

Komunikat!

Uprzejmie informujemy, iż są jeszcze wolne miejsca na następujących kursach i szkoleniach organizowanych przez OIPIP w Łodzi:

1. kursy kwalifikacyjne w dziedzinie:

- Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki,
- Pielęgniarstwo rodzinne (program dla położnych).

2. kursy specjalistyczne w zakresie:

- Szczepień ochronnych - IV edycja,
- Podstawy dializoterapii,
- Terapia bólu przewlekłego u dorosłych,
- Szczepienia ochronne noworodków (program dla położnych),
- Leczenie ran (program dla położnych).

3. kursy doskonalące:

- Postępowanie w stanach zagrożenia życia,
- Cewnikowanie chorych - II edycja,
- cykl szkoleń psychologicznych (7 tematów warsztatowych) w zakładach pracy w zależności od potrzeb.

4. szkolenia/ warsztaty:

- „Skala oceny zachowania noworodka według Brazeltona (NBAS)” - 25.06.2009 r. ,
- „Jak nie bać się cukrzycy, porady i informacje” - II edycja - 09.06.2009r.,
- „Opieka nad noworodkiem i niemowlęciem” - II edycja: 29-30.09.2009r.

Serdecznie zapraszamy.

Kontakt:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, ul. Piotrkowska 17, pok. 307.
Tel. kontaktowy: 42 639 - 92 - 62

Biuletyn 6/2009 1 czerwca 2009 roku

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

w numerze:

- 2 Serwis informacyjny
- 7 Prawnik radzi
- 8 Spotkanie z rzecznikiem
Irena Król
- 10 Spotkanie z rzecznikiem: Komunikacja w obliczu uzależnienia
Marianna Król
- 13 Okiem psychologa: Wypalenie zawodowe
mgr Jolanta Kałużna
- 16 Pielęgnowanie dziecka z atopowym zapaleniem skóry
Beata Pietrzak
- 19 Ropniak opłucnej
Mariola Górny
- 25 AHE: Rany postrzałowe i związane z nimi postępowanie
Adam Roszkowski
- 27 Kącik emerytek
- 28 Kącik biblioteczny

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

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

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

Redaktor Naczelna: mgr Maria Kowalska

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPIP.

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

Skład: OIPIP – Agnieszka Krzysztofik

Druk: BiK – M. Bernaciak

91 - 729 Łódź, ul. Smutna 16

Najważniejsze Uchwały i decyzje podjęte podczas posiedzenia ORPiP w dniu 15 kwietnia 2009 roku

- > Stwierdzono prawo wykonywania zawodu 2 pielęgniarkom.
- > Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek - 3 pielęgniarki.
- > Skreślono z listy członków OIPIP w Łodzi - 4 pielęgniarki i 1 położną.
- > Dokonano wymiany prawa wykonywania zawodu 2 położnym i wydano 1 duplikat prawa wykonywania zawodu.
- > Dokonano wpisu do rejestru indywidualnych praktyk - 2 praktyki, skreślono 1 praktykę.
- > W związku ze złożoną przez Wiceprzewodniczącą ORPiP w Łodzi - Panią Marię Kowalską - rezygnacją z pełnienia funkcji, dokonano wyborów uzupełniających do Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. Funkcja Wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi została powierzona Pani Jolancie Surowiec.
- > Powołano Pełnomocnika ORPiP oraz jego zastępcę w DPS Białaczków.
- > Dokonano skreślenia z listy członków Komisji Pielęgniarek Psychiatrycznych oraz wpisu członka Komisji Kształcenia.
- > Przyjęto sprawozdanie Skarbnika ORPiP w Łodzi - Pani Haliny Łuczak - Skowrońskiej - z wykonania budżetu za I kwartał 2009 r.
- > Zatwierdzono koszty szkoleń i kursów organizowanych przez OIPIP w Łodzi.
- > Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych do udziału w komisjach:
 - egzaminacyjnych,
 - konkursowych na stanowiska pielęgniarek oddziałowych,
 - konkursowych na stanowisko ordynatora oddziału.
- > Zatwierdzono zakup sprzętu biurowego na potrzeby szkoleniowe.

Nadzwyczajne posiedzenie ORPiP w dniu 29 kwietnia 2009 roku

- Podjęcie Uchwały w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych.
- > Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek 4 pielęgniarkom.

Najważniejsze Uchwały i decyzje podjęte podczas posiedzenia Prezydium ORPiP w dniu 29 kwietnia 2009 roku

- > Skreślono z listy członków OIPIP w Łodzi - 3 pielęgniarki.
- > Podjęto 3 uchwały dotyczące rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.
- > Skrócono 2 pielęgniarkom przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu.
- > Podjęto stanowisko w sprawie rozwiązania umów o pracę pielęgniarkom zatrudnionym w USK Nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi.
- > Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do udziału w komisjach konkursowych na stanowiska ordynatorów oddziałów.
- > Wytypowano przedstawicieli ORPiP w Łodzi do prac w komisjach egzaminacyjnych.
- > Przyznano zapomogi losowe, bezzwrotne w wysokości:
 - 1 500 zł - 6 osobom,
 - 750 zł - 1 osobie,
 - 500 zł - 2 osobom.
- > Przyznano dofinansowania w:
 - kursach specjalistycznych - 14 osobom,
 - kursach kwalifikacyjnych - 41 osobom,
 - konferencjach - 21 osobom,
 - nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich - 2 pielęgniarkom,
 - odmówiono dofinansowania 2 osobom ze względów regulaminowych: wnioski złożone po terminie, brak 2 - letniego okresu wplatania składki na rzecz samorządu przed złożeniem wniosku.
- > Przyznano honoraria dla 5 autorów artykułów publikowanych w Biuletynie.
- Zatwierdzono koszty szkoleń i kursów organizowanych przez OIPIP w Łodzi.

UWAGA !!!

**W miesiącach lipiec - sierpień
biuro Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych
czynne jest codziennie
w godzinach 8.00 - 16.00**

W dniach 13 i 14 marca 2009r. odbył się w Warszawie - pod honorowym patronatem Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych dr n. biol. pielęgniarki Elżbiety Buczkowskiej - I Ogólnopolski Zjazd Pielęgniarek i Położnych z uprawnieniami do szczepień ochronnych. Uroczystego otwarcia dokonał prof. dr hab. Jacek Wysocki.

Program Zjazdu obejmował zagadnienia, które przedstawili następujący prelegenci:

- prof. dr hab. Jacek Wysocki: „Aktualne problemy realizacji szczepień ochronnych w Polsce”,
- dr med. Ewa Duszczyk: „Profilaktyka biegunki rotawirusowej u dzieci”, „Zapobieganie kleszczowemu zapaleniu mózgu”,
- dr n. med. Ilona Małecka: „Szczepienia ochronne w profilaktyce zakażeń HPV - aktualny stan wiedzy”,
- dr n. med. Hanna Czajka: „Szczepionki skojarzone - ich znaczenie w realizacji programów szczepień”, „Aktualny program szczepień - zasady przeprowadzania szczepień, technika szczepień, aspekty prawne”,
- lek. med. Joanna Stryczyńska - Kazubska: „Epidemiologia, klinika i profilaktyka inwazyjnej choroby pneumokokowej”,
- dr hab. med. Teresa Jackowska: „Ospa wietrzna - współczesne metody profilaktyki dla dzieci zdrowych i z grup ryzyka”
- Krajowy Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego - dr n. med. Krystyna Piskorz - Ogórek: „Kryteria jakości w procedurze szczepień ochronnych u dzieci”,
- lek. med. Anna Góralewska: „Szczepienia osób podróżujących - czy trzeba pamiętać o WZW typu A?”,
- prof. dr hab. med. Ewa Helwich: „Zakażenia wirusem RS”
- dr hab. med. Leszek Szenborn: „Rola pielęgniarki w rozpoznawaniu i zapobieganiu zakażeniom meningokokowym”.

Podczas Zjazdu zwracano uwagę na istotną rolę pielęgniarki pracującej w punkcie szczepień, na jej misję, jaką ma do spełnienia w zapobieganiu chorobom zakaźnym, poprzez wdrażanie w środowiskach lokalnych szerokiej wiedzy w tym zakresie. Szczegółowo omówiono:

- jakość pracy pielęgniarki, jej przygotowanie merytoryczne (kursy specjalistyczne w dziedzinie: szczepień ochronnych, reanimacji krążeniowo - oddechowej i umiejętności obsługi defibrylatora),
- standard wyposażenia placówek poz, w tym punktu

szczepień w aparaturę, sprzęt medyczny, fachową literaturę medyczną, przepisy prawa, na podstawie których opiera się praca pielęgniarki.

Na zakończenie Zjazdu zaprezentowano film informacyjno - edukacyjny o szczepieniach ochronnych, który nagrany na płyty, przeznaczony będzie do rozdawnictwa rodzicom - ma on trafić do punktów szczepień na terenie całego kraju.

Choć program zajęć był bardzo napięty, prelegenci wyczerpująco odpowiadali na wszystkie pytania nurtujące środowisko, uczestnicy byli bardzo zadowoleni z tak przeprowadzonego Zjazdu, organizatorzy zapowiedzieli następne szkolenia.

Dziękujemy sponsorom za zaproszenie, uroczyste spotkanie i miłą atmosferę podczas trwania konferencji.

PROPONOWANA LITERATURA

ORAZ WYBRANE PRZEPISY PRAWNE

PRZYDATNE W PRACY PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ DOTYCZĄCE TEMATU SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH

- Jacek Wysocki, Hanna Czajka: „**Szczepienia w pytaniach i odpowiedziach**”, wydawnictwo: Help - Med. Kraków 2008 r.
- **Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi** (Dz .U. z dn. 30 grudnia 2008 r. Nr 234 poz. 1570);
- **Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** (Dz. U. 2008 Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.);
- **Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej** (Dz. U. 2001 Nr 57 poz. 602 ze zm.);
- **Rozporządzenie MZ z dnia 10 listopada 2006r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej** (Dz. U. 2006 Nr 213 poz. 1568, ostatnia zm. Dz. U. 2008 Nr 30 poz. 187);
- **Rozporządzenie MZ z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego** (Dz. U. 2007 Nr 210 poz. 1540);

sprawozdanie z konferencji

- Rozporządzenie MZ z dnia 23 sierpnia 2007 r. w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. 2007 Nr 162 poz. 1153);

- Rozporządzenie MZ z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz sposobu prowadzenia i dokumentacji szczepień (Dz. U. 2002 Nr 237 poz. 2018, ostatnia zm. 1 października 2008 r. Dz. U. 2008 Nr 122 poz. 795);

- Rozporządzenie MZ z dnia 21 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych oraz okresów, w których te badania są prowadzone (Dz. U. 2004 Nr 276 poz. 2740);

- Rozporządzenie MZ z dnia 22 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. 2004 Nr 282 poz. 2814, ostatnia zm. Dz. U. 2007 Nr 56 poz. 379).

- Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego „Program Szczepień Ochronnych” na dany rok,

- zakres informacji, jakie powinny być dostępne w przychodni, z których pacjenci mogliby dodatkowo korzystać i otrzymać szczegółową wiedzę dotyczącą kalendarza szczepień, np. strona internetowa Głównego Inspektora Sanitarnego - www.gis.gov.pl

XII Zjazd Pielęgniarek Epidemiologicznych - Wisła 2009

mgr Maria Cianciara

Wisła - Perła Beskidu, to malownicze miejsce w Polsce, w którym odbył się XII Zjazd Pielęgniarek Epidemiologicznych połączony z konferencją naukowo - szkoleniową objętą honorowym patronatem Ministra Zdrowia oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego.

Tematyka poszczególnych wystąpień była różnorodna, ciekawa, na wysokim poziomie merytorycznym. Prezentacje przedstawiono w ośmiu sesjach.

Pierwsza z sesji poświęcona była czynnikom ryzyka w miejscu pracy oraz zasadom postępowania w przypadku wystąpienia ekspozycji zawodowej. Bardzo istotne jest to, aby w każdej placówce ochrony zdrowia była opracowana jasna i czytelna procedura postępowania poekspozycyjnego, z którą powinien być zapoznany każdy pracownik.

„ (...) W przypadku narażenia na zakażenie HIV, HCV lub HBV decyzję o wdrożeniu sposobu postępowania powinien podjąć lekarz specjalista. Decyzja podejmowana jest na podstawie charakteru ekspozycji, badań serologicznych wykonywanych u źródła (osoby będącej powodem ekspozycji) i osoby eksponowanej oraz informacji dodatkowych na temat źródła. Obecnie koszty leczenia profilaktycznego ponosi pracodawca. O fakcie ekspozycji należy poinformować przełożonego oraz zabezpieczyć do badań serologicznych po 5 ml surowicy pochodzącej od osoby eksponowanej oraz źródła zakażenia w celu wykonania badań w kierunku zakażenia HIV, HBV i HCV. Należy pamiętać, że badań tych, zwłaszcza oznaczenie anty-HIV, nie wolno wykonać bez uzyskania zgody osoby, od której pobrano krew. (...)”

Kolejne sesje dotyczyły m. in.: aktualności i trendów we współczesnej higienie rąk w oparciu o doświadczenia ze Szwecji, procesy dekontaminacji rąk, skóry, pola operacyj-

nego, błon śluzowych, przedmiotów z przewodami rurowymi, kontaminacji środowiska medycznego mikroorganizmami, zakażeń w terapii dożylniej oraz zakażeń związanych z cewnikowaniem pęcherza moczowego.

Higiena rąk, a zwłaszcza ich dezynfekcja, jest najprostszą i najłatwiejszą profilaktyką w zapobieganiu zakażeniom szpitalnym. Należy pamiętać, że 50% zakażeń przenosi się przez ręce personelu medycznego. Często zapominamy, że obowiązują nas normy: EN - 1499 - dotyczące higienicznego mycia rąk oraz EN - 1500 - dotycząca higienicznej dezynfekcji rąk metodą wcierania środka dezynfekcyjnego.

Interesujące było wystąpienie dr Grzegorza Ziółkowskiego i dr Barbary Ziółkowskiej z Sosnowca o wielooporności patogenów szpitalnych - problem XXI wieku czy zagrożenie dla świata?

„ (...) W szpitalach jest wiele rezerwarów i źródeł drobnoustrojów. Najczęściej źródłem zakażenia jest sam pacjent (zakażenia endogenne) a najważniejszą drogą przenoszenia się drobnoustrojów jest bezpośredni kontakt z rękami personelu medycznego. Jakość czynników etiologicznych zakażeń zależy od wielu przyczyn i warunków. W zamkniętym i niebezpiecznym środowisku szpitalnym zidentyfikowano sześć najgroźniejszych obecnie patogenów zaliczonych do grupy ESKAPE co powoduje, że w najbliższej przyszłości nie uda się rozwiązać problemu antybiotykooporności. Strategie przeciwdziałania zakażeniom muszą zatem uwzględniać realne programy nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi, zwiększenia dostępu do diagnostyki mikrobiologicznej wyposażonej w nowoczesny sprzęt i szybkie testy diagnostyczne ale także odpowiedni status mikrobiologa szpitalnego w związku z licznymi nowymi zadaniami w programach zakażeń szpitalnych.

Strategie obronne muszą także uwzględniać programy przesiewowe mające na celu wczesną identyfikację patogenów z grupy ESKAPE (*Enterococcus spp*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella spp*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter spp.*), profilaktykę i higienę, izolację pacjentów i przestrzeganie reżimu sanitarnego, a także programy związane z immunologią zakażeń i biologią molekularną, w tym szybkie wykrywanie genów oporności, racjonalną i przemyślaną terapię antybiotykową uwzględniającą dane lokalnej bazy epidemiologicznej, szpitalnej polityki antybiotykowej a także, w skali makro, prowadzenie badań nad nowymi lekami przeciwbakteryjnymi oraz uwzględnianie szczepionek jako alternatywy dla leczenia antybiotykami (...)"

Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego - mgr Beata Ochocka - w swoim wystąpieniu przedstawiła rolę pielęgniarki epidemiologicznej w prewencji zakażeń układu moczowego: „ (...) Monitorowanie zakażeń układu moczowego to jedno z wiodących działań w systemie monitorowania i kontroli zakażeń realizowanych przez pielęgniarkę epidemiologiczną. Występowanie zakażeń układu moczowego wywołanych patogenami alertowymi wymaga zwiększonej uwagi zespołu kontroli zakażeń szpitalnych.(...)”

Z Łodzi przedstawiono dwa referaty: „Praktyczne aspekty rejestrowania i monitorowania zakażeń” - Marii Ciuruś ze Szpitala Zakonu Bonifratrów św. Jana Bożego oraz „Epidemia kolonizacji i zakażeń wywołanych *Acinetobacter baumannii* w Oddziale Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 4” – Eweliny Kmity, Iwony Stawińskiej i Beaty Stępień.

Z punktu widzenia niektórych uczestników dość kontrowersyjne było wystąpienie na temat „Wpływu SIWZ (Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia) na jakość usług utrzymania czystości” - przedstawiony z pozycji oferenta.

Wyrazy uznania i podziękowania należą się Zarządowi Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych w osobach Mirosławy Malary - Prezesa, Renaty Jakobi - z - cy Prezesa, Bożeny Prządki i Małgorzaty Sobani - Członków Zarządu oraz Marleny Karwackiej - Przewodniczącej Komisji Rewizyjnej - organizatorom spotkania.

Komunikat w sprawie obowiązku zgłaszania zmian do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych

W związku z koniecznością zgłaszania zmian dotyczących danych objętych wpisem do rejestru pielęgniarek oraz rejestru położnych, zwracam się z prośbą do wszystkich członków samorządu o zgłaszanie tychże zmian w następujących sytuacjach:

1. Przy zmianie nazwiska – oryginał odpisu skróconego aktu małżeństwa i oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu.

2. Przy podniesieniu kwalifikacji zawodowych – kopie zaświadczeń, dyplomów poświadczonych za zgodność z oryginałem dotyczące:

- a) ukończenia kursów kwalifikacyjnych,
- b) ukończenia kursów specjalistycznych,
- c) ukończenia kursów doskonalących,
- d) ukończenia specjalizacji,
- e) ukończenia studiów, studiów podyplomowych,
- f) uzyskania tytułów i stopni naukowych,

3. Przy zmianie adresu zamieszkania – informacja w formie pisemnej.

4. Przy zmianie pracy, podjęciu pracy:

- a) z nowego miejsca pracy zaświadczenia o zatrudnieniu z uwzględnieniem daty zatrudnienia,
- b) z poprzedniego miejsca pracy – kopia świadectwa pracy, poświadczona za zgodność z oryginałem.

5. Przy zmianie pracy, która niesie za sobą zmianę przynależności do okręgowej izby pielęgniarek i położnych (przynależność, ta zależy od miejsca wykonywania zawodu), obowiązkiem pielęgniarki jak i położnej jest złożenie w dotychczasowej izbie wniosku o skreślenie z rejestru, a następnie wystąpienie z wnioskiem o wpis do rejestru izby na terenie której podjęła pracę.

Do wniosków należy dołączyć między innymi oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej. W sytuacji, w której pielęgniarka, położna wykonuje swój zawód na terenie działania dwóch izb przynależność do jednej z izb jest jej wyborem.

Wszystkie wyżej wymienione dokumenty należy składać w rejestrze pielęgniarek i rejestrze położnych Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi (ul. Piotrkowska 17, pokój 310).

W przypadku jakichkolwiek wątpliwości proszę o kontakt telefoniczny z rejestrem (42) 633 32 13, w następujących dniach i godzinach:

- poniedziałki, środy, czwartki: od 8.00 do 16.00,
- wtorki: od 10.00 do 18.00.

sprawozdanie z konferencji

Koło Naukowe przy Zarządzie Regionalnym PTP w Łodzi

mgr Katarzyna Babska

W dniu 4 maja 2009 roku w siedzibie OIPIP odbyło się spotkanie otwarte zorganizowane przez Zarząd Oddziału i Koło Naukowe przy Zarządzie Regionalnym Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Łodzi. Tematem przewodnim spotkania było kształtowanie się autonomii pielęgniarskiej. Spotkanie otworzył dr n. hum. Zbigniew Tokarski Przewodniczący Zarządu Wojewódzkiego PTP.

W pierwszej kolejności głos zabrała Przewodnicząca PTP - mgr Dorota Kilańska. Na ręce zebranych złożyła życzenia z okazji zbliżającego się Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki. Następnie, w krótkiej prezentacji zaakcentowała jak ważne dla usprawnienia pracy są przemiany powstające w procesie opieki zdrowotnej, zarządzania, edukacji i rozwoju pielęgniarstwa. Podkreśliła też, że wprowadzanie innowacji hamowane jest przez brak przepływu informacji pomiędzy placówkami służby zdrowia. Za granicą istnieje baza innowacji, z której korzystać mogą wszystkie pielęgniarki. W Polsce nie ma podobnego źródła powszechnie dostępnego a wszelkie udogodnienia, wypracowane zgodnie ze standardami nie wychodzą poza obręb danej jednostki.

W dalszej części spotkania złożono gratulacje pani Iwonie Kocińskiej, która w wyniku eliminacji przeszła do III etapu konkursu „Pielęgniarka Roku 2008”. W III etapie oceniona zostanie przygotowana przez nią prezentacja pt: „Symbole pielęgniarskie i ich znaczenie w mojej praktyce zawodowej”.

Następnie oddano głos mgr Agnieszce Nowak, która w prezentacji zatytułowanej „Poziom świadomości pielęgniarek w zakresie autonomii zawodowej” zaprezentowała wyniki swoich badań przeprowadzonych w grupie czynnych zawodowo pielęgniarek. Autonomia zawodowa wchodzi w ścisłe relacje z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych, w których kluczową rolę odgrywa samokształcenie. 70% pielęgniarek chciało podnosić swoje kwalifikacje, jednakże zdecydowanie chętniej z różnych form kształcenia korzystały pielęgniarki z wyższym wykształceniem. Poziom samodzielności w pracy był niezadowolający wśród pie-

lęgniarek z wykształceniem średnim. Pielęgniarki z wyższym wykształceniem miały większą wiedzę na temat funkcji zawodowych.

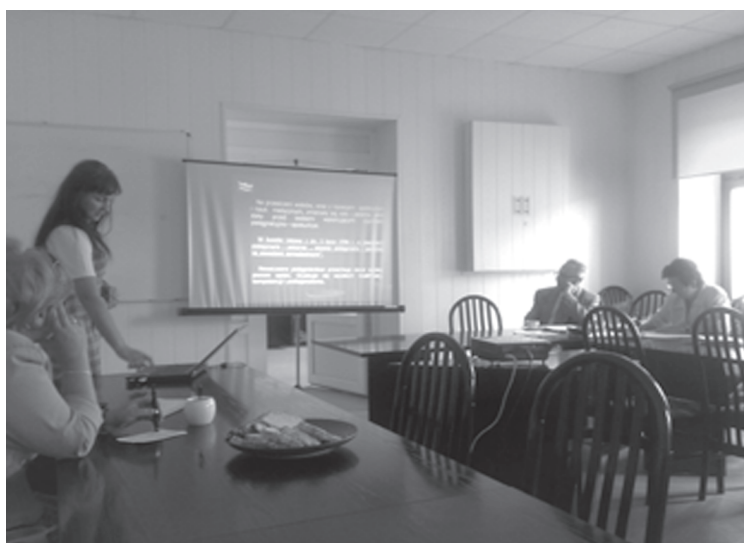
Jako ostatnia głos zabrała mgr Katarzyna Babska. Przedstawiła prezentację pt: „Samodzielność pielęgniarki w sprawowaniu opieki nad pacjentem dializowanym otrzewnowo - wybrane zagadnienia”. Praca powstała w oparciu o badania własne. Wzrost samodzielności uzależniony był od osobistego zainwestowania w rozwój zawodowy. Nie- rzadko zbyt wiele obowiązków nałożonych na pielęgniarki

(polityka zatrudnienia) uniemożliwiało zapewnienie opieki globalnej.

Niepełna wiedza dotycząca problemów, z którymi zmagają się chorzy dializowani otrzewnowo mogła być przyczyną braku motywacji do edukowania chorych i „odsyłania ich” do lekarzy. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych ma wpływ

na wzrost kompetencji zawodowych. Tylko w takich warunkach zaistnieć może współpraca w zespole interdyscyplinarnym, w trosce o dobro chorego.

Uczestnicy spotkania w ożywiony sposób przedyskutowali wyłonione problemy. Niezaprzeczalnym kierunkiem przemian na drodze wprowadzania pozytywnych zmian w pielęgniarstwie jest wielokierunkowy osobisty rozwój zawodowy. Powinien on dotyczyć nie tylko pielęgniarek od cinkowych, ale także tych, które zajmują od lat stanowiska kierownicze.



Grupowa praktyka pielęgniarek i położnych wybrane zagadnienia cz. II.

mgr Edyta Knap

Kolejną formą, w jakiej prowadzona może być grupowa praktyka pielęgniarek i położnych jest spółka partnerska.

Spółka została uregulowana przede wszystkim w przepisach art. 86 - 101 k.s.h., stosuje się do niej także przepisy ogólne o spółkach osobowych (art. 8 - 101 k.s.h.), a także w sprawach nieuregulowanych w przepisach art. 86 - 101 k.s.h., stosuje się do niej odpowiednio przepisy o spółce jawnej, z zastrzeżeniem, o ile ww. przepisy nie stanowią inaczej. Dotyczy to w szczególności takich kwestii, jak: zawieranie umowy spółki z przedsiębiorcą jednoosobowym, który wnosi do spółki swoje przedsiębiorstwo; obowiązku powstrzymania się od działalności konkurencyjnej, czy też zawarcia przez partnera innej umowy spółki lub przeniesienia na osobę trzecią niektórych praw z tytułu uczestnictwa w spółce.

Spółka partnerska przeznaczona jest do wykonywania przez jej wspólników (zwanymi partnerami) wolnego zawodu. Z powyższego wynika, iż wspólnikami w spółce partnerskiej mogą być tylko osoby fizyczne i to tylko takie, które wykonują jeden z wolnych zawodów wskazanych w art. 88 k.s.h., bądź w ustawie odrębnej. Jest to jedyny typ spółki handlowej wprowadzający tak znaczne obostrzenia w doborze wspólników.

Partnerami w spółce partnerskiej mogą być m. in. osoby uprawnione do wykonywania następujących zawodów: adwokata, aptekarza, architekta, inżyniera budownictwa, biegłego rewidenta, brokera ubezpieczeniowego, doradcy podatkowego, maklera papierów wartościowych, doradcy inwestycyjnego, księgowego, lekarza, lekarza dentysty, lekarza weterynarii, notariusza, pielęgniarki, położnej, radcy prawnego, rzeczownika patentowego, rzeczoznawcy majątkowego i tłumacza przysięgłego.

Spółka partnerska powoływana jest wyłącznie do wykonywania wolnego zawodu. Utrata przez wszystkich partnerów prawa do wykonywania wolnego zawodu powoduje rozwiązanie spółki, natomiast w przypadku śmierci jednego z partnerów, jego spadkobierca może wstąpić do spółki tylko, jeżeli tak postanowiono w umowie oraz spadkobierca wykonuje jeden z wolnych zawodów, dla których przewidziano możliwość zawiązywania spółek partnerskich.

Omawiana spółka posiada zdolność prawną, zdolność do czynności prawnych oraz zdolność sądową, spółka może zatem we własnym imieniu nabywać prawa, w tym własność nieruchomości i inne prawa rzeczowe, zaciągać zobowiązania, pozywać i być pozywana.

Kolejną cechą charakterystyczną spółki partnerskiej jest możliwość powołania przez partnerów zarządu. W takim przypadku do zarządu stosuje się odpowiednio przepisy o spółce z o.o. (art. 201 - 211 oraz art. 293 - 300 k.s.h.). Odmienne niż w spółce jawnej kształtuje się również odpowiedzialność wspólników za zobowiązania spółki. Możliwe jest jednakże ukształtowanie odpowiedzialności partnerów na takich samych zasadach, jak wspólników spółki jawnej.

Zawiazanie i rejestracja spółki

Do powstania spółki partnerskiej niezbędne jest zawarcie umowy spółki oraz złożenie wniosku o wpis do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego. Spółka powstaje z chwilą wpisu do rejestru.

Umowa spółki powinna zostać sporządzona w formie aktu notarialnego, co oznacza, iż zawarcie takiej umowy w innej formie pisemnej, bądź w formie ustnej jest nieważne i nie wywołuje żadnych skutków prawnych.

Umowa powinna zawierać takie składniki, jak:

- 1) określenie wolnego zawodu wykonywanego przez partnerów w ramach spółki,
- 2) przedmiot działalności spółki,
- 3) nazwiska i imiona partnerów, którzy ponoszą nieograniczoną odpowiedzialność za zobowiązania spółki, w przypadku przewidzianym w art. 95 § 2 k.s.h.,
- 4) w przypadku, gdy spółkę reprezentują tylko niektórzy partnerzy - nazwiska i imiona tych partnerów,
- 5) firmę i siedzibę spółki,
- 6) czas trwania spółki, jeżeli jest oznaczony,
- 7) określenie wkładów wnoszonych przez każdego partnera i ich wartość.

Firma

Firma spółki partnerskiej powinna zawierać nazwisko co najmniej jednego partnera, dodatkowe oznaczenie „i partner” bądź „i partnerzy” albo „spółka partnerska” oraz określenie wolnego zawodu wykonywanego w spółce. Dopuszczalne jest używanie w obrocie skrótu „sp.p.”.

Odpowiedzialność partnerów

W spółce partnerskiej możliwe jest ukształtowanie odpowiedzialności partnerów w dwojaki sposób. Zasadą jest, iż partner nie ponosi odpowiedzialności za zobowiązania spółki:

- powstałe w związku z wykonywaniem przez pozostałych partnerów wolnego zawodu w spółce,

- za zobowiązania spółki będące następstwem działań lub zaniechań osób zatrudnionych przez spółkę na podstawie umowy o pracę lub innego stosunku prawnego, które podlegały kierownictwu innego partnera przy świadczeniu usług związanych z przedmiotem działalności spółki.

W pozostałym zakresie zaś partnerzy odpowiadają na tych samych zasadach, co wspólnicy spółki jawnej. Ich odpowiedzialność jest zatem solidarna i subsydiarna. Ten rodzaj odpowiedzialności dotyczy zobowiązań nie związanych z wykonywaniem wolnego zawodu, np. opłat z tytułu wynajmu pomieszczeń, opłat za media, za usługi wykonywane na rzecz spółki przez podmioty trzecie, itp.

Umowa spółki może wszakże przewidywać, że jeden albo większa liczba partnerów godzą się na ponoszenie odpowiedzialności tak jak wspólnik spółki jawnej, tj. solidarną i subsydiarną odpowiedzialność za wszelkie zobowiązania spółki partnerskiej. Partnerzy odpowiadający na tych zasadach muszą zostać wymienieni w umowie spółki.

W kolejnym artykule zostanie omówiony zarząd spółki partnerskiej, rejestracja spółki oraz utrata uprawnień przez partnerów.

Stanowisko Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w sprawie negatywnej opinii dotyczącej projektu uchwały w sprawie likwidacji Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rawie Mazowieckiej

W dniu 12 maja 2009 roku podczas posiedzenia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi została podjęta Uchwała nr 688/V **w sprawie negatywnej opinii dotyczącej projektu uchwały w sprawie likwidacji Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rawie Mazowieckiej. Poniżej uzasadnienie przedstawionego odpowiednim organom władz samorządowych stanowiska:**

Przedstawiony do zaopiniowania Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi projekt uchwały w sprawie likwidacji SPZOZ w Rawie Mazowieckiej, stanowiący załącznik do Uchwały nr XXX/160/2009 Rady Powiatu Rawskiego w Rawie Mazowieckiej z dnia 17 kwietnia 2009 roku, nie zawiera podstawowych założeń oraz propozycji odnośnie rozwiązań dotyczących zatrudnionego personelu medycznego.

Do zdań samorządu zawodowego należy m.in. reprezentowanie i ochrona zawodu pielęgniarki i położnej oraz negocjowanie warunków pracy i płac, a zatem godne warunki wykonywania zawodu oraz godziwe wynagrodzenie za świadczoną pracę są przedmiotem zainteresowania Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. Istotnym elementem przekształceń organizacyjnych i własnościowych szpitala w Rawie Mazowieckiej winien być pakiet socjalny dla pracowników obejmujący gwarancje zatrudnienia oraz wynagrodzenia zatrudnionego personelu w szczególności tak licznej grupy zawodowej pielęgniarek i położnych w nowej spółce.

Podjęte w latach ubiegłych działania restrukturyzacyjne SPZOZ w Rawie Mazowieckiej najbardziej dotknęły średni personel medyczny. W ramach ratowania szpitala i ograniczania kosztów funkcjonowania szpitala zwolniono najwięcej pielęgniarek. Podobna sytuacja nie może mieć miejsca i nie znajdzie przyzwolenia ze strony samorządu zawodowego.

Mając na względzie powyższe Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi wyraża negatywną opinię o projekcie uchwały w sprawie likwidacji SPZOZ w Rawie Mazowieckiej z uwagi na brak rozwiązań odnośnie struktury zatrudnienia w nowej spółce oraz gwarancji niezmienności warunków zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

(-) Sekretarz Anna Manes

spotkanie z rzecznikiem



mgr Irena Król
Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

Witam serdecznie,

Pozostając w wiosennym nastroju, któremu towarzyszy nadzieja, że wspólnie możemy zdziałać wiele dobrego dla naszego środowiska, w ramach artykułów moich gości, postanowiłam kontynuować temat uzależnień. Mając teoretyczną wiedzę na ten temat, należy się zastanowić, jak zachowuje się każdy z nas w obliczu uzależnienia współpracowników, podwładnych lub przełożonych. Zachęcając Państwa do przeczytania obecnego artykułu o problemie uzależnień w naszym środowisku, jednocześnie proszę o głęboką refleksję nad swoim zachowaniem.

Z mojej praktyki ORZOZ wynika, iż większość z nas, w którymś momencie swojej pracy zawodowej, styka się z osobą uzależnioną. W większości przypadków niestety brakuje nam odwagi na wczesną interwencję i konfrontację z osobą, którą podejrzewamy o nadużywanie substancji odurzających. Mając na względzie bezpieczeństwo pacjentów oraz wszystkich pielęgniarek, pielęgniarzy oraz położnych, pragnę uświadomić nam wszystkim, że uzależnienie to choroba, której nie należy się wstydzić. Prawdziwym sprawdzianem naszej moralności jest nie sam fakt uzależnienia, a to, jak sobie z nim poradzimy lub jak zareagujemy na uzależnienie współpracownika.

Proszę pamiętać, iż walcząc z problemem uzależnień w naszym środowisku, toczymy jednocześnie walkę o godność naszych zawodów. Dlatego też zachęcam wszystkie Koleżanki oraz Kolegów, którzy obecnie stoją w obliczu problemu uzależnienia w swoich placówkach, do kontaktu ze mną lub pozostałymi przedstawicielami Izby. To właśnie po to tworzymy tę społeczność, aby móc wspierać się w trudnych chwilach. Jednocześnie, jako ORZOZ zapewniam, iż każdy kto zgłosi się z konkretnym problemem, dotyczącym uzależnienia, będzie mógł otrzymać poradę prawnika oraz wskazówki, jakie kroki należy podjąć w danej sytuacji. Obok psychologicznego wsparcia, pomoc prawnicza jest bowiem równie istotnym elementem eliminowania problemu uzależnień z naszego środowiska.

Życząc Państwu kolejnego udanego miesiąca, zapraszam do lektury i refleksji.

podziękowania

*W imieniu mojej zmarłej siostry - Anny Kubik - składam serdeczne podziękowania zespołowi lekarsko - pielęgniarskiemu Oddziału I Kliniki Uniwersytetu Medycznego -Blok C II piętro - Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Wł. Biegańskiego, a w szczególności pielęgniarkom - Pani **Krystynie Pietrzak** i Pani - **Ewie Michalskiej** wraz z pielęgniarką oddziałową - Panią **Mariolą Pijanowską** - opiekującym się w ostatnich dniach życia moją siostrą. Dzięki ich nieustrudzonej, fachowej pomocy, ale i niezwyklej życzliwości umierała w spokoju i poczuciu bezpieczeństwa.*

Wdzięczna Danuta Woźniak

*W podziękowaniu za wieloletnią współpracę, opiekę i poświęcenie składamy wyrazy szacunku, uznania i wdzięczności naszej drogiej koleżance **Sylwii Sznycer** - kierownikowi zespołu pielęgniarskiego.*

Życzymy sukcesów zawodowych i osobistych oraz wiary, że włożony trud i ofiara poniesiona w słusznej walce o godność zawodu pielęgniarki i przestrzeganie prawa nie pójdzie w zapomnienie.

*Zespół pielęgniarski Oddziału Okulistycznego
III Szpitala Miejskiego im dr K. Jonschera
w Łodzi*

Całemu personelowi medycznemu Oddziału Nefrologii W. Sz. S. w Zgierzu składamy najserdeczniejsze wyrazy podziękowania i ogromnej wdzięczności za pełną zaangażowania, trudną, fachową, rzetelną i profesjonalną pomoc lekarską i pielęgniarską a także za życzliwość, wyrozumiałość i wspaniałą postawę w stosunku do pacjentów oraz zespołu współpracującego. Dziękujemy za ciepło, troskę, cierpliwość i uśmiech, a przede wszystkim za ogromne serce, jakie codziennie wkładają w swoją pracę. Dziękujemy wszystkim tym, którzy pomogli nam przetrwać trudne chwile. Nie ma dostatecznie wielkich słów, by oddać ogrom wdzięczności, jaki pragniemy wyrazić. Jednocześnie życzymy zdrowia i wszelkiej pomyślności w pracy zawodowej i życiu osobistym.

*W imieniu pacjentki Aliny Czaplińskiej
podziękowania składają
Elżbieta i Maciej Czaplińscy*



Komunikacja w obliczu uzależnienia

Środowisko pielęgniarek, pielęgniarzy oraz położnych jest środowiskiem wyjątkowym. Jak wielokrotnie pisałam, przedstawiciele obu tych grup zawodowych wzbudzają mój podziw i szacunek. Wypełniając swoje codzienne obowiązki, towarzyszą drugiemu człowiekowi w najtrudniejszych chwilach, często będących największym życiowym egzaminem.

Zmowa milczenia

Niestety, niosąc pomoc innym, pielęgniarki, położne oraz pielęgniarze i położni, często pozostają bezradni wobec problemów, które dotyczą ich środowiska. Jednym z takich problemów są uzależnienia, trawiące oba środowiska niczym podstępny wróg. Zmowa milczenia, panująca między pielęgniarkami, pielęgniarzami oraz położnymi sprawia, iż ów wróg może zbierać swój wyniszczający plon. Jaki jest tego powód? Często, pracujący ze sobą członkowie zespołu, stają się sobie bliscy, również na płaszczyźnie prywatnej, budując długotrwałe przyjaźnie. Stając przed dylematem ujawnienia problemu uzależnienia najbliższej przyjaciółki, pielęgniarki i położnej najczęściej rezygnują z interwencji. Nawet jeżeli osoby pracujące w zespole, nie utrzymują ze sobą kontaktów prywatnych, pozorne poczucie lojalności wobec współpracowników, nie pozwala na skonfrontowanie osoby uzależnionej. Do tego czasami dochodzi również obawa przed „zemstą” - zdarza się, że osoba, która byłaby zdolna poinformować przełożonego o problemach współpracownika, obawia

się wyciągnięcia na światło dzienne swoich „niedociągnięć” lub problemów i z tego powodu dołącza do zmowy milczenia. Ewentualne wątpliwości, dotyczące słuszności takiego postępowania, są zagłuszane stwierdzeniem, że „przecież nikomu nic się nie stało”.

Najbliżsi współpracownicy są często pierwszymi osobami, które zauważają zmiany lub problemy, związane z nadużywaniem substancji odurzających, czyli takim używaniem leków, narkotyków lub alkoholu, które może skutkować prawnymi, międzyludzkimi, finansowymi oraz zawodowymi problemami (CNA, 2002). Za każdym razem kiedy pielęgniarka, położna czy pielęgniarz i położny, decydują o podtrzymaniu milczenia, narażają bezpieczeństwo pacjentów oraz reputację instytucji. Powinni Państwo pamiętać i rozumieć, iż dopóki uzależniony współpracownik nie otrzyma pomocy, zagraża on pacjentom, reputacji jednostki, wizerunkowi środowiska pielęgniarzkiego oraz położniczego i przede wszystkim samemu sobie. Problem uzależnień dotyka środowiska pielęgniarzkiego oraz położniczego w równym stopniu, jak przedstawiciele wszystkich innych zawodów. W zwią-

ku z tym, zamiast kontynuować solidarną zmwę milczenia, należy przemyśleć, co każdy z Państwa może zrobić w obliczu uzależnienia współpracownika lub podwładnego.

Oznaki i symptomy

Pełniąc swoje obowiązki zawodowe, musicie być Państwo wyjątkowo wprawnymi obserwatorami. Każda pielęgniarka i położna oraz każdy pielęgniarz i położny wie, że pacjenci często nie potrafią opisać swojego stanu, dolegliwości czy też wolą unikać prośbienia o pomoc w kwestiach powszechnie uważanych za wstydlive. Umiejętność dostrzegania i rozpoznawania stanu pacjenta oraz wychodzenia naprzeciw jego potrzebom, wynikającym z choroby, jest niezwykle ważna również w przypadku obcowania z osobą uzależnioną. Oczywiście sama czujność i gotowość do interwencji nie wystarczą. Musicie jeszcze Państwo wiedzieć, na co zwracać uwagę.

Wybrane oznaki i symptomy, które powinny wzbudzić nasze zainteresowanie:

- * widoczne, znaczące i utrzymujące się obniżenie poziomu wykonywania swoich obowiązków,
- * nieadekwatne i niewłaściwe zachowanie,
- * powtarzające się spóźnienia lub nieobecności, bez wcześniejszego uprzedzenia, tłumaczone czynnikami wzbudzającymi wątpliwości, dotyczące ich prawdziwości,
- * trwała izolacja od współpracowników,
- * niezgodność w ilości narkotyków,
- * zwiększona liczba błędów, związanych z rozdysponowaniem leków.

Działanie w obliczu uzależnienia współpracownika

Odkrycie, iż dana osoba ma problem z alkoholem lub narkotykami nie jest trudne. To, co sprawia największy problem, to skonfrontowanie tej wiedzy z daną osobą. Należy jednak pamiętać, że interwencja, choć trudna i nieprzyjemna, jest jedynym sposobem na pomoc osobie uzależnionej.

Aby inicjowane interwencje były skuteczne, konieczna jest zmiana podejścia środowiska pielęgniarskiego oraz położniczego do problemu uzależnień. Obecnie bardzo często lekceważenie początkowych symptomów uzależnienia przez współpracowników, prowadzi do utwierdzenia osoby nadużywającej alkoholu bądź innych środków odurzających, w przekonaniu, że wszystko jest w porządku. Przecież „nikt nie widzi, a nawet jeżeli widzi, to nikogo to nie interesuje - w końcu to moja sprawa”. Dopiero poważne zaniedbanie lub błąd w sztuce, będący konsekwencją uzależnienia, sprawia, że zaczynamy się zastanawiać, co można było zrobić, żeby nie doprowadzić do takiej sytuacji. W obliczu popełnionego błędu rozpoczyna się często łańcuch „dyscyplinarno - poniżający” i zawodowe odrzucenie. Warto się zatem zastanowić, w jaki sposób, pomagając tak wielu osobom, możecie Państwo pomóc także sobie oraz swoim najbliższym koleżankom

i kolegom. Po zauważeniu objawów, które mogą wskazywać na uzależnienie naszego współpracownika, pierwszym krokiem powinno być „wzięcie danej osoby na bok” i wyrażenie swojego zaniepokojenia. Wyrażając troskę o zdrowie danej osoby oraz jej skuteczność w pracy, należy zachęcić osobę, która stoi w obliczu problemu, do rozmowy z bezpośrednim przełożonym. Jeżeli dana osoba zaprzecza istnieniu problemu albo odmawia zgłoszenia się po pomoc, należy poinformować, że będziecie Państwo musieli zgłosić zauważony problem jej przełożonemu. Zdaję sobie sprawę, iż nie jest to łatwe. Aby dodać sobie odwagi przed taką konfrontacją, można zasta-

nowić się nad potencjalnymi konsekwencjami jakie może nieść dalsze ignorowanie problemu. W jaki sposób uzależnienie współpracownika wpływa na pracę Państwa zespołu? Jak pracować z poczuciem ciągłej niepewności, czy i tym razem uda się bezpiecznie dotrzeć do końca dyżuru? Jak pomagać pacjentom, nieustannie się zastanawiając ile jeszcze razy będziecie Państwo musieli wykonywać pracę za współpracownika, który z powodu uzależnienia nie jest w stanie wykonać swoich obowiązków? Jak się będziecie Państwo czuli, kiedy z powodu uzależnienia członka zespołu i milczenia jego współpracowników dojdzie do tragedii?

Co można zrobić żeby pomóc:

Interwencja nigdy nie jest łatwa, ale zawsze jest warta podjęcia trudu. Istnieje duże prawdopodobieństwo, iż w swojej karierze zetkniecie się Państwo przynajmniej z jedną osobą uzależnioną, tym samym stając przed wyborem pomiędzy interwencją a zlekceważeniem zagrożenia. Wybierając jedyną słuszną w tej sytuacji drogę interwencji, warto rozważyć następujące sugestie (opracowane przez pielęgniarkę, która dzięki interwencji współpracowników rozpoczęła walkę z uzależnieniem):

- **W czasie konfrontacji nie oceniał i nie oskarżaj.**
- **Zachowaj spokój i mów normalnym głosem. Nie pokazuj gniewu i nie groź pielęgniarsce, położnej czy pielęgniarzowi lub położnemu.**
- **Pamiętaj, że uzależnienie jest chorobą, która wymaga interwencji - nie jest to moralny czy etyczny ubytek, który należy potępić lub ignorować.**

Profilaktyka, czyli wzajemne wsparcie

Wszystkie powyższe sugestie i przedstawione kroki, jakie należy podjąć w obliczu uzależnienia współpracownika są, jak Państwo widzicie, działaniami, które można podjąć dopiero w chwili, kiedy problem zostanie zauważony, a zmowa milczenia zostanie przełamana. Istnieje jednak szereg działań, które możecie Państwo podjąć w celu przeciwdziałania problemowi uzależnień, w taki sposób, aby się on nie pojawił.

Nikt tak dobrze jak Państwo nie wie, jak bardzo Wasze zawody są stresujące. Ciągła presja czasu oraz trudne interakcje z pacjentami, ich rodzinami oraz współpracownikami i przełożonymi sprawia, iż niezwykle potrzebne jest Państwu wzajemne wsparcie. Często zdarza się, że po alkoholu i narkotyki sięgają osoby bardzo wrażliwe, lub takie, które akurat doświadczają problemów, z którymi nie potrafią sobie poradzić w inny sposób. Chwilowe oderwanie od kłopotów dnia codziennego wciąga coraz mocniej i po pewnym czasie wydaje się, że jest to

jedyny sposób na zapomnienie o problemach. Pamiętając o tym, warto zwrócić uwagę na drugiego człowieka - naszego współpracownika. Czasami bowiem zwykła rozmowa, nie tylko słuchanie, ale także usłyszenie tego, co akurat dzieje się w życiu Państwa koleżanki lub kolegi, może sprawić, iż na Państwa oddziale, czy w Państwa placówce uda się uratować właśnie tę jedną osobę przed chorobą, jaką jest uzależnienie.

reklama

centrum edukacji
Erudio

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

ZAREZERWUJ SOBIE MIEJSCE
PRZEZ TELEFON
042 630 95 59

LUB PRZEZ INTERNET
www.erudio.com.pl

ZAPRASZAMY NA KURSY



KWALIFIKACYJNE DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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

KWALIFIKACYJNE DLA PIEŁĘGNIAREK

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

SPECJALISTYCZNE DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

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

SPECJALISTYCZNE DLA PIEŁĘGNIAREK

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

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

**PŁATNOŚĆ
ROZKŁADAMY NA
DOGODNE,
MIESIĘCZNE RATY**

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

**GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • KARTA STAŁEGO KLIENTA! • 10% ZNIŻKI NA KOLEJNE KURSY!
ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA**

www.erudio.com.pl

*„Nie możesz się wypalić,
jeśli nigdy nie płonąłeś”*

Jeff Schmidt



Wypalenie zawodowe

W ostatnim okresie kilkakrotnie spotkałam się z pytaniem pielęgniarek: „Czyżby zapanowała moda na wypalenie zawodowe?” Z przykrością należy stwierdzić, że to nie moda i nie wybór, ale rzeczywistość. Teraźniejszość pokazuje, że nieustające zmiany w zakresie opieki zdrowotnej zabieganie czy wręcz walka o wyższe uposażenie, brak satysfakcji zawodowej pielęgniarek oraz sama specyfika zawodu pielęgniarki zbierają coraz większe plony w postaci wypalenia zawodowego.

Każdy pracownik w wyniku długotrwałego doświadczania stresu, związanego z sytuacją pracy zaczyna zużywać się. Jednym z efektów takiego doświadczenia może być zespół wypalenia zawodowego.

Wypalenie zawodowe to stan fizycznego, emocjonalnego i umysłowego wyczerpania przejawiającego się poprzez chroniczne zmęczenie. Towarzyszy mu negatywna postawa wobec pracy, ludzi i życia, poczucie bezradności oraz beznadziejności położenia. Obniżona samoocena manifestuje się poczuciem własnej nieadekwatności, niekompetencji i zniechęceniem.

Zjawisko wypalenia opisywane jest w literaturze od lat siedemdziesiątych ubiegłego stulecia jako krańcowe stadium wyczerpania jednostki spowodowane

wane nadmiernymi wymaganiami otoczenia dotyczącymi jej zasobów energetycznych. Syndrom ten pojawia się, gdy długotrwałe przeciążenie psychiczne w pracy staje się dla człowieka trudnością nie do przezwyciężenia. Objawy tego syndromu mają charakter:

- fizyczny
 - dominujące poczucie zmęczenia,
 - zaniedbywanie aktywności fizycznej,
 - zakłócenia snu,
 - utrata wagi i zaburzenia apetytu,
 - obniżenie potrzeb seksualnych,
 - nadużywanie alkoholu, leków, palenie tytoniu,
 - częste choroby bez rozpoznawalnych przyczyn,
- emocjonalny i behawioralny:
 - trudności w relaksowaniu się,
 - utrzymujące się poczucie znużenia,
 - obniżony nastrój,
 - stała obecność negatywnych postaw i myśli,
 - długotrwałe resentymenty lub urazy wobec innych ludzi,
 - regularnie występujące poczucie osamotnienia lub izolacji,
 - nawracające lęki,
 - poczucie pustki i brak celów,
- rodzinny i społeczny:
 - obniżenie zainteresowania członkami rodziny,

- łatwiejsze wpadanie w irytację lub złość na członków rodziny,
- spędzanie większej ilości czasu poza domem,
- opór przed wspólnym wypoczynkiem,
- nadmierne oglądanie telewizji jako sposób ucieczki od problemów,
- związany z pracą:
 - utrata zapału,
 - poczucie, że wciąż brakuje na coś czasu,
 - obawy i opór przed codziennym wyjściem do pracy,
 - rosnące poczucie niekompetencji,
 - narastające niezadowolenie z pracy,
 - utrzymująca się złość i pielęgnowanie urazów do przełożonych, kolegów i współpracowników,
 - potrzeba częstego patrzenia na zegarek,
 - trudności w wyrażaniu opinii,
 - schematyczne traktowanie swoich podopiecznych,
 - niezdolność do podejmowania decyzji.

Osoba wypalona odczuwa swoją niższą wartość, bezsilność, bezradność. Do otoczenia odnosi się z niechęcią, zazdrością, lękiem. W obrazie klinicznym dominuje poczucie winy, krzywdy oraz silny lęk, co spowodowane jest tym, że przestały skutecznie

oddziaływać mechanizmy obronne, funkcjonujące na wcześniejszych etapach wypalenia. Dodatkowym zagrożeniem jest rozkład stosunków interpersonalnych, narastająca świadomość obniżania się wyników pracy i lęk o przyszłość. Występujące obniżenie nastroju, lęk, poczucie winy i krzywdy wskazują na stan depresyjny. Charakterystyczny jest całkowity brak wglądu w przyczyny złego stanu. Napięcie lękowe kanalizowane jest częściowo w silnych objawach somatycznych. Złe samopoczucie powoduje obniżenie odporności a w konsekwencji różne choroby. Często też zespołowi wypalenia towarzyszą różne formy ucieczki, takie jak: lekomania, alkoholizm, a także choroby psychiczne, konflikty i samobójstwa.

Wiele badań dotyczących wypalenia zawodowego koncentruje się wokół cech człowieka oraz okoliczności sprzyjających pojawieniu się zespołu. Warto zastanowić się czy jest się w grupie ryzyka. Pojawieniu się wypalenia zawodowego sprzyja:

- stawianie sobie wysokich wymagań przy niewielkich możliwościach wpływu na sytuację,
- działania niezgodne ze swoimi wartościami,
- perfekcjonizm i nadodpowiedzialność,
- defensywna postawa wobec trudności, wyolbrzymianie porażek,
- brak partnerskich relacji i systemu wsparcia,
- brak lub słaba organizacja czasu prywatnego i czasu pracy,
- angażowanie się w pracę całym sercem,
- negocjowanie własnych granic obciążenia,
- spychanie na dalszy plan osobistych potrzeb i interesów,
- dobrowolne i chętne przejmowanie nowych obowiązków i zadań.

Badania nad przyczynami wypalenia pokazują, że może być ono efektem zarówno określonej osobowości, cech

indywidualnych pracownika, jak i elementów sytuacji i właściwości otoczenia. Do pierwszej grupy można zaliczyć: samoświadomość, wykorzystywane strategie radzenia sobie ze stresem, system wartości, styl komunikowania się, umiejscowienie kontroli, poziom neurotyzmu i lęku. Do drugiej grupy zalicza się: warunki pracy, stopień uczestnictwa w podejmowaniu decyzji, konieczność wykorzystywania określonej wiedzy i umiejętności, metody rozwiązywania konfliktów, rodzaje stymulacji dostarczanej przez otoczenie, dostrzeganie wysiłków jednostki.

Specyficzne czynniki ryzyka (warunkujące strukturę zespołu wypalenia) w zawodzie pielęgniarki to:

- intensywny kontakt z ludźmi,
- specyfika oddziaływalnego szpitalnego środowiska,
- codzienny kontakt z chorobą,
- niepewność roli,
- niska możliwość kontroli otoczenia,
- wymóg stałej czujności,
- zhierarchizowany układ zawodowy,
- konieczność kontaktu z różnymi osobami zaangażowanymi w ten sam problem.

Wypalenie zawodowe następuje etapami:

Pierwszy etap

- **miesiąc miodowy** - zauroczenie pracą, satysfakcja z osiągnięć zawodowych. Jednostka jest pełna energii, optymizmu, entuzjazmu.

Drugi etap

- **przebudzenie** - na tym etapie człowiek usilnie stara się, by jego idealistyczny obraz, jaki sobie wytworzył, nie uległ zmianie. Pracuje dużo, coraz więcej, zauważa jednak, że jego idealistyczna ocena pracy jest nierealistyczna.

Trzeci etap

- **okres szorstkości** - charakteryzuje się tym, iż w realizację zadań zawodowych trzeba wkładać coraz

więcej wysiłku. W kontaktach społecznych, z kolegami w pracy, z klientami pojawiają się kłopoty.

Czwarty etap

- **wypalenie pełnoobjawowe** - towarzyszy mu poczucie pustki, samotności, chęci wyzwolenia się. Pojawiają się myśli ucieczkowe, stany depresyjne. Można tu już mówić o pełnym wyczerpaniu fizycznym i psychicznym.

Piąty etap

- **odradzenie się** - rekonwalescencja, leczenie ran powstałych w wyniku całego procesu wypalenia się.

W literaturze dotyczącej wypalenia zawodowego można znaleźć również informacje na temat stopni wypalenia zawodowego.

Pierwszy stopień - to stadium ostrzegawcze, charakteryzuje się uczuciem przygnębienia, irytacji. Mogą pojawić się w nim ustępujące bóle głowy, przeziębienia, kłopoty z bezsennością. Powrót do prawidłowego, optymalnego funkcjonowania na tym etapie nie jest jeszcze trudny. Zazwyczaj wystarczające jest zmniejszenie obciążenia pracą, krótki wypoczynek, jakieś hobby.

Drugi stopień - pojawia się gdy syndrom trwa już dłuższy czas, jest bardziej stały. Charakterystycznymi objawami są: gorsze wykonywanie zadań, częste wybuchy irytacji, brak szacunku i wręcz pogardliwa postawa wobec innych osób. Interwencja na tym etapie wymaga już większego wysiłku i bardziej zdecydowanych kroków. Może okazać się, że niezbędny będzie dłuższy urlop, regeneracja sił przez oddanie się czynnościom nie związanym z pracą a sprawiającym przyjemność (hobby). Istotny jest też udział innych osób, jeszcze nie pomoc profesjonalna, ale odpoczynek w gronie przyjaciół.

Trzeci stopień - chroniczność syndromu. Następuje pełny rozwój

objawów fizycznych, psychicznych i psychosomatycznych, zagrożone stają się nie tylko procesy poznawcze, emocjonalne, ale zachwianiu ulega również cała struktura osobowości. Typowymi objawami dla tego stadium są uczucie osamotnienia i alienacji, kryzysy rodzinne, małżeńskie, przyjacielskie depresja, nadciśnienie, wrzody. Najczęściej wymagana jest już profesjonalna pomoc (lekarz, terapeuta, psycholog). W skrajnych przypadkach pomoc taka okazuje się nieskuteczna, a jedynym rozwiązaniem wydaje się być zmiana pracy.

Aby dobrze pracować, efektywnie wykonywać swoją pracę, osoby zatrudnione w zawodach społecznych (w tym oczywiście pielęgniarki) mogą, zdaniem Ch. Maslach (1994), bronić się przed silnie odczuwanymi emocjami, stosując techniki emocjonalnego „dystansowania się”.

Do tych technik zalicza się:

- semantykę dystansowania się - polega na zmianie terminów, stosowanych do opisywania ludzi, by w ten sposób stali się bardziej podobni do rzeczy i mniej ludzcy np. „mój przypadek” - gdy chodzi o ludzi, z którymi pielęgniarka ma do czynienia,
- intelektualizację - jest to technika, w której dana osoba przedstawia sytuacje w bardziej intelektualnych, a mniej osobistych kategoriach,
- izolowanie sytuacji - czyli wyraźne rozróżnianie pracy zawodowej od życia osobistego,
- wycofywanie się - polega na minimalizowaniu swego fizycznego zaangażowania się w wywołujące stres interakcje z innymi ludźmi, np. poprzez zwiększanie fizycznego dystansu, bądź komunikowanie się z pacjentem w sposób nieosobisty np. na zasadzie ogólników,
- techniki społeczne - zwracanie się o pomoc i wsparcie do przyjaciół. Znaalezienie wsparcia społecznego łagodzi stres, odczuwaną przykrość i pomaga osiągnąć dystans intelektualny od danej sytuacji.

Wiele technik emocjonalnego dystansowania się, stosowanych przez pracowników społecznych, prowadzi do zmniejszania stresów, skutecznego radzenia sobie z nimi, przy jednoczesnym utrzymywaniu wystarczającego poziomu zainteresowania i troski o ludzi, z którymi muszą pracować.

Ponadto badania (Maslach, 1994) pokazują również, że wypalenie jest mniejsze, gdy pracownicy mają możliwość uczestniczenia w formalnych i nieformalnych spotkaniach, w ramach których mogą przedyskutować napotykane trudności oraz uzyskać radę i pomoc. Wówczas można też pośmiać się, pożartować, rozluźnić się i odreagować stres. Okazuje się także, że wskaźniki wypalenia są niższe u tych pracowników, którzy aktywnie wyrażają i analizują swe uczucia, a także dzielą się nimi ze swoimi kolegami, niż u tych którzy uważają występujące uczucia za coś, co tylko im się przydarza, wstydzą się i nie mówią o tym. Omawianie problemów jest pewną formą wprawki w rozwiązywaniu problemów psychologicznych, co ułatwia poznawać swoje uczucia i radzić sobie z nimi.

Zatem, aby zminimalizować ryzyko wypalenia u siebie należy:

- ustalać realistyczne cele - nie znaczy to, że nie należy realizować swoich marzeń. Ważne jest, żeby ustalając cele nie uogólniać ich i nie określać ich abstrakcyjnie - lecz formułować je w kategoriach zachowań,
- robić przerwy w pracy - one pozwolą na odprężenie, zdystansują od spraw. Jeśli nie można zrobić sobie małej przyjemności należy chociaż wykonywaną czynność zamienić na inną,
- traktować sprawy mniej osobiście; nie należy traktować problemów innych ludzi jak swoich własnych. Należy zachowywać obiektywizm,
- dbać o siebie, aby szpital czy przychodnia dobrze funkcjonowała musi mieć mocny i silny fundament (pracowników), wzmacniając swoje ciało i umysł, dbając o siebie dba pośrednio o swoją firmę,

- skupiać się na pozytywnych aspektach życia - należy cieszyć się z drobnych przyjemności, przebywać w towarzystwie ludzi mających pozytywne nastawienie do życia,
- poznać siebie - świadomość własnych reakcji i prawdziwych potrzeb, znajomość mocnych stron, ograniczeń, wartości i akceptacja ich oraz życie w zgodzie ze sobą to skuteczne motywatory działania,
- robić te same rzeczy w inny sposób,
- odpoczywać i relaksować się - należy prowadzić zdrowy tryb życia, praktykować regularnie techniki relaksacji, uprawiać sport,
- pamiętać o dekompresji - należy zachowywać równowagę i nie skupiać całej swojej energii na jednym obszarze (pracy).

Literatura u autora

**Komisja Warunków Pracy
i Zatrudnienia
przy Okręgowej Radzie
Pielęgniarek i Położnych
w Łodzi
zaprasza wszystkie chętne do
współpracy koleżanki.**

Najbliższe spotkanie Komisji
odbędzie się 17 czerwca 2009 r.
w biurze Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych.

Kontakt: Okręgowa Izba Pielęgniarek
i Położnych w Łodzi, ul. Piotrkowska
17. tel. 42 633 69 63 wew. 316

Pielęgnowanie dziecka

Zespół atopowego zapalenia skóry zwany jest także wypryskiem, egzemą.

Atopowe zapalenie skóry - AZS - to choroba o przewlekłym i nawrotowym przebiegu. Jest wyrazem patologicznej reakcji immunologicznej. Pojawia się najczęściej ok. 2 - 3 m.ż. i choć często po kilku latach ustępuje, zdarza się, że trzeba z nią walczyć przez całe dorosłe życie. Choruje na nią około 14% zdrowo urodzonych noworodków.

Charakteryzuje się zmianami wypryskowymi z towarzyszącym przerostem naskórka, ze wzmożonym poletkowaniem na powierzchni, a także ze świądem - czasem o bardzo dużym nasileniu.

PRZEBIEG AZS

Faza niemowlęca - od 3 m.ż. do 2 r.ż. - grudki wysiękowe obficie sączące i zmiany rumieniowe na policzkach, skórze owłosionej głowy i powierzchniach wyprostnych kończyn.

Faza dziecięca - do 12 r.ż - grudki i wybitna suchość skóry, linijne przeczasy pokryte strupami i wyraźnie zaznaczone pogrubienie skóry. Tendencja do zajmowania powierzchni zgięciowych dużych stawów.

Faza młodzieńcza i osób dorosłych - obraz kliniczny to zgrubienie skóry i stan zapalny z dużym świądem. Zgięcia dużych stawów, grzbiety rąk, twarz, górna część klatki piersiowej. Przesilenie świądu występuje w nocy, powoduje bezsenność, wyczerpanie i rozdrażnienie.

Pomimo wielu badań AZS jest zaliczane do chorób o nieznanym etiologii i nie do końca poznany mechanizm.

Opracowano kryteria rozpoznawcze AZS, które dzielą się na:

- kryteria większe: świąd, typowe umiejscowienie, przewlekły i nawrotowy przebieg, atopia u chorego lub w wywiadzie rodzinnym;

- kryteria mniejsze: suchość skóry, rogowacenie przymieszkowe i/lub rybia łuska, natychmiastowe odczyny skórne, podwyższone stężenie IgE w surowicy, początek choroby w dzieciństwie, skłonność do nawrotowych zakażeń skóry, zaćma, nietolerancja wełny, nietolerancja pokarmów,

zaostrzenia po stresach psychicznych, biały dermografizm.

Do rozpoznania AZS wystarczające jest spełnienie 3 spośród 4 głównych kryteriów; mniejsze kryteria mają znaczenie uzupełniające. U niemowląt i dzieci chorych rozpoczyna się tzw. skazą.

Są to zmiany chorobowe występujące głównie w obrębie skóry twarzy. W przypadkach współistnienia atopii, przechodzi ona w AZS.

U dzieci zmiany chorobowe lokalizują się głównie w zgięciach łokciowych, podkolanowych, mogą być obecne także na skórze karku. W ostrym okresie zmiany mają charakter grudek obrzękowych i pęcherzyków umiejscowionych na podłożu rumieniowym. Skóra ma skłonność do rogowacenia, jest sucha; włosy - suche, łamliwe; paznokcie jakby polakierowane. Obok bardzo uciążliwych objawów somatycznych mogą, u niektórych pacjentów, występować zaburzenia psychiczne typu wysokiego poziomu nadpobudliwości, podatności na występowanie lęku i depresji z powodu świądu. W schorzeniu obserwuje się zaostrzenie zmian skórnych w okresie wiosny i jesieni. Do czynników powodujących zaostrzenie objawów skórnych możemy zaliczyć: gorąco i związane z tym nadmierne pocenie się, niską wilgotność powietrza, stresy i emocje. Eliminacja tych czynników ma wielkie znaczenie dla przebiegu schorzenia. Toteż najważniejszym działaniem jest edukacja pacjenta i jego rodziny. Pacjent i jego

rodzina muszą zdać sobie sprawę, że AZS ma określony przebieg. Leczenie może jedynie złagodzić przebieg, lecz do tego niezbędna jest współpraca pacjenta i rodziny.

Pielęgnowanie dzieci z AZS opiera się na wysokiej jakości opiece. Pacjent i jego rodzice muszą otrzymać niezbędne wskazówki prowadzenia właściwego trybu życia, utrzymania optymalnego stanu zdrowia i ograniczeń dietetycznych. Podajemy wiadomości i przedstawiamy umiejętności pielęgnacyjne, które pomogą zapobiec nadkażeniu skóry.

Aby w pełni realizować standardy opieki należy ponadto zapewnić właściwe warunki niezbędne do realizacji opieki.

Pielęgniarka opiekująca się pacjentem z AZS musi posiadać wiedzę na temat schorzenia (istoty, problemów w pielęgnacji, profilaktyki) oraz wiedzę z zakresu psychologii rozwojowej. Powinna być otwarta i gotowa udzielić wsparcia (dziecku, rodzinie).

Istotne jest, aby pielęgniarka miała możliwość pogłębiania wiedzy i doskonalenia umiejętności zawodowych, a na oddziale była dokumentacja pielęgnowania. Nie może zabraknąć materiałów edukacyjnych dla rodziców: „Jak żyć z atopowym zapaleniem skóry” - poradnik dla pacjentów, poradnik dla rodziców, zalecenia dietetyczne.

Proces pielęgnowania opiera się na zebranych danych, na temat stanu biopsychospołecznego dziecka. Można tu wykorzystać różne źródła (od rodziny, z dokumentacji) z zastosowaniem

z atopowym zapaleniem skóry

różnych technik (rozmowa, obserwacja, wywiad), które systematycznie pielęgniarka gromadzi i aktualizuje.

Następnie formułuje diagnozę pielęgniarską zgodnie z aktualnym stanem dziecka, ustala cele opieki i sposób ich realizacji oraz ocenia efekty podejmowanych działań.

Teraz może przystąpić do realizacji planu opieki. Pamiętajmy, że pielęgniarka współpracuje z rodziną dziecka oraz z zespołem terapeutycznym w realizacji planu. Określa zakres wiadomości rodziców (opiekunów) dotyczący choroby, trybu życia, diety - wymagających uzupełnienia. Przygotowuje rodzinę do pielęgnacji dziecka w domu. Pielęgniarka musi również prowadzić dokumentację swoich działań.

Rola pielęgniarki przy przyjęciu do szpitala dziecka z AZS, jak i podczas jego wypisu do domu nie powinna ograniczać się jedynie do realizacji procesu pielęgnowania. Równie ważna jest edukacja rodziny. Nie wszyscy rodzice są świadomi, że skóra dzie-

cka z atopią jest bardzo wrażliwa na bodźce zewnętrzne. Nie tylko reaguje podrażnieniem i zaczerwienieniem po zadziałaniu alergenów, które mogą pochodzić z naskórków i sierści zwierząt, pyłków roślin, roztoczy kurzu domowego, czy grzybów pleśniowych. Również szorstkie ubranie, wełna, rozpuszczalniki organiczne, pot lub częste mycie wodą mogą powodować podrażnienie niealergiczne skóry zbliżone w swoim wyglądzie do odczynów alergicznych.

Sposób leczenia zależy od wieku i stanu małego pacjenta. W leczeniu najczęściej stosuje się nowoczesne maści i kremy przeciwzapalne (leki, które działają tak silnie jak sterydy, ale nie mają ich działań ubocznych oraz - w ostateczności i krótko - działające miejscowo kortykosteroidy, czyli maści sterydowe o najniższej sile działania. Maści sterydowe muszą być stosowane według zaleceń lekarza,

Do zadań pielęgniarki, czy to szpitalnej, czy rodzinnej należy również omówienie z rodzicami (lub z dzieckiem) roli diety w atopii.

Istnieją dwa aspekty stosowania diety. Pierwszy to unikanie alergenów w produktach spożywczych. Mleko, mięso z kurczaka, cielęcina i wołowina, owoce cytrusowe i drobno pestkowe, to znane przykłady potraw wywołujących alergię skórą. Część owoców lub warzyw może także wywoływać zmiany kontaktowe np.: na wargach.

Drugi problem to wpływ diety tłuszczowej na wygląd skóry. Zwiększenie w pożywieniu ilości nienasyconych kwasów tłuszczowych np. oleje, u niektórych osób wpływa korzystnie na zmniejszenie suchości skóry i łagodzi uczucie świądu. Ważne jest, by dziecko jadło z apetytem i było w dobrym nastroju.

Kiedy u kilkuletniego dziecka rozpoznaje się skazę atopową, nie zawsze pamięta się, aby uprzedzić rodziców o przyszłych ograniczeniach zawodowych, w tym przypadku ważną rolę odgrywa pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania.

Ogólne zasady pielęgnacji skóry

1. Kąpiel - nie powinna trwać długo (od kilku do kilkunastu minut), a woda powinna mieć temperaturę ciała, może być nawet nieco chłodniejsza. Nie wolno także używać szorstkich myjek ani trzeć skóry ręcznikiem (osuszamy ją, przykładając ręcznik). Maluchom służą też kąpiele w morzu.

2. Nawilżanie i natłuszczenie - do kąpieli i po niej najlepiej stosować emolienty - łagodne preparaty nawilżająco - natłuszczające. A po pluskaniu smaruj skórę dziecka kosmetykami w kremie, balsamie i mleczku. Stosuj je kilka razy dziennie, gdy skóra jest wilgotna po kąpielu, a potem, co 4 - 6 godzin. Do kąpieli leczniczych używaj preparatów w płynie.

3. Ochrona przed zakażeniem - paznokcie malca powinny być czyste i krótko obcięte. To zmniejsza ryzyko zakażenia zmian drobnoustrojami po drapaniu.

4. Przewiewne ubranie - spocona skóra uwięziona w nieprzewiewnym ubraniu ze sztucznego materiału swędzi bardziej. Dlatego lepsze są ubranka bawełniane, najlepiej białe (bo nie są farbowane). Unikaj zaś ubrań z wełny, ponieważ drażnią skórę. Odzież musi być wyłukana po praniu - używaj proszków, które jak najmniej pachną.

5. Temperatura - gdy jest gorąco, świąd się nasila, dlatego w sypialni dziecka z AZS nie powinno być więcej niż 20°C.

Jeśli natomiast przebieg choroby jest lekki, wystarcza czasem sama pielęgnacja i częsta zmiana klimatu. Żeby opanować swędzenie, chorym podaje się leki przeciwhistaminowe. Pomagają też niektóre kosmetyki. Pamiętajmy, że każde dziecko z atopią jest indywidualnością, więc duże znaczenie w powodzeniu leczenia ma obserwacja małego pacjenta i stosowanie się do zaleceń lekarza.

Przykład: Chłopiec - 8 lat, przyjęcie do szpitala planowane, w 5 dobie hospitalizacji.

1. Chłopiec apatyczny, płaczący. Bardzo niechętnie nawiązuje kontakt. Zgłasza świąd skóry. •le sypia.
2. Budowa ciała stosowana do wieku. Tkanka tłuszczowa słabo rozwinięta, włosy suche, kruche, łamliwe.
3. Skóra sucha, łuszcząca się, barwy bladocielistej z licznymi przebarwieniami w okolicy nadgarstków, pod kolana-
mi liczne nadżerki z sączącym się płynem surowicznym.
4. Głowa symetryczna, gałki oczne prawidłowo osadzone. Widoczny fałd pod oczami.
5. Śluzówki jamy ustnej czyste, język obłożony. W uzębieniu mlecznym liczne ubytki próchnicze. Nos drożny.
6. Klatka piersiowa symetryczna, tętno 88 ud/m. Brzuch miękki, niebolesny.
7. Zaczzerwienione ujście cewki moczowej.
8. Chodzi prawidłowo. Widoczne szpotawe ustawienie stóp.

I - Rozpoznawanie problemów zdrowotnych

II - Ustalanie diagnozy pielęgniarstwa

III - Planowanie opieki

IV - Realizacja planu pielęgnowania (nasza praca w oddziale).

Diagnoza pielęgniarstwa	Cel działania	Plan opieki
1. Swędząca skóra wywołuje u dziecka niepokój, przez co jest ono drażliwe i płaczące.	- eliminacja lub zmniejszenie świądu skóry - likwidacja niepokoju dziecka	- zastosowanie kąpeli (wg standardów), - zastosowanie bielizny z surowców naturalnych, - zastosowanie maści, leków przeciwświądowych po kąpeli, - odwracanie uwagi dziecka poprzez zabawę, terapię zajęciową, organizowanie czasu wolnego, - stworzenie właściwych warunków snu, - zmobilizowanie chłopca do akceptacji diety eliminacyjnej, - nadzór nad przestrzeganiem ograniczeń dietetycznych,
2. Sucha skóra z sączącymi zmianami może być źródłem zakażenia.	- ochrona organizmu przed zakażeniem	- przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki, - kąpiel wg standardów, - natychmiastowe oczyszczanie i osuszanie skóry np. po wymiotach, zaślinieniu, - dokładna obserwacja całego ciała dziecka pod kątem nowych zmian, - stosowanie antybiotykoterapii miejscowej i doustnej (na zlecenie lekarza), - dbanie o higienę otoczenia dziecka,
3. Chłopiec wstydzi się z powodu zmiany w wyglądzie, przez co unika kontaktu z rówieśnikami.	- poprawa samopoczucia	- uwzględnianie potrzeb emocjonalnych dziecka, - nakłanianie rówieśników do rozmowy i zabawy z chłopcem, - ciepły i życzliwy stosunek przy wykonywanych u dziecka czynnościach pielęgnacyjnych, - rozmowa relaksacyjna, - łagodzenie napięć emocjonalnych (czytanie książki), - zachęcanie do kontaktu z innymi dziećmi (pokazać pozytywne efekty leczenia u rówieśników).
4. Rodzice są przygnębieni bo nie radzą sobie z sytuacją zdrowotną syna z powodu niedostatku wiedzy nt. jego choroby.	- wsparcie psychiczne	- poszerzenie wiedzy rodziców nt. istoty choroby, - nauka pielęgnacji skóry dziecka, - przekazanie informacji o diecie, - nauczanie rozpoznawania wczesnych objawów infekcji, - okazywanie zainteresowania, cierpliwości, zrozumienia.

Ropniak opłucnej (*empyema pleurae*)

Ropniakiem opłucnej określa się obecność zainfekowanego płynu lub ropy w jamie opłucnej. Rozpoznanie ropniaka opłucnej ustala się w oparciu o wywiad lekarski, badanie przedmiotowe (opukiwanie i osłuchiwanie klatki piersiowej), zdjęcie RTG klatki piersiowej, punkcję jamy opłucnej. Ropniak opłucnej, mimo że jest to znana od wieków jednostka chorobowa, nadal pozostaje dużym problemem terapeutycznym. Wciąż nie zmniejsza się częstotliwość występowania tej choroby, a powikłania i konsekwencje błędnego postępowania w leczeniu nadal są poważne.



Fot. 1. Punkcja jamy opłucnej

Najprostszym sposobem usunięcia treści ropnej jest punkcja odbarczająca. Nie zapewnia ona jednak pełnego rozprężenia płuca, a tym samym likwidacji komory ropniaka poprzez zrośnięcie się opłucnej ściennej z trzewną.

Następną procedurą, która może być podejmowana jest drenaż ssący jamy opłucnowej.

Główne objawy ropniaka opłucnej to:

- ból w klatce piersiowej,
- gorączka,
- kaszel,
- osłabienie,
- złe samopoczucie,
- czasami duszność.

Ropniak opłucnej jest ciężkim powikłaniem zakażenia toczącego się w klatce piersiowej lub jej otoczeniu. Może on być wywołany przez bakterie nieswoiste albo swoiste, rzadziej przez pierwotniaki, grzyby lub wirusy.

Badaniem, które różnicuje płyn, jest badanie bakteriologiczne.

Sposoby leczenia ropniaka opłucnej

Leczenie miejscowe może być prowadzone różnymi metodami. Istnieje prawidłowość polegająca na tym, że im bardziej nasilony i zaawansowany odczyn zapalny wywołany zakażeniem jamy opłucnowej, tym bardziej inwazyjne i agresywne należy podjąć leczenie miejscowe.

Niepowodzenie leczenia drenażem - utrzymywanie się komory ropniaka z możliwością namnarzania patogenów jest wskazaniem do wykonania dekortykacji (odkorkowania) płuca. Sposób ten zapewnia rozprężenia płuc z ewakuacją ognisk zapalnych w jamie opłucnej. Coraz częściej zalecane jest wczesne wykonanie dekortykacji, ponieważ oprócz skrócenia czasu leczenia, przyczynia się do zmniejszenia ilości powikłań i nawrotów ropniaka. Wskazaniem do tego zabiegu jest brak rozprężenia się płuca, mimo 6 - dniowego leczenia drenażem, obecność wielu przestrzeni ropnych

w jamie opłucnej oraz masywnych zrostów.

Przeciwwskazaniem do dekortykacji płuca jest niezadowolający stan ogólny pacjenta. Alternatywą dla niej pozostaje okienkowanie opłucnej (fenestracja). Zapewnia ono oczyszczenie komory ropniaka i usunięcia stanu zapalnego.

Wadami tej metody są: brak rozprężenia płuca, długi okres leczenia oraz dość uciążliwa dla chorego i otoczenia konieczność wielotygodniowego leczenia opatrunkowego, a ostatecznie - po całkowitym ustąpieniu stanu zapalnego - operacja zamknięcia komory ropniaka.

W sytuacjach, gdy wszystkie wymienione powyżej metody leczenia chirurgicznego są przeciwwskazane, pozostaje zastosować u chorego drenaż przewlekły bierny. Nie gwarantuje on wyleczenia ropniaka opłucnej, ale zapewnia odbarczenie ropniaka w pewnym stopniu, zapobiegając rozprzestrzenianiu się infekcji.

Leczenie ropniaka opłucnowego jest leczeniem drogim. Wiąże się ono z częstą antybiotykoterapią, długim czasem hospitalizacji i intensywnym nadzorem, pielęgnacją, leczeniem substytucyjnym, związanymi z przeciętnie gorszym stanem ogólnym chorych.

Czynności pielęgniarские przy drenażu jamy opłucnowej

Do zadań i kompetencji pielęgniarki przy drenażu jamy opłucnowej należą:

- 1) przygotowanie niezbędnego w czasie drenażu sprzętu,
- 2) przygotowanie sali,
- 3) asystowanie lekarzowi w czasie zabiegu.

Przygotowanie sali zabiegowej

Drenaż należy wykonać w gabinecie zabiegowym, wyposażonym w niezbędny sprzęt, m.in. dostęp do tlenu,



Fot. 2. Pacjent z komorą po fenestracji

zestaw do ssania, tace ze sprzętem i lekami (w razie wystąpienia objawów zagrożenia życia), lampę bezcieniową.

Zestaw do drenażu na stoliku zabiegowym składa się z następujących elementów:

- jałowe narzędzia,
- jałowy materiał opatrunkowy (gaziki),
- strzykawka 20 ml lub 10 ml,
- jałowa igła,
- nici,
- skalpel,
- dreny.

W zasięgu ręki powinny znajdować się także: środek do znieczulenia miejscowego (lignocaina 1%), a także rękawiczki jałowe i niejałowe.

Przygotowanie sali, w której chory będzie przebywał po zabiegu obejmuje:

- przygotowanie łóżka (zmiana biletynny pościelowej, bezwzględnie uniesione wysoko, wałek podtrzymujący dreny),

- przygotowanie sterylnego zestawu butli drenażowych (reduktor próżniowy, podłączone do próżni, sprawdzenie szczelności zestawu).

Przygotowanie pacjenta do drenażu jamy opłucnowej

Lekarz wykonujący zabieg przedstawia pacjentowi technikę oraz potrzebę wykonania zabiegu, wskazuje na zalety leczenia tą metodą, ale także przedstawia zagrożenia, jakie ze sobą niesie drenaż jamy opłucnowej. Jego obowiązkiem jest także uzyskanie pisemnej zgody pacjenta na wykonanie zabiegu.

Pielęgniarka sprawująca opiekę nad pacjentem, przygotowuje chorego psychicznie i fizycznie do drenażu. Opieka psychiczna polega m. in. na przedstawieniu pacjentów, u których wystąpił pozytywny efekt leczenia drenażem (jeżeli ma taką możliwość w oddziale), wyjaśnianiu i cierpliwym

odpowiadaniu na pytania zadawane przez pacjenta odnośnie pielęgnowania przed, w trakcie i po zabiegu. Jeżeli pacjent ma wątpliwości medyczne, prosi ponownie na rozmowę lekarza prowadzącego.

Przygotowanie fizyczne pacjenta do zabiegu obejmuje:

- poinformowanie o sposobie zachowania się podczas badania,
- poinformowanie o konieczności oddania moczu,
- podanie (na zlecenie lekarza) środka przeciwkaszlowego,
- przygotowanie pola do zabiegu (jeżeli pacjent ma owłosioną klatkę piersiową goli maszynką jednorazową),
- przebranie pacjenta w bluzę flizeelinową - jednorazowego użytku - na czas zabiegu,
- założenie dostępu do żyły obwodowej,
- pomiar parametrów ciśnienia, oddechu, temperatury,
- przewiezienie pacjenta do gabinetu zabiegowego.

Po uzgodnieniu z lekarzem wykonującym drenaż pozycji chorego pielęgniarka układa pacjenta w pozycji wskazanej. Pomaga pacjentowi w przyjęciu prawidłowej pozycji - leżącej na boku i odgięciem kończyny górnej za głowę, aby nie zasłaniała miejsca drenażu; kolana przyciągnięte do klatki piersiowej; siedzącej z pochylem do przodu z oparciem kończyn górnych o stolik lub np. poręcz krzesła. Pielęgniarka asystuje w czasie zabiegu lekarzowi.

Po założeniu przez lekarza drenu do jamy opłucnowej, zabieg kończymy poprzez:

- 1) dren zamykamy szczelnie koherem.
- 2) na ranę wokół drenu kładziemy rozcięty opatrunek i przytwierdzamy plastrami.
- 3) pacjenta zawozimy wózkem siedzącym do sali, pomagamy w przejściu do łóżka, przyjęciu wysokiej lub

półwysokiej pozycji ułożeniowej. Dren podłączamy do zestawu drenazowego. Odpinamy koher.

Postępowanie z pacjentem po założeniu drenu do jamy opłucnowej

Pielęgniarka prowadzi kartę nadzoru według standardu obowiązującego w oddziale:

- mierzy parametry, RR, tętno, oddech, temperaturę,
 - obserwuje drenaż (ilość drenowanego płynu i kolor),
 - prowadzi bilans płynów według zlecenia lekarza,
 - obserwuje zabarwienie powłok skórnych.
- Prowadzi także pielęgnację przyłóżkową:
- zmienia pozycję ułożeniową ciała,
 - prowadzi toaletę ciała,
 - podaje i pomaga spożyć posiłek,

- zmienia bieliznę pościelową i osobistą według potrzeby,
- nadzoruje czynności fizjologiczne - oddanie moczu, stolca.

Uczy i mobilizuje pacjenta do:

- czynnej gimnastyki oddechowej,
- samodzielności,
- efektywnego kaszlu,
- obserwacji drenażu,
- obserwacji niepokojących objawów.

Podczas utrzymywania drenażu klatki piersiowej prowadzi się leczenie farmakologiczne według zlecenia lekarskiego. Pielęgniarka podaje:

- leki przeciwbólowe (dożylnie, domięśniowo, doustnie),
- leki mukolityczne,
- leki rozszerzające oskrzela,
- leki wykrztuśne.



Fot. 3. Pacjentka z dwoma drenami do jamy opłucnowej

Do obowiązków pielęgniarki należy również:

- współpraca z zespołem terapeutycznym: fizjoterapeutą, psychologiem,
- nadzór nad zleconą tlenoterapią,
- oklepywanie chorego, stosowanie drenażu ułożeniowego,
- stosowanie inhalacji, nawilżanie błon śluzowych,
- stosowanie ćwiczeń oddechowych,
- nawadnianie chorego,
- przygotowanie i asystowanie przy bronchoskopii,
- nadzorowanie codziennego lub co kilkudniowego wykonania kontrolnego zdjęcia RTG klatki piersiowej w zależności od zlecenia lekarskiego.

W celu uniknięcia powikłań ropnych przy drenażu opłucnej do butli drenażowych lepiej wlewać płyn antyseptyczny (Rivanol, Hibitan) niż wodę. Butlę lub zestaw wymieniać jeden raz na dobę. Okresowo pobierać wymazy z drenów celem ustalenia flory bakteryjnej, obecnej w oddziale i określać jej antybiotykowrażliwość.

Pielęgnacja pacjenta z czynnym drenażem jamy opłucnej

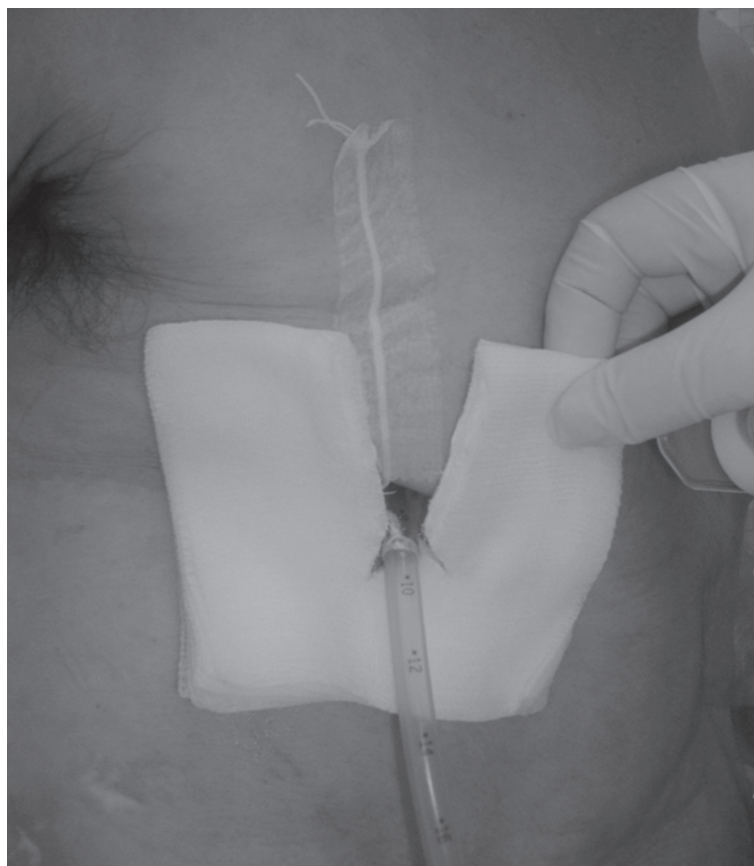
Pielęgnację opieramy na rozpoznaniu problemów pacjenta. Formułujemy diagnozę pielęgniarską, ustalamy plan pielęgnacji i zgodnie z obowiązującymi procedurami prowadzimy pielęgnację, której podmiotem jest pacjent.

Bierny drenaż jamy opłucnej - torakostomia otwarta

Wskazaniem do zastosowania biernego drenażu jamy opłucnej jest przewlekły ropniak opłucnej, niepoddający się leczeniu drenażem zamkniętym i środkami fibrynolitycznymi u chorych, u których - ze względu na zły stan ogólny - torakotomia, dekortykacja, fenestracja obarczone są zbyt dużym



Fot. 4. Worek na mocz jako zastępczy pojemnik do zbierania wydzieliny z komory ropniaka



Fot. 5. Założenie opatrunku

ryzykiem. Również przewlekły ropniak opłucnej po pneumonectomii niepodający się leczeniu drenażem zamkniętym jest wskazaniem do torakostomii otwartej.

Warunkiem wytworzenia biernego drenażu opłucnej jest zarośnięcie się opłucnej w okolicy ropniaka tak, aby po założeniu drenażu biernego nie dochodziło do powstawania odmy opłucnowej i zapadania płuca oraz stabilizacja śródpiersia po pneumonectomii.

Bierny drenaż jamy opłucnowej polega na wprowadzeniu do jamy ropniaka grubego drenu. Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym. Dren łączy się ze zbiornikiem do ambulatoryjnego drenażu opłucnej (zestaw Heimlicha) lub innego tego typu zbiorników zastępczych (worek Foleya lub zbiornik do kolostomii).

Przez pierwsze dni codziennie jamę ropniaka płucze się przez dren środkiem antyseptycznym lub aquą wg zlecenia lekarza. Pozwala to na dobre opróżnianie się komory ropniaka.

Okres leczenia biernym drenażem jamy opłucnowej na ogół wynosi kilka miesięcy, a jego skuteczność oceniana jest od 5% do 75%. Często otwarty drenaż jamy opłucnej kończymy torakomyoplastyką (przemieszczeniem mięśnia klatki piersiowej do jamy ropniaka).

Gdy u pacjenta wykonywany jest otwarty drenaż jamy opłucnowej, a pacjent ma już za sobą niekiedy miesiące leczenia bez wyraźnych efektów, to jego choroba traktowana jest jako przewlekła, zaś pacjent jako przewlekle chory.

Przy uwzględnieniu różnego przebiegu i rokowania istnieje konieczność przygotowania chorego i jego rodziny do:

- życia z chorobą i pewnymi ograniczeniami aktywności w zakresie niektórych czynności życia codziennego (odżywiania, poruszania się) i pełnienia różnorodnych ról (nauka, praca,

rodzicielstwo, życie społeczne); stan chorego może wymagać udzielania pomocy przez najbliższych,

- życia z chorobą i dużymi ograniczeniami w zakresie codziennego życia, wykonywania wyuczonego zawodu, rodzicielstwa. Chory najczęściej wymaga systematycznej pomocy ze strony najbliższych, czasami stałego nadzoru i pomocy w czynnościach życia codziennego udzielanego przez pielęgniarkę, opiekuna,

- niepomyślnego rokowania, kiedy dostępne metody leczenia nie wpływają na zahamowania procesu choroby, objawy i dolegliwości nasilają się. Wydłuża się okres zaostrzeń choroby, chory może być unieruchomiony, niezdolny do wykonywania czynności życia codziennego, konieczna staje się całodobowa opieka profesjonalna.

Rola pielęgniarki w edukacji i przygotowaniu pacjenta do samoopieki z biernym drenażem z jamy opłucnowej

Pacjent z biernym drenażem jamy opłucnowej często jest w złym stanie fizycznym i psychicznym. Trzeba dużej umiejętności, doświadczenia i wiedzy, aby móc uzyskać od pacjenta zaufanie i wypracować współdziałanie w celu poprawy obecnego stanu. Należy pozyskać pacjenta do współpracy.

Bardzo istotną rolę odgrywa profesjonalna edukacja zdrowotna prowadzona przez pielęgniarkę. Zdaniem Z. Kafczyńskiej - Butrym edukacja wpływa nie tylko na poprawę stanu zdrowia, a tym samym jakości życia, ale ma na celu przekazanie wiedzy, umiejętności oraz motywów psychosocjalnych, które umożliwiają partnerską współpracę między pielęgniarką a pacjentem. Celem edukacji jest więc nauczenie pacjenta samodzielności i niezależności oraz wyrobienie nawyku systematycznej kontroli lekarskiej.

Zadaniem pielęgniarki jest również

pomoc w zerwaniu z nałogiem palenia papierosów oraz przebywania w zadymionych pomieszczeniach poprzez wspieranie pacjenta i mobilizowanie do dalszych działań.

W oddziale pielęgniarka, jak i cały zespół terapeutyczny, pracuje nad pozyskaniem zaufania pacjenta, wzbudzenia w nim chęci do działania i poniesienia kolejnego wysiłku dla przywrócenia zdrowia lub poprawy stanu fizycznego i psychicznego. Pielęgnacja pacjenta musi być wnikliwa i dokładna z zachowaniem zasad aseptyki. Takiego postępowania uczymy zarówno pacjenta, jak i jego opiekuna.

Pacjent z otwartym drenażem jamy opłucnowej określanany jest często jako „nosiciel drenu”. Okres noszenia drenażu biernego jest długi, a niekiedy nawet trwa do końca życia pacjenta. Chory będąc w oddziale powinien uzyskać taki zasób wiedzy i umiejętności, aby po wyjściu do domu mógł sam sprawować nad sobą opiekę. „Sam” - tzn. bez angażowania wykwalifikowanego personelu medycznego; „sam” w tym wypadku oznacza też przy współdziałaniu współmałżonka, opiekuna.

Pielęgniarka sprawująca opiekę nad pacjentem w oddziale musi poświęcić swój czas na edukację i naukę samopielęgnacji pacjent dotychczasą:

- rany w miejscu założenia drenu,
- wymiany worków,
- wykonywania toalety ciała - kąpieli przez pacjenta,
- obserwowania drenu, wydzieliny,
- nauki efektywnego kaszlu,
- wykonywania inhalacji,
- właściwego odżywiania,
- przyjmowania zaleconych leków,
- kontroli u lekarza - specjalisty,
- współpracy z pielęgniarką środowiskową.

Wskazówki dla pacjenta z biernym drenażem jamy opłucnowej

Zalecenia i wskazówki dla pacjenta „nosiciela drenu” i jego opiekunów po opuszczeniu szpitala:

1. Bądź samodzielny - staraj się sam wykonywać czynności dnia codziennego, zmiana pozycji, wstawanie, chodzenie, ubieranie, spacer. Jeżeli jesteś słaby, nie radzisz sobie poproś o pomoc, ale nie wykorzystuj opiekunów.

2. Odżywianie - jedz to, na co masz ochotę, ale nie przesadzaj w tym. Umiar i zdrowy rozsądek jest zawsze potrzebny. Staraj się jeść potrawy gotowane, zawierające dużo białka, bogate energetycznie np. jogurty, ryby, drób, mięso mielone, wędliny drobiowe gotowane, biały ser, jaja kurcze. Unikaj produktów wzdymających, wędzonych, ciężkostrawnych np. groch, kapusta, bigos, kawa naturalna, mocna herbata. Jedz świeże owoce, warzywa, pij soki przygotowane w domu, niekonserwowane chemicznie. Jako osłonę żołądka poleca się kisiel, galaretki, siemię lniane.

3. Dbaj o wypróżnienia - staraj się nie doprowadzać do zaparć, stosuj sposoby wspomagania wypróżnienia np.:

- wieczorem zalej jedną łyżkę miodu pszczelego jedną szklanką wody przegotowanej i pozostaw do rana. Rano wypij nad czczo;

- 3 - 4 śliwki suszone zalej połową szklanki wrzątku. Pozostaw do ostygnięcia. Wypij napar, a śliwki zjedz;

- stosuj ziołowe herbaty regulujące trawienie;

- gdy sposoby domowe zawiodą, skorzystaj z porady lekarza.

4. Toaleta ciała - noś bawełnianą, nieuciskającą bieliznę osobistą (podkoszulek, koszulka). Staraj się codziennie skorzystać z kąpieli pod

prysznicem. Wskazane jest używanie szarego mydła (nie uczula, lecz dezynfekuje). Jeżeli twój stan fizyczny na to nie pozwala - jesteś zbyt słaby - poproś o pomoc opiekuna, umyj się na tyle, ile jesteś w stanie wykonać. Nie rezygnuj z kąpieli, mycia, gdy masz podwyższoną temperaturę ciała. Po kąpieli staraj się nawilżyć ciało oliwką dla dzieci lub balsamem do ciała.

5. Wymiana worka przy drenie, opróżnianie zawartości - worek powinien być wymieniany nie rzadziej niż co trzy dni a opróżniany jeden raz dziennie lub częściej w zależności od ilości drenowanego płynu. Worek możesz opróżnić sam lub może to zrobić opiekun:

- przygotuj jednorazowy worek na odpadki oraz rękawiczki foliowe lub lateksowe,

- załóż rękawiczki,

- przejdź do toalety lub przygotuj szczelny, jednorazowy worek na wylanie treści,

- odblokuj zawór worka nie dotykając nim do bielizny, przedmiotów wokół siebie, aby nie zainfekować, nie zabrudzić,

- spuść zawartość worka do muszli klozetowej, splucz natychmiast wodą lub wylej zawartość do worka foliowego, uważaj nie rozleć,

- zamknij zawór zamykający worek,

- treść ropną w worku zawiąż,

- wrzuć do jednorazowego worka na odpadki wraz z rękawiczkami,

- zawiąż worek, wynieś z mieszkania w odpowiednie miejsce.

6. Zmiana opatrunku wokół drenu - wykonuj go w razie potrzeb lecz nie rzadziej niż raz na trzy dni. Do zmiany opatrunku należy przygotować miejsce, w którym będzie to robione, potrzebny sprzęt, materiały, osobę, która będzie to robiła.

Zmiany opatrunku najlepiej dokonywać w osobnym pokoju, a jeżeli jest to niemożliwe, to w wyznaczonym miejscu w mieszkaniu, gdzie można

wygodnie usiąść lub się położyć, a inni domownicy nie będą przeszkadzać. Niezbędny do tego sprzęt to:

- worek jednorazowy na odpadki,
- rękawiczki lateksowe lub foliowe,
- gaziki, plaster, nożyczki,
- środek dezynfekcyjny np. Octeni-sept,

- zlecony przez lekarza lek do stosowania w miejscu drenu,

- worek do wymiany.

Osoba, która będzie to robiła, powinna być nauczona sposobu wykonywania opatrunku, nie może się spieszyć, powinna postępować w sposób maksymalnie bezpieczny dla siebie i pacjenta.

WAŻNE:

Rękawiczki jednorazowe za każdym razem muszą być wyrzucone.

Nie mogą być przechowywane do następnego użycia ani wykorzystywane do innych czynności, gdyż na nich mogą się znajdować i namnażać bakterie chorobotwórcze.

Po wykonaniu zmiany opatrunku połączonego z wymianą worka zużyte materiały, rękawiczki powinny być wyrzucone do przygotowanego wcześniej worka na odpadki. Worek zawiązujemy i jak najszybciej usuwamy z mieszkania.

Przedruk artykułu autorstwa Pani Marioli Górny opublikowanego na łamach Biuletynu Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych "W cieniu czepka" Nr 1 (207) 2009.



Rany postrzałowe i związane z nimi postępowanie

Rany należą do najczęściej spotykanych uszkodzeń urazowych i w większości powstają w następstwie nieszczęśliwych wypadków. Niektóre zranienia nie zagrażają życiu, wymagają jedynie doraźnej pomocy, co wcale nie znaczy, że można je lekceważyć. Inne natomiast wymagają natychmiastowego opatrzenia z uwagi na stan zagrożenia życia. Nieprawidłowe postępowanie oraz błędy i zaniedbania mogą prowadzić do ciężkiego zakażenia, powodować wielkie cierpienie, a niekiedy trwałe kalectwo. W swojej pracy postaram się przybliżyć temat ran postrzałowych i związane z nimi postępowanie pielęgniarskie.

CHARAKTERYSTYKA

RAN POSTRZAŁOWYCH

Rana postrzałowa (Vulnus sclopetarium) - to rana powstająca na skutek działania pocisków z broni palnej lub odłamków pocisków, granatów, bomb, min, itp.

Wymienić można trzy rodzaje ran postrzałowych:

- styczna - powstała wskutek uszkodzenia zewnętrznej powierzchni ciała

przez pocisk lub odłamek; wyglądem przypomina ranę szarpaną,

- ślepa - powstała wskutek działania pocisku lub odłamka, który naruszył skórę i tkanki wewnętrzne tworząc ranę wlotową i kanał a następnie utkwiał wewnątrz ciała,

- przelotowa - powstała wskutek działania pocisku lub odłamka, który naruszył skórę i tkanki wewnętrzne tworząc ranę wlotową (mniejszą) i kanał a następnie opuścił ciało tworząc dodatkowo ranę wylotową (większą).

Rana postrzałowa ma specyficzny charakter. Czynnikiem uszkodzającym tkanki jest nie tylko przenikający przez nie pocisk, ale również działanie czasowej przestrzeni pulsującej, powodującej rozległe uszkodzenia morfologiczne i czynnościowe w tkankach odległych od pierwotnego kanału rany.

Wystrzelony pocisk jest obdarzony wielką energią kinetyczną, przesywa tkanki doprowadzając do powstania kanału wzdłuż drogi jego przebiegu. Wielkość tej jamy zależy od tego, czy pocisk jest ostry, tępy i czy obraca się wokół własnego środka ciężkości.

Cechy rany wlotowej:

A - rąbek zabrudzenia,

B - rąbek otarcia naskórka,

C - ślady osmalenia,

D - niespalony proch.

Im większa masa i kaliber pocisku, tym większe zostają zadane obrażenia. Dla przykładu, trafienie w mięsień prosty uda, śrutem z wiatrówki, będzie miało o wiele mniejsze konsekwencje niżeli trafienie w to samo miejsce pociskiem przeciwpancernym, który przesyje całą nogę lub nawet ją urwie. Tępe zakończenie pocisku powoduje znacznie większe przekazanie energii w bok od kierunku lotu, natomiast pocisk o ostrym zakończeniu wierzchołka powoduje odpowiednio mniejsze uszkodzenia tkanek. Gdy pocisk uderzy w przeszkodę o większej gęstości od powietrza, rozplaszcza się, co powoduje oddziaływanie na tkanki znacznie większą powierzchnią, a oddawanie energii odbywa się pod różnymi kątami w stosunku do kierunku lotu pocisku. Im większa prędkość pocisku i różnica gęstości środowisk, tym większe ryzyko, że lot pocisku stanie się niestabilny i bardziej się rozplaszczy. Istotnymi czynnikami wpływającymi na

rozległość uszkodzeń tkanek jest powstawanie tzw. pocisków wtórnych, czyli wtłoczonych przez falę uderzeniową w głąb organizmu ciała obcych, takich jak: fragmenty wyposażenia, odzieży, tkanek własnych np. kości, oraz rozfragmentowanych części pocisku.

Na rozległość obrażeń wpływają również właściwości samych tkanek, przez które przechodzi pocisk. Tkaniki zbite (np. kości) są bardziej podatne na działanie pocisku i czasowej przestrzeni pulsującej niż tkanki elastyczne jak płuca, które pochłaniają część energii kinetycznej pocisku.

Najbardziej charakterystycznym zjawiskiem, obserwowanym tylko w ranach postrzałowych jest powstawanie gwałtownego falowego wzrostu ciśnienia w tkankach, rozchodzącego się od toru pocisku - zjawisko to nazywa się terminem czasowej przestrzeni pulsującej. Tkaniki objęte działaniem czasowej przestrzeni pulsującej są narażone na naprzemienne działanie wysokiego nadciśnienia oraz podciśnienia.

W obrębie typowej rany postrzałowej można wymienić trzy strefy zniszczenia:

- strefa kanału rany - tzw. „jama trwała”, która zależy od kalibru i budowy pocisku oraz charakteru jego przejścia i ewentualnego oddziaływania pocisków wtórnych,
- strefa ekstrawazacji - strefa tkanek z zaburzeniami ukrwienia,
- strefa komoracji - strefa tkanek stłuczonych.

Strefa działania jamy czasowej może przekraczać nawet około 50-krotnie kaliber pocisku i zależy przede wszystkim od wielkości energii kinetycznej przekazanej tkankom. Jest ona największa w przypadku pocisków o dużej prędkości początkowej, przekraczającej 900 m/s - pociski szybkie. W ranach postrzałowych spowodowanych pociskami wolnymi (do 300 m/s) dominującym elementem uszko-

dzenia tkanek jest ich zmiżdżenie i stłuczenie. Skutki takiego zranienia często nie są poważne, chyba że dojdzie do uszkodzenia ważnych narządów. Pocisk, bowiem niszczy tylko te tkanki, z którymi wchodzi w bezpośredni kontakt. Taka rana postrzałowa jest podobna do rany zadanej nożem lub strzałą.

Osobną kategorię ran postrzałowych stanowią rany odłamkowe oraz rany zadane pociskami kulowymi i bronią myśliwską. Rany takie są zwykle ranami ślepych, zbliżonymi do ran szarpanych i miażdżonych. Wszystkie rany postrzałowe są pierwotnie zakażone.

POSTĘPOWANIE, OCZYSZCZANIE I CHIRURGICZNE OPRACOWANIE RAN POSTRZAŁOWYCH

Postępowanie w ranach postrzałowych:

- tamowanie krwawienia,
- oczyszczenie i chirurgiczne opracowanie rany,
- kontrola rany - rewizja chirurgiczna w głębi rany,
- zamknięcie rany,
- założenie opatrunku,
- zastosowanie antybiotykoterapii.

Każdą ranę postrzałową uważa się wstępnie za zakażoną. Dokładne jej oczyszczenie stanowi najlepszą profilaktykę zakażenia. Zdrową skórę w okolicy rany obmywa się roztworami odkażającymi na bazie spirytusu. Samą ranę przemywa się roztworami na bazie wody (woda utleniona, jodyna) lub solą fizjologiczną.

Z wnętrza rany usuwa się pęsetą lub kleszczykami wszystkie większe zanieczyszczenia i ciała obce, a pozostałe drobne usuwa się przemywając ranę wyżej wymienionymi roztworami wodnymi. Tkaniki martwe i nierówne

brzeży rany wycina się nożem lub nożyczkami.

W przypadkach szczególnie zabrudzonych ran należy dokonać wycięcia całej rany w granicach czystej, zdrowej skóry lub wycięcia szczególnie zabrudzonego lub zmienionego martwiczego fragmentu ran.

Należy również pamiętać, że w wyniku działania czasowej przestrzeni pulsującej strefa zniszczeń jest znacznie szersza niż kanał pocisku. Wokół kanału pocisku dochodzi do powstania obszaru stłuczenia, krwiaka.

Zmiany te przeważnie wraz z upływem czasu cofają się, ale możliwe jest również powstanie ropnia, ropniaka lub marskości.

Na rany postrzałowe stosuje się najczęściej opatrunki wilgotne, gdzie tkanki goją się o wiele lepiej i szybciej dzięki zapewnieniu stałego dopływu substancji leczniczych do rany.

Bibliografia:

- Z. Grzebieniak „Zarys chirurgii”
Wrocław 2004
- M. Szewczyk „Pielęgniarstwo w chirurgii”
Warszawa 2006
- J. Kołodziej „Urazy klatki piersiowej”
Warszawa 2004

Piękna nasza Polska...

18 kwietnia wyruszamy dużym i wygodnym autokarem na wycieczkę do Wrocławia.

Pierwszym obiektem, jaki zwiedzamy jest Rotunda Panoramy Racławickiej, która upamiętnia zwycięską bitwę pod Racławicami stoczoną 4 kwietnia 1794 roku przez wojska powstańcze pod wodzą Tadeusza Kościuszki z armią rosyjską dowodzoną przez generała Aleksandra Tormasowa. Jest to dzieło Jana Styki i Wojciecha Kossaka malowane od sierpnia 1893 r. do maja 1894 r. a wystawione we Lwowie 5 czerwca 1894 r. Po trwającej 5 lat konserwacji 14 czerwca 1985 r. nastąpiło uroczyste otwarcie wystawy we Wrocławiu.

Zaciemnionym, krętym podejściem wychodzimy na jasną salę i „przenosimy się” w inną rzeczywistość i czas. Mamy odczucie bycia w środku zda-

rzeń, które dzieją się wokół. Wystuchujemy opowieści o przebiegu bitwy oglądając poszczególne etapy i podziwiając to wspaniałe dzieło.

Następnie udajemy się z miejscową panią przewodniczką do Muzeum Narodowego (XII-XIX w.). Podziwiamy bogate zbiory malarstwa, portrety sarmackie, królewskie i cesarskie, sceny rodzajowe i historyczne. Oglądamy też rzeźby - sarkofagi Henryka IV i Henryka II Pobożnego.

Na terenie Starego Miasta oglądamy wiele obiektów świadczących o bogactwie i kulturze dawnego Wrocławia. Wśród nich wyróżnia się Sala Leopolda na Uniwersytecie Wrocławskim pełna złotych rzeźb i malowideł.

Przed Ratuszem ułożony herb miasta oraz postać św. Doroty.

Najpiękniejszy wrocławski kościół Najświętszego Imienia Jezusa zach-

wyca rzeźbami barokowymi i malowidłami oraz kopią „Piety” Michała Anioła - jedną z trzech na świecie.

W naszych wędrówkach spotykaliśmy krasnoludki, które wyłaniały się w różnych miejscach w postaci małych rzeźb. Widzieliśmy również wystawę fotografii i kimon japońskich. Wystuchaliśmy wielu ciekawych informacji od przewodniczki, która starała się pokazać nam jak najwięcej, w tym jednym dniu, z pięknego Wrocławia porzecinanego dopływami i kanałami Odry na około 100 mostach.

Polska Wenecja bardzo nam się podobała i myślę, że większość z nas chętnie by tam wróciła.

Z żałobnej karty

W dniu 24 kwietnia z wielkim smutkiem pożegnaliśmy naszą koleżankę Halinę Kubacką.

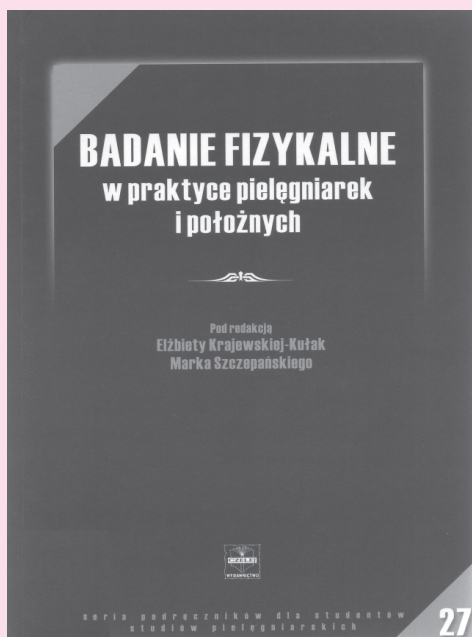
W imieniu rodziny Halinki pragnę złożyć serdeczne podziękowania całemu zespołowi Oddziału Interny C Specjalistycznego ZOZ Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji, a w szczególności pielęgniarce oddziałowej – mgr Małgorzacie Gromek oraz dr Ewie Piechocie za wspaniałą postawę, dobre słowo, za fachową i życzliwą opiekę do ostatnich chwil życia.

Agnieszka Domzalska z koleżankami



Badanie fizykalne w praktyce pielęgniarek i położnych

Autorzy: Elżbieta Krajewska - Kułak, Marek Szczepański



Wydawnictwo Czelej,

Lublin 2008,

wyd. I

ISBN 978-83-60608-84-5

Rosnące znaczenie pielęgniarstwa we współczesnym świecie niesie także konieczność podwyższania jakości kształcenia, weryfikowania zdobytych informacji oraz wzbogacania o najnowsze zdobycze nauki i medycyny, treści przekazywanych studentom oraz szkolącym się pielęgniarkom i położnym. W obecnie obowiązujących standardach nauczania studentów licencjatu pielęgniarstwa i położnictwa zawarty jest przedmiot - badania fizykalne.

Podręcznik „Badanie fizykalne w praktyce pielęgniarek i położnych” powstał przy udziale lekarzy oraz pielęgniarek z Uniwersytetów i Akademii Medycznych w Białymstoku, Bydgoszczy i Wrocławiu. Przeznaczony jest dla studentów pielęgniarstwa, położnictwa, ratownictwa medycznego i fizjoterapii oraz dla pielęgniarek i położnych czynnych zawodowo. Może być także wykorzystany w kształceniu podyplomowym. Znajomość badania fizykalnego pomoże pielęgniarsce i położnej zaprezentować posiadaną wiedzę i doświadczenie, a w przypadku stwierdzenia jakichkolwiek nieprawidłowości - poinformować o niej lekarza. Książka składa się z czterech części.

W części pierwszej omówiono: podstawy anatomii topograficznej, diagnozy pielęgniarskiej, procesu pielęgnowania, podstawowe zasady komunikowania pielęgniarka/położna - pacjent, pielęgniarską historię choroby oraz techniki zbierania wywiadu chorobowego.

W części drugiej zawarto wprowadzenie do badania przedmiotowego; scharakteryzowano: wybrane dolegliwości z zakresu układów oddechowego i krążenia, pokarmowego, nerwowego, zasady oceny bólu, czynności układu ruchowego, zasady badania fizykalnego pacjenta, oceny układu chłonnego i wybrane badania dodatkowe.

W części trzeciej przedstawiono elementy zasadniczego badania przedmiotowego, związanego z diagnozą: skóry i jej przydatków, ucha, nosa, gardła, oceną funkcjonowania narządu wzroku, układów oddechowego, sercowo-naczyniowego, pokarmowego, nerwowego, ocenę stanu psychicznego chorego, badanie gruczołu piersiowego, żeńskich i męskich narządów płciowych, badanie położnicze, układu kostno-stawowego, ocenę funkcjonowania mięśni i układu tętniczo-żylnego. Uszczegółowiono także odrębności badania fizykalnego noworodków, dzieci i pacjentów w wieku podeszłym.

W części czwartej ukazano rolę pielęgniarki i położnej w ocenie wybranych parametrów zdrowia: temperatury ciała, pomiaru tętna i ciśnienia, ocenie stanu odżywienia pacjenta, wydalania produktów przemiany materii, ocenie gospodarki witaminowej i stanu nawodnienia, obrzęków oraz odleżyn, kliniczną dokumentację pielęgniarską i położniczą oraz skonstruowano karty pielęgniarskiej oceny stanu chorego.

Układ podręcznika oraz skład zespołu autorskiego gwarantują wysoki poziom naukowy i praktyczny tej pozycji, dzięki czemu będzie ona bardzo przydatna środowisku zawodowemu pielęgniarek i położnych.

mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska
gł. specjalista ds. merytorycznych