na zagrożenia rozwoju dziecka, które jest pozbawione opieki matki od urodzenia lub które w pierwszych latach życia w sposób nagły zostało pozbawione tej opieki. Niekorzystne zmiany uwidoczniają się we wszystkich sferach rozwoju uczuciowego. Istnieje możliwość wystąpienia w pierwszych latach życia dziecka w wyniku długotrwałego osierożenia nieodwracalnego defektu sfery

emocjonalnej. Dziecko takie osiągając dorosłość staje się osobą pozbawioną zdolności nawiązywania i utrzymywania trwałych więzi emocjonalnych z innymi, motywowania się w swym postępowaniu dobrem innych osób oraz realizowania prospołecznych zachowań wobec innych. Czasem mają niższe możliwości intelektualne.

Ze zjawiskiem hospitalizmu ściśle związana jest atmosfera jatrogenna szpitala. Zawiera się ona w czynnikach i sytuacjach jatrogennych w szpitalu. Są to te zachowania i czynności personelu medycznego oraz te sytuacje, które charakteryzują się biologicznym podejściem do pacjenta, nieuwzględnieniem w procesie leczenia jego potrzeb i przeżyć psychicznych, przedmiotowym traktowaniem. Personel medyczny koncentruje się wówczas na chorym organizmie czy tylko na chorym organie pacjenta, nie interesuje się jego reakcją psychiczną na chorobę, tym jaki obraz swojej choroby ma pacjent, jaki jest jego stosunek do choroby i do leczenia. Pacjent nie jest informowany zadowalająco o swojej chorobie a w przypadku stanów ciężkich, zagrażających jego życiu, nawet ukrywa się przed nim ten fakt.

Personel nie zawsze dostrzega potrzeby wyjaśniania pacjentowi, jakie działania mają stosowane w jego leczeniu leki czy zabiegi, jakie są spodziewane efekty czy działania uboczne.

Przedmiotowo traktujące pacjenta osoby personelu medycznego wyznają pogląd, że im mniej wie pacjent o negatywnych aspektach choroby, tym lepiej dla jego samopoczucia lub że pacjent nie jest w stanie zrozumieć istoty procesu leczenia, działania leków czy stosowanych zabiegów. Takie podejście traktujące marginalnie potrzeby psychiczne pacjenta i znaczenie jego świadomego udziału w procesie leczenia, stosowane bywa w tradycyjnym szpitalnictwie, szczególnie wobec osób w zaawansowanym wieku życia, prezentujących niski poziom kulturowy ale i wobec dzieci.

Niewłaściwa komunikacja pomiędzy personelem medycznym a pacjentem i jego rodziną stanowi jeden z głównych

czynników jatrogennych. Dobra komunikacja jest szczególnie ważna, gdy pacjentem jest dziecko. Brak rozmowy z dzieckiem na temat czekających je w szpitalu zabiegów, nieprzygotowanie psychiczne do ograniczeń ruchowych stosowanych w leczeniu, ukrywanie przed nim informacji o jego chorobie i przewidywanych sposobach leczenia utrudniają włączenie go w ten proces i mogą zwiększać jego przeżycia stresowe.

Konieczność informowania dziecka o jego chorobie adekwatnie do jego poziomu rozwoju wiąże się także z potrzebą stopniowego usamodzielniania go w czynnościach profilaktycznych i leczniczych.

W wielu chorobach dziecko należy uczyć ochrony przed szkodliwymi dla niego czynnikami i sytuacjami, przestrzegania diety, dozowania wysiłku psychicznego, brania odpowiednich leków, wykonywania prostych zabiegów diagnostycznych, np. pomiaru cukru we krwi czy temperatury.

Bardzo ważną rzeczą jest, by wiedzę o chorobie przekazywały dziecku w sposób przemyślany i celowy osoby dorosłe (rodzice, lekarz, pielęgniarka) i by przekazywana była ona spokojnie, bez przesadnego eksponowania negatywnych właściwości choroby.

Należy pamiętać, iż nabywanie przez dziecko wiedzy o chorobie nie jest zdarzeniem jednorazowym, ale procesem, czyli w miarę rozwoju dziecka i zwiększania się jego zainteresowania chorobą dostarczamy mu więcej informacji i zwiększamy jego aktywne uczestnictwo w procesie leczenia.

Rodzice, pielęgniarki i lekarze nie zawsze należycie informują dziecko o jego chorobie. Rodzice czasami nie posiadają dostatecznej wiedzy o chorobie dziecka i nie są przygotowani do prowadzenia rozmów z dzieckiem na jej temat. Uwarunkowane to jest nie raz silnym niepokojem rodziców z powodu choroby dziecka i niemożnością prowadzenia z nim spokojnej rozmowy. Pielęgniarki na oddziałach zwykle są nadmiernie obciążone wykonywaniem czynności medycznych i pielęgnacyjnych, jest ich zbyt mało na dyżu-

Wyniki badań potwierdzają poglądy
wskazujące na zagrożenia rozwoju
dziecka, które jest pozbawione opieki
matki od urodzenia lub które
w pierwszych latach życia w sposób
nagły zostało pozbawione tej opieki.

Niekorzystne zmiany uwidoczniają się we
wszystkich sferach rozwoju uczuciowego.

rze i nie zawsze są należycie przygotowane do prowadzenia rozmowy z małym pacjentem i jego rodziną.

Zdarza się, że zawężają informację do aspektów medycznych i instrumentalnych, nie wprowadzają kontekstu terapeutycznego, łagodzącego lęk dziecka przed czekającym go zabiegiem. Nadal dość często pielęgniarki mają zakaz przekazywania pacjentowi i jego rodzinie informacji na temat choroby. Lekarze danego oddziału uważają, że są one niekompetentne do prowadzenia tego rodzaju rozmów. Sami lekarze także nie zawsze doceniają potrzebę rzetelnego informowania pacjenta o jego chorobie, szczególnie, gdy jest nim dziecko. Często nadmiar obowiązków, brak czasu i zmęczenie lekarza sprawiają, że ogranicza on swój kontakt z małymi pacjentami tylko do wizyt i niezbędnych czynności medycznych. Tymczasem dziecko chore ma świadomość tego, że jego powrót do zdrowia zależy od lekarza i jest bardzo wrażliwe na wszelkie jego reakcje, zachowania i wypowiedzi. Duże znaczenie dla niego ma także to, jakim głosem mówi do niego lekarz, jaką ma minę, wyraz oczu, jak gestykułuje, czyje pociesza, pyta o samopoczucie, czy tylko oschle go informuje i daje mu konieczne polecenia. Dzieci lubią, gdy lekarz zwraca się do nich po imieniu, nawiązuje z nimi niekiedy żartobliwą rozmowę, chwali

je za cierpliwość, używa miłych epitetów. Niestety, nie każdy specjalista leczący dzieci potrafi taki serdeczny kontakt z nimi nawiązać.

Każdy pacjent, nie tylko dziecko, jest bardzo wrażliwy na wypowiedzi lekarza dotyczące jego choroby, uważnie obserwuje zachowanie się lekarzy i pielęgniarek i jeśli nie jest należycie informowany o chorobie, to stara się nawet z oderwanych słów, niedomówień i gestów wyczytać prawdziwą opinię lekarza o jego chorobie. Im więcej dostarcza mu on treści negatywnych i niezrozumiałych dla niego, tym bardziej stresuje go i utrudnia jego pozytywne nastawienie do leczenia. Do czynników jatrogennych można także zaliczyć niekontrolowane „gadulstwo” niektórych pracowników pomocniczego personelu szpitala, którzy opowiadają różne „ciekawostki” z życia placówki i z własnych doświadczeń zawodowych, udzielają pacjentom przykrych informacji o chorobach pacjentów wcześniej przebywających na oddziale czy negatywnych uwag na temat wartości leków, zabiegów i wyników badań. Treść tych wypowiedzi wywala niepewność, lęk pacjentów oraz narusza ich wiarę w dobrą prognozę leczenia. Kolejną sytuacją, która może powodować u pacjentów przeżycia jatrogenne, jest badanie lekarskie. Zdarza się, że pacjenci nie są dostatecznie zabezpieczeni farma-

kologicznie i psychologicznie przed bólami doznawanymi w niektórych badaniach. Lekarze często nie biorą pod uwagę nadmiernej wrażliwości niektórych osób chorych, w tym dzieci, na ból. Zakładają iż ból jest nieuniknioną koniecznością i pacjent powinien go znieść.

Zdarza się także czasem, że chory jest badany bez uprzedzenia przez kilku specjalistów, którzy dyskutują między sobą, wymieniają opinie o jego chorobie, traktując go jako „interesujący przypadek”. Często z przykrym doświadczeniem dla chorego jest badanie w obecności innych pacjentów, brak dyskrecji i narażanie go na upowszechnienie wśród nie zawsze mu bliskich osób informacji o nim i jego chorobie. Nierzadkie są przypadki obojętnej (nieraz oschłej i apodyktycznej) postawy personelu medycznego w czasie wykonywania małych zabiegów, np. iniekcji, pobrania krwi, zmiany opatrunku. W przypadku dzieci, brak psychicznego przygotowania do zabiegu wywala reakcję lękową i nasila nawet nieznaczące odczucia bólowe oraz powoduje nerwowe zachowania obronne, utrudniające właściwe przeprowadzenie zabiegu.

Wysoce jatrogenne jest dla dzieci przebywanie wiele dni w monotonie urządzonej sali szpitalnej (białe ściany, łóżka, szafki), w której skazane są na wielogodzinne leżenie w łóżku i zachowanie ciszy. Ograniczenie ruchu i aktywności, zwłaszcza w okresach poprawy samopoczucia, jest dla nich wysoce stresujące. Nadmiernie rygorystyczna dbałość personelu o sterylność czystość, porządek i ład w salach szpitalnych sprawia, że niemile jest widziane przynoszenie dzieciom do szpitala większej ilości zabawek i gier, a tym bardziej sprzętu audiowizualnego. Zdarza się, że zakazuje się im zajęć typu plastycznego czy konstrukcyjnego i zabiera przyniesione z domu materiały do tych zajęć, motywując to tym, że bałaganą, brudzą, hałasują. Nie zawsze personel rozumie, że skazywanie dziecka na bezczynność i nudę źle wpływa na jego samopoczucie, źle służy jego lecze-

niu i może powodować u niego różne dodatkowe zaburzenia natury psychosomatycznej, jak: bezsenność, płaczliwość, napady złości czy oporu wobec poleceń lekarzy i pielęgniarek.

Sytuację zwykle pogarszają błędy jatrogenne popełniane przez personel, jak np. przełamywanie przemocą oporu dziecka w czasie karmienia czy zabiegu, zawstydzanie i karmienie siłą, straszenie go dodatkowym zabiegiem, skargą u lekarza czy przedłużeniem pobytu w szpitalu.

Stworzenie dziecku przebywającemu w szpitalu warunków do aktywności na miarę jego możliwości wysiłkowych wpływa korzystnie na samopoczucie, zmniejsza koncentrację na chorobie, łagodzi odczucia bólowe i rozładowuje napięcie emocjonalne.

Oddziały dziecięce w szpitalach powinny być wyposażone w zabawki i pomoce do różnych gier i zajęć odpowiednich do wieku dzieci i ich ograniczonych możliwości wysiłkowych związanych z chorobą i stosowanym leczeniem. Wprowadzenie „cieplej” kolorystyki do wnętrza szpitalnych (ściany, pościel, szafki) złagodziłoby monotonię sal i wpływało korzystnie na samopoczucie chorych dzieci.

Przejawem bezdusznego reżimu szpitalnego jest ograniczenie lub całkowity zakaz odwiedzania dziecka w szpitalu przez członków rodziny i jego rówieśników. Niemożność kontaktu chorego dziecka z najbliższymi osobami, brak wsparcia psychicznego z ich strony, przejawów miłości nasila u niego poczucie osamotnienia i lęku. Nagła utrata kontaktu z najbliższymi osobami przez dziecko umieszczone w szpitalu może wyzwać u niego symptomy choroby szpitalnej.

Małe dziecko (do około 18 miesiąca życia) nie rozumie i nie potrafi jeszcze wyobrazić sobie tego, że mimo iż matki przy nim nie ma, to kocha je nadal i będzie z nim znowu po jakimś czasie. Brak przy nim matki odbiera jako jej całkowitą utratę. Dzieci nieco starsze mogą brak odwiedzin w szpitalu przeżywać jako stan opuszczenia ich przez osoby kochające.

Rozłąkę z rodzicami nieco łagodniej przeżywają dzieci starsze, powyżej 4 roku życia, gdyż są już zdolne do oczekiwania na ich powrót i podatne na perswazję. Jednak zbyt długie okresy oczekiwania na odwiedzin rodziców powodują także u dzieci starszych negatywne stany emocjonalne.

Mimo że niektóre szpitale „otwierają się” dla rodzin i stwarzają warunki ku temu, by rodzic mógł w dowolnym czasie odwiedzać dziecko lub nawet przebywać z nim, to wiele dzieci hospitalizowanych nadal jest osamotnionych. Wielu rodziców nie ma środków finansowych na opłacanie swego pobytu w szpitalu czy nawet na częste przyjazdy do dziecka, zwłaszcza, gdy szpital znajduje się w odległej miejscowości.

Pobyt w szpitalu izolując dziecko od naturalnego środowiska przyrodniczego i społecznego ogranicza jego doświadczenia poznawcze i socjalizacyjne. Dziecko przebywające w szpitalu zdobywa różne informacje o chorobach i sposobach ich leczenia, przyswaja sobie nieznanne mu dotąd terminy medyczne, ale pozbawione jest innego rodzaju doświadczeń poznawczych. Starsze dzieci mogą sobie częściowo kompensować te ograniczenia przez czytanie książek i prasy, ale dla młodszych dzieci niezbędne są bezpośrednie obserwacje i uczestnictwo w naturalnych sytuacjach przyrodniczych i społecznych. Nic więc dziwnego, że dzieci wielokrotnie czy długotrwale hospitalizowane ujawniają opóźnienia w rozwoju umysłowym i w postępie w nauce szkolnej. Nauczanie prowadzone w szpitalu zwykle bowiem odbywa się w uboższych niż w szkole warunkach dydaktycznych, w mniejszym wymiarze godzin, w wolniejszym tempie i z mniejszym wymiarem wymagań, uwzględniających zdolności wysiłkowe i samopoczucie dzieci chorych.

Kontakty społeczne z rówieśnikami dziecka przebywającego w szpitalu realizowane są tylko z innymi dziećmi chorymi, w jednorodnych warunkach monottonnych pomieszczeń szpitalnych, z koniecznością zachowania

spokoju i ograniczenia ruchu, bez możliwości tworzenia grup i swobodnego podejmowania w nich zabaw i zajęć. Proces socjalizacji dzieci przebywających w szpitalu ulega więc dużemu zubożeniu. Spowolnieniu ulega proces społecznego usamodzielniania się dziecka hospitalizowanego, gdyż uzależnione jest ono od innych osób w wykonywaniu różnych czynności życia codziennego.

Dziecko w okresie pobytu w szpitalu nie ma możliwości uczestniczenia w różnych sytuacjach społecznych, zdobywania w nich nowych doświadczeń, umiejętności pełnienia ról, uczenia się odpowiedniego zachowania wobec innych osób, zaradności w sytuacjach trudnych czy przedsiębiorczości. Środowisko szpitala, zupełnie różne od naturalnego, nie zapewnia dzieciom chorym należytych warunków rozwoju i naraża je na opóźnienia oraz zaburzenia we wszystkich sferach jego rozwoju.

Pomocne w łagodzeniu traumatycznych przeżyć dziecka są:

1. Akceptacja – przyjęcie dziecka ze wszystkimi problemami, wadami, deficytami, trudną przeszłością.

2. Współdziałanie – zaangażowanie się w rozpoznawanie i zaspokajanie potrzeb dziecka przy jego aktywnym udziale.

3. Dawanie dziecku swobody – stymulowanie rozwoju dziecka, nie ograniczanie aktywności i inicjatywy oraz dążenia do samodzielności, respektowanie psychicznej niezależności, odrębnych przekonań dziecka, przy jednoczesnej wymianie doświadczeń i słuzeniu radą.

4. Uznanie praw dziecka – stosunek rodziców do dzieci i stosowane przez nich metody wychowawcze są adekwatne do poszczególnych etapów rozwoju. Należy pamiętać, że:

- dziecko powinno jak najszybciej znaleźć się w środowisku rodzinnym!

- nie ma gotowych rozwiązań, efekty oddziaływań zależne są od długości pobytu dziecka w placówce, wieku dziecka, indywidualnych właściwości dziecka.

Zaburzenia są odwracalne!

ZDZISŁAWA KULESZA

Piękna Polska nasza!

W dniu 10 kwietnia 2010 roku o godzinie 7.00 wyruszamy na wycieczkę do Szamotuł i okolic. Na początku podróży dociera do nas tragiczna wiadomość o katastrofie prezydenckiego samolotu, wszyscy jesteśmy wstrząśnięci.

Na godzinę 11.00 dojeżdżamy do Szamotuł do Muzeum – Zamek Górków. Jest to dawna rezydencja kasztelana poznańskiego Łukasza Górki. Znajduje się tu XVI wieczny zamek, oficyna z końca XVIII wieku i Baszta Halszki zwana Wieżą Czarnej Księżniczki z około 1518 roku.

Pani przewodnik Elżbieta Ratajczak prowadzi nas do piwnic zamku, gdzie na trzech planszach przedstawiono historię powstawania poszczególnych obiektów wg kalendarza z datami i nazwiskami właścicieli. Wyeksponowano pamiątkowe naczynia, kafle piecowe i ceramikę. Oglądamy kolekcję ikon na desce, metalowe odlewy oraz maleńkie emaliowane ikonki jako uzupełnienie – obrazy na desce malarzy polskich J. Nowosielskiego, T. Brzozowskiego. Zb. Makowskiego i innych.

Na parterze mieści się salonik, na ścianach portrety dawnych właścicieli, meble i bibeloty z XIV wieku i gabinet pana z trofeami myśliwskimi, poroża łososia, jelenia, łeb dzika, biblioteczka włoska z drzewa orzechowego.

Na piętrze sala rycerska z portretem Jana III Sobieskiego i kopią obrazu M. B. Pocieszenia Szamotuł Pani, sala balowa i koncertowa z obrazami Maxa Rabesa urodzonego w Szamotułach, profesora Berlińskiej Akademii Sztuk Pięknych. Na ścianach namalowane herby panujących.

Następnie zwiedzamy Basztę Halszki z około 1518 roku zwaną Wieżą Czarnej Księżniczki. Jej bogatą historię barwnie przedstawiła przewodniczka. Więzienie słynnej piękności wyposażono w liczne eksponaty z historii. W oficynie z XVIII wieku zgromadzono narzędzia rolnicze, kowalskie i gospodarskie z dawnych czasów.

Następnym obiektem była Fara gotycka z XV wieku restaurowana w 1984 roku.

W Obrzycku zwiedzamy z zewnątrz pałac Raczyńskich będący Domem Pracy Twórczej Uniwersytetu w Poznaniu, obecnie jest w remoncie.

Obiad zjadamy w ładnie urządzonej wnętrze w restauracji „Na skarpie”.

Pałac w Kobylnicach z czerwonej cegły z wieżyczkami oglądamy z okien autokaru.

Choć oglądaliśmy ciekawe zabytki, to katastrofa pod Smoleńskiem, gdzie zginęło 96 osób jadących na uroczystości katyńskie, sprawiła że serca nasze były pełne smutku i bólu.

PODZIĘKOWANIA

Serdeczne podziękowania za trud, wysiłek i serce okazane mojemu mężowi Lechowi Kopytek w ostatnich chwilach Jego życia, całemu zespołowi pielęgniarek i lekarzy Szpitala Miejskiego im. H. Jordana w Łodzi

składa żona
Maria Kopytek

Serdeczne podziękowania dla koleżanek i kolegów z Miejskiej Przychodni „Lecznicza” a szczególnie personelowi Przychodni Chirurgicznej za profesjonalną opiekę oraz okazaną mi życzliwość i wsparcie w trudnych dla mnie chwilach

wdzięczna
koleżanka i pacjentka
Mirka Centkowska

Uwaga Pielęgniarki i Położne!

Zapraszamy serdecznie wszystkich zainteresowanych (początkujących i zaawansowanych) na bezpłatny wykład i szkolenie na temat wykorzystania Internetu w edukacji, nauce i codziennej praktyce pielęgniarskiej:

„Internet w rękach pielęgniarki i położnej”

Szkolenie odbędzie się 25 czerwca 2010 roku od godz. 12.00 w auli SPZOZ Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 3 im. S. Sterlinga w Łodzi

W czasie szkolenia dowiesz się m.in.:

- jak znaleźć w Internecie wartościowe informacje i materiały, przydatne dla pielęgniarek i położnych (np. czasopisma, atlasy, książki, bezpłatne podręczniki medyczne!),
- gdzie uzyskać odpowiedzi na trudne pytania i problemy (dotyczące np. pacjentów, wypalenia zawodowego, walki ze stresem, mobbingu),
- jak prowadzić rozmowy na forach dyskusyjnych dla pielęgniarek i położnych, poznać nowych przyjaciół, umieszczać zdjęcia i filmy w sieci, prowadzić pamiętniki (przedstawiony zostanie m.in. najnowszy serwis społecznościowy, adresowany wyłącznie do polskich pielęgniarek i położnych),
- gdzie uzyskać bezpłatne porady prawne, znaleźć dodatkową pracę,
- jak skutecznie uczyć się języków obcych i rozwijać inne umiejętności,
- jak dbać o siebie (porady psychologa, dietetyka, kosmetyczki).

Szkolenie poprowadzi lek. Jarosław Kosiaty – redaktor naczelny portalu medycznego Esculap.pl.

Uwaga: Spośród wszystkich uczestników spotkania wyłonione zostaną osoby nagrodzone cennymi upominkami książkowymi, ufundowanymi przez wydawnictwa medyczne Czelej, Elsevier, MediPage, PZWL oraz portal Esculap.pl

Serdecznie zapraszamy! Wstęp wolny!



Fundacja „Kobieta i natura” serdecznie zaprasza na III Międzynarodowe Sympozjum

„Optymalne prowadzenie porodu – wyzwania współczesnego położnictwa”

Sympozjum odbędzie się 24 września 2010 roku w godz. 9.00 – 19.00 w Halli Stulecia (dawna Hala Ludowa)

Tematyka:

- wyzwania współczesnego położnictwa – jak zwiększyć szanse na poród fizjologiczny
- czy jesteśmy w stanie oszacować bezpieczeństwo cesarskiego cięcia
- co wiemy o wpływie oksytocyny na przebieg porodu i jakość połoгу
- jak chronić noworodki przed infekcjami szpitalnymi bezpieczne wejście w świat mikrobów
- kangurowanie – efektywna opieka nad wcześniakami
- zrozumienie potrzeb rodzącej szansą na poród fizjologiczny
- znaczenie okresu prenatalnego na fizyczny, emocjonalny i intelektualny rozwój dziecka

Wykłady będą symultanicznie tłumaczone na język polski. Koszt uczestnictwa wynosi 150 zł.

Więcej informacji i zapisy na: www.sympozjum.kobietainatura.pl