

Biuletyn

OIPiP w Łodzi

7-9/2007

APEL O POMOC

2,5-letni synek naszej koleżanki Marzeny Rzeźnik w maju br. zachorował na cukrzycę typu I. Pompa insulinowa jest niezbędna do właściwego podawania leku, a jednocześnie umożliwia normalne funkcjonowanie dziecka w środowisku. Niestety, koszt zakupu i obsługi urządzenia jest wysoki, dlatego zwracamy się z prośbą o pomoc. Otwarto rachunek bankowy z przeznaczeniem na zakup pompy insulinowej i jej utrzymanie. Nr rachunku: 6212 4031 6111 1100 1014 32076

Dziękujemy za każdą, nawet najmniejszą wpłatę, która pozwoli normalnie funkcjonować Adrianкови.

Irena Chrabańska
pielęgniarka Bloku Operacyjnego Szpitala im. M. Pirogowa w Łodzi

Edukacyjna rola położnej w zakresie karmienia naturalnego

Edukacja zdrowotna w zakresie karmienia naturalnego we współczesnej opiece położniczej ma kluczowe znaczenie ze względu na promocję zdrowia matki i dziecka. Karmienie piersią jest procesem fizjologicznym, naturalną funkcją organizmu kobiety, a jednocześnie konsekwencją i naturalnym następstwem ciąży i porodu.

Przeważająca większość kobiet, zarówno po porodzie fizjologicznym jak też po cięciu cesarskim może karmić swoje dziecko piersią.

Gruzoły piersiowe do pełnienia nowej funkcji przygotowują się przez całe 9 miesięcy.

Wysokie stężenia estrogenów we krwi ciężarnej powodują, że zwiększa się w piersiach ilość tkanki gruczołowej produkującej mleko, a gwałtowny wzrost poziomu prolaktyny po porodzie wyzwala i utrzymuje wytwarzanie pokarmu w gruczołach złożonych z około 9 płątów.

W płątach znajdują się małe płątki zbudowane z pęcherzyków mlecznych, w których mleko powstaje i skąd siecią przewodów mlecznych rozmieszczonych w całym gruczole jest transportowane do brodawki, a z niej na zewnątrz – do ust dziecka.

Proces powstawania i wypływania pokarmu stymulowany jest przez dwa odruchy nerwowo-hormonalne: odruch prolaktynowy (wytwarzania pokarmu) i oksytocynowy (wypływania pokarmu). Oba odruchy uruchamiane są w momencie ssania piersi przez dziecko. Ssanie pobudza zakończenia nerwów czuciowych znajdujących się w skórze brodawki i otoczki, z których bodźce przekazywane są do podwzgórza, a następnie do przedniego i tylnego płata przysadki mózgowej. Z przedniego płata przysadki mózgowej uwalniana jest prolaktyna pobudzająca pęcherzyki mleczne do wytwarzania pokarmu, zaś z tylnego oksytocyna obkurczająca komórki mięśni gładkich wokół pęcherzyków i przewodów i tym samym powodująca wypływanie mleka z piersi.

Ssanie piersi jest najważniejszym czynnikiem decydującym o powodzeniu karmienia naturalnego.

Rolą położnej w stosunku do pacjentki w okresie połogu jest edukacja z zakresu karmienia naturalnego i pomoc w pokonywaniu ewentualnych problemów. Szczególne znaczenie w promowaniu pozytywnych postaw wobec karmienia piersią ma wiedza i poglądy położnych. Obecność położnej przy pacjentce i jej autentyczne, życzliwe zainteresowanie pozwala na prawidłową opiekę nad matką i dzieckiem. Niezbędne jest edukowanie pacjentek podczas pobytu w oddziale położniczym poprzez: pogadanki, instruktaż właściwego postępowania, przekazanie odpowiednich materiałów czy wyświetlanie filmów edukacyjnych. Od pierwszych godzin po porodzie należy propagować karmienie piersią, uzasadniając jego korzyści dla matki i dziecka. W tym celu matce należy wyjaśnić, że mleko kobiece zawiera w swoim składzie:

- wodę, która jest niezbędna do życia,
- białko będące głównym składnikiem odżywczym, jest dostosowane do możliwości trawiennych dziecka (strawialność i przyswajalność białka kobiecego jest prawie całkowita), wśród białek mleka kobiecego nie ma betalaktoglobuliny, która odpowiada za alergie,
- tłuszcze zawierające długołańcuchowe kwasy tłuszczowe łatwo przyswajalne, nie drażnią one śluzówki jelit dziecka i nie powodują tzw. kolki jelitowej, biorą także udział w rozwoju i dojrzewaniu mózgu,
- laktozę, która jest źródłem energii dla dziecka, jej składnik – galaktoza powoduje dojrzewanie i rozwój mózgu, ułatwia ona wchłanianie wapnia i żelaza; rozkłada się w jelicie cienkim, powodując kwaśne środowisko, w którym nie mogą rozwijać się bakterie chorobotwórcze wywołujące u dzieci biegunki,
- sole mineralne,
- witaminy A, B12, C, D oraz E,

– składniki odpornościowe, czyli: immunoglobulina IgA, laktoferyna, kobaltofilina, makrofagi, leukocyty, limfocyty.

Położna powinna poinformować młodą matkę o tym, że pierwszy pokarm, jaki otrzymuje noworodek zaraz po urodzeniu, nazywa się siarą lub młodziwem. Zawiera on najwięcej składników zabezpieczających przed chorobami. Jest bardzo kaloryczna, ma wysoką wartość odżywczą, równocześnie jest lekkostrawna. Posiada dużo soli mineralnych, które przyspieszają perystaltykę jelit i opróżnienie ich ze smółki. Jest to ważne, aby nie dochodziło do zwrotnego wchłaniania bilirubiny – barwnika znajdującego się w smółce, która mogłaby nasilić żółtaczkę fizjologiczną u noworodka. Po 4 – 5 dniach matka wydziela „mleko przejściowe”, a następnie pod koniec 4 tygodnia połogu „mleko właściwe”.

Należy także powiedzieć położnicy, że mleko ludzkie zmienia swój skład w zależności od pory dnia i nocy oraz czasu, jaki upłynął od porodu, czasu od rozpoczęcia ssania, co jest podyktowane zapotrzebowaniem dziecka. Pokarm jest dostosowany do potrzeb i możliwości trawiennych noworodka czy niemowlęcia.

Matka powinna dowiedzieć się od położnej, że karmienie piersią zmniejsza zachorowalność w wieku dziecięcym na schorzenia układu pokarmowego, oddechowego, krzywicę, alergię, wrzodziejące zapalenie jelit, anemię, tężyczkę, próchnicę zębów, chroni przed „zespołem nagłej śmierci”. Sprzyja prawidłowemu rozwojowi szkliwa zębów, mięśni okolicy policzkowych i łuku zębowego, zapobiega przodozgryzowi. W wieku dorosłym chroni przed otyłością, chorobami naczyń wieńcowych, nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą, stwardnieniem rozsianym, a nawet nowotworami.

Karmienie naturalne niesie korzyści dla zdrowia i rozwoju dziecka. Dzieci te są bardziej aktywne i szybciej pokonują kolejne etapy w rozwoju motorycznym niż dzieci karmione sztucznymi mieszankami. Z korzyści intelektualnych można wymienić takie jak: lepsze zainteresowanie środowiskiem, lepszą koncentrację, samodzielność, pewność siebie, mniejszą agresywność oraz wyższy iloraz inteligencji i zdolność uczenia się. Położna opiekująca się młodą matką powinna przedstawić jej zalety karmienia naturalnego. W rozmowach z położnicą powinna podkreślić, że karmienie naturalne:

- jest podstawą bycia matką, ułatwia rozwój bądź utrwalenie więzi emocjonalnej,
- powoduje wydzielanie oksytocyny, która przyspiesza obkurczanie mięśnia macicy, a co za tym idzie zmniejsza utratę krwi (rzadsze występowanie anemii),
- zmniejsza ryzyko wystąpienia raka sutka, jajnika, macicy,
- powoduje laktacyjne odsunięcie jajeczkowania,
- mleko to jest tanie i wygodne, jest zawsze gotowe, o dostosowanym składzie, temperaturze, objętości, czyste, bez bakterii w higienicznym, atrakcyjnym „opakowaniu”, nie ma uciążliwego mycia butelek, mieszania i gotowania, nie ma możliwości pomyłki przy odmierzaniu składników bądź narażenia dziecka na zakażenie.

W skutecznym karmieniu dużą rolę odgrywa prawidłowe przystawianie dziecka do piersi. Dlatego do zadań położnej należy edukacja matki w tym zakresie. Główne zasady prawidłowej techniki karmienia to:

- przystawienie dziecka do piersi w ciągu pół godziny od urodzenia, nie później niż 2 godziny po porodzie,
- ułożenie dziecka na boku tak by twarz, klatka piersiowa, brzusek, kolanka dziecka zwrócone były w stronę brzucha matki,
- matka powinna podtrzymywać pierś „chwytem C”, czterema palcami, a kciuk leży luźno na niej,
- usta noworodka winny znaleźć się na wysokości brodawki sutkowej,
- przy prawidłowym ssaniu brodawka powinna znaleźć się na granicy podniebienia miękkiego i twardego, dziąsła dziecka uciskają na zatoki mleczne, wargi są wywinęte na

zewnątrz, dolna warga głębiej obejmuje pierś niż górna, czubek nosa lekko dotyka sutka,

- brzusek dziecka powinien przylegać do brzucha matki najlepiej „ciało do ciała”,
- każdorazowo należy karmić dziecko z obu piersi,
- karmienie trzeba rozpocząć z tej piersi, która poprzednim razem była druga, a także zmieniać pozycje przystawiania dziecka do piersi.

Zalecane jest karmienie według potrzeb, czyli wtedy, kiedy dziecko chce jeść, pić lub matka ma wypełnione piersi. Częste ssanie pobudza je do wytwarzania pokarmu i zapobiega jego zaleganiu. Matka powinna wiedzieć, że wyłącznie karmienie piersią, czyli tylko mlekiem matki należy stosować do ukończenia przez dziecko 6 miesiąca życia.

W okresie laktacji kobieta może spotkać się z wieloma trudnościami związanymi z karmieniem piersią. Wiele matek przekonanych, że będą karmić piersią przerywa karmienie w ciągu pierwszych tygodni. Powodem są kłopoty, którym można było zaradzić lub które samoistnie ustąpiłyby w dalszym okresie. Rolą położnej jest pomoc w rozwiązywaniu problemów laktacyjnych, do których należą: zastój pokarmu, bolesność i pęknięcie brodawek sutkowych, niedobór pokarmu.

Zastój pokarmu

Do zastoju pokarmu dochodzi najczęściej w 4 – 5 dobie połogu i jest to związane z tzw. nawałem mlecznym, czyli przejściowo zwiększonym – ponad potrzeby dziecka – jego wytwarzaniem. Piersi są zaczerwienione, twarde, bolesne, może wystąpić podwyższona temperatura ciała. Dotykając piersi wyczuwamy pod palcami wypełnione pokarmem komórki gruczołowe w postaci gronek, szczególnie są wyczuwalne obok dołu pachowego.

Wzrost ciepłoty ciała spowodowany nawałem mlecznym nie jest powodem do zaprzestania karmienia. Inną przyczyną nadmiaru pokarmu może być zbyt rzadkie i zbyt krótkie przystawianie dziecka do piersi. Może to wynikać z dopajania noworodka, szczególnie, jeżeli podaje się słodkie płyny. Dziecko nie odczuwa wtedy głodu i rzadziej upomina się o pierś. Powoduje to zaleganie pokarmu, co może doprowadzić do zmniejszenia i zaniku pokarmu. Zastój pokarmu może być także związany z zaburzeniem odruchu samoistnego wypływania pokarmu. Sprzyja temu niepokój matki, pośpiech, nerwowa atmosfera.

Należy zadbać o relaks, do karmienia wybierać miejsca kameralne, zaciszne. Aby uporać się z zastojem pokarmu, najlepiej byłoby przystawić głodne dziecko do piersi, ono najlepiej i najszybciej opróżni ją. Jeżeli dziecko ma problemy z uchwyceniem brodawki należy odciągnąć trochę pokarmu, aby mu to ułatwić. Polecaną metodą jest też stosowanie okładów z liści chłodnej, uprzednio rozbitej białej kapusty. Na 20 – 30 minut przed karmieniem należy zmienić okład na ciepły w celu poprawienia wypływania pokarmu. Często konieczne jest opróżnienie piersi ręcznie lub przy pomocy odciągacza do pokarmu. Przed tą czynnością korzystnie jest umyć piersi ciepłą wodą. Pomocnym jest też delikatny masaż. Okrężne ruchy wykonywane palcami, od podstawy sutka w kierunku brodawki, a następnie delikatne uciskanie kciukiem i palcem wskazującym na granicy otoczki i sutka. Powyższe informacje położnica powinna otrzymać od położnej.

Bolesność i pęknięcie brodawek sutkowych

Problemem związanym z początkowym okresem karmienia piersią jest bolesność, a nawet pęknięcie brodawek sutkowych. Dotyczy to przede wszystkim matek, które karmią po raz pierwszy, a spowodowane jest nieprawidłową techniką karmienia.

Przyczyną jest zbyt płytkie wprowadzanie piersi do jamy ustnej noworodka. Dziecko ma wtedy trudności z pobraniem odpowiedniej ilości pokarmu, nerwowo gryzie brodawkę, co najczęściej prowadzi do jej uszkodzenia.

Inną przyczyną pęknięcia brodawek jest zasypianie dziecka z brodawką w ustach. Gdy dziecko śpi, brodawka wysuwa się z jego ust, a odruchowe ssanie przez sen powoduje uszkodzenie zbyt płytko podanej piersi.

Do pęknięcia brodawek może dochodzić również w przypadku znacznego zastoju pokarmu, kiedy trudno jest właściwie przystawić dziecko do piersi. Otarcia i pęknięcia brodawek usposabiają do infekcji grzybiczych. Zakażenie charakteryzuje się silnym bólem sutków podczas karmienia. W badaniu brodawki mogą mieć prawidłowy wygląd lub może wystąpić zaczerwienienie. Położna powinna uwrażliwić matkę na przyjmowanie odpowiedniej pozycji w czasie karmienia. Zmiana pozycji zmienia miejsca, gdzie usta dziecka wywierają największy nacisk na brodawkę.

Zapalenie gruczołu piersiowego

Kolejnym powikłaniem wynikającym z nieprawidłowej techniki karmienia dziecka jest zapalenie gruczołu piersiowego. Jest ono najczęściej spowodowane przez gronkowca złocistego lub pałeczkę okrężnicy.

Położna, opiekująca się kobietą po porodzie powinna wyjaśnić jej, że do wystąpienia zapalenia najczęściej dochodzi w czasie pierwszych 2 miesięcy od porodu i stan ten może trwać do końca karmienia piersią.

Opóźnione karmienie, zmęczenie matki oraz urazy brodawek sprzyjają wystąpieniu zapalenia gruczołu sutkowego. Prawidłowe leczenie zapalenia piersi obejmuje:

- częstsze karmienie, zwłaszcza chorą piersią,
- przystawianie dziecka w różnych pozycjach,
- stosowanie po karmieniu zimnych okładów na chore miejsca (nie wolno stosować gorących okładów ani masażu piersi),
- podawanie leków przeciwgorączkowych i przeciwbólowych,
- dodatkowe zalecenia dla matki (odpoczynek w łóżku, przyjmowanie dużej ilości płynów).

Niedobór pokarmu

Najczęstszą przyczyną zaprzestania karmienia piersią lub rozpoczęcia dokarmiania jest niedobór pokarmu. Bardzo często matki przekonane są o tym, że mają za mało pokarmu. Rzeczywisty niedobór występuje rzadko.

Położna powinna wyjaśnić kobiecie w okresie połogu, że najczęściej niedobór ten spowodowany jest nieprawidłową techniką karmienia, zaburzeniem mechanizmu ssania czy nieprawidłowym postępowaniem.

Objawy świadczące o rzeczywistym niedoborze pokarmu to:

- dziecko jest mało aktywne,
- dziecko spędza przy piersi niemal całą dobę, ale ssanie jest nieskuteczne,
- oddaje mniej niż 2 stolce w ciągu doby i moczy mniej niż 6 pieluch,
- przyrost masy ciała jest mniejszy niż 17g/24h lub 120g/tydzień.

Położnica powinna także wiedzieć, że w ciągu od kilku dni do 2 – 3 tygodni można odbudować laktację. Postępowanie rozpoczyna się od skorygowania wszystkich stwierdzonych nieprawidłowości związanych z karmieniem. Zaleca się:

- stymulację gruczołów piersiowych przez częste karmienie z obu piersi w dzień i w nocy,
- kontrolę masy ciała dziecka co 2 – 3 dni i w miarę uzyskiwania prawidłowych przyrostów stopniowe ograniczenie dokarmiania.

* * *

Współcześnie obowiązującym systemem organizacji oddziału położniczego są sale typu rooming-in, w których matka przebywa razem z dzieckiem. Umożliwia to wczesną edukację kobiet po porodzie odnośnie karmienia naturalnego, które jest najlepszym sposobem żywienia noworodka. Pomoc i wiedza personelu medycznego jest istotnym ułatwieniem na drodze do udanego karmienia piersią.

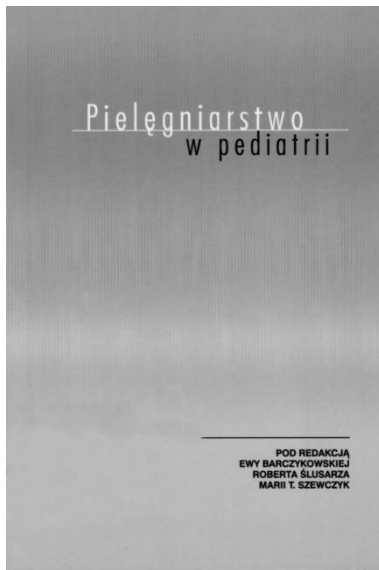
Literatura u autorów

Agnieszka Kais
położna oddziałowa, SPZOZ Świdnik, Oddział Wojewódzki Polskiego Towarzystwa Położnych w Lublinie

mgr Małgorzata Kalita
SPZOZ Szczepczeszyn, Oddział Akademicki Polskiego Towarzystwa Położnych w Lublinie

Przedruk z Pisma OIPiP w Lublinie „Nasz głos” 3/2007 maj – czerwiec 2007

KĄCIK BIBLIOTECZNY



Kolejne wydanie pozycji z serii „Wybrane zagadnienia z zakresu pielęgniarstw specjalistycznych”, przedstawia specyfikę działań pielęgniarki wobec chorego dziecka i jego rodziców lub opiekunów. W sposób zwięzły i praktyczny przedstawiono zagadnienia dotyczące zaburzeń rozwoju dziecka (wada rozwojowa układu nerwowego, porażenie dziecięce oraz zespół Downa). Podjęto także próbę scharakteryzowania postępowania wobec dziecka z zaburzeniami neurologicznymi. Uwzględniono problemy zdrowotne występujące u dziecka z napadami drgawkowymi i padaczką oraz z guzem układu nerwowego. Podniesiono poważny i aktualny problem zespołu dziecka maltretowanego. Rozdział poświęcony temu zagadnieniu zawiera cenne informacje i wskazówki dotyczące postępowania diagnostycznego i terapeutycznego.

Książka, jako przewodnik dydaktyczno-praktyczny, adresowana jest do pielęgniarek praktykujących. Z uwagi na dużą wartość merytoryczną i praktyczną pozycji, zostanie ona również wykorzystana w nauczaniu studentów kierunku pielęgniarstwo, a także w szkoleniu podyplomowym w dziedzinach pielęgniarstwa pediatrycznego, rodzinnego i neurologicznego. Układ treściowy książki nawiązuje do minimów programowych nauczania przedmiotów: pielęgniarstwo pediatryczne i neurologiczne, a przede wszystkim jest zgodny z programami ramowymi specjalizacji dla pielęgniarek specjalizujących się w wyżej wymienionych dziedzinach.

mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska
st. specjalista ds. merytorycznych w Biurze OIPiP w Łodzi

Kącik społeczników: Benilda Fabian

Zaangażowanie się w bezinteresowną pracę społeczną nie jest dziś zjawiskiem często spotykanym. Podejmują je z reguły osoby, które są zaangażowane emocjonalnie w sprawy zawodowe, dostrzegają różne niedociągnięcia, braki i niedostatki w pracy zawodowej i pragną poświęcić swój czas i siły, aby popracować nad nowymi, lepszymi rozwiązaniami. Działają w naszych organizacjach zawodowych służąc swym doświadczeniem. Nie zawsze rzucają się w oczy, bo pracują bez rozgłosu, cicho, wykonując przydzielone im zadania. Dlatego wydaje się, iż słusznym jest pokazanie ich sylwetek. Z tych powodów zamierzam przybliżyć ich biografie w „Kąciku społeczników”, które będą zamieszczane w kolejnych numerach Biuletynu.



Urodziła się 29 czerwca 1938 roku w Sejnach. Matka Wiktoria z domu Ważywoda, ojciec Jan Koziarowski. Okres wojenny spędziła z rodzicami w Augustowie. Po wojnie wraz z rodzicami przeprowadziła się do Tomaszowa Mazowieckiego. Tu w 1958 roku uzyskała świadectwo dojrzałości w I Liceum Ogólnokształcącym im. J. Dąbrowskiego. Od września tegoż roku rozpoczęła naukę w Państwowej Szkole Pielęgniarstwa nr 1 w Łodzi. Dyplom uzyskała w 1958 roku.

Pierwszą pracę zawodową w charakterze pielęgniarki szeregowej na oddziale chirurgicznym podjęła w Szpitalu im. Wł. Biegańskiego w Łodzi.

Przez 40 lat pracy zawodowej pracowała jako pielęgniarka odcinkowa, rejonowa w poradni dermatologicznej. Była kierowniczką Rejonowego Żłobka nr 16 w Łodzi.

W roku 1972 została zatrudniona na stanowisku zastępcy naczelnego pielęgniarki Zespołu Opieki Zdrowotnej Łódź-Bałuty. Do Jej obowiązków należał nadzór merytoryczny nad placówkami lecznictwa specjalistycznego wraz ze szpitalami.

W 1974 roku ukończyła 10-miesięczny kurs dla kadry kierowniczej organizowany przez Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych w Łodzi. Odbyła też szereg szkoleń z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy oraz prawa w ochronie zdrowia. Uczestniczyła także w kursach organizowanych przez Centrum Doskonalenia Nauczycieli i Średnich Kadr Medycznych w Warszawie. Tam w 1991 roku uzyskała tytuł pielęgniarki specjalistki w zakresie organizacji i zarządzania.

W 1992 roku nastąpiła reorganizacja służby zdrowia i likwidacja Jej dotychczasowego stanowiska pracy. Przyjęła obowiązki starszej pielęgniarki w Poradni Chorób Serca w ZOZ Łódź-Bałuty, ponieważ nie było innych perspektyw pracy. Musiała nauczyć się wykonywania zapisów EKG i ich interpretacji. Ukończyła kurs doskonalący z zakresu kardiologii w Wojewódzkim Centrum Analiz i Promocji Zdrowia. Włączyła się czynnie w pracę Ośrodka i przez dwa lata prowadziła szkolenia z zakresu kardiologii dla pielęgniarek z terenu Łodzi. Na emeryturę przeszła w 1998 roku. Przez cały okres pracy zawodowej i po jej zakończeniu bierze czynny udział w pracy społecznej w Polskim Towarzystwie Pielęgniarskim w Łodzi, gdzie przez kilka kadencji pełni obowiązki sekretarza ZOW. Pracowała również w związkach zawodowych służby zdrowia. Była przewodniczącą Komisji Rozjemczej działającej przy ZOZ Bałuty. Od kilku lat jest także sekretarzem Koła Emerytek działającego przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

Za wyniki w pracy zawodowej i społecznej uzyskiwała nagrody, wyróżnienia i odznaczenia: Brązowy Krzyż Zasługi (1973), Srebrną Odznakę Związkową (1974), Odznakę za Wzorową

Pracę w Służbie Zdrowia (1980), Srebrny Krzyż Zasługi (1982), Honorową Odznakę m. Łodzi (1984), Medal 40-lecia Polski Ludowej (1984), Honorową Odznakę PTP (1985).

dr n. hum. Barbara Dobrowolska
przewodnicząca Komisji Historycznej przy Zarządzie Oddziału
Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Łodzi

Komunikowanie pielęgniarka – pacjent w oddziale intensywnej opieki medycznej

Rozpoznawanie i zaspokajanie podstawowych potrzeb biologicznych, psychicznych i społecznych pacjentów jest zagadnieniem łączącym leczenie usprawniające z intensywną opieką i terapią. Podstawowymi potrzebami chorych w stanach krytycznych są bezpieczeństwo, kontakt emocjonalny, poszanowanie godności osobistej, ruch, sen i wypoczynek oraz potrzeba działania.

Potrzeba bezpieczeństwa jest wyzwalana w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia, przy niedostatku informacji, pod wpływem ruchu, hałasu, resuscytacji, zabiegów, zgonu współpacjentów itp. Zaspokajanie potrzeby bezpieczeństwa może być realizowane dzięki rozmowie, obecności przy chorym, życzliwości, sprawnej organizacji, dobrym warunkom architektonicznym oddziału oraz systemowi monitorowania budzącego zaufanie pacjenta. Pobyt pacjenta w oddziale intensywnej opieki medycznej jest dla niego źródłem stresu fizycznego i psychicznego ze względu na ciężkość stanu zdrowia, intensywność leczenia i ograniczenia z tym związane oraz środowisko oddziału. Świadome i umiejętne komunikowanie pomiędzy pielęgniarką a pacjentem ma w tej sytuacji istotne znaczenie dla zaspokojenia potrzeby kontaktu, redukcji lęku związanego z chorobą, zagrożeniem życia i pobytem w OIOM oraz dla podtrzymywania nadziei na przeżycie i wyleczenie. Właściwe oddziaływanie na pacjenta stwarza mu możliwość odreagowania napięcia i obaw, sprzyja lepszej adaptacji do środowiska OIOM, wzbudzeniu motywacji do leczenia i walki o życie oraz podtrzymania pozytywnej samooceny i szacunku do siebie.

Komunikacja interpersonalna lub relacja interpersonalna (międzyosobowa) to najogólniej stosunek, jaki zachodzi pomiędzy dwiema stronami: pielęgowaną (podmiot opieki) a pielęgniącą (pielęgniarka). We współczesnym pielęgowaniu podkreśla się, że komunikowanie to świadomy (racjonalny), celowy proces zdobywania i wymiany informacji niezbędnych do pracy (współpracy, współdziałania) z podmiotem (i dla podmiotu) opieki. Każda relacja interpersonalna, a przede wszystkim taka, która inicjowana jest z potrzeby zawodowej, musi być: efektywna, celowa, terapeutyczna.

Komunikowanie efektywne. Jeszcze przed wejściem w kontakt z drugim człowiekiem pielęgniarka musi zdawać sobie sprawę z tego, co zakłada osiągnąć: jaki ma być końcowy wynik tego kontaktu.

Komunikowanie celowe. Wejście w relację interpersonalną jest podporządkowane celowi, który został wcześniej jednoznacznie określony.

Komunikowanie terapeutyczne. To takie, które wywiera pozytywny wpływ na podmiot opieki. Jest to świadome wykorzystywanie właściwie dobranych komunikatów werbalnych i niewerbalnych, aby dzięki nim wpłynąć na aktualne zachowanie podmiotu opieki.

Barierami w komunikowaniu się może być wiele czynników, które należy poznać i starać się pokonać. Zakłócenia w procesach komunikowania mogą wynikać z ograniczeń związanych ze stanem fizycznym i psychicznym pacjenta, środowiskiem i organizacją pracy na oddziale oraz z przyczyn subiektywnych związanych z osobowością pielęgniarki, fizjoterapeuty czy pacjenta. Pacjent trafia na oddział intensywnej terapii w ciężkim stanie, nierzadko w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Często występują zaburzenia świadomości, określane w skali GCS również w celach rehabilitacyjnych, niezbędna jest intubacja lub tracheotomia, występują zaburzenia wodno-elektrolitowe i kwasowo-zasadowe oraz gorączka i ból, które uniemożliwiają komunikowanie się z chorym.

Ponadto wiele leków stosowanych w intensywnej terapii wpływa na funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego. Analgezja i sedacja upośledzają percepcję zapamiętywania i odtwarzania informacji, uniemożliwiają lub utrudniają koncentrację uwagi w zależności od

stopnia sedacji, a nawet wykluczają możliwość kontaktu werbalnego. Źródłem stresu i lęku są poczucie uzależnienia od aparatury i izolacja wynikająca z niewystarczającego kontaktu z rodziną oraz widok odzieży ochronnej (np. czapki, maski), w jakiej pracuje zespół terapeutyczny. Jednocześnie pacjent w OIOM doświadcza wielu niepożądanych bodźców, jak: ciągle oświetlenie, przemieszczanie się personelu i hałas wywołany nieustanną pracą respiratorów, kardiomonitorów, urządzeń ssących itd.

Środkiem komunikacji werbalnej jest słowo mówione i pisane, a środkami do komunikacji niewerbalnej – kontakt przez dotyk, mimika twarzy i gestykulacja oraz symbole (barwy, figury, język migowy). Dotyk jest istotną składową komunikowania pozawerbalnego oraz integralnym i nieuniknionym elementem praktyki pielęgniarstwa i fizjoterapeuty.

Wyróżnia się trzy rodzaje dotyku: dotyk opiekuńczy (emocjonalny) dla wyrażenia współczucia, obecności przy pacjencie, pocieszenia, wsparcia, uspokojenia; dotyk ochronny w celu ochrony pacjenta, np. przed dotknięciem rany, usunięciem rurki intubacyjnej lub kaniuli; dotyk proceduralny (instrumetalny) polegający na wykonywaniu określonego zadania, np.: toalety, ćwiczeń biernych kończyn, zmiany pozycji ciała.

Pomimo trudności, komunikowanie z chorym w oddziale intensywnej terapii może być efektywne i satysfakcjonujące zarówno dla pacjenta, jak i dla pielęgniarstwa. Warunkiem jest jednak opanowanie technik komunikowania, wiedza, doświadczenie w pracy, świadomość znaczenia terapeutycznego komunikowania dla właściwego przebiegu procesu pielęgnowania, motywacja do podejmowania wysiłku w tym kierunku oraz predyspozycje osobowościowe pielęgniarstwa.

Przebieg relacji z chorym uzależniony jest między innymi od trybu przyjęcia do OIOM oraz zachowania zdolności komunikowania werbalnego przez pacjenta. W przypadku planowego przyjęcia (najczęściej po zabiegu chirurgicznym) korzystne jest nawiązanie pierwszego kontaktu z pacjentem zanim trafi on do OIOM (najlepiej przez pielęgniarkę, która będzie się opiekowała pacjentem po zabiegu).

Pierwsze spotkanie służy przełamaniu bariery obcości, wzbudzeniu zaufania do personelu oraz gromadzeniu informacji o chorym – pomocnych do zaplanowania opieki i ułatwieniu późniejszego kontaktu. Psychologicznie uzasadnionym jest fakt, że łatwiej komunikować się z kimś, kto jest nam bardziej znany.

Dane uzyskane od pacjenta i rodziny dotyczące wykształcenia i wykonywanego zawodu oraz ocena poziomu intelektualnego, procesów poznawczych i funkcjonowania narządów zmysłów mogą być pomocne dla zaplanowania indywidualnych sposobów komunikowania się z pacjentem. Wskazane jest upewnienie się, którą ręką pacjent posługuje się przy pisaniu i pozostawienie jej wolnej od wkłuc (jeśli jest to możliwe).

Niezmiernie istotnym etapem jest przygotowanie psychologiczne pacjenta – nie tylko do planowanego zabiegu, ale również do pobytu w oddziale intensywnej opieki medycznej. Lęk, jaki wywala obce otoczenie można częściowo zmniejszyć przez wcześniejsze zapoznanie z topografią oddziału, oraz wyjaśnienia przewidzianych zabiegów.

Jeśli planowana jest dłuższa intubacja lub tracheotomia – w przygotowaniu oprócz informacji na temat celowości i sposobu wykonania zabiegu, ważne jest wspólne z pacjentem określenie sposobów porozumiewania się z personelem.

Po przyjęciu do OIOM należy powtórnie ocenić stan przytomności, funkcjonowanie narządów zmysłów, procesy poznawcze, zwłaszcza myślenie i spostrzeganie, rozumienie informacji, zdolność ekspresji przy pomocy mimiki twarzy (np. mruganie oczami, poruszanie ustami), siłę mięśni (np. zdolność do uściśnięcia ręki). Procesy te mogą być zaburzone z powodu działania niektórych leków.

W przypadku przyjęcia do oddziału intensywnej opieki medycznej ze wskazań nagłych, nawiązanie pierwszego kontaktu i ocena słabych i mocnych stron w zakresie stanu

fizycznego, emocjonalnego i intelektualnego pacjenta powinna mieć miejsce w możliwie krótkim czasie po przyjęciu.

Wstępna ocena i zebranie informacji o chorym umożliwi indywidualny dobór „kanałów” informacyjnych oraz wypracowanie sposobów porozumiewania się. Dobór techniki możliwie najmniej frustrującej i najbardziej efektywnej wymaga dużej inwencji od pielęgniarki, zwłaszcza w sytuacji, gdy kontakt werbalny nie jest możliwy (np. w przypadku prowadzenia sztucznej wentylacji).

Sprawdzone, choć ograniczone sposoby porozumiewania z pacjentem zaintubowanym lub z tracheostomią to: czytanie z ruchów warg pacjenta, zadawanie prostych pytań przez pielęgniarkę wymagających odpowiedzi „tak” lub „nie” i ich potwierdzanie lub zaprzeczanie poprzez uścisk ręki, mruganie oczami, marszczenie czoła i inne sygnały przekazywane przez pacjenta. Jeśli stan pacjenta na to pozwala, dobrym sposobem jest pisanie na kartce, chociaż niekiedy pismo chorego jest mało czytelne, ze względu na pozycję horyzontalną, brak kontroli wzrokowej oraz osłabienie mięśniowe.

Innym sposobem jest wybieranie przez pacjenta odpowiedniego obrazka (tzw. piktogramu) ilustrującego podstawowe potrzeby związane z higieną osobistą, piciem, jedzeniem, ruchem, zmianą pozycji, doznawaniem bólu, potrzebą kontaktu z rodziną lub wybieranie kart z literami alfabetu i układanie słów.

Wskazane jest dokumentowanie wypracowanych sposobów komunikowania (np. umieszczanie informacji na ten temat nad łóżkiem pacjenta lub dokumentacji procesu pielęgnowania) oraz ograniczenie liczby osób podejmujących kontakt z pacjentem dla zapewnienia ciągłości opieki.

Wyżej wymienione techniki porozumiewania się z pacjentem zaintubowanym są niestety niedoskonałe. Komunikowanie ogranicza się często do wyrażenia podstawowych problemów fizycznych, np. ból, uczucie duszności, dyskomfort z powodu odsysania, uczucie zimna. Niekiedy informacja przekazana przez pacjenta jest niezrozumiała, a utrudnione komunikowanie powoduje zmęczenie.

Jeśli pacjent jest zdezorientowany, korzystne są wszelkie działania zmierzające do ułatwienia orientacji co do miejsca i czasu oraz zminimalizowanie deprywacji sensorycznej. Służy temu informowanie o dacie, godzinie, miejscu, częste powtarzanie tych informacji oraz przypominanie na jakiej zmianie pracuje pielęgniarka, przyciemnianie światła w nocy i, jeśli jest to możliwe, zegar i kalendarz w zasięgu wzroku pacjenta. W dalszych godzinach i dobach w zależności od stanu intelektualnego i fizycznego pacjenta korzystne jest informowanie o bieżących wiadomościach, czytanie gazet, pytanie o opinie, zachęcanie do ćwiczeń pamięci i planowania na przyszłość, a nawet – jeśli istnieją ku temu warunki – umożliwienie słuchania muzyki lub oglądania telewizji.

Niezmiernie istotne dla obniżenia lęku pacjenta i umożliwienie dopływu prawidłowych bodźców są odwiedziny bliskich osób. W ośrodkach amerykańskich i zachodnioeuropejskich o wysokim poziomie opieki zorientowanej na pacjenta, odwiedziny rodziny (często dzieci) w oddziałach intensywnej terapii nie budzą kontrowersji.

W Polsce do niedawna w wielu ośrodkach panował całkowity zakaz odwiedzin w oddziałach intensywnej opieki medycznej. Obecnie występują pod tym względem korzystne zmiany. Często za zgodą lekarza rodzina może przebywać przy pacjencie, jeśli sytuacja na to pozwala. Rodzina umiejętnie włączona w proces pielęgnowania może stanowić źródło wsparcia dla pacjenta, konieczne jest jednak wcześniejsze udzielenie wyjaśnień dla zredukowania lęku oraz wspólne ustalenie strategii postępowania z pacjentem.

Każdy pacjent ma pełne prawo do informacji na temat zabiegów i czynności, których jest podmiotem. Z tego powodu, istotne jest poprzedzanie wszelkich zabiegów rzetelną informacją na temat celowości i sposobu ich wykonania oraz pouczenie pacjenta, w jaki sposób powinien się zachować. Udzielane wyjaśnienia powinny być przekazane jasno, prosto,

językiem zrozumiałym dla pacjenta (należy unikać żargonu szpitalnego) oraz często powtarzane.

Sukces w nawiązaniu terapeutycznej relacji z pacjentem zależy od sygnałów pozawerbalnych przekazywanych w kontakcie z pacjentem. Pozawerbalnie w sposób podlegający ograniczonej kontroli przekazujemy znaczną większość informacji poprzez: ton głosu, wyraz oczu, kierunek spojrzenia, zachowaną odległość, mimikę, gesty, dotyk, itp. Sygnały pozawerbalne odzwierciedlają reakcje na informacje przekazane przez nadawcę, mogą wzmacniać i potwierdzać komunikat werbalny lub odwrotnie.

Istotną składową komunikowania pozawerbalnego jest dotyk. Jest on nieuniknioną częścią praktyki pielęgniarstwa.

Według niektórych badań przeprowadzonych wśród pacjentów oddziałów intensywnej terapii kardiologicznej obserwowano poprawę zapisów Ekg po epizodach palpacyjnego pomiaru tętna, a wypowiedzi pacjentów sugerowały, że dotyk opiekuńczy dla wsparcia i obecności żywego człowieka wśród aparatury miał dla nich duże znaczenie.

Warto pamiętać, że dotyk instrumentalny może być stosowany w sposób profesjonalny, dający pacjentowi komfort, poczucie bezpieczeństwa i przekonanie o kompetencji osób opiekujących się nim lub może stanowić sytuację „jatrogenną” (np. dotyk brutalny, sprawiający ból, nieuzasadnione obnażenie pacjenta i inne). Wydaje się, że świadome stosowanie różnych rodzajów dotyku, ze szczególnym zwróceniem uwagi na dotyk opiekuńczy w opiece nad chorym, jest wyznacznikiem kwalifikacji zawodowych pielęgniarki.

Literatura u autora

Krzysztof Nowacki
mgr pielęgniarstwa

PODZIĘKOWANIA

Pragniemy złożyć serdeczne podziękowania dla pani ordynator Oddziału 11 Szpitala Babińskiego w Łodzi – pani doktor Joannie Sobieckiej – zespołowi lekarzy oraz pani Ewie Gross – zastępcy naczelnej pielęgniarki, panu Krzysztofowi Leńskiemu – oddziałowemu ww. oddziału – oraz podległemu mu personelowi pielęgniarskiemu i paniom salowym za bezinteresowną, fachową i życzliwą opiekę do ostatnich chwil życia nad naszą mamą, babcią i ciotką – Janiną Górską

wdzięczna rodzina – Teresa i Jolanta Kolczyńska i Czesława Szlawska

Pani dr Ewie Borowiak – opiekunce Sekcji Koła Naukowego przy Katedrze Nauczania Pielęgniarstwa z Pracownikami Praktycznymi Wydziału Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – pragniemy gorąco podziękować za okazaną życzliwość, wsparcie i pomoc oraz umożliwienie uczestnictwa w V Podlaskiej Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości”

składają:
Karolina Kołodziej
Małgorzata Matuszewska
Małgorzata Adamek

Henryce Bartczak z okazji przejścia na emeryturę podziękowanie za troskę, fachowość, poświęcenie oraz pełną zaangażowania długoletnią pracę zawodową wraz z życzeniami zdrowia i wytrwałości

składają położne i salowe
z Kliniki Perinatologii i Ginekologii ICZMP w Łodzi

PRAWNIK RADZI

1. Czy możliwe i dopuszczalne jest jednoczesne zatrudnienie w dwóch lub więcej zakładach pracy?

Nie ma przeszkód prawnych by jedna osoba była zatrudniona w dwóch lub nawet większej ilości miejsc pracy. Przepisy prawa pracy, w art. 129 i następne kodeksu pracy, ograniczają czas pracy pracownika ale w ramach jednego, konkretnego stosunku pracy nawiązanego z konkretnym pracodawcą. Wszelkie normy czasu pracy, które są przez te przepisy narzucone mają na celu ochronę pracownika przed ewentualnymi próbami nadmiernego jego wykorzystywania. Jeżeli natomiast pracownik ma możliwość podjęcia innego, dodatkowego zatrudnienia, to przepisy prawa pracy nie stoją temu na przeszkodzie. To samo dotyczy również podejmowania pracy na podstawie innej niż umowa o pracę, na przykład na podstawie umów cywilnoprawnych. Należy jednak mieć na uwadze, że pracownik podejmując kolejne zatrudnienie musi dysponować odpowiednimi zdolnościami psychicznymi i fizycznym. Jest to szczególnie istotne w zawodzie pielęgniarki i położnej, by zbyt długie świadczenie pracy bez odpowiedniego wypoczynku nie spowodowało obniżenia koncentracji, a tym samym nie spowodowało bezpośredniego zagrożenia dla życia i zdrowia pacjentów, znajdujących się pod opieką pielęgniarki czy położnej.

2. Czy pielęgniarka oddziałowa ma prawo wezwać do pracy pielęgniarkę przebywającą na urlopie wypoczynkowym?

Zgodnie z przepisem art. 167 § 1 kodeksu pracy pracodawca może odwołać pracownika z urlopu. Może to uczynić bez względu na fakt wcześniejszego, z dużym wyprzedzeniem ułożenia planu urlopów. Ważne jednak by przyczyna, dla której powstała konieczność odwołania z urlopu nie dała się przewidzieć w momencie jego rozpoczynania. Co do zasady więc pracownik jest zobowiązany zastosować się do tego polecenia. Jeśli zaś chodzi o wydanie powyższego polecenia nagłego powrotu z urlopu przez pielęgniarkę oddziałową, to może ona to uczynić, ponieważ to ona jest odpowiedzialna za pracę na danym oddziale i jest na nim osobą przełożoną. To ona również w zakresie tego oddziału posiada wiedzę na temat nagłych i nieprzewidzianych potrzeb kadrowych.

3. Czy można pozostawać na terenie szpitala po zakończeniu dyżuru, w szczególności czy dopuszczalne jest rozpoczęcie dyżuru prywatnego?

Przepisy prawa pracy nie regulują wprost dopuszczalności i zasad przebywania na terenie zakładu pracy po zakończeniu pracy. Pewne zasady można jednak wyinterpretować na podstawie obowiązujących regulacji.

W szczególności należy w tym miejscu odwołać się do przepisu art. 104 i następne kodeksu pracy, zgodnie z którym w zakładzie, w którym zatrudnionych jest co najmniej 20 pracowników, a dotyczy to większości zakładów opieki zdrowotnej, pracodawca ustala regulamin pracy. W regulaminie tym na podstawie przepisu art. 104 § 1 pkt 1 kodeksu pracy pracodawca reguluje między innymi organizację pracy w tym warunki przebywania na terenie zakładu pracy w czasie pracy i po jej zakończeniu.

Pytanie dotyczy jednak szczególnej sytuacji, w której po zakończeniu pracy pracownik ma pozostać na terenie szpitala, by następnie rozpocząć dyżur tzw. prywatny. Odpowiadając na powyższe pytanie pominię kwestię warunków jakie powinny być w takiej sytuacji spełnione, koncentrując się jedynie na przedstawionym zagadnieniu.

Po pierwsze należy zauważyć, że pod względem prawnym jedna i ta sama osoba występuje tu jako dwa różne podmioty prawa. Raz w przypadku dyżuru, nazwijmy go pracowniczego osoba ta jest stroną umowy o pracę, a w przypadku dyżuru prywatnego stroną umowy cywilnoprawnej. Konsekwencją pierwszej sytuacji jest obowiązek podporządkowania się pracodawcy i zasadom jakie ustali on na terenie zakładu pracy. Nawet jeśli z tych zasad wynika, że pracownik po zakończeniu pracy powinien niezwłocznie opuścić zakład pracy, to pojawią się w tym miejscu postanowienia umowy cywilnoprawnej zawartej z tym pracownikiem przez podmiot zewnętrzny. Jeśli zgodnie z jej treścią świadczenie w ramach umowy cywilnoprawnej ma odbywać się na terenie dotychczasowego zakładu pracy pracownika to ten właśnie zapis powoduje, że pracownik – teraz już jako strona umowy cywilnoprawnej - ma prawne przyzwolenie na przebywanie na terenie szpitala. Sygnalizacyjnie wskazać jednak trzeba, że podejmowane są działania, w tym przez Państwową Inspekcję Pracy, które mają wyeliminować sytuacje ciągłego, ponad normy wynikające z kodeksu pracy, świadczenia pracy przez pielęgniarki i położne dodatkowo w ramach umów cywilnoprawnych, następujących bezpośrednio po dyżurze pracowniczym.

4. Czy pielęgniarka może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego? (odpowiedź dotyczy odpowiednio położnej)

Zgodnie z ustawą z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej, pielęgniarka jest zobowiązana do wykonywania zleceń lekarskich, które zostały zapisane w dokumentacji medycznej. Nie oznacza to jednak, że pielęgniarka ma działać w bezgranicznym zaufaniu do adnotacji lekarza. Przepisy wprost dają pielęgniarkom uprawnienie do uzyskania od lekarza informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych.

Te informacje, w połączeniu z wykształceniem pielęgniarskim, pozwalają w wielu przypadkach dostrzec ewentualne błędy, które przecież mogą pojawić się w procesie leczenia pacjenta. Stąd też w razie uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę wykonania tego zlecenia.

Dodatkowo, gdy pielęgniarka poweźmie uzasadnione wątpliwości co do zasadności zlecenia lekarskiego może odmówić jego wykonania. Ważne jednak, że musi ona taką odmowę uzasadnić na piśmie, w taki sposób, by na tej podstawie możliwa była ocena zasadności jej odmowy.

5. Jakie działania należy podjąć, gdy stwierdzimy podczas dyżuru, że współpracownik jest pod wpływem alkoholu lub środka odurzającego?

W opisanej powyżej sytuacji obowiązkiem pracownika jest niezwłoczne powiadomienie osoby przełożonej, a w miarę możliwości również spowodowanie, by taki pracownik powstrzymał się od wykonywania dalszej pracy. Ze względu na fakt, że żadne przepisy nie stanowią podstawy do tego, by pracodawca mógł zmusić pracownika do poddania się testowi trzeźwości czy na obecność narkotyków, ważne by takie zdarzenie prawidłowo udokumentować.

Pracownik, którego zachowanie nasuwa wątpliwości co do jego trzeźwości może sam zażądać badania lub wyrazić na nie zgodę, a wtedy wynik testu będzie podstawą do dalszych działań. W przypadku braku zgody pracownika na badanie, należy spisać notatkę służbową z podaniem świadków zdarzenia i opisem objawów wskazujących na stan nietrzeźwości lub odurzenia, jak na przykład bełkotliwa mowa, chwiejny krok, brak możliwości dłuższego

skupienia uwagi. Notatkę taką powinni podpisać wymienieni w niej świadkowie i w miarę możliwości również pracownik, którego sytuacja dotyczy.

Dariusz Ojrzyński
radca prawny

Samodzielność zawodowa pielęgniarek i położnych

Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej¹ radykalnie zmieniła pozycję pielęgniarek i położnych wśród pracowników ochrony zdrowia. Bardzo ważnym zapisem stało się stwierdzenie, że zawody te są zawodami samodzielnymi (art.2). Zapisu takiego nie ma w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.

Jedynym formalnym wyrazem podległości lekarzowi jest zapis o obowiązku *wykonywania zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji*.

Wykonywanie zawodu pielęgniarki (art.4) polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia. Wykonywanie zawodu położnej (art.5) polega na udzielaniu powyższych świadczeń w zakresie opieki nad kobietą, kobietą ciężarną, rodzącą i położnicą oraz noworodkiem.

Samodzielność pielęgniarek i położnych wyraża się przez nadanie następujących uprawnień:

- pielęgniarkom – do samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, a także rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych, sprawowanie opieki pielęgnacyjnej, edukację zdrowotną;
- położnym – do rozpoznawania ciąży i sprawowania opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, przyjmowania porodu siłami natury wraz z nacięciem i szyciem krocza, sprawowaniem opieki nad położnicą i noworodkiem, prowadzenia działalności edukacyjno- zdrowotnej w zakresie przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny, ochrony macierzyństwa i ojcostwa.

Zakres zawodowej samodzielności określono formalnie w rozporządzeniu z dnia 2 września 1997 r. Ministra Zdrowia² określającym zakres i rodzaj świadczeń zdrowotnych, które pielęgniarka lub położna może wykonać samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, z wyszczególnieniem konkretnych czynności i konieczności posiadania stosownych uprawnień do wykonywania niektórych z nich.

Duża samodzielność to równocześnie duża odpowiedzialność.

Obecnie pielęgniarki i położne nie tylko mają prawo ale i obowiązek wykonywania określonych w rozporządzeniu świadczeń zdrowotnych, gdy zajdzie taka potrzeba. Zaniechanie rodzi odpowiedzialność karną, cywilną, zawodową, służbową.

Ustawa o zawodach reguluje także stosunki między lekarzami a pielęgniarkami i położnymi, ustalając w sposób jednoznaczny zasady partnerstwa.

Świadczy o tym treść art. 22, zgodnie z którym pielęgniarka, położna:

- ma prawo uzyskania od lekarza informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz dających się przewidzieć następstwach tych działań,

¹ Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Z 2001 r. Nr 57, poz. 602 z późn.zm.)

² Rozporządzenie z dnia 2 września 1997 r. Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie (Dz. U. Nr 116, poz.750)

- w przypadkach uzasadnionych wątpliwości ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę wykonania tego zlecenia,
- w wyjątkowych przypadkach ma prawo odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie.

Realizacja powyższych zapisów zmieniających radykalnie relacje pomiędzy lekarzami a pielęgniarkami i położnymi, wymaga kultury i taktu z obu stron. Doświadczona pielęgniarka czy położna może być świadkiem nieuzasadnionych, a nawet nieprawidłowych decyzji. Prawidłowe relacje między nimi mogą zapobiec wówczas działaniu na szkodę pacjenta.

Realizacja zleceń lekarskich

Zobowiązanie do realizacji zleceń lekarskich dotyczy zleceń odnotowanych w dokumentacji medycznej (art.22). Wyjątek od tej zasady stanowią sytuacje – zabiegi ratujące życie i sytuacje grożące bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia lub poważnym uszczerbkiem na zdrowiu pacjenta. Jednakże niezwłocznie po zakończeniu interwencji wszystkie zlecenia powinny zostać wpisane przez lekarza do dokumentacji medycznej pacjenta.

Wpis w dokumentacji powinien być czytelny, w przypadku leków powinien zawierać nazwę leku, jego dawkę, drogę podania, częstotliwość podania oraz czytelny podpis osoby zlecającej. Jeżeli podanie określonego leku powinno być poprzedzone wykonaniem próby uczuleniowej to zalecenie takie również powinno być zawarte w zleceniu. W takim przypadku podanie leku możliwe jest po odczytaniu, wyłącznie przez lekarza, wyniku próby.

W przypadku zleceń realizowanych w podstawowej opiece zdrowotnej, w zleceniu, skierowaniu na wykonanie określonych świadczeń, zwłaszcza wstrzyknieć oprócz wskazanych powyżej informacji podstawowych powinna być zawarta informacja gdzie świadczenie zdrowotne powinno być wykonane - w zakładzie czy w domu pacjenta, bez obecności lekarza³.

Każde świadczenie zdrowotne musi być wykonane z należytą starannością i znajomością zasad, w tym zwłaszcza w odniesieniu do podawania środków farmakologicznych, znajomością zasad ich podawania, działania oraz możliwych następstwach negatywnych, interakcjach itp.

³ Opinia z dnia 19 kwietnia 2004 r. mgr Ewy Obrzut Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego w sprawie podawania przez pielęgniarki środowiskowo/rodzinne leków drogą dożylną (w tym wlewów kroplowych) oraz leków podawanych w iniekcjach domięśniowych (np. żelaza, antybiotyków) mogących wywołać niepożądane reakcje, stanowiące zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów.
www.oipp.lodz.pl

W niektórych przypadkach, stosowne zalecenia wydawane są przez konsultantów krajowych, na przykład w sprawie podawania antybiotyków u noworodków i niemowląt do 3 miesiąca życia⁴

Fakt, iż pielęgniarka, położna realizuje zlecenia lekarskie odnotowane w dokumentacji medycznej nie oznacza, że może wykonać każde zlecenie.

Istotnym jest fakt, iż zlecone do wykonania pielęgniarsce, położnej świadczenie zdrowotne musi być zgodne z jej *umiejętnościami i uprawnieniami* nabytymi w procesie kształcenia przeddyplomowego lub podyplomowego.

Bardzo istotnym w tym przypadku jest między innymi wskazane powyżej rozporządzenie w sprawie świadczeń wykonywanych samodzielnie ale również inne przepisy prawa oraz zalecenia konsultantów z poszczególnych dziedzin.

Wykaz świadczeń zawartych w rozporządzeniu jest odzwierciedleniem bardziej złożonych umiejętności posiadanych przez pielęgniarki i położne oraz tych, do wykonywania których niezbędne jest ukończenie odpowiedniego kursu lub specjalizacji.

Do tej drugiej kategorii świadczeń, wymagających stosownego przeszkolenia, należą między innymi:

- wykonywanie: szczepień ochronnych, Ekg, badań przesiewowych, defibrylacji, gazometrii, kapnometrii, tlenoterapia;
- przetaczanie krwi i środków krwiopochodnych⁵, dobór sposobów i opatrywanie ran, odleżyn, ocena stopnia i powierzchni oparzeń, zdejmowanie szwów, badanie fizykalne i inne.

Odpowiedniego, specjalistycznego przygotowania wymaga również praca w niektórych specjalnościach czy też zatrudnienie na określonych stanowiskach. Do specjalności tych należą między innymi: anestezjologia i intensywne opieka, dializoterapia, instrumentowanie do zabiegów operacyjnych, opieka długoterminowa, paliatywna, medycyna rodzinna.

Świadczeniem wzbudzającym wiele kontrowersji jest cewnikowanie mężczyzn zwłaszcza wykonywane w warunkach ambulatoryjnych.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej – pielęgniarka poz uprawniona jest do cewnikowania pęcherza u kobiet⁶ Uzupełnieniem wskazanego aktu prawnego jest stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego⁷

⁴ Zalecenia Nr 2/2004 z dnia 16 marca 2004 r. mgr Krystyny Piskorz Krajowego konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego w sprawie podawania antybiotyków u noworodków i niemowląt do 3 miesiąca życia. www.oipp.lodz.pl

Zalecenia doc. dr hab. med. Anny Dobrzyńskiej Konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii w sprawie zlecenia przez lekarzy rodzinnych do wykonania w domu wstrzyknięć dożylnych bądź domięśniowych antybiotyków u dzieci do 3 miesiąca życia. www.oipp.lodz.pl

⁵ Obowiązek odbycia przeszkolenia w zakresie przetaczania krwi i środków krwiopochodnych wynika z art.20 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. Nr 106, poz.681 ze zm.)

⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz.1816)

⁷ Stanowisko z dnia 15 marca 2007 r. mgr Ewy Obrzut Konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dotyczące cewnikowania pęcherza moczowego u mężczyzn przez pielęgniarki rodzinne. www.oipp.lodz.pl

Biorąc pod uwagę stosowne regulacje formalne oraz rzetelność i odpowiedzialność za realizację zadań, w każdym przypadku zlecenia nieprecyzyjnego, nieczytelnego, wątpliwego bądź takiego, do wykonania którego pielęgniarka, położna nie posiada stosownych uprawnień należy zwrócić się do lekarza wydającego zlecenie o stosowne wyjaśnienia lub należy poinformować o braku uprawnień do jego wykonania.

W przypadkach szczególnych należy skorzystać z prawa do odmowy wykonania zlecenia. Odmowę wraz z uzasadnieniem należy złożyć na piśmie powiadamiając oczywiście zainteresowanego lekarza oraz swojego zwierzchnika merytorycznego.

SERWIS INFORMACYJNY

Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia ORPiP w dniu 12 czerwca 2007, Prezydium ORPiP w dniu 23 maja, 27 czerwca i 18 lipca 2007 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarzy i rejestru położnych 15 pielęgniarkom.
- Zatwierdzono wymianę prawa wykonywania zawodu 10 pielęgniarkom i 6 położnym.
- Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi 16 pielęgniarek, 1 pielęgniarszą i 1 położną.
- Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi 10 pielęgniarek i 3 położne.
- Wydano duplikat zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki 3 pielęgniarkom.
- Odmówiono cudzoziemce stwierdzenia prawa wykonywania zawodu oraz dokonania wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych – 1 odmowa ze względów formalnych, brak zaświadczenia o równorzędności posiadanego dyplomu ukończenia szkoły pielęgniarskiej.
- Wpisano do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych 8 praktyk pielęgniarek.
- Wykreślono z rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych 2 praktyki pielęgniarek, zgodnie z wnioskami zainteresowanych.
- Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż pięć lat – 7 pielęgniarkom skrócono okres przeszkolenia.
- Podjęto 2 decyzje o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu pielęgniarki ze względu na stan zdrowia, na podstawie orzeczenia komisji lekarskich.
- Podjęto decyzje dotyczące rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych – wykreślono 4 kursy specjalistyczne z powodu upływu terminu i zgodnie z wnioskiem organizatora – wpisano do rejestru pod Nr 34 kurs specjalistyczny w zakresie „Wykonywania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego 02/07” realizowany przez WCZP w Łodzi.
- Przyznano finansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w: konferencji – 10 osobom, kursie doształcającym – 14 osobom, kursie specjalistycznym – 31 osobom, kursie kwalifikacyjnym – 36 osobom, studiach podyplomowych – 1 osobie.
- 6 osobom odmówiono przyznania finansowania, ze względów regulaminowych – zajęcia odbywały się w miejscowości zatrudnienia, wniosek złożony po terminie i brak 2 lat opłacania składek na rzecz OIPiP w Łodzi przed dniem złożenia wniosku.
- Przyznano zapomogi bezzwrotne po: 1500 zł – 14 osobom, 1000 zł – 8 osobom, 700 zł – 6 osobom. 2 osobom odmówiono przyznania zapomogi, ze względów regulaminowych – brak potwierdzenia zaistniałego zdarzenia losowego, brak 2 lat opłacania składek na rzecz OIPiP w Łodzi przed dniem złożenia wniosku.
- Zatwierdzono:
 - koszty udziału przedstawicieli OIPiP w: szkoleniu „Tajemnica zawodowa lekarza, pielęgniarki i położnej” w Warszawie, w dniu 25.05.2007 roku – ORzOZ.
 - Ogólnopolskim Forum Edukacyjnym „Optymalizacja roli pielęgniarek i położnych w raku piersi” w Warszawie, w dniach 29-30.06.2007 roku – 1 przedstawicielowi ORPiP.
 - II Kongresie naukowo-szkoleniowym Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran w Poznaniu w dniach 11-14.10.2007 roku – 2 członkom Zespołu ds. Opieki Paliatywno-Hospicyjnej.

- XI Ogólnopolskim Sympozjum Diabetologicznym i V Ogólnopolskim Forum Profilaktyki Leczenia Otyłości w Toruniu, w dniach 22-23.09.2007 roku – 2 członkom Komisji Pielęgniarek Medycyny Szkolnej i 2 przedstawicielom zakładów, w ramach nagrody za prowadzenie w zakładach przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej.
 - honoraria dla 6 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynach Nr: 5/2007 i 6/2007,
 - zakup do zbiorów Biblioteki OIPiP 7 tytułów nowości książkowych i prenumeratę kwartalnika „Pielęgniarstwo chirurgiczne i angiologiczne”,
 - zmianę w składzie osobowym Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego – wpisano 1 osobę,
 - zmianę w Kole Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych na V kadencję: wybrano Przewodniczącą Koła panią Benildę Fabian i zastępcę Panią Zdzisławę Kuleszę.
 - zmianę pełnomocnika i jego zastępcy w rejonie wyborczym – zakładzie leczenia otwartego w Kutnie,
 - koszty zakupu defibrylatora do prowadzenia zajęć na kursach organizowanych przez OIPiP,
 - koszty 6 autokarów (przejazdu członków OIPiP w Łodzi do Warszawy w okresie V – VII 2007 roku),
 - liczbę mandatów w 54 rejonach wyborczych V kadencji. Na V kadencję wybrano 197 delegatów, w tym 167 pielęgniarek i 30 położnych,
 - Wytypowano przedstawiciela ORPiP do składu:
 - komisji egzaminacyjnej w Akademii Zdrowia w Łodzi dla kursu specjalistycznego w zakresie „Szczepień ochronnych”.
 - rad społecznych w Szpitala i SP ZOZ w Radomsku.
 - Powołano składy osobowe komisji konkursowych na stanowiska kierownicze – 5 komisji.

mgr Maria Kowalczyk
sekretarz ORPiP

Informacje ze spotkań pełnomocników ORPiP w maju i czerwcu 2007 roku

Spotkania pełnomocników odbywają się w stałych terminach w Biurze OIPiP. W maju w spotkaniu pełnomocników reprezentowanych było odpowiednio 27 zakładów spośród 85 uprawnionych, w czerwcu natomiast reprezentowanych było odpowiednio 34 zakłady. W maju pełnomocnicy DPS reprezentowali 9 zakładów.

Podczas spotkań:

1. Prezentacja oferty pracy za granicą przez przedstawicielkę firmy PROMEDICA 24 (kontakt Dorota Zaniewicz tel. 0662162138).
 2. Informacja nt. postępu prac Międzyresortowego Zespołu ds. Opracowania Zasad Zatrudniania i Wynagradzania w Ochronie Zdrowia – protokół z dnia 4 kwietnia 2007 roku na stronie internetowej Izby www.oipp.lodz.pl
 3. Informacja nt. zmiany zarządzania Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków kontraktowania świadczeń w poz.
 4. Dyskusja nt:
 - zasad przekazywania kart uodpornienia do lekarzy rodzinnych,
 - akcji protestacyjnej lekarzy,
 - zebrań w rejonach wyborczych,
 - szkolenia nt. procesu pielęgnowania w dokumentacji medycznej.
 5. Akcja protestacyjna:
 - manifestacja w Warszawie w dniu 19 czerwca 2007 roku,
 - stanowiska związków i samorządów zawodowych,
 - postulaty dotyczące wynagrodzeń oraz wcześniejszych emerytur,
 - projekt nowelizacji ustawy dotyczącej wzrostu wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia.
 6. Kontrakty na rok 2007, 2008 z NFZ:
 - ogłoszono konkurs ofert na pielęgniarską opiekę długoterminową w niektórych powiatach np. łódzki wschodni, pączężański,
 - zaproszenie do rokowań zakładów, które mają podpisane umowy.
- Rokowania na okres 01.08.2007 – 31.07.2008.
7. Kursy, szkolenia zaplanowane na drugą połowę roku:
 - wnioski ewentualnie zainteresowanych kursem kwalifikacyjnym w zakresie pielęgniarstwa epidemiologicznego należy składać do biura OIPiP.
 8. Zebrania w rejonach wyborczych – IV kadencja zakończy się w dniu zjazdu sprawozdawczo-wyborczego planowanego na koniec października 2007 roku.

Ponadto na spotkaniu pełnomocników DPS:

Przedstawiono sprawozdanie z konferencji Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych nt. „Pielęgniarka w domu pomocy społecznej” zorganizowanej w Warszawie w dniach 25 – 27 kwietnia 2007 roku.

Pełnomocnicy otrzymali kserokopie (materiały):

- Informator OIPiP Nr 5/2007,
- Protokół Międzyresortowego Zespołu ds. Opracowania Zasad Zatrudniania i Wynagradzania w Ochronie Zdrowia z dnia 4 kwietnia 2007 roku,
- Zarządzenie Prezesa NFZ z dnia 24 kwietnia 2007 roku w sprawie warunków kontraktowania świadczeń w poz.,

- Ulotki informacyjne firmy PROMEDICA 24,

Materiały konferencyjne:

- udział pielęgniarki w ocenie stopnia wydolności czynnościowej i umysłowej badanej za pomocą testów oceny geriatrycznej,
- opinie prawne dotyczące wykonywania zawodu pielęgniarki w domach pomocy społecznej,
- propozycja dokumentacji prowadzonej przez pielęgniarki w domach pomocy społecznej,
- ustawa z dnia 22 lipca 2006 roku o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (DzU z dnia 22 sierpnia 2006 roku),
- projekt ustawy z dnia 13.06.2007 roku o zmianie ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- pismo z dnia 4 czerwca 2007 roku skierowane do pani Anny Kalaty Minister Pracy i Polityki Społecznej z prośbą o poparcie stanowiska samorządu w kwestii uwzględnienia w praktyce ustawy o emeryturach pomostowych, grupie ubezpieczonych uprawnionych do emerytury pomostowej, osób wykonujących zawód pielęgniarki lub położnej,
- Stanowisko przedstawicieli samorządów i związków zawodowych zrzeszających pracowników medycznych z dnia 4 czerwca 2007 roku,
- Informacja o miejscach udzielania świadczeń medycznych przez świadczeniodawców na podstawie ustawy z LOW NFZ.

Agnieszka Kałużna
główny specjalista ds. merytorycznych w Biurze OIPiP w Łodzi

problemowych ORPiP w maju i czerwcu 2007 roku

Komisja Warunków Pracy i Zatrudnienia

1. Przygotowanie materiałów dotyczących przepisów BHP w odniesieniu do pracy pielęgniarki i położnej.
2. Przygotowanie sprawozdania z działalności Komisji za okres IV Kadencji.

Komisja Pielęgniarek Medycyny Szkolnej

1. Przekazanie informacji, iż w opinii Działu Nadzoru Świadczeń Medycznych dokumentacja pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w roku 2007/2008 pozostaje bez zmian.
2. Przygotowano do zaopiniowania przez ORPiP cyklu szkoleń dotyczących promocji zdrowia.
3. Poinformowano o planowanych przez Wydział Zdrowia Publicznego szkoleń nt. profilaktyki i promocji zdrowia w tym ostatniej edycji z zakresu kontrolowanego szczotkowania zębów preparatami fluoru przez uczniów szkół podstawowych.
4. Przekazano na prośbę pani Ż. Karczewskiej z Działu Analiz i Promocji Zdrowia następujące materiały:
 - stanowisko w sprawie kontroli czystości uczniów przez pielęgniarki szkolne (stanowisko Instytutu Matki i Dziecka),
 - regulacje prawne dotyczące opieki nad matką i dzieckiem, które zostaną umieszczone na stronie internetowej OIPiP,
 - wnioski dotyczące problemów zdrowotnych uczniów, jakie wynikają z ankiet prowadzonych wśród pielęgniarek medycyny szkolnej w latach ubiegłych przez Wydział Zdrowia Publicznego.

Komisja Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego

1. Doprecyzowano wybrane zakresy tematyczne Sympozjum nt. „Zagrożenia na stanowisku pracy pielęgniarki i położnej”.
2. Rozmowa z panią Dorotą Kilańską – uczestnikiem spotkania – która przybliżyła charakter funkcjonowania PTP.
3. Przedstawiono sprawozdanie z Konferencji X Zjazdu Pielęgniarek Epidemiologicznych.

Komisja Położnych

1. Propozycja zorganizowania szkolenia nt. „Wybrane leki homeopatyczne w dolegliwościach związanych z laktacją”.
2. Sprawozdanie z konferencji nt. „Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne: od poczęcia aż do starości”, która odbyła się w Białowieży w dniach 23 – 27.05.2007 roku.
4. Informacja o przebiegu szkolenia nt. „Procesu pielęgnowania w dokumentacji medycznej położnych rodzinnych” – konieczność zorganizowania kolejnej edycji.

Komisja Pielęgniarek Epidemiologicznych

1. Omówienie przygotowania specyfikacji dotyczącej żywienia pacjentów w szpitalu.
2. Sprawozdanie z konferencji „Bezpieczny szpital”, która odbyła się w Warszawie w dniu 25 maja 2007 roku.
3. Omówienie raportu półrocznego o zakażeniach zakładowych i drobnoustrojach alarmowych.
5. Omówienie postępowania ze stłuczonym termometrem rtęciowym.

6. Omówienie komunikatu Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych z dnia 2 marca 2007 roku w sprawie metod badania skuteczności produktów biobójczych i substancji czynnych.

Komisja Pielęgniarek Psychiatrycznych

1. Zakres tematyczny: tworzenie karty zaliczeń w odniesieniu do praktyk w ramach specjalizacji z pielęgniarstwa
 1. psychiatrycznego.
2. Przekazanie informacji z konferencji w WSHE, która odbyła się w Łodzi w dniu 11.05.2007 roku.
3. Dyskusja na temat problemów dotyczących agresji wśród pacjentów przebywających w oddziałach psychiatrycznych.

Komisja Pielęgniarek Rodzinnych

1. Omówienie jednostek sprawozdawczych wykorzystywanych w kodach świadczeń obowiązujących w NFZ.
2. Warsztaty szkoleniowe dla członków Komisji z zakresu procesu pielęgnowania w dokumentacji.

Zespół ds. Opieki Paliatywno-Hospicyjnej

1. Spotkanie szkoleniowe z udziałem pielęgniarek pracujących w opiece paliatywno-hospicyjnej nt. „Metody radzenia sobie z emocjami po śmierci pacjenta” (II edycja).
2. Przekazanie informacji z:
 - VII Ogólnopolskiej Konferencji Medycyny Paliatywnej Hospicjum 2007, która odbyła się w Toruniu w dniach 11–12.05.2007 roku,
 - IX Ogólnopolskiej Konferencji Psychiatrycznej, której miejscem spotkania była Białowieża w dniach 23 –27.05.2007 roku,
 - V Podlaskiej Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej nt. „Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne: od poczęcia do starości” Białystok/Białowieża w dniach 23 – 27.05.2007 roku

Agnieszka Kałużna
główny specjalista ds. merytorycznych w Biurze OIPiP w Łodzi

Kalendarium maja i czerwca 2007 roku

- 7 maja – zebranie wyborcze III Szpital Miejski im. K. Jonschera w Łodzi (uczestniczy A. Tasak)
- 8 maja – posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, spotkanie Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego, spotkanie Komisji Pielęgniarek Psychiatrycznych
- 9 maja – Komisja Ochrony Zdrowia Rady Miejskiej w Łodzi (uczestniczy A. Tasak), spotkanie Komisji Położnych
- 10 maja – zebranie wyborcze SP ZOZ Łódź – Polesie – II termin (uczestniczy A. Tasak)
- USZ Nr 3 im. S. Sterlinga uroczystość z okazji Dnia Pielęgniarki (uczestniczy A. Tasak)
- 11 maja – konferencja w WSHE (uczestniczy A. Tasak)
- 14 maja – zebranie wyborcze USK Nr 4 im. M. Konopnickiej – I termin (uczestniczy A. Tasak)
- 15 maja – spotkanie pełnomocników lecznictwa otwartego i stacjonarnego, spotkanie Komisji Pielęgniarek Rodzinnych
- 16 maja – Rada konsultacyjna NFZ (uczestniczy A. Tasak), spotkanie kadry kierowniczej lecznictwa otwartego i stacjonarnego, spotkanie Komisji Socjalnej
- 17 maja – konferencja z okazji 50-lecia PTP (uczestniczy A. Tasak)
- 21 maja – zebranie wyborcze Instytut CZMP, bud. B (uczestniczy A. Tasak)
- 22 maja – zebranie wyborcze Instytut CZMP, bud. A (uczestniczy A. Tasak)
- 23 maja – posiedzenie Prezydium ORPiP
- 24 maja – zebranie wyborcze Wojewódzkie Centrum Ortopedii i Rehabilitacji Narządu Ruchu – I termin (uczestniczy A. Tasak)
- 29 maja – posiedzenie Rady Społecznej USK Nr 1 im. N. Barlickiego (uczestniczy A. Tasak)
- 30 maja – Komisja Ochrony Zdrowia Rady Miejskiej (uczestniczy A. Tasak)
- 31 maja – Warszawa, NRPiP, Komisja ds. Uznawania Kwalifikacji (uczestniczy A. Tasak)
- 1 czerwca – zebranie wyborcze Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. Biegańskiego w Łodzi (uczestniczy A. Tasak)
- 4 czerwca – zebranie wyborcze Pabian-Med., w Pabianicach – I termin (uczestniczy A. Tasak)
- 5 czerwca – spotkanie Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego, spotkanie Komisji Pielęgniarek Psychiatrycznych,
- 11 czerwca – zebranie wyborcze Pabian-Med., w Pabianicach– II termin (uczestniczy A. Tasak)
- 12 czerwca – posiedzenie ORPiP
- 13 czerwca – spotkanie Komisji Położnych
- 14 czerwca – spotkanie Zespołu ds. Opieki Paliatywno-Hospicyjnej
- 19 czerwca – spotkanie pełnomocników lecznictwa otwartego i zamkniętego, spotkanie Komisji Pielęgniarek Rodzinnych, spotkanie Komisji Pielęgniarek Medycyny Szkolnej
- 20 czerwca – zebranie wyborcze Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego – II termin (uczestniczy A. Tasak), spotkanie Komisji Socjalnej
- 27 czerwca – posiedzenie Prezydium ORPiP, spotkanie Komisji Warunków Pracy i Zatrudnienia
- 28 czerwca – spotkanie Komisji Pielęgniarek Epidemiologicznych
- 29 czerwca – udział w manifestacji w Pasażu Schillera

Aleksandra Tomczak
specjalista ds. kancelaryjnych w Biurze OIPiP w Łodzi

Komunikat WCZP w Łodzi

1. Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi organizuje jednodniowe szkolenie na temat „Teoria i praktyka zastosowania fluoru w profilaktyce próchnicy zębów u dzieci i młodzieży”. Szkolenie adresowane jest do pielęgniarek pracujących w medycynie szkolnej, które nie brały udziału w poprzednich edycjach. Szkolenie odbędzie się w październiku 2007 roku. Informacja dotycząca programu, terminu i miejsca szkolenia będzie zamieszczona na stronie internetowej: www.wczp-lodz.pl. Kontakt telefoniczny (042) 636 31 06 w. 45, 46, 49.

2. Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi organizuje jednodniowe szkolenie na temat „Teoria i technika wykonywania testów przesiewowych u dzieci”. Szkolenie adresowane jest do pielęgniarek w podstawowej opiece zdrowotnej, realizujących świadczenia profilaktyczne (testy) u dzieci od 0 do 6 roku życia. Szkolenia w grupach 10 – 15-osobowych przeprowadzane będą od października do grudnia 2007 roku. Informacja dotycząca programu, terminów i miejsca szkolenia będzie zamieszczona na stronie internetowej www.wczp-lodz.pl. Kontakt telefoniczny (042) 636 31 06 w. 45, 46, 49.

Z poważaniem
p.o. dyrektora – mgr Jolanta Pustelnik

**IV Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa
w Wyższej Szkole Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi**

Dnia 11 maja 2007 roku odbyła się w Wyższej Szkole Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi na kierunku pielęgniarstwo IV Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa. Prezentowane wykłady podzielone były na dwie sesje. Pierwsza sesja "Ewaluacja kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce", cyklicznie poświęcana jest tematom związanym z kształceniem pielęgniarek i położnych po integracji z Unią Europejską. Natomiast druga sesja „Choroby alergiczne – epidemia XXI wieku „, w tym roku dotyczyła zagadnień związanych z chorobami alergicznymi. Jak co roku patronat objął prezydent Miasta Łodzi Pan Jerzy Kropiwnicki, natomiast list w Jego imieniu odczytała dr n. med. Małgorzata Wojciechowska Dziekan Kierunku Pielęgniarstwo i jednocześnie przewodnicząca komitetu organizacyjnego. Wykład Inauguracyjny wygłosił prof. dr hab. n. med. Krzysztof Buczyłko nt. „Lustracji nauczania testów skórnych w procesie kształcenia pielęgniarek”. Konferencja od czterech lat cieszy się dużą popularnością, przybyło na nią wielu zaproszonych gości, gromadząc ponad 200. uczestników, m.in. z Urzędu Marszałkowskiego w Łodzi, z Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie oraz nestorkę polskiego pielęgniarstwa dr n. med. Annę Dobrowolską. Obok zaproszonych gości licznie przybyli również abiturienti, studenci oraz pracownicy ochrony zdrowia zamierzający podjąć naukę na wyższej uczelni. Bogata tematyka przedstawionych wykładów-prezentacji wywołała ciekawe i owocne dyskusje, np. na temat uznania kwalifikacji zawodowych pielęgniarek w Unii Europejskiej, kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w latach 2000-2006. Niemalym zainteresowaniem cieszył się temat drugiej sesji dotyczący chorób alergicznymi i miejsca edukacji zdrowotnej w zapobieganiu alergii.

Temat bardzo aktualny m.in. ze względu na majową pogodę i na fakt, że ta piękna majowa pogoda może być przyczyną złego samopoczucia wielu osób, także uczestników debaty. Do tematyki tej będzie można powrócić, ponieważ w listopadzie zostanie wydana monografia pokonferencyjna, którą można zamówić pod adresem jszukalska@wshe.lodz.pl Konferencje uświetniły pokazy taneczne zespołu uczniów ze Szkoły Podstawowej nr 162 w Łodzi ul. Powszechna 15, a na zakończenie uczestnicy otrzymali jak zawsze niespodziankę. Biorąc pod uwagę duże zainteresowanie mamy nadzieję, że w 2008 roku odbędzie się jubileuszowa V Konferencja, oczywiście, jak zawsze pierwsza sesja będzie dotyczyła Ewaluacji kształcenia pielęgniarek i położnych, na którą już dzisiaj wszystkich zainteresowanych serdecznie zapraszamy.

dr n. med. Ewa Szelağ
adiunkt Zakładu Pielęgniarstwa Klinicznego WSHE w Łodzi

mgr Iwona Łopacińska
asystent Zakładu Pielęgniarstwa Klinicznego WSHE w Łodzi

Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (PTP) było pierwszą organizacją pielęgniarską, jaka powstała po II wojnie światowej. 17 maja 2007 roku obchodziliśmy 50. rocznicę jej działalności. Konferencja miała na celu ukazanie prac i osiągnięć organizacji.

Uroczysta jubileuszowa konferencja odbyła się w sali Urzędu Miasta pod patronatem Prezydenta miasta Łodzi – dra Jerzego Kropiwnickiego. Na obradach prezydenta reprezentowała pani Halina Mroczek, która odczytała list gratulacyjny i życzenia od prezydenta dra Jerzego Kropiwnickiego. Wydział Zdrowia Publicznego reprezentował wicedyrektor – pan Maciej Prochowski.

Wśród zaproszonych gości miałyśmy przyjemność gościć reprezentację Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w osobach pani przewodniczącej mgr Anny Tasak i sekretarza – pani mgr Marii Kowalczyk.

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego reprezentowała przewodnicząca mgr Dorota Kilańska a Wyższą Szkołę Humanistyczno-Ekonomiczną – dr n. hum. Małgorzata Wojciechowska.

Na konferencje przybyła też spora grupka działaczek z lat 60. i dalszych, które przyczyniły się swą pracą do rozwoju naszej organizacji.

Obrady prowadził obecny przewodniczący Oddziału Łódzkiego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego – dr n. hum. Zbigniew Tokarski. Po powitaniach gości, ich przemówieniach i życzeniach dalszej owocnej pracy na rzecz środowiska pielęgniarskiego przystąpiono do wręczenia nagród pielęgniarkom, które uzyskały trzy pierwsze miejsca na poziomie wojewódzkim w konkursie na „Pielęgniarkę roku 2006”. Nagrody rzeczowe otrzymały panie: Wacława Walczak i Teresa Chojnacka z Tomaszowa Mazowieckiego oraz Agnieszka Skupińska z Bełchatowa i Aneta Bandzierz z Pabianic.

W następnym punkcie programu przystąpiono do prezentacji referatów:

1. „Rys historyczny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego” nakreślił dr n. hum. Zbigniew Tokarski.
2. „Z kart historii działalności Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Łodzi” przedstawiła dr n. hum. Barbara Dobrowolska.
3. „Rolę Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w kształtowaniu postaw zawodowych” omówiła mgr Dorota Kilańska.
4. „Kształcenie przed- i podyplomowe pielęgniarek” było przedmiotem wystąpienia dr n. hum. Małgorzaty Wojciechowskiej.
5. „Stan odżywienia seniora wyzwaniem dla pielęgniarek XXI wieku” wygłosiła dr n. hum. Ewa Borowiak. Autorka przedstawiła zebrany wyniki z przeprowadzonych przez siebie badań.

Po wygłoszonych referatach odbyła się dyskusja i odpowiedzi na zadawane referentom pytania. Na tym konferencję zakończono.

dr Barbara Dobrowolska
przewodnicząca Komisji Historycznej przy ZO PTP w Łodzi

Stanowisko konsultanta krajowego w dz. pielęgniarstwa skierowane do konsultantów wojewódzkich w dz. pielęgniarstwa oraz kadry zarządzającej w pielęgniarstwie
(w lecznictwie stacjonarnym) z 14.05.2007 roku

Zarządzanie w pielęgniarstwie stanowi część całego systemu ochrony zdrowia. Jednym z kierunków działań kadry kierowniczej w pielęgniarstwie jest zapewnienie jakości proponowanej opieki. Zarządzanie jest związane z realizacją szeregu prac mających na celu poprawę organizacji pracy, zarządzania zasobami ludzkimi i rzeczowymi. Niezależnie od faktu wdrażania systemu akredytacji w Państwa placówce, bądź też nie, zapraszam do analizy standardów akredytacyjnych na stronie Centrum Monitorowania Jakości jak również analizy materiałów dostępnych na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w zakładce Sieć Szpitali. Mając na uwadze potrzebę uporządkowania wymogów konsultanta krajowego oraz konsultantów wojewódzkich podczas przeprowadzania kontroli w zakładach opieki zdrowotnej, przekazuję wykaz dokumentów, które powinna przedstawić osoba zarządzająca w obszarze pielęgniarstwo.

z wyrazami poważania
Grażyna Kruk-Kupiec – Konsultant Krajowy w dz. Pielęgniarstwa

Wykaz dokumentów niezbędnych do przedstawienia podczas kontroli przeprowadzanej przez konsultantów wojewódzkich w dz. pielęgniarstwa oraz konsultanta krajowego w dz. pielęgniarstwa

Lp.	Rodzaj dokumentu
1.	Zakresy odpowiedzialności dla kluczowych stanowisk w szpitalu w obszarze pielęgniarstwo
2.	Dokumentacja potwierdzająca współuczestnictwo kierujących działami (w obszarze pielęgniarstwo) w planowaniu, jakości i kosztu świadczeń
3.	Analiza aktualnych i pożądaných potrzeb sprzętowych
4.	Analiza aktualnych i pożądaných potrzeb personalnych
5.	Analiza aktualnych i pożądaných potrzeb szkoleniowych
6.	Opisy stanowisk pracy Opis wymaganych kwalifikacji Zakresy odpowiedzialności
7.	Dokumentacja rocznej oceny pracownika
8.	Program adaptacji pielęgniarki
9.	Procedury postępowania w zakresie zakażeń, dokumentacja z prowadzonych kontroli bieżących pielęgniarstwa epidemiologicznej, wyposażenie w niezbędny sprzęt w zakresie ochrony przed zakażeniami. Procedury ograniczenia ryzyka endemicznych i epidemicznych zakażeń szpitalnych u pacjentów, personelu. Procedury izolacji chorych o podwyższonym ryzyku rozprzestrzeniania się zakażenia
10.	Raporty z kontroli przeprowadzanych w dni świąteczne, nadzór nad zespołem pielęgniarskim w aspekcie organizacyjnym, przygotowanie kadry kierowniczej pielęgniarskiej (kursy, kwalifikacje)
11.	Informacje na temat kadry pielęgniarskiej w tym szczególnie dowodów szkoleń (z zakresu wykonywanych zabiegów, etyki zawodowej, zakażeń szpitalnych)
12.	Oddziałowe plany szkoleń. Plany szkoleń na poziomie zakładu opieki zdrowotnej. Budżet szkoleń dla pielęgniarstwa. Dokumentacja potwierdzająca przebycie przez każdego pracownika przynajmniej jednego szkolenia w ciągu roku w zakresie pierwszej pomocy
13.	Wyniki oceny pracy pielęgniarek w opinii pacjentów, badanie satysfakcji pacjenta
14.	Program bezpiecznego przemieszczania i podnoszenia chorych przy użyciu odpowiedniego sprzętu. Inne programy realizowane w obszarze pielęgniarstwa.
15.	Informacje o działalności wewnętrznych zespołów, komisjach w pielęgniarstwie lub zespołach interdyscyplinarnych, w których biorą udział pielęgniarki
16.	Standardy określające zawartość dokumentacji medycznej – wykaz dokumentacji pielęgniarstwa. Wytyczne określające zawartość rutynowej oceny pielęgniarstwa
17.	Standardy pielęgniarstwa (pielęgniacyjne, zabiegowe, inne)
18.	Dokumentacja potwierdzająca dokonywanie analizy dokumentacji medycznej – pielęgniarstwa i wykorzystywanie płynących z niej wniosków
19.	Procedury informowania pacjenta o przysługujących mu prawach
20.	Procedury identyfikacji personelu przez pacjenta
21.	Procedury stosowania wobec pacjenta ograniczeń i izolacji
22.	Procedura zabezpieczania wartościowych przedmiotów pacjenta
23.	Procedury przechowywania leków w oddziale
24.	Procedury postępowania z pacjentem na izbie przyjęć w zakresie: przyjęć planowych, przypadków nagłych, katastrof

Zalecenia krajowego konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego z dnia
16 marca 2004 roku w sprawie podawania antybiotyków u noworodków i niemowląt
do 3 miesiąca życia

W celu zminimalizowania ryzyka powstania powikłań takich jak m.in.: uszkodzenie nerwu kulszowego, uszkodzenie tkanki mięśniowej oraz ból (spowodowany częstotliwością iniekcji dla utrzymania poziomu terapeutycznego antybiotyku i objętością podawanego roztworu), u noworodków i niemowląt, które nie posiadają dostatecznie wykształconej tkanki mięśniowej, zaleca się podawanie antybiotyków drogą infuzji i wykluczenie iniekcji domięśniowych, szczególnie wykonywanych w warunkach domowych.

W realizacji procedury podawania antybiotyków, zaleca się przestrzegania następujących zasad:

1. Antybiotyki mogą być podawane tylko na podstawie pisemnego zlecenia lekarza.
 2. Antybiotyki powinny być podawane w rozcieńczeniu, w odpowiednio zalecanej dawce i zalecanym czasie trwania infuzji. Aby utrzymać stały poziom terapeutyczny leku zaleca się stosowanie pomp infuzyjnych.
 3. Przed podaniem leku należy sprawdzić 3 razy nazwę leku, termin ważności, dawkę i nazwisko pacjenta.
 4. W przypadku zlecenia kilku antybiotyków równocześnie, należy raczej unikać ich łącznego podawania, do każdego antybiotyku wybrać odrębny dostęp żylny. W wyjątkowych sytuacjach, w których nie można uniknąć łącznego podawania antybiotyków, należy zachować szczególną ostrożność i sprawdzić ich zgodność łączenia.
 5. Do antybiotykoterapii drogą infuzji należy wybrać odpowiednią linię naczyniową, z zastosowaniem zasad aseptyki założyć cewnik żylny, który należy unieruchomić przezroczystym, jałowym opatrunkiem umożliwiającym obserwację miejsca wkłucia.
 6. Miejsce wkłucia należy obserwować w kierunku wystąpienia powikłań, takich jak m.in. zaczerwienienie, obrzęk, wynaczynienie, wysunięcie cewnika itp. W przypadku wystąpienia powikłań należy usunąć cewnik. Maksymalny czas pozostawiania cewnika w naczyniu określa producent cewników. Są to najczęściej 72 godziny, przy zachowaniu regularnej pielęgnacji miejsca wkłucia.
 7. Założenie cewnika, obserwację i pielęgnację miejsca wkłucia należy udokumentować w dokumentacji medycznej pacjenta.
 8. Pielęgniarka, położna realizująca antybiotykoterapię powinna znać działanie podawanych leków, ich sposób podawania, przechowywania i skutki uboczne oraz posiadać wiedzę i umiejętności z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej i zastosowania produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego, ratującego życie.
- Mając na uwadze powyższe zasady, zaleca się realizowanie antybiotykoterapii u noworodków i niemowląt do 3 miesiąca życia przez położne i pielęgniarki pediatryczne, które posiadają wiedzę i umiejętności w zakresie farmakoterapii noworodków i niemowląt w warunkach szpitalnych.

mgr Krystyna Piskorz
konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego

Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii w sprawie zlecenia przez lekarzy rodzinnych do wykonania w domu wstrzyknięć dożylnych bądź domięśniowych antybiotyków u dzieci do 3-go miesiąca życia

Wykonywanie iniekcji dożylnych lub domięśniowych w domu chorego dziecka w wieku do 3-go miesiąca życia uważam za nieuzasadnione, niedopuszczalne i niebezpieczne. Iniekcje dożylne mogą być wykonywane wyłącznie w warunkach szpitalnych, gdzie jest nadzór lekarza i możliwość kompleksowej pomocy w sytuacji wystąpienia powikłań. Stosowanie leków dożylnie, w tym i antybiotyków, wskazuje na to, że stan dziecka jest poważny i nie ma możliwości podawania leków doustnie. Wówczas jest uzasadnienie do hospitalizacji dziecka. W przeciwnym razie brak jest wskazań do leczenia dożylnego i naruszania ciągłości tkanek, co może pociągnąć za sobą poważne powikłania. Podobnie, stosowanie antybiotyków domięśniowo u dzieci do 3-go miesiąca życia (często dwa lub trzykrotnie w ciągu doby) jest nieuzasadnione w warunkach domowych i okrutne. Jeżeli stan dziecka w tym wieku jest dobry i nie wymaga ono pobytu w szpitalu, to może ono być leczone doustnym podawaniem antybiotyków. Wykonywanie kilkakrotnie w ciągu doby nieuzasadnionych iniekcji domięśniowych jest narażaniem dziecka na ogromny stres, możliwość powikłań miejscowych i ogólnych. Tak więc wykonywanie iniekcji dożylnych i domięśniowych (wielokrotnie) u dzieci do 3-go miesiąca życia uważam za postępowanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Pielęgniarki nie powinny wykonywać zleceń lekarskich, które mogą być niebezpieczne dla dziecka, co jest wystarczającym uzasadnieniem do odmowy (art. 22 p. 5 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. – Dz. U. z 2001r., Nr 57, poz. 602). Lekarz zlecający iniekcje dożylne w domu dziecka nie potrafi jednoznacznie ocenić jego stanu, albo dziecko wymaga leczenia dożylnego i hospitalizacji albo może być leczone w domu doustnie. Nieprzestrzeganie zaleceń Konsultanta, w przypadku jakichkolwiek powikłań, naraża lekarza na konsekwencje - odpowiedzialność za nieumyślne narażenie dziecka na uszczerbek zdrowia lub zagrożenie życia.

doc. dr hab. med. Anna Dobrzyńska
konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii

21 września - Światowy Dzień Osób z Chorobą Alzheimera

Starość to nie choroba Starość to nasza nieuchronna przyszłość

Społeczeństwo polskie starzeje się. Z przeprowadzonych ostatnio badań wynika, że już teraz liczba ludzi, którzy przekroczyli 80 lat, zbliża się w Polsce do miliona. Naukowcy przewidują, że liczba ta będzie systematycznie wzrastać. Według demografów na szybkość starzenia się wszystkich społeczeństw, w tym również społeczeństwa polskiego, mają wpływ trzy zjawiska:

- 1) wydłużenie przeciętnego trwania życia jednostek,
- 2) przemiany w zakresie normy obyczajowej do niedawna wyznaczającej status kobiety (emancypacja, skolaryzacja, praca zawodowa, swoboda ekonomiczna itd.),
- 3) przechodzenie społeczeństw od modelu rodziny tradycyjnej i wielodzietnej do modelu rodziny nuklearnej (dwupokoleniowa, coraz późniejsze rodzicielstwo, jedno lub dwoje dzieci, co nie jest gwarantem prostej zastępowalności pokoleń i w konsekwencji przynosi zerowy lub ujemny przyrost naturalny).

Bardzo wiele osób w definicjach opisujących starość odnosi się (dla porównania lub lepszego zrozumienia zjawiska) do wszystkiego co możemy zaobserwować w przyrodzie i całym otaczającym nas świecie. Jedni czynią porównania do czterech pór roku, niezmiennie następujących po sobie, w ściśle określonej kolejności. Inni odnoszą się wprost do drzew lub kwiatów, widząc ich różne etapy wzrostu i dojrzewania. Poprzez analogię snują swoje rozważania i piszą teorie własne na temat ludzkiego dojrzewania i ludzkiej starości.

Starość była i nadal jest inspiracją dla wielu artystów, w tym także malarzy. Zdarza się, że artysta-malarz przedstawia dojrzewanie człowieka w jego wszystkich funkcjach: biologicznej, fizycznej, psychicznej, społecznej i duchowej na przykładzie wyglądu kobiety i zmian, które można zaobserwować gołym okiem. Zaczyna od małej dziewczynki, ukazując jej dziecięce piękno i niczym nie skażoną ufnosć. Następnie malarskim pędzlem kreśli kobietę dojrzałą, która rozkwitła i owocuje poprzez emanujące z niej macierzyństwo. Nieco dalej maluje kobietę dojrzałą i doświadczoną życiowo z całą gamą jej wewnętrznego piękna. Zamykając obraz w całość, ukazuje postać kobiety bardzo dojrzałej, o radości życiowej utrwalonej w źrenicach jej oczu, mimo słabości fizycznej i obniżonych sił witalnych.

W tym obrazie artysty zawarte jest piękno całego ludzkiego jestestwa. Wielką mądrością nacechowana jest artystyczna zdolność postrzegania i rozumowania. Sami, rozumiejąc dokąd zmierza biologiczny człowiek, stają się, poprzez oddziaływanie na odbiorcę, wychowywać ludzi do starości!

Wszyscy wiemy i zgadzamy się z tym, że trzeba i należy wychowywać dzieci, w pełnym tego słowa znaczeniu. Wszyscy to czynimy na różnych płaszczyznach i poziomach.

Wychowywanie do starości (siebie i innych) jest w pojęciu mentalności ludzkiej – nowością. Jest innym spojrzeniem na życie ludzkie i jego całościowy, ogólnoludzki wymiar.

Wychowywać do starości powinniśmy wszyscy, niezależnie od wykształcenia, posiadanego statusu materialnego i roli, jaką pełniemy w rodzinie, w pracy, w społeczeństwie. Wówczas nie będzie tego, co obserwujemy dzisiaj, czyli stresu spowodowanego pojawieniem się wokół nas kogoś, kogo zaliczamy do ludzi starych, z racji przeżytych lat. Stresu, który przechodzi w stres przewlekły, bowiem nie zawsze ludzie młodzi chcą i nie zawsze potrafią podejmować konieczne decyzje (trudne decyzje), pozwalające z jednej strony im – młodym prawidłowo funkcjonować, z drugiej strony – sprawić, by ich najbliższy, kochany członek rodziny, u schyłku swojego życia nie czuł się niepotrzebny i odrzucony.

Do starości przybliżamy się w sposób bardzo indywidualny, powolutku, dzień po dniu. Wychowywanie do starości to także nasze osobiste dojrzewanie do niej. Ważnym jest, by trudząc się w wykonywaniu zadań zawodowych i pozazawodowych, nie zatracić wewnętrznego piękna i sensu życia. Przez wszystkie dni i mijające lata swojego życia, trzeba siebie samego pielęgnować i dopieszczać w taki sposób, by wykonywany (najczęściej dla siebie samego), w wieku bardzo dojrzałym, życiowy bilans, był dla nas pozytywnym. Aby mogło tak być, należy zawsze zachowywać wewnętrzny spokój i pogodę ducha, szanować godność osobistą każdego człowieka, bacząc równocześnie, by nasza godność osobista nie urosła do rangi „manii wyższości”. Szukać we wszystkim sensu życia. Nawet w bólu, chorobie, cierpieniu, trudnym doświadczeniu. Akceptować siebie i ludzi wokół siebie. Akceptować fakt przemijania wszystkiego co jest terażniejszością. Wtedy starość nie będzie zaskoczeniem! Wtedy starość – nasza starość, nie będzie dla młodych niemiłą niespodzianką. Z kolei my sami będziemy szczęśliwi, że doczekaliśmy szczęśliwej starości. Pozostanie pragnienie, aby ten etap swojej egzystencji przeżywać godnie z zachowaniem dobrej jakości życia.

Zaznaczyć jednak trzeba, że jakość życia w starości zależy może (i często tak jest) od statusu wypracowanego wcześniej. Ujmując sprawę całościowo, można powiedzieć, że jakość życia osób starszych wiekiem jest wynikiem zmian, jakie nastąpiły w następujących wymiarach:

- 1) statusie wyznaczonym stanem zdrowia, wynikającym z naturalnego procesu starzenia, występowania niepełnosprawności, obniżania się sprawności fizycznej i psychicznej, zależności od chorób przewlekłych, ograniczeń funkcjonalnych,
- 2) statusie ekonomicznym,
- 3) wycofywaniu się z poprzednich form aktywności, np. z pracy zawodowej,
- 4) utraty współmałżonka lub innych bliskich członków rodziny, przejścia z pozycji osoby pozostającej w związku małżeńskim (w rodzinie) na pozycję osoby samotnej,
- 5) kurczenia się znaczących stosunków międzyludzkich w wyniku procesu wycofywania się z poprzedniej aktywności, a także w wyniku strat naturalnych, związanych z zawężaniem się kręgu bliskich osób, znajomych, rówieśników (osamotnienie, trwanie grup wsparcia, izolacja),
- 6) utraty niezależności i zajęcie pozycji osoby zależnej od innych (wielowymiarowa zależność).

Każdy z wyżej wymienionych elementów może być tematem odrębnych rozważań i kolejnych artykułów.

Niezwykle rzadko zdarza się, by starość przebiegała bez schorzeń, chorobowych deformacji i zniekształceń, bólu, cierpienia i łez. Niektórym chorobom tego okresu życia towarzyszą charakterystyczne zespoły otępienne kwalifikujące daną osobę do stałej opieki, tak rodzinnej jak i profesjonalnej – pielęgniarskiej. Wśród chorób przebiegających z nasilającym się otępieniem na plan pierwszy wysuwa się choroba Alzheimera.

Choroba Alzheimera (co potwierdzają badania ankietowe) należy do tej grupy chorób, których ludzie obawiają się najbardziej. Sama świadomość, że choroba dotyka mózgu – tej delikatnej struktury kojarzonej z ośrodkiem ludzkiego rozumu, ludzkiej inteligencji, wrażliwości i duchowości – wywołuje u wielu osób przedwczesny niepokój.

Choroby mózgu (wszystkie) poprzez swoją definicję, nakazują ludziom, nie znającym istoty schorzeń, zachowywanie ostrożności i dystansu. Wielu, z laickiego punktu widzenia, jest w stanie pogodzić się z chorobą serca, wątroby czy nerek ale nie rozumie a tym samym nie potrafi zaakceptować myśli o pojawiającej się chorobie mózgu. Choroba mózgu połączona ze stopniową utratą pamięci i pogłębiającym się ogólnym wyniszczeniem, z braku wiedzy i zrozumienia choroby, bywa powodem zachowań asekuracyjnych ze strony wszystkich, którzy słyszą o tej trudnej chorobie. Trudnej i nadal nie do końca zbadanej. Dlatego też, szczególnie w pierwszym okresie choroby, w czasie trudnej i bardzo męczącej (tak dla

chorego jak i opiekuna) diagnostyki, rodziny, które dotyka problem choroby Alzheimera, zostają osamotnione. Pozostają same z ogromnym, narastającym problemem, w cichości, za zamkniętymi drzwiami swoich domów i mieszkań.

Choroba Alzheimera rozwija się przez długie lata, powoli, podstępnie i bardzo często na samym początku (z uwagi na zbliżone i podobne objawy) jest rozpoznawana jako depresja. Do prawidłowej diagnostyki potrzeba, oprócz wielu wykonywanych badań, dużej wiedzy lekarskiej, wnikliwej i pełnej troski obserwacji pielęgniarstwa oraz rzetelnej oceny psychologicznej. Nie każdy lekarz, nie każda pielęgniarka i nie każdy psycholog – są w stanie rozpoznać charakterystyczne dla tej choroby objawy.

Najbogatszym źródłem informacji o objawach chorobowych, o stanie zdrowia chorego, jego postępujących zmianach osobowych, jest opiekun chorego. Z tej wiedzy powinni korzystać wszyscy pracownicy medyczni, w tym także lekarze i pielęgniarki.

Choroba Alzheimera jest nieznana – budzi lęk. Choroba Alzheimera jest przyczyną izolacji chorego, również z naszego (ludzi zdrowych) powodu. Nagle przestajemy takiego chorego odwiedzać, mimo iż jest naszym krewnym, znajomym, przyjacielem. I to wcale nie dlatego, że nie chcemy go odwiedzać lecz dlatego, że nie bardzo wiemy, jak mamy się w obecności takiego chorego zachować.

Człowieka z chorobą Alzheimera nie trzeba się bać. Przyszedł czas, by rozpocząć, na bardzo szeroka skalę, akcję informacyjną i szkoleniową na temat starości, chorób otępiennych i różnych zachowań ludzkich wynikających ze schorzeń geriatrycznych. Wszystko po to, by nieznane stało się znanym. Wszystko po to, by pomagać i w razie potrzeby umieć wyjść naprzeciw potrzebującym.

Przykład podany niżej zobrazuje, jak bardzo brak wiedzy z zakresu zachowań ludzi z zespołem otępiennym, może stać się powodem nieporozumienia, na przykład na płaszczyźnie: policjant – pieszy. Przykład: mężczyzna, z rozpoznaną chorobą Alzheimera, chciał przejść na drugą stronę ulicy. Długo stał, czekał, w końcu przeszedł gdy ulica była zupełnie pusta. Przeszedł w miejscu, w którym kiedyś było przejście dla pieszych, w miejscu, które doskonale znał i pamiętał z przeszłości. Gdy znalazł się w bezpiecznym miejscu, na drugiej stronie ulicy, doznał szoku, którego nie był w stanie zrozumieć! Na drugiej stronie ulicy czekał na niego policjant, który powiedział, że mężczyzna zostanie ukarany, bowiem przeszedł ulicę w miejscu niedozwolonym. Policjant zadał choremu pytanie: czy pan wie, że dwadzieścia metrów dalej jest podziemne przejście dla pieszych? Mężczyzna odpowiedział: nie wiem. Odpowiedział szczerze... Taka odpowiedź bardzo nie podobała się policjantowi. Prezentując swoją osobistą ważność, z racji munduru, w który był ubrany, zaczął wypisywać mandat za „wykroczenie piesze”. Chory mężczyzna (po swojemu) zaczął się bronić. Mówił, że o tym przejściu nie pamięta... (policjant krzyczał, że każdy musi pamiętać!), że jest chory, żeby zadzwonić do żony... Wyjął nawet, noszoną razem z dowodem osobistym i wpisanymi numerami telefonów osób bliskich, legitymację rencisty... Nie pomogło...

Chory z zaburzoną pamięcią został ukarany mandatem, za to, że zapomniał o podziemnym przejściu!

Policjant i każdy inny funkcjonariusz naszego społeczeństwa także powinien wiedzieć, że jest wśród nas (już teraz) pewna grupa ludzi, która traci pamięć, która zapomina, która może zgubić się we własnym mieście...

A zatem wychowujmy siebie i innych do starości. Przecież starość – to nasze jutro! Miejmy nadzieję, że to nasze „jutro”, jutro w starości, będzie dla nas dobre, serdeczne, przyjazne.

Halina Jarczewska, Hanna Paszko

Literatura u autorów

Przedruk z Biuletynu Informacyjnego OIPiP w Katowicach

„Nasze sprawy” październik 2006

PIEŁĘGNIARSTWO EPIDEMIOLOGICZNE (WKŁADKA 2)

Wszczepialne systemy dostępu naczyniowego o długotrwałym zastosowaniu – „porty naczyniowe”

W ostatnich latach szybkiego i ciągłego rozwoju w medycynie można zauważyć znaczne zainteresowanie wykorzystaniem wszczepialnych systemów dostępu do dużych naczyń o długotrwałym zastosowaniu, tzw. „portów donaczyniowych”. Ma to miejsce szczególnie w leczeniu chorych na złośliwe nowotwory z uwzględnieniem podawanej chemioterapii. Jak podają źródła zaczerpnięte z Centrum Onkologii w Warszawie rocznie około 700 – 1000 dorosłym chorym w Polsce, wszczepia się port donaczyniowy w celu podawania leku. Wysoka a zarazem ciągle rosnąca liczba chorych korzystających z portów wskazuje na fakt, iż taki dostęp do żył staje się powszechny w polskiej onkologii a zarazem wygodny i bezpieczny dla pacjenta jak i też dla personelu. Jednak ta nowatorska metoda podawania leków przez porty wymaga przedstawienia pewnych zasad gwarantujących bezpieczne wykorzystanie tego udogodnienia technicznego.

Jak zbudowany jest port donaczyniowy? Port donaczyniowy zbudowany jest ze zbiorniczka z membraną, do którego podłączony jest cewnik prowadzony do żyły szyjnej lub podobojczykowej, czyli do naczynia centralnego. Nowoczesne systemy portów wykonane są z wysokiej jakości materiałów hypoalergicznymi, a użyte części metalowe są niemagnetyczne. W większości używa się silikonów, które mogą być nakłuwane około 3000 razy. Port umieszczony jest pod skórą, na ścianie klatki piersiowej, zwykle w okolicy podobojczykowej. Dla kogo przeznaczony jest port? Port donaczyniowy jest urządzeniem ułatwiającym trwały dostęp do centralnych naczyń żylnych i przez to szczególnie wskazany jest:

- u osób, które wymagają wielokrotnego podawania drogą dożylną leków, np. w trakcie chemioterapii, radioterapii, celem leczenia powikłań po terapiach onkologicznych zarówno z powodów pierwotnej choroby, jak i w trakcie leczenia nowotworu,
- niezwykle przydatny jest dla chorych po maste-ctomii, kiedy konieczne jest uniknięcie wkłuć po stronie operowanej, szczególnie gdy mamy do czynienia z obrzękiem limfatycznym,
- u osób z tzw. „słabymi żyłami”, czyli takimi, które szybko i łatwo pękają są kruche lub zniszczone po uprzednim leczeniu lub przebytych chorobach naczyniowych albo są też „trudno dostępne” położone zbyt głęboko w tkankach podskórnych lub pozarastane,
- u chorych mających ostre odczyny naczyniowe na podawane leki,
- w leczeniu choroby stosuje się leki drażniące lub silnie drażniące.

Założenie portu wskazane jest, jeśli przewiduje się powtarzalne cykle chemioterapii lub wielogodzinne i wielodniowe wlewy. Natomiast jeśli choroba nowotworowa dotyczy dzieci i stosowania u nich w leczeniu chemioterapii, porty zakłada się już od samego początku terapii. Przeciwwskazaniami do założenia portu donaczyniowego są:

- czynna infekcja,
- miejscowe zmiany zapalne lub inne zmiany skórne w okolicy planowanej implantacji,
- niewyjaśniona skaza krwotoczna w wywiadzie,
- niska liczba płytek krwi poniżej 40000/mm,
- leczenie doustnymi lekami przeciwzakrzepowymi.

Bezpieczna implantacja portu donaczyniowego wymaga spełnienia następujących warunków:

- implantacji w warunkach sali operacyjnej z zapewnieniem warunków sterylności chirurgicznej,
- podczas zabiegu implantacji lub po jego zakończeniu konieczna jest kontrola radiologiczna położenia cewnika,
- u dzieci konieczna jest śródoperacyjna kontrola radiologiczna położenia cewnika.

Po założeniu portu sprawdzana jest również drożność systemu. Zakłada się igłę do zbiornika i przepłukuje port – polega to na podaniu do portu kilku milimetrów soli fizjologicznej z heparyną. Na tym kończy się instalowanie portu, a szwy założone na skórę, pod którą wszczepiony został port, usuwa się po około 10 dniach. Pierwsze podanie leków przez założony port może nastąpić już w pierwszej dobie po założeniu pod warunkiem, iż nie występuje gorączka lub inne powikłania. Okolicę skóry nad portem odkaża się środkiem dezynfekującym i wszystkie inne czynności wykonuje się w jałowych rękawiczkach. Do nakłucia portu stosuje się specjalne igły zakończone drenikiem z jednokierunkową zastawką zabezpieczającą przed zassaniem powietrza – nie wolno używać innych igieł! Palcami wyczuwa się położony pod skórą port – ma on wielkość porównywalną do monety 50 groszowej i wkłupa się igłę tak aby poczuć opór – dno zbiornika portu. Nie ma ryzyka przebicia dna portu, gdyż jest ono najczęściej wykonane z trwałego metalu. Celem potwierdzenia, że igła jest prawidłowo wkłuta, aspiruje się krew z uprzednio pozostawionym roztworem soli fizjologicznej z heparyną. Następnie do założonej igły podaje się początkowo niewielką ilość płynu fizjologicznego, jeśli nie ma oporu lub innych dolegliwości, wówczas już można podłączyć kroplówkę z lekami cytostatycznymi, antybiotykiem lub innymi płynami. Na zakończenie wlewu przed usunięciem igły z portu, również obowiązuje tzw. przepłukanie roztworem soli fizjologicznej z dodatkiem heparyny. Jeśli port jest nieużywany, wówczas należy profilaktycznie go przepłukiwać co miesiąc w ambulatorium. Podanie kilkuminutowe płynu fizjologicznego do portu zapewni utrzymanie jego drożności.

Powikłania, które mogą zdarzyć się podczas zakładania portu lub w trakcie jego obsługi:

– w trakcie zakładania portu mogą wystąpić zakażenia miejscowe lub uogólnione, odma opłucnowa, nakłucie tętnicy, krwiak w miejscu nakłucia żyły lub implantacji portu, zator powietrzny,

– w związku z tym wymaga to wnikliwej obserwacji i udzielenia natychmiastowej pomocy przez obecny przy tym zabiegu personel medyczny,

– w czasie używania portu może wystąpić zatkanie się portu czyli niedrożność, obrzęk lub zaczerwienienie w okolicy portu podczas podawania leków (np. na skutek przesunięcia się cewnika w naczyniu centralnym lub pozanaczyniowego podania leku), zakrzepica okolicznych żył, niewyjaśniona gorączka,

– w tych sytuacjach należy niezwłocznie zwrócić się do lekarza onkologa.

Personel obsługujący porty musi znać objawy powikłań infekcyjnych, posiadać umiejętności ich rozpoznawania i znać zasady postępowania, a w szczególności podczas użytkowania i wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych personel obowiązany jest do przestrzegania zasad aseptyki. Również chorzy i ich najbliżsi muszą być poinformowani o znaczeniu objawów takich jak gorączka, dreszcze, zaczerwienienie, obrzęk, wyciek z rany, ból, aby je zgłosić jak najszybciej personelowi medycznemu.

W przypadku wystąpienia objawów zakażeń miejscowych należy podejmować próbę ich leczenia bez usuwania portu. Jeśli natomiast stwierdzono objawy wstrząsu septycznego lub nie uzyskuje się poprawy podczas leczenia antybiotykami, wówczas port należy usunąć.

Prawidłowo założony system i odpowiednio obsługiwany może być wykorzystywany nawet przez kilka lat, dając tym samym poczucie dużego komfortu zarówno dla chorego jak i też dla osób nim się opiekujących. W celu zapobiegania wystąpieniu powikłań związanych z użytkowaniem portów donaczyniowych konieczne jest szkolenie w tym zakresie personelu medycznego, a w szczególności pielęgniarek, które wykonują zabiegi pielęgnacyjne, jak również podają przez porty leki lub inne płyny, gdyż wśród autorytetów specjalizujących się w tej dziedzinie, panuje zgodność, iż to właśnie pielęgniarki powinny obsługiwać porty.

Niemniej jednak dla ich bezpieczeństwa powinny być dokładnie sprecyzowane zasady i standardy postępowania jak również ustalone określone podstawy prawne dopuszczające taką samodzielność a zarazem zakres ich odpowiedzialności.

mgr Dorota Liput

Literatura u autorki

Przedruk z Biuletynu Informacyjnego OIPiP
w Rzeszowie marzec – kwiecień 2007

Z ŻAŁOBNEJ KARTY



Z wielkim żalem żegnałyśmy naszą koleżankę Danutę Oczkowską, która odeszła od nas 1 czerwca 2007 roku. Była absolwentką Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa nr 1 w Łodzi. Po uzyskaniu dyplomu przez wiele lat pracowała na stanowisku instruktorki w szpitalu na oddziale chirurgicznym.

Doceniała wagę przygotowania do pracy pedagogicznej, o czym świadczy Jej decyzja – ukończenia 2-letniego Studium Nauczycielskiego.

Gdy zaczęły powstawać licea pielęgniarskie została powołana na stanowisko dyrektora Liceum Pielęgniarskiego nr 2. Funkcję tę pełniła w latach 1961 – 1973. Dała się wtedy poznać jako prężny organizator i osoba nie zrażająca się trudnościami, choć było ich bardzo wiele. Wynikały one głównie ze złych warunków lokalowych, w których musiała działać. One były przyczyną czterokrotnej zmiany budynku.

Podziwiałyśmy Ją za hart ducha i odporność psychiczną. Mimo kłopotów zachowywała spokój i zawsze szukała lepszych rozwiązań. Posiadała dużą wiedzę i umiejętność rozwiązywania problemów. Cieszyła się dużym autorytetem tak wśród nauczycieli jak i uczniów. Była ceniona przez grono nauczycielskie. W stosunku do uczennic była serdeczna, życzliwa ale i wymagająca. Wykazywała dużą dbałość o bezpieczeństwo słuchaczek i zapewnienie im możliwie dobrych warunków do nauki. Za swe starania i pracę została odznaczona Złotym Krzyżem Zasługi.

W 1973 roku zmęczona trudnymi warunkami pracy zrezygnowała z pełnionej funkcji i przeniosła się do Liceum Medycznego Pielęgniarstwa nr 1, gdzie zatrudniona została na stanowisku kierownika szkolenia praktycznego. W 1979 roku przeszła na emeryturę.

W okresie swej pracy zawodowej była członkinią Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Koleżanka Oczkowska pochowana została na cmentarzu na Julianowie. Żegnało Ją liczne grono koleżanek.

dr n. hum. Barbara Dobrowolska – przewodnicząca Komisji Historycznej PTP w Łodzi

* * *

„Pomimo, że każda chwila radości trwa niezmiernie krótko, a później znika zawsze zostawia za sobą trwałą nadzieję i jeszcze trwalsze wspomnienie”

Dnia 9 czerwca 2007 roku utonął ratując swoich synów Dariusz Banasiak – pielęgniarz oddziałowy w Szpitalu im. dr. K. Jonschera w Łodzi

To Ty, Darku, byłeś dla nas tą krótką chwilą radości – zbyt krótką... Trudno pogodzić się z faktem, że tak nagle, nieoczekiwanie, zostawiłeś nam tylko wspomnienia. Brak Twoich kroków na szpitalnym korytarzu, Twojego głosu i wesołego śmiechu napelnia nasze oczy łzami a serca smutkiem i bólem. Byłeś dla nas, Darku, nie tylko wyrozumiałym przełożonym, dobrym kolegą i oddanym przyjacielem. Byłeś dla nas wzorem Prawego i Sprawiedliwego Człowieka. Wzorem wspaniałego męża i ojca, dla którego rodzina była dobrem najwyższym i najważniejszym. Byłeś dumny ze swej ukochanej żony i wspaniałych synów. Cieszyły Cię Twoje małe i duże sukcesy, które ciężką wytrzymałą pracą osiągnąłeś.

Nigdy nie byłeś zmęczony, zawsze chętnie stawiałeś czoło nowym wyzwaniom. Brałeś na swoje barki trudy naszej codziennej szpitalnej egzystencji. „Byłeś jak światło, które wędruje przez noc i zapala zgasłe gwiazdy”. Zawsze będzie dla Ciebie miejsce w naszych sercach i naszej pamięci.

koleżanki i koledzy ze Szpitala im. dra K. Jonschera w Łodzi

* * *

Byłaś człowiekiem o wielkim sercu i wrażliwej duszy. Kochałaś wszystkich ludzi, a na twych ustach ciągle gościł uśmiech. Byłaś położną jakich mało na świecie. Kochałaś swój zawód. Odeszłaś tak cicho i nagle do lepszego świata. I chociaż nie pracowałaś z nami Taką Cię zapamiętamy.

W dniu 24 lipca 2007 roku zmarła śp. Stefania Płużek (l. 64) długoletnia położna oddziałowa Szpitala im. dr. H. Jordana w Łodzi

koleżanki emerytki, położne i pielęgniarki z P.R. w Strykowie

* * *

Elu, tak szybko odeszłaś...

Z ogromnym żalem zawiadamiamy, że dnia 1 sierpnia 2007 roku odeszła na zawsze, zbyt wcześnie, nasza koleżanka Elżbieta Szczęsna (l. 55).

Ela była długoletnim pracownikiem Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w SP ZOZ w Kutnie. Była wzorem sumiennej i życzliwej położnej. Trudno używać słowa „byłaś”, bo wolelibyśmy wspólnie się zestarzeć i odejść na emeryturę.

Zostawiłaś nas w smutku i zadumie nad kruchością życia. Będziemy o Tobie pamiętać.

położne i personel pielęgniarski SP ZOZ w Kutnie

Zakażenia związane z obecnością cewników naczyniowych

Kaniulacja naczyń obwodowych jest jedną z najczęściej stosowanych procedur inwazyjnych w szpitalu.

Terapia dożylna jest nieodłącznym elementem nowoczesnej praktyki klinicznej. Szybkie i efektywne wykonania tego zabiegu powinno być podstawową umiejętnością każdego lekarza i pielęgniarki. Przed założeniem kaniuli należy odpowiedzieć sobie na pytania:

- **Jakiemu pacjentowi zakładamy wkłucie?**
- **W jakim celu?**
- **Na jak długo?**

Dopiero odpowiedzi na te pytania pozwalają na dobór techniki, sprzętu i miejsca kaniulacji.

Kaniule naczyniowe stosowane są między innymi w celu:

Diagnostycznym:

- **pobranie krwi do badań**
- **podanie środka cieniującego**

Lecznicznym:

- **wstrzyknięcie leku**
- **stosowania okresowej farmakoterapii dożylniej**
- **nawodnienia organizmu chorego**
- **żywienia pozajelitowe**
- **podania krwi, preparatów krwiopochodnych lub krwiozastępczych**
- **monitorowania parametrów hemodynamicznych**

Wykonania znieczulenia ogólnego

Pobranie krwi od dawcy

Rodzaje cewników naczyniowych

Terminologia używana do określenia różnych typów cewników nie jest prosta, ponieważ można się kierować różnymi kryteriami podziału, w zależności

- od rodzaju naczynia, do którego cewnik jest zakładany /np. żyły obwodowe, żyły centralne, tętnice/;
- planowanego czasu użycia /np. czasowe, krótkoterminowe, długoterminowe, stałe/;
- miejsca wprowadzenia /np. żyła podobojczykowa, szyjna, udowa/;
- drogi od skóry do naczynia /tunelizowane lub nietunelizowane/
- oraz innych szczególnych cech charakterystycznych.

Budowa cewnika naczyniowego

Cewnik naczyniowy to elastyczna rurka z tworzywa sztucznego o określonej średnicy i ustalonym przekroju wewnętrznym. Budowa jednej z końcówek umożliwia umieszczenie cewnika w świetle naczynia krwionośnego. Konstrukcja drugiego końca pozwala na wielokrotne dokonywanie wlewów naczyniowych, wprowadzania leków bez dodatkowego naruszania ciągłości tkanek pacjenta.

Tworzywa sztuczne, z których są wytwarzane cewniki to:

- polichlorek winylu (charakteryzują się pewnym stopniem sztywności)
- polietylen (tworzywo tanie, odporne mechanicznie i niepodatne na czynniki chemiczne)
- poliuretan
- polipropylen (kaniule te są sztywne, powodują dyskomfort u pacjentów)
- elastomer silikonu (cehuje zmniejszenie krzepliwości krwi na powierzchni i obniżenie przyczepności białek, co daje w rezultacie lepszy przepływ krwi, wyginają się pod wpływem temperatury ciała)
- teflon[®] (wyróżnia się dużą odpornością termiczną i mechaniczną, ale jest sztywny i często powoduje uczulenia).

Mandryn – jest ścinany laserowo i elektronicznie wyprofilowany. Ma ostry tylny szlif igły i łagodnie zwężający się koniec kaniuli.

Skrzydółka – umożliwiające przytrzymanie kaniuli w momencie jej zakładania, posiadają również otwory, które pozwalają na ewentualne przysycie kaniuli .

Port – zamykany zatyczką / kolorową/, posiada zastawkę membranową co nie powoduje cofania się krwi lub podawanego leku.

Koreczek – służy do zamknięcia wlotu kaniuli. Po każdej manipulacji przy koreczku, należy go wymienić na nowy, jałowy.

Ważne jest, aby kaniula posiadała paski kontrastujące w promieniach RTG w sytuacji przypadkowego oderwania się kawałka kaniuli i przedostania się do krwiobiegu lub spowodowania zatoru przez migrujący fragment kaniuli.

Tabela nr 1. Podział kaniuli według kolorystyki i rozmiaru w Gauge

Kolor	Zastosowanie	Rozmiar w Gauge
Pomarańczowy	Stany zagrożenia życia, szybkie infuzje krwi bądź płyny o lepkiej konsystencji	14 G
Szary	Stany zagrożenia życia, szybkie infuzje krwi bądź płyny o lepkiej konsystencji	16 G
Biały	Przetaczanie krwi, szybkie infuzje płynów o lepkiej konsystencji i dużych objętości	17 G
Zielony	Przetaczanie krwi, żywienie parenteralne, duże objętości płynów	18 G
Różowy	Przetaczanie krwi, duże objętości płynów	20 G
Niebieski	Przetaczanie krwi, większość leków i płynów	22 G
Żółty	Leki, krótkotrwałe infuzje, kruche żyły, dzieci	24 G
Fioletowy	Noworodki	26 G

Wybór miejsca wkłucia

Ocena miejsca wkłucia to ważny elementem w kaniulacji żył obwodowych, a znajomość anatomii i fizjologii jest bardzo przydatna przy wyborze żyły do wkłucia.

Przy zakładaniu cewnika obwodowego należy przede wszystkim pamiętać, aby:

- rozpoczynać próby kaniulacji od żył kończynowych położonych najbardziej dystalnych i najlepiej widocznych
- kaniulować zawsze najbardziej dystalny odcinek widocznego naczynia

- kaniulować żyły łatwo wyczuwalne, zapewniające dobre wypełnienie kapilarne
- u osób z rozwiniętą lateralizacją preferować naczynia kończyny przeciwnej
- kaniulować żyły powyżej poprzednich wkłuć

Żyły i miejsca, których należy unikać to:

- żyły kończyn dolnych
- miejsca zgięć
- żyły położone blisko tętnic
- żyły z widocznymi zastawkami
- żyły pośrednie łokcia
- niewielkie żyły biegnące blisko powierzchni skóry
- żyły podrażnione po poprzedniej kaniulacji
- żyły stwardniałe
- żyły kończyn, na które ma wpływ stan kliniczny pacjenta (niedowłady)
- miejsca objęte infekcją lub innymi stanami zapalnymi skóry
- przerwana ciągłość skóry

TECHNIKA WKŁUCIA OBWODOWEGO

Zakładanie cewników do żył obwodowych związane jest ze stresem zarówno u pacjenta jak i pielęgniarki, z powodu powikłań jakie mogą nastąpić. Aby zmniejszyć ten stres należy odpowiednio przygotować pacjenta, potrzebny sprzęt oraz posiadać wiedzę i umiejętności techniki kaniulacji.

Przygotowanie pacjenta

Przed kaniulacją żyły obwodowej należy powiadomić pacjenta o wykonywanym zabiegu i o jego celu. Należy uzyskać świadomą, pisemną zgodę na kaniulację i pozostawić czas na oswojenie się z zabiegiem, co zmniejszy niepokój pacjenta.

Pacjenta wygodnie i bezpiecznie układamy, najlepiej w pozycji siedzącej lub leżącej. Kończyna, na której będzie zakładana kaniula powinna być solidnie i wygodnie podparta. W razie potrzeby można miejsce wkłucia kaniuli podgolić, najlepiej strzyżarką chirurgiczną.

Przygotowanie sprzętu:

Najbezpieczniej używać wózka zabiegowego, który jest podzielony na część czystą i brudną.

Na części czystej powinny się znaleźć:

- kaniule obwodowe o różnym rozmiarze Gauge (Tabela nr 1)
- koreczki jednorazowego użycia zamykające światło kaniuli
- kraniki lub łączniki
- strzykawki jednorazowego użycia
- igły jednorazowego użycia
- płyn jałowy do przepłukiwania
- jałowe okleiny zabezpieczające kaniule
- materiał opatrunkowy (opaski dziane, kompresy gazowe, przylepiec)
- środek do dezynfekcji skóry
- rękawiczki jednorazowego użycia w odpowiednim rozmiarze
- opaska uciskowa typu staza
- nożyczki

Część brudna powinna zawierać:

- pojemnik na ostre przedmioty
- pojemnik na odpady komunalne
- pojemnik na odpady medyczne

Bardzo ważne jest, aby zawsze sprawdzić datę ważności sprzętu, którym pracujemy oraz przed przystąpieniem do pracy zdezynfekować cały wózek.

Przygotowanie pielęgniarki

Pielęgniarka zakładająca cewnik naczyniowy powinna być osobą doświadczoną, z odpowiednią wiedzą i umiejętnościami manualnymi. Powinna wierzyć we własne siły i umiejętności. Przed założeniem kaniuli zapoznać się z pacjentem, z planem jego leczenia. W trakcie zakładania cewnika naczyniowego ma wystarczające oświetlenie,

oraz wygodną pozycję, zawsze przestrzega zasad aseptyki, oraz dba o własne bezpieczeństwo.

Gdy żyła jest słabo widoczna, można zwiększyć jej wypełnienie poprzez zastosowanie opaski uciskowej na kończynę, która powinna być lekka, łatwa do zwolnienia.

Etapy kaniulacji obwodowej:

1. Umyć i dezynfekować ręce według obowiązujących zasad.
2. Założyć przy pacjencie rękawiczek jednorazowego użycia.
3. Dokonać wyboru miejsca wkłucia.
4. Założyć opaskę uciskową, nie dłużej na niż 90 sekund.
5. Zdezynfekować miejsce nakłucia poprzez spryskanie, przestrzegając czasu dezynfekcji. Miejsce nakłucia po przygotowaniu nie należy ponownie dotykać!
6. Dobrać kaniulę – przestrzegając zasady, że należy zawsze wykorzystywać kaniulę o możliwie najmniejszej średnicy, w możliwie największej żyły, zapewniając optymalny przepływ, poprawę homodylucji i zmniejszenie podrażnień wewnątrz żyły.
7. Upewnić się, że kaniula jest skierowana ścięciem do góry.
8. Naciągnąć skórę.
9. Nakłuć żyły pod kątem 10-45 stopni i w chwili, gdy w komorze zwrotnej pojawi się krew zmniejszyć kąta wprowadzenia kaniuli z mandrynem wsuwając jeszcze około 2 mm.
10. Zwolnić opaskę uciskową.
11. Wysunąć mandrynu kaniuli i jednocześnie wprowadzać cewnik kaniuli do światła żyły
12. Usunąć mandryn ze światła naczynia i zabezpieczyć wejście kaniuli jałowym korkiem lub łącznikiem.
13. Otworzyć port i przepłukać cewnik kaniuli.
14. Oberwać kaniulę i jej otoczenie w czasie przepłukiwania cewnika kaniuli.
15. Dobrze założoną kaniulę zabezpieczyć jałową okleiną, a w przypadkach uzasadnionych dodatkowo zabezpieczyć opaską dzianą lub przyklepcem.
16. Wrzucić używany sprzęt do pojemników zgodnie z obowiązującą segregacją odpadów.

17. Zdjąć przy chorym rękawiczki.
18. Uporządkować wózek zabiegowy.
19. Umyć i zdezynfekować ręce według obowiązujących zasad.
20. Zdezynfekować opaskę uciskową.
21. Odnotować fakt założenia kaniuli.

POWIKŁANIA ZWIĄZANE Z OBECNOŚCIĄ KANIULI

WCZESNE – bezpośrednio związane z zabiegiem nakłucia żyły i wprowadzeniem cewnika.

- Krwiak (miejscowy) jako następstwo nieudanego, nieefektywnego wkłucia
- Przetoczenie płynu poza żyłę w wyniku nierozpoznanego złego wkłucia kaniuli, nieodpowiedniego jej unieruchomienia.

PÓŹNE – związane z utrzymaniem cewnika w żyły i opieką nad nim.

- Zapalenie żył.
- Zakażenie.
- Zatkanie cewnika.

Wyróżnia się trzy główne rodzaje zapalenia żył związane z czynnikami je wywołującymi

Mechaniczne zapalenie żył – występuje wtedy, gdy:

- Żyła jest drażniona przez zbyt dużą kaniulę
- Kaniula porusza się w żyły
- Są zbyt częste manipulacje przy kaniuli

Chemiczne zapalenie żył – może wystąpić wtedy, gdy:

- pH podawanych leków/płynów jest niższe lub wyższe do fizjologicznego
- Dodawane są do płynów infuzyjnych leki zwiększające lub zmniejszające pH
- Pacjent ma uczulenie na materiał, za którego wykonana jest kaniula

Bakteryjne zapalenie żył powodują:

- ♣ Nieprzestrzeganie zasad higieny rąk

- ⤴ **Niedokładne sprawdzenie używanego sprzętu (szczelność opakowania, termin ważności, dopasowanie osprzętu)**
- ⤴ **Nieprzestrzeganie zasad aseptyki przy przygotowywaniu leków i sprzętu**
- ⤴ **Nieprzestrzeganie zasad aseptyki podczas przygotowywania miejsca wkłucia**
- ⤴ **Słaba znajomość techniki zakładania kaniuli**
- ⤴ **Słabe umocowanie kaniuli**
- ⤴ **Zbyt długie przetrzymywanie kaniuli w żyły**
- ⤴ **Zbyt wiele dodatkowego sprzętu (kraniki)**
- ⤴ **Nieregularna obserwacja żyły podczas podawania leków/płynów infuzyjnych**

Miejsce wkłucia powinno być często sprawdzane.

Kaniula powinna być wymieniana po wystąpieniu pierwszych symptomów nadwrażliwości, zaczerwienienia.

Miejsce zakończenia kaniuli delikatnie dotykamy palcami, aby sprawdzić czy nie ma nadwrażliwości lub stwardnienia żyły.

KRYTERIA OCENY ZAPALENIA ŻYŁ

Punktacja	OBJAWY	ZALECENIA
„0”	Miejsce założenia kaniuli	Nie ma zapalenia żyły. Dalsza obserwacja.
1+	Stwierdzenie jednego z wymienionych objawów: - słaby ból w okolicy wkłucia - lekkie zaczerwienienie w okolicy wkłucia	Prawdopodobieństwo wystąpienia pierwszych objawów zapalenia żyły. Obserwacja wkłucia.
2+	Stwierdzenie, co najmniej dwóch z niżej wymienionych objawów: - ból w okolicy miejsca wkłucia - rumień - obrzęk	Wczesne stadium zapalenia żyły. Zmienić miejsce wkłucia.

3+	Stwierdzenie następujących objawów: -ból wzdłuż kaniuli - stwardnienie w okolicy miejsca wkłucia	Zapalenie żył Zmienić miejsce wkłucia, rozważyć możliwość leczenia.
4+	Stwierdzenie następujących objawów nasilających się: - ból żyły na całej długości kaniuli - zaczerwienienie - Namacalne stwardnienie żyły poza końcówką kaniuli	Zaawansowane stadium zapalenia żyły lub początek zakrzepowego zapalenia Rozważyć możliwość leczenia Zmienić miejsce wkłucia
5+	Stwierdzenie następujących objawów nasilających się: -ból żyły na całej długości kaniuli -zaczerwienienie - twardy naciek w okolicy wkłucia - Namacalne stwardnienie żyły poza końcówką kaniuli - gorączka	Zaawansowane stadium zakrzepowego zapalenia żyły Włączyć leczenie. Zmienić miejsce wkłucia

WYMIANA CEWNIKÓW OBWODOWYCH

Jedną metod zapobiegania zapaleniu żył i zakażeniom odcewnikowym jest ich wymiana zgodnie z zaplanowanym harmonogramem. Częstość zapalenia żył nie różni się istotnie dla cewników utrzymywanych w danym miejscu przez 72 godziny w porównaniu z 96 godzinami. Ponieważ zapalenie żyły i kolonizacja cewnika związane są ze zwiększonym ryzykiem zakażenia odcewnikowego w celu zmniejszenia ryzyka zakażenia i dyskomfortu pacjenta spowodowanego zapaleniem żyły, proponowana jest wymiana cewników, co 72 – 96 godzin.

U pacjentów pediatrycznych wymiana kaniuli podyktowana jest wskazaniami klinicznymi.

Tabela nr 2. Czynności związane z kaniulacją naczyń obwodowych i ich znaczenie w zapobieganiu powikłaniom

Wykonywane czynności	Znaczenie w zapobieganiu powikłaniom
Przygotowanie sprzętu niezbędnego do założenia kaniuli	Sprawne wykonanie kaniulacji
Wybór odpowiedniego dla pacjenta cewnika – z uwzględnieniem celu jego założenia i przewidywanego czasu utrzymania w żyłę	Zapobieganie powikłaniom związanym z mechanicznym lub chemicznym drażnieniem ściany naczynia
Potwierdzenie danych pacjenta. Wytlumaczenie pacjentowi zasadności wykonanej procedury i uzyskanie informacji czy wcześniej występowały u niego komplikacje związane z kaniulacją naczyń	Eliminacja lęku u pacjenta. Zdobycie wiedzy pozwalającej na uniknięcie powikłań, które wcześniej występowały u pacjenta
Umycie i zdezynfekowanie rąk przed i po palpacyjnej inspekcji miejsca, w którym wykonane zostanie wkłucie	Zachowanie zasad aseptyki
Założenie jednorazowych rękawic	Ochrona personelu medycznego przed kontaktem z krwią pacjenta
Zapewnienie właściwych warunków w pomieszczeniu (np. odpowiednie oświetlenie) i ułożenie pacjenta w pozycji dla niego wygodnej oraz zapewniającej dobry dostęp do pacjenta osobie wykonującej zabieg	Zapobieganie dyskomfortowi pacjenta i sprawne wykonanie kaniulacji
Założenie opaski uciskowej	Uzyskanie odpowiedniego wypełnienia żył i wybranie żyły do nakłucia
Zdezynfekowanie skóry (spryskanie środkiem dezynfekcyjnym) i pozostawienie skóry na co najmniej 30 sek. do wyschnięcia (do wyparowania alkoholu)	Zachowanie zasad aseptyki
Wyjęcie cewnika z opakowania. Sprawdzenie, czy opakowanie było nieuszkodzone i czy nie ma widocznych wad sprzętu do kaniulacji	Upewnienie się, czy sprzęt do kaniulacji jest jałowy i nie jest wadliwy
Nakłucie żyły pod odpowiednim kątem i	Zminimalizowanie odczucia bólu przy

wprowadzenie kaniuli	nakłuciu żyły i prawidłowe usytuowanie cewnika w naczyniu
Zabezpieczenie (umocowanie cewnika) w naczyniu przy pomocy jałowego opatrunku	Zapobieganie przebiciu naczynia, przesunięciu cewnika , przedostaniu się drobnoustrojów na cewnik i okolice wkłucia
Udokumentowanie wykonywanych czynności	Sporządzanie raportu i pozostawienie informacji dla innych pracowników opiekujących się pacjentem

Literatura u autorów

mgr Beata Potrzebowska, mgr Maria Cianciara

Zasady publikacji w Biuletynie

Zapraszamy Państwa do publikowania na łamach „Biuletynu” artykułów. W kręgu naszych zainteresowań są zarówno rozważania teoretyczne, doniesienia o badaniach naukowych, jak i relacje z wdrożeń oraz dyskusje wokół istotnych dla funkcjonowania instytucji opieki zdrowotnej problemów. Publikacje o charakterze naukowo-badawczym podlegają ocenie przez specjalistów w danej dziedzinie. Zakładamy, że nadesłane prace są pracami oryginalnymi, nigdzie dotąd nie publikowanymi ani nie oczekującymi na publikację w innym wydawnictwie. W przypadku powtórnego druku prosimy o podanie bibliograficznej informacji o pierwszej publikacji.

Uprzejmie prosimy autorów składających publikacje w naszym piśmie o przestrzeganie poniższych wymogów:

1. Objętość pracy nie powinna przekraczać 10 stron wraz z rysunkami, tabelami, piśmiennictwem i streszczeniami. W uzasadnionych przypadkach redakcja może przyjąć pracę obszerniejszą.
2. Na pierwszej stronie powinno znajdować się pełne imię i nazwisko autora, tytuł pracy oraz krótkie streszczenie nie dłuższe niż 20 wierszy zawierające cel i wyniki pracy oraz informacje o metodyce. Na końcu należy podać słowa kluczowe.
3. Właściwy tekst rozpoczyna się od drugiej strony. Wszelkie wyrazy w tekście wymagające podkreślenia graficznego należy wytłuścić. W tekście należy zaznaczyć, w którym miejscu mają być umieszczone tabele i rysunki.
4. Prace naukowo-badawcze powinny składać się z następujących części: wstęp, materiał i metody, wyniki, dyskusja, wnioski.
5. Zatytułowane tabele i rysunki powinny znajdować się na osobnych stronach. Tabele prosimy numerować cyframi rzymskimi, rysunki arabskimi. W tekście prosimy podać w odpowiednim miejscu nr tabeli lub rysunku.
6. Przywoływane w tekście pozycje piśmiennictwa oznaczamy kolejnymi numerami. Piśmiennictwo powinno być podane na oddzielnej stronie w kolejności przywoływania.
7. Na końcu publikacji prosimy zamieścić notkę o autorze, zawierającą informację o tytule lub stopniu naukowym, miejscu zatrudnienia, zainteresowaniach badawczych.
8. Dla ułatwienia korespondencji prosimy o podanie aktualnego adresu, nr telefonu, adresu e-mail.
9. Do przesłanego tekstu prosimy dołączyć informację: Autor prezentowanego artykułu zapewnia, że przesłany tekst jest pracą oryginalną i że nie został on opublikowany oraz nie oczekuje publikacji w żadnym innym czasopiśmie.
10. Tekst prosimy przysyłać w formie elektronicznej (Word) na adres: „Biuletyn OIPiP w Łodzi”, ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź, lub pocztą elektroniczną w formie załącznika na adres: biuletyn@oipp.lodz.pl
11. Redakcja zastrzega sobie prawo do poprawek stylistycznych i nazewnictwa oraz do dokonywania koniecznych z przyczyn technicznych skrótów bez porozumienia z autorem. Wszystkie istotne merytorycznie poprawki będą z autorami konsultowane.
12. Autorzy otrzymują bezpłatny egzemplarz autorski.
13. Praca nie spełniająca powyższych wymogów nie będzie rozpatrywana merytorycznie.
14. Nie zwracamy przysyłanych do redakcji artykułów.

Gorąco zapraszamy do współpracy.