

Biuletyn

OIPiP w Łodzi

Styczeń 2007

SERWIS INFORMACYJNY

Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia ORPiP w dniu 12.12.2006 roku i Prezydium ORPiP w dniu 29.11.2006 roku

1. Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 14 pielęgniarkom i 1 położnej.
2. Zatwierdzono wymianę prawa wykonywania zawodu 11 pielęgniarkom i 1 pielęgniarzowi.
3. Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi 6 pielęgniarek.
4. Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi 6 pielęgniarek.
5. Wpisano do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych 3 praktyki pielęgniarek: 2 praktyki w ramach umowy z innym podmiotem i 1 praktykę w miejscu wezwania.
6. Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż pięć lat: 7 pielęgniarkom skrócono okres przeszkolenia i 1 pielęgniarsce wydłużono okres przeszkolenia.
7. Wpisano do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych, WCZP w Łodzi, ul. Roosevelta 18 na prowadzenie w Łodzi: kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie Pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii (program dla pielęgniarek) i kursu specjalistycznego w zakresie Resuscytacji krążeniowo-oddechowej (program dla pielęgniarek i położnych).
8. Przyznano finansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w:
 - konferencjach, sympozjach i zjazdach – 18 osobom,
 - kursie doształcającym – 10 osobom,
 - kursie specjalistycznym – 23 osobom,
 - kursie kwalifikacyjnym – 10 osobom,
 - szkoleniu specjalizacyjnym – 1 osobie.1 osobie odmówiono, ze względów regulaminowych wnioski złożony 29 dni po terminie.
9. Przyznano 1 nagrodę finansową za ukończenie studiów magisterskich – kierunek pielęgniarstwo z oceną bardzo doby.
10. Przyznano 1 nagrodę finansową za uzyskanie stopnia naukowego – doktora nauk medycznych w zakresie medycyny.
11. Przyznano zapomogi bezzwrotne:
 - po 1000 zł – 9 osobom,
 - po 700 zł – 3 osobom,
 - po 500 zł – 5 osobom.
12. Zatwierdzono koszty udziału w:
 - konferencji „Wyzwania tanatologiczne” we Wrocławiu, w dniach 27–28.11.2006 roku 2 przedstawicielom Zespołu ds. Opieki Paliatywno-Hospicyjnej,
 - XI Konferencji „Cierpienie i choroba przeżywana u kresu życia – aktualne dylematy w opiece paliatywnej i hospicyjnej” w Częstochowie w dniach 26 – 28 stycznia 2007 roku – 2 przedstawicielkom Zespołu ds. Opieki Paliatywno-Hospicyjnej.Zatwierdzono:
 - prenumeraty czasopisma „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” na rok 2007 dla 1 rejonu wyborczego/zakładu,
 - honoraria dla 8 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie nr 10/2006 i nr 11/2006,

- koszty zakupu 5 tytułów książkowych do Biblioteki OIPiP – ogółem 11 egzemplarzy książek,

- spisanie ze stanu inwentarza Biblioteki OIPiP 1 egzemplarza książki.

Powołano komisję egzaminacyjną dla kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie Pielęgniarstwa epidemiologicznego, program dla pielęgniarek i położnych w OIPiP w Łodzi.

Powołano składy osobowe komisji konkursowych na stanowiska kierownicze: zastępcy dyrektora ds. opieki zdrowotnej (1), ordynatorów (3), naczelną pielęgniarki (1).

Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje podczas

posiedzenia ORPiP w dniu 12.12.2006 roku i Prezydium ORPiP w dniu 29.11.2006 roku

Kalendarium za listopad 2006

7 listopada: spotkania: Komisji Doskonalenia Zawodowego, Komisji Pielęgniarek Psychiatrycznych

8 listopada: komisja konkursowa na stanowisko naczelnego pielęgniarki SP ZOZ w Rawie Mazowieckiej (uczestniczy A. Tasak)

10 listopada: posiedzenie Rady Konsultacyjnej ŁOW Narodowego Funduszu Zdrowia (uczestniczy A. Tasak)

14 listopada: posiedzenie ORPiP

15 listopada: spotkanie kadry kierowniczej lecznictwa zamkniętego

21 listopada: spotkanie pełnomocników lecznictwa zamk.

24 listopada: warsztaty Strategia e-Zdrowia (uczestniczy A. Tasak)

28 listopada: spotkania: pełnomocników lecznictwa otwartego, Komisji Pielęgniarek Medycyny Szkolnej, Komisji Pielęgniarek Rodzinnych

29 listopada: posiedzenie Prezydium ORPiP, spotkanie Komisji Warunków Pracy i Zatrudnienia

30 listopada: spotkanie Komisji Pielęgniarek Epidemiologicznych

Informacje z działalności komisji problemowych ORPiP
w okresie od 9 listopada do 5 grudnia 2006 roku

Komisja ds. Warunków Pracy i Zatrudnienia

1. Dyskusja nad opracowaniem umowy o pracę.

Komisja Pielęgniarek Medycyny Szkolnej

1. Omówienie Konferencji nt. „Ciśnienie tętnicze u dzieci i młodzieży łódzkiej”, która odbyła się w Łodzi dnia 20.10.2006 roku.
2. Weryfikacja terminów spotkań komisji oraz ustalenie planu pracy na 2007 rok.

Komisja Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego

1. Przedstawiono sprawozdanie z działalności Komisji za 2006 roku.
2. Dyskutowano nt. problemu prowadzenia dokumentacji pielęgniarskiej – problem zostanie ujęty w planie w 2007 roku.

Komisja Pielęgniarek Epidemiologicznych

1. Omówienie Rozporządzenia MZ z dnia 31.10.2006 roku w sprawie postępowania ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu.
2. Omówienie załącznika do Rozporządzenia MZ z dnia 10.07.2006 roku dotyczącego wykazu czynników chorobotwórczych innych niż prątki gruźlicy, pałeczki duru brzuszego, durów rzekomych A,B i C, inne pałeczki z rodzaju salmonella i shigella, oraz stanów chorobotwórczych wywołanych przez te czynniki, którymi zakażenie wyklucza wykonywanie prac, przy wykonywaniu których możliwe jest przeniesienie zakażenia na inne osoby.
3. Opracowanie planu pracy komisji na 2007 rok.

Komisja Pielęgniarek Rodzinnych

1. Weryfikacja terminów spotkań na 2007 rok.
2. Podsumowanie pracy komisji za rok 2006.
3. Omówienie propozycji tematów spotkań w 2007 roku.

Komisja Pielęgniarek Psychiatrycznych

1. Uszczegółowienie tematów do przygotowanej specjalizacji.
2. Dyskusja na tematy nurtujące pielęgniarki pracujące w różnych placówkach psychiatrycznych.

Zespół ds. Opieki Paliatywno-Hospicyjnej

1. Ustalenie terminów spotkań i opracowanie planu pracy zespołu na rok 2007.
2. Przekazanie informacji z konferencji „Wyzwanie dla opieki paliatywnej XXI wieku”, która odbyła się w Bydgoszczy w dniach 21-22.09.2006 roku.
3. Wybór przedstawiciela zespołu na konferencję nt. „Wyzwanie tanatologii” we Wrocławiu w dniach 27-28.11.2006 roku.

Informacje ze spotkań pełnomocników ORPiP w listopadzie 2006 roku

Spotkania pełnomocników odbywają się w stałych terminach w Biurze OIPiP. W listopadzie w spotkaniu pełnomocników reprezentowanych było odpowiednio 30 zakładów leczenia stacjonarnego, 17 zakładów podstawowej opieki zdrowotnej a pełnomocnicy DPS reprezentowali 11 zakładów.

Podczas spotkań:

1. Przekazano informacje o kontynuacji prenumeraty czasopism dla zakładów na rok 2007. Z uwagi na wzrost liczby zakładów, dla których zawieszono prenumeratę, ORPiP zdecydowała o utrzymaniu liczby egzemplarzy zaprenumerowanych dla poszczególnych zakładów na rok bieżący.
2. Poinformowano o dodatkowych nowych szkoleniach w zakresie psychologii na rok 2007. Wstępnie zatwierdzono po jednej edycji każdego szkolenia. Ostateczna ich liczba uzależniona będzie od zainteresowania.
3. Szkolenia w zakresie podstaw reanimacji oraz dokumentacji (procesu pielęgnowania) prowadzone będą w roku 2007 – głównie w zakładach. Zasadą będzie udział w szkoleniu nt. dokumentacji po jednej osobie z każdej komórki organizacyjnej (oddziału), a dla podstawowej opieki zdrowotnej specjalności w np. pielęgniarstwo rodzinne, położnictwo rodzinne, medycyna szkolna.
4. Poinformowano o obowiązku prawidłowego autoryzowania raportów pielęgniarzkich. Zasadą musi być iż, pod raportem z określonego dyżuru podpisane muszą być wszystkie dyżurujące pielęgniarki/położne pełniące opiekę nad pacjentami. Ponadto czytelną autoryzacja wymagana jest przy wykonywaniu wszystkich zleceń.
5. Przekazano informacje o postępie rozmów w Brukseli nt. uznawania kwalifikacji polskich pielęgniarek i położnych. Istnieje realna szansa na uznanie kwalifikacji absolwentek liceów medycznych ale proces ten wymaga czasu i właściwego przygotowania dokumentów przez Ministerstwo Zdrowia.
6. Przekazano informacje dotyczące podwyżek płac – interpretację MZ dotyczącą braku podwyżek dla osób zatrudnionych od 1 lipca br. Poinformowano ponadto, iż samorząd z taką informacją się nie zgadza i wystąpi w tej sprawie do resortu. W przypadku podstawowej opieki zdrowotnej wzrost stawki od października o 40 groszy na osobę (deklarację).
7. Przekazano informacje o wejściu w życie nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz projekcie ustawy o sieci szpitali dostępnej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.
8. Poinformowano o harmonogramie spotkań pełnomocników w roku 2007 oraz kolejnym spotkaniu świątecznym w dniu 13 grudnia 2006 roku od godz.12.30.

Natomiast na spotkaniu pełnomocników DPS:

1. Przekazano informacje dotyczące statusu pracowników domów pomocy społecznej.

Pełnomocnicy otrzymali kserokopie (materiały):

- Informator OIPiP Nr 10/2006,
- ofertę Akademii Zdrowia,
- komunikat o warsztatach edukacyjnych,
- informację prawną dotyczącą zasad przyznawania podwyżek,
- harmonogram spotkań w roku 2007,
- komunikaty MZ i GIF w sprawie Corhydronu oraz Bebilonu Pepti 2,
- informacje dotyczące statusu pracowników domów pomocy społecznej,

- pismo samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych adresowane do Ministra Pracy i Polityki Społecznej Pani Anny Kalaty, dotyczące wynagrodzenia pracowników medycznych zatrudnionych w domach pomocy społecznej.

**Szkolenia organizowane przez USK nr 2
im. WAM CSW w Łodzi (ul. Żeromskiego 113)**

styczeń

„Środki dezynfekcyjne firmy ECOLAB stosowane w USK nr 2 im. WAM”
przedstawiciel firmy ECOLAB – lek. med. Radosław Tomaszewski

luty

„Sterylizacja – metody postępowania z narzędziami, regeneracja narzędzi”
kierownik sterylizacji – mgr Anna Krzepkowska cz. II

marzec

„Rola laboratorium mikrobiologicznego w zakażeniach szpitalnych”
Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna – mgr Aleksandra Krawczyk

kwiecień

„Stany zagrożenia życia – nowe standardy w medycynie ratunkowej”
pracownik Izby Przyjęć USK nr 2 – ratownik medyczny mgr Jacek Błoch

maj

„Higieniczne i chirurgiczne mycie rąk – zasady stosowania”
przedstawiciel firmy SKAMEX – Ewa Madaliński

czerwiec

„HCV – czynniki ryzyka, drogi szerzenia, przenoszenie i profilaktyka”
przedstawiciel firmy ECOLAB – lek. med. Radosław Tomaszewski

wrzesień

„Postępowanie z pacjentem agresywnym po spożyciu alkoholu, użyciu środków
odurzających” cz. I
Naczelną Pielęgniarką Szpitala im. Babińskiego – mgr Grażyna Korybut

październik

„Postępowanie z pacjentem agresywnym po spożyciu alkoholu, użyciu środków
odurzających” cz. II
Naczelną Pielęgniarką Szpitala im. Babińskiego – mgr Grażyna Korybut

listopad

„Choroby kręgosłupa a zawód pielęgniarki – odcinek lędźwiowy kręgosłupa”
dr n. med. Andrzej Żytkowski

grudzień

„Zasady wykonywania praktyki pielęgniarskiej przez pielęgniarki pracujące na oddziałach
szpitalnych”
pielęgniarka Izby Przyjęć – Małgorzata Jadczyk

Kontakt telefoniczny – mgr Elżbieta Jaros
042 63 93 429 lub 042 63 93 424

Informacja na temat warsztatów psychologicznych

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych uprzejmie informuje i zaprasza na warsztaty psychologiczne, które odbędą się w siedzibie ZOZ Miejskiego Ośrodka Profilaktyki Zdrowotnej przy ul. Piotrkowskiej 102 w godz. 9.00-14.45 następujących terminach:

1. Utrata poczucia bezpieczeństwa.
termin: 22.02.2007
2. Wypalenie zawodowe, stres i mobbing w pracy.
termin: 09.03.2007
3. Pomoc psychologiczna dla osób pracujących z terminalnie i przewlekle chorymi.
termin: 13.03.2007
4. Pomoc psychologiczna dla osób pracujących z dziećmi terminalnie i przewlekle chorymi.
termin: 05.04.2007
5. Zmęczona pomaganiem – jak skutecznie dbać o siebie.
termin: 22.03.2007
6. Lubię siebie – warsztat budowania poczucia własnej wartości.
termin: 06.03.2007
7. Jak konstruktywnie radzić sobie z konfliktem.
termin: 29.03.2007
8. Jak skutecznie się komunikować?
termin: 26.04.2007
9. Warsztaty asertywności w życiu zawodowym i osobistym.
termin: 02.03.2007

Informujemy, iż w szkoleniach psychologicznych, w tej samej grupie, może uczestniczyć nie więcej niż jedna osoba z określonej komórki organizacyjnej (oddziału) zakładu (grupy do 16 osób).

Zgłoszenia (na drukach opracowanych przez Izbę) należy dostarczyć najpóźniej miesiąc przed planowanym terminem szkolenia do Biura OPiP, ul. Piotrkowska 17, w godzinach pracy biura.

Podstawą uczestnictwa jest pisemne potwierdzenie zakwalifikowania na daną edycję. Kwalifikacja odbywa się miesiąc przed planowanym terminem. Wszyscy uczestnicy otrzymają certyfikat uczestnictwa w niniejszych warsztatach.

Sprawozdanie z II Sympozjum „Etyka zawsze i wszędzie”

W dniu 22 listopada 2006 roku odbyło się kolejne Sympozjum poświęcone etyce pt. „Etyka zawsze i wszędzie”. Organizatorami tegorocznego sympozjum byli: Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej i Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych w Łodzi a sponsorami: firma PAUL HARTMANN Polska Sp. z o.o. z Pabianic i Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „CIGNA STU” SA – Oddział w Łodzi.

Miejscem spotkania była aula SP ZOZ Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego Nr 3 im. S. Sterlinga w Łodzi, w której gościło około 200 uczestników.

Anna Tasak – Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi – powitała uczestników sympozjum i krótkim wystąpieniem wprowadziła w zagadnienie etyki i moralności zawodowej.

Następnie wygłoszono referaty:

- 1) „Analiza typowych przewinień zawodowych pielęgniarek i położnych w praktyce Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Łodzi” przez Ewę Skibę – Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Łodzi;
- 2) „Dylematy etyczne pielęgniarek” przez Annę Jończyk – Zastępcę Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Łodzi;
- 3) „Odpowiedzialność zawodowa w oparciu o przepisy prawa” przez Danutę Fijałkowską – Członka Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi;
- 4) „Etyka najważniejszą wartością praktyki pielęgniarek i położnych w odniesieniu do funkcji pielęgniarek i położnych oddziałowych” przez Elżbietę Jochman – Zastępcę Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Łodzi;
- 5) „Etyka w praktyce pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania” przez Mirosławę Centkowską – Zastępcę Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Łodzi;
- 6) „Etyczne aspekty opieki pielęgniarskiej w opiece nad pacjentem umierającym” przez Elżbietę Rutę – Prezes Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej powiatu pabianickiego;
- 7) „Znaczenie etyki w budowaniu autorytetu zawodowego” przez Marię Kowalską – Członka Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

Każdy uczestnik otrzymał materiały merytoryczne, kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej oraz kwestionariusz ankiety w celu dokonania oceny sympozjum.

W przeprowadzonej ankiecie uczestnicy ocenili bardzo wysoko zarówno poziom wystąpień, dobór prelegentów i tematów oraz organizację sympozjum.

Według oceniających treść przedstawionych referatów pogłębiła wiedzę, przypomniała zasady etyczne i dylematy etyczne występujące podczas wykonywania zawodu w praktyce pielęgniarek i położnych oraz dała odpowiedź na wiele nurtujących, trudnych problemów. Na wiele z nich odpowiedzi zostały udzielone przez Przewodniczącą Okręgowej Rady, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Halinę Łuczak-Skowrońską – Przewodniczącą Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

Aby spełnić oczekiwania środowiska należy kontynuować etyczne tematy na kolejnym sympozjum. W przerwie uczestnicy otrzymali poczęstunek, wymienili poglądy i dyskutowali na nurtujące problemy zawodowe.

W imieniu Organizatorów Sympozjum pragnę serdecznie podziękować Wykładowcom, Sponsorom, Koleżankom ze Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego Nr 3 w Łodzi za pomoc i życzliwą współpracę w organizacji sympozjum. Jednocześnie informuję, iż materiały z sympozjum znajdują się w Bibliotece Okręgowej Izby.

Fotoreportaż z sympozjum zamieszczamy na drugiej stronie okładki.

mgr Maria Kowalczyk
sekretarz ORPiP w Łodzi

Wypełnianie druków delegacji

W związku z licznymi nieprawidłowościami w wypełnianiu druku delegacji pozwalam sobie przypomnieć Państwu podstawowe zasady:

1. Wskazane jest przedstawienie druku delegacji z pieczętką firmową Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.
2. Druk delegacji wypełniamy czytelnie, niedopuszczalne jest używanie korektora i dokonywanie jakichkolwiek skreśleń.
3. W miejscu POTWIERDZENIE POBYTU SŁUŻBOWEGO zawsze powinna znajdować się pieczętka firmowa organizatora, jego podpis i dokładna data.
4. W przypadku wyjazdów trwających dłużej niż jeden dzień (kursy, szkolenie, specjalizacje) w miejscu „Potwierdzenie pobytu służbowego” oprócz pieczęci organizatora należy potwierdzić dokładną liczbę dni uczestnictwa (wzór nr 1).
5. OIPiP nie finansuje ryczałtów za dojazdy.
6. W przypadku braku biletów zwracany jest najtańszy koszt przyjazdu na danej trasie.
7. Upoważnienie do pobrania dofinansowań z kasy Okręgowej Izby będą wypłacane na podstawie przedstawionego niżej wzoru (wzór nr 2).

Anna Manes – skarbnik OIPiP w Łodzi

wzór 1

<p>OKRĘGOWA IZBA Pielęgniarek i Położnych w Łodzi 90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17 tel. 633-69-63, fax 633-68-74 REGON 470566944</p>	<p>POTWIERDZENIE POBYTU SŁUŻBOWEGO <small>(podaj datę przyjazdu i wyjazdu oraz liczbę dni przebiegu służbowego lub innych niż ryczałt). Adresacja na organizatora poczynają podjęciem</small></p> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">pieczętka firmowa organizatora</p> <p>11.09.06 12.09.06 13.09.06 14.09.06 15.09.06 18.09.06 19.09.06 20.09.06 21.09.06 22.09.06</p> <p style="font-size: 1.5em; font-weight: bold;">Tomasz</p> <p>podpis i pieczętka inny/a osoba potwierdzająca uczestnictwo</p>
<p>POLECENIE WYJAZDU SŁUŻBOWEGO Nr</p> <p>na wezwanie – zaproszenie? ni</p> <p>z dnia: <u>11.09.06</u></p> <p>do: <u>Łódź</u></p> <p>na czas od: <u>11.09.2006</u> do: <u>22.09.2006</u></p> <p>w celu: <u>Kurs specjalistyczny</u></p> <p>Srodki lokumacji: <u>PKS lub PKP</u></p>	

Proszę o wypłacenie załóżki w kwocie _____ zł/igr. słownie: zł/igr. _____

na pokrycie wydatków zgodnie z poleceniem wyjazdu służbowego nr _____ (zob. delegacja nr _____)

Zatwierdzona na _____ zł/igr. słownie: zł/igr. _____	Konta
	Wn Ma Nr ewidencji
do wypłaty z sumy	
Czasz Dziś Różn. \$ Par.	

RACHUNEK KOSZTÓW PODROŻY					
WYJAZD		PRZYJAZD		Środek lokumacji	Koszty przejazdu
wyjeżdżając	data	z	miejscowości	data	do
Łódź	11.09.2006	Łódź	11.09.2006	PKS	10,-
Łódź	11.09.2006	Łódź	11.09.2006	PKS	10,-
					10 dni x 20,-
Rachunek sporządzono pod względem formalnym i rachunkowym				Ryczałty za dojazdy	
Zatwierdzona na _____ zł/igr.				Razem przejazd, dojazd <u>200,-</u>	
do wypłaty z sumy				Noclegi wg rachunków	
Czasz Dziś Różn. \$ Par.				Noclegi - ryczałt	
				Inne wydatki wg załączników	
				Dwieście dwieście 00/100	
Kwoty w słownie: _____ zł/igr.				Dwieście 200,-	
				Załączam: _____	
				Pobr. załóżki _____	
				do wypłaty - zwrotu _____	
				Niniejszy rachunek przedkładać _____	

Załączkę w kwocie _____ zł/igr. słownie: zł/igr. _____

dyżurniem i zobowiązuję się rozliczyć z niej w terminie 7 dni po zakończeniu podróży upoważniając równocześnie Zakład pracy do potrącenia kwoty nie rozliczonej załóżki z najbliższej wypłaty wynagrodzenia.

Opieka nad ciężarną realizowana przez położne podstawowej opieki zdrowotnej

Opieka medyczna nad kobietą ciężarną to nie tylko wizyty kobiety ciężarnej u lekarza. W polskim modelu opieki nad matką i dzieckiem istnieje także opieka sprawowana przez położne rodzinne. Opieka ta ma szczególne znaczenie w przypadku istnienia w czasie ciąży ryzyka wystąpienia porodu przedwczesnego lub hipotrofii płodu.

Formy edukacji matek i ojców oczekujących na urodzenie się dziecka istnieją zarówno w krajach zachodnich jak i wschodnich Europy. Przyszli rodzice mogą wybrać odpowiadający im model przygotowania do porodu. W krajach byłego Związku Radzieckiego udział w kursie przygotowującym do porodu był obowiązkowy. W Wielkiej Brytanii kursy przygotowujące do porodu działały już w latach 30. XX wieku.

Zasadność idei szkół rodzenia potwierdzają eksperci Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w rekomendacjach z 2005 roku. Według ekspertów zadaniem szkoły rodzenia jest: „działanie w okresie ciąży sprzyjające utrzymaniu dobrostanu psychofizycznego ciężarnej i jej rodziny. Zadanie to powinno być realizowane poprzez edukację przygotowującą rodzinę do ciąży i porodu oraz opieki nad dzieckiem”. Aktualnie w województwie łódzkim funkcjonuje 14 szkół rodzenia, które obejmują swą działalnością jedynie około 12 proc. ciężarnych.

W okresie 1.06.2003 – 30.05.2004 roku na terenie województwa łódzkiego przeprowadzono kliniczno-kontrolne badanie noworodków urodzonych przedwcześnie oraz noworodków hipotroficznymi. Jednym z celów badania była ocena zakresu opieki medycznej oferowanej kobietom ciężarnym, w tym objęcie opieką środowiskową oraz korzystanie z zajęć w szkole rodzenia.

W badaniu wzięło udział 840 matek noworodków z grupy badanej (urodzonych przedwcześnie i noworodków hipotroficznymi) oraz 766 matek noworodków z grupy kontrolnej (urodzonych o czasie, eutroficznymi). Ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego oraz hipotrofii płodu oceniane było przy pomocy ilorazu szans (OR).

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzić można, że niespełna 1/5 matek wcześniaków i 1/4 matek dzieci hipotroficznymi miała zapewnioną opiekę środowiskową położnej.

W przypadku noworodków donoszonych eutroficznymi odsetek ten był nieco wyższy i wyniósł prawie 30 proc. (tabela 1). Istniejące standardy zawodowe oraz akty prawne zobowiązują położne do czynnej opieki nad kobietami, w tym również nad ciężarnymi. Jednakże w zdecydowanej większości rola położnej środowiskowej/rodzinnej w opiece perinatalnej sprowadza się do opieki nad noworodkiem i położnicą. Przyczyną niepełnej realizacji zadań przez położne jest najczęściej niewłaściwa organizacja pracy w zatrudniających je zakładach podstawowej opieki zdrowotnej. Po przeprowadzeniu szczegółowej analizy okazało się, że kobiety objęte opieką środowiskową miały istotnie niższe ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego niż kobiety bez takiej opieki.

Analizując interakcje między świadczeniem opieki środowiskowej w ciąży, wykształceniem matki oraz ryzykiem wystąpienia hipotrofii płodu, stwierdzono korzystny efekt objęcia opieką środowiskową wśród kobiet z wykształceniem średnim i wyższym. Wśród kobiet z wykształceniem podstawowym nie odnotowano wpływu objęcia opieką środowiskową na ryzyko wystąpienia hipotrofii.

Obserwowane zależności można wyjaśnić hipotezą, że opieka położnej środowiskowej nie daje pozytywnych wyników wśród kobiet z wykształceniem podstawowym. Być może forma przekazu informacji nie jest dostosowana do możliwości percepcyjnych oraz potrzeb tej grupy kobiet.

Tylko 8 proc. matek wcześniaków i hipotrofików korzystało z zajęć w szkole rodzenia. Matki noworodków donoszonych o odpowiedniej masie ciała nieco częściej korzystały z tej formy opieki (tabela 2).

Przeprowadzona analiza wskazuje, że uczestnictwo w tego typu zajęciach może zmniejszać ryzyko porodu przedwczesnego i hipotrofii płodu, uzyskany wynik znalazł się jednak na pograniczu istotności statystycznej.

Ciekawe wyniki przyniosła analiza interakcji pomiędzy zmienną opisującą korzystanie z zajęć w szkole rodzenia a wywiadem położniczym. Ustalono, że wieloródki z niekorzystnym wynikiem poprzedniej ciąży uczęszczające na zajęcia szkoły rodzenia charakteryzowały się niższym ryzykiem niż kobiety nie biorące udziału w takich zajęciach.

Uzyskane wyniki badania wskazują na konieczność ukierunkowania procesów profilaktyki wcześniactwa i hipotrofii płodu na poprawę jakości opieki perinatalnej. Opieka środowiskowa położnej stanowić powinna integralną część programów prewencji analizowanych patologii.

dr n. med. Bogumiła Cieśla
specjalista ds. szkoleń w Wojewódzkim Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi
Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych

20-lecie Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Pawła II w Bełchatowie

Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie obchodził 20-lecie w październiku 2006 roku. Szpital swoje początki wiąże z budową potężnego okręgu paliwowo-energetycznego. Problem zapewnienia właściwej opieki zdrowotnej dla załóg pracowniczych i dla mieszkańców Bełchatowa i rejonu stał się impulsem do rozpoczęcia prac budowy w sierpniu 1977 roku. W lipcu 1984 roku uruchomiono przychodnię przyszpitalną z poradniami specjalistycznymi.

Rok 1985 i 1986 to intensywne kompletowanie i wyposażanie szpitala w sprzęt. W dniu 9 października 1986 roku rozpoczęły pracę oddziały: neurologiczny, dermatologiczny, chirurgii ogólnej, anestezjologii, blok operacyjny jak również niezbędne zakłady: diagnostyki laboratoryjnej, rentgenodiagnosyki, elektrodagnostyki, oddział pomocy doraźnej z izbą przyjęć, centralna sterylizatornia, zakład anatomii patologicznej, punkt krwiodawstwa, transport wewnętrzny, kuchnia i pralnia.

W grudniu 1986 roku uruchomiono: kompleks położniczo-ginekologiczny z oddziałem noworodkowym, a od stycznia 1987 roku oddział chirurgii dziecięcej i oddział pediatryczny.

W kwietniu 1987 roku zakończono drugi etap budowy szpitala i uruchomiono kolejne sześć oddziałów, a następnie pięć w ciągu dwóch kolejnych lat.

Rok 1988 to uruchomienie oddziału wewnętrznego II i rehabilitacji.

W dniu 7 kwietnia 1989 roku szpitalowi nadano imię Jana Pawła II. Wyraził na to zgodę papież Jan Paweł II. W tym dniu otwarto oddział obserwacyjno-zakaźny dla dorosłych i dzieci.

W grudniu 1991 roku uruchomiono stację dializ. W 1995r. został uruchomiony Oddział kardiologii, a w 1996r. otwarto Oddział Leczenia uzależnień.

Od stycznia 2001r. został uruchomiony Szpitalny Oddział Ratunkowy.

Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II jest obecnie pełnoprofilowym zakładem opieki zdrowotnej. Zapewnia mieszkańcom powiatu Bełchatowskiego, a często również mieszkańcom powiatów ościennych opiekę stacjonarną z pełnym zapleczem diagnostycznym. Celem funkcjonowania tej placówki jest poprawa i doskonalenie jakości usług w zakresie stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz świadczonych usług diagnostycznych i profilaktyczno-leczniczych w taki sposób, aby spełniać obecne i przyszłe oczekiwania pacjentów, a wyrazem tego ma być wzrost satysfakcji pacjentów z oferowanych usług.

Wschodnie horyzonty

Określeniem, czym jest zdrowie zajmowały się wszystkie narody zamieszkujące przeróżne zakątki świata. Zarówno twórca współczesnej medycyny Hipokrates, jak i ojciec tradycyjnej chińskiej medycyny Cesarz Huangdi uważali, iż zdrowie jest darem natury. Zdrowiem określali oni stan lekkości, komfortu i harmonijności wszystkich narządów organizmu. Nie ma sensu w posiadaniu wielkiego bogactwa, gdy człowiek nie może normalnie się odżywiać z powodu chorego żołądka, chodzić z powodu zwyrodnienia stawów lub nie może delectować się pięknem tego świata, gdyż nie widzi. Życie bez zdrowia jest nikczemne i ubogie, nawet dla człowieka, który w rękach ma władzę i pieniądze.

Wszyscy doskonale znamy poglądy na temat zdrowia i choroby ojców medycyny konwencjonalnej (tradycyjnej). Rzadko jednak zwracamy uwagę na sposoby leczenia mędrców wschodu. Już w głębokiej starożytności kraje przedniej Azji (Babilonia, Asyria) były ośrodkiem wysokiej kultury. Rozpowszechniały się stamtąd pierwsze poglądy na temat teorii zdrowia i choroby na pozostałe kraje Azji. W wyjątkowy sposób łączyły się między sobą metody leczenia z filozofią wschodu. Filozofia różnych krajów Azji mogła różnić się między sobą w większym lub mniejszym stopniu, lecz wiedza medyczna budowana była na podstawie obserwacji więzi pomiędzy człowiekiem, a otaczającą go przyrodą i wszechświatem. Na wschodzie uważa się, iż można być zdrowym przez całe życie, lecz dla tego potrzebna jest wiedza.

Wschodnia medycyna liczy już ponad 3000 lat. W Chinach kształtowała się ona od początku dynastii Qin i Han, aż po 1644 rok panowania dynastii Ming, gdy do Chin wkroczyła medycyna Zachodu. Tradycyjna Chińska medycyna różni się od zachodnich metod leczenia. Wiele definicji tworzących podstawę filozofii wschodniej medycyny nie pasują do współczesnej europejskiej teorii medycyny. Na czym więc bazuje się medycyna dalekiego wschodu?

Starożytna medycyna wschodu zbudowana jest na harmonijnym istnieniu człowieka i natury. Wszystko w przyrodzie zależne jest od kosmosu, człowiek jest częścią przyrody, podlega tym samym regułom.

Jednym z podstawowych pojęć chińskiej filozofii jest teoria Yin-yang. Polega ona na obserwacji przeciwieństw przychodzących sobie na zmianę. Przykładem takich przeciwieństw jest dzień i noc, słońce i księżyc, woda i ogień, niebo i ziemia, mężczyzna i kobieta. W medycynie odzwierciedliło się to zjawisko pomiędzy zewnętrznymi i wewnętrznymi narządami oraz stosunkami człowieka z przyrodą i społeczeństwem. Tylko równowaga pomiędzy energią yin i energią yang pozwala na prawidłowe funkcjonowanie organizmu, a jej zachwianie powoduje różne choroby.

Monada jest symbolem przenikania dwóch przeciwieństw z jednego w drugie. W każdym z nich jest kropka innego koloru symbolizująca początki yang, wewnątrz yin i na odwrót.

Wszystkim tym zasadom ulega również człowiek.

Rodzi się, starzeje się, umiera i w końcu wraca do ziemi. Idealem jest całkowita równowaga dwóch początków. Aby natura, a w niej człowiek mogli istnieć niezbędna jest siła i energia. Zgodnie z filozofią wschodu wszechświat powstał w wyniku przekształcenia się pięciu elementów: drewna, ognia, metalu, ziemi i wody.

Chińscy lekarze uważali, iż organizm ludzki jest nierozłączną całością, a jego narządy łączą się między sobą za pomocą linii (meridianów) w tym także ze skórą. Na skórze człowieka znaleziono punkty, naciśnięcie, których wywoływało określone reakcje różnych narządów. Później zaobserwowano pewną stałą współzależność pomiędzy tymi punktami a określonymi

narządami. Rodzaj tego leczenia nazwano akupunkturą. Przetrwała ona do dziś i ma wielu swoich zwolenników nie tylko w Chinach, lecz także w Europie.

Akupunktura jest metodą leczenia polegająca na wkłuwaniu cienkich igieł o różnej wielkości i długości w określone punkty na skórze. Według teorii akupunktury energetyczny system organizmu składa się z 12 parzystych (głównych) kanałów i 2 nieparzystych, meridian, które łączą między sobą 365 aktywnych punktów.

Zdaniem refleksologów energia płynąca z zewnątrz (kosmosu i ziemi) łączy się z energią człowieka tworząc harmonijny stan. Łatwo jednak zaburzyć tę harmonię poprzez złe odżywianie i higienę lub stres.

Następstwem wpływu tych oraz innych czynników jest zaburzenie w przepływie energii przez meridiany, co wywołuje chorobę.

Zadaniem akupunktury jest uregulowanie przepływu energii poprzez otwarcie kanałów za pomocą nakłuć określonych punktów na skórze. Lekarz przeprowadzający zabieg powinien dokładnie znać wszystkie aktywne punkty (360 klasycznych) oraz jaki mają wpływ na poszczególne narządy.

Akupunktura należy do zabiegów refleksoterapii. Zalecana jest często w zaburzeniach ośrodkowego układu nerwowego, narządów czucia, chorobach oczu i uszu, nieprawidłowościach funkcjonowania gospodarki hormonalnej, w zaburzeniach odżywiania, w umocnieniu układu odpornościowego, w chorobach narządów trawienia, moczowo-płciowych a także stawów i kości.

Ważnym elementem jest dobranie indywidualnego programu nakłuwania oraz określenie czasu i ilości zabiegów.

Celem akupunktury

może być zarówno pobudzenie organizmu, jak i zwolnienie pewnych jego funkcji. Końcowym efektem jednak powinna być pełna homeostaza całego organizmu. Zaletami akupunktury jest przede wszystkim jej efektywność.

Jest ona bezpieczna, łatwo dostępna i ekonomiczna. Obecnie istnieje wiele rodzajów akupunktury takiej jak akupresura, fotopunktura, laseropunktura, elektroakupunktura, termopunktura, kriorefleksoterapia. Dziś metody te rozwijają się w zadziwiającym tempie, cieszą się coraz większym uznaniem i szacunkiem.

Wschodnia medycyna kryje w sobie jeszcze wiele sposobów przywracających zdrowie. Akupunktura jest tylko niewielką jej częścią sąsiadującą obok z fitoterapią czy masażem leczniczym.

Możliwe, że sukces medycyny krajów „wschodzącego słońca” polega na łączeniu w sobie filozofii duszy i ciała, gdyż tylko harmonijne połączenie tych obu części można nazwać zdrowiem.

Vitor Burtsev

Konflikty w organizacji i ich rozwiązywanie cz. 1

Czynniki konfliktotwórcze

Doświadczenie zawodowe autorki pozwala wysnuć wniosek, że do ważnych przyczyn konfliktów należą niedoskonałości organizacyjne w firmie budzące nie tylko niechęć pracowników, ale również poczucie niesprawiedliwości i uczestniczenia raczej w dezorganizacji niż organizacji. I tak, na przykład, niejasne zakresy obowiązków, opisy stanowisk i kompetencje pracowników, gdy podwładni nie do końca wiedzą, co należy do ich zadań, pracodawcy nie znają potencjału i możliwości zatrudnionych osób, powodują pomyłki, a w konsekwencji prowadzą do konfliktów. Również zły obieg informacji w firmie to najczęstsza przyczyna nieporozumień, zła sieć obiegu informacji, nieodpowiedni ludzie pełniący rolę „przekazników”, czy też dominacja komunikacji nieformalnej nad formalną są fundamentami sporów i kłótni.

Nieadekwatne style kierowania – stosowanie metod instruktazowo-nakazowych wobec doświadczonych pracowników, czy na przykład różnych form przymusu lub siły wobec podwładnych – nieodwołalnie musi skończyć się problemami. Niedokładne instrukcje i rozkład pracy, aby wymagać określonych rezultatów, osoba przyjmująca zlecenie musi je dobrze i poprawnie zrozumieć, musi także precyzyjnie wiedzieć, kto i za co jest odpowiedzialny. W przeciwnym razie pojawiają się nieuniknione błędy.

Niezwykle ważne w dzisiejszych czasach dla firm chcących utrzymać i wzmacniać swoją pozycję na rynku jest planowanie strategiczne i operacyjne. Bez posiadania wyznaczonych krótko- i długoterminowych celów rozwoju przedsiębiorstwa nie jest możliwe jasne wyznaczenie zasad filozofii działania firmy, jej kultury czy wymagań rozwojowych personelu, co musi doprowadzić do otwartego i ostrego konfliktu, nie mówiąc już o kryzysie. Wiemy także, że sytuacja ekonomiczna kraju, zmuszająca firmy do reorganizacji, a zwłaszcza głębokich zmian, rodzi opór i konflikty. Reorganizacja firmy, szczególnie nieoczekiwana czy niejasna w swych regułach, budzi u pracowników lęk i niepokój, które owocują zwiększoną liczbą waśni. Możemy znaleźć potwierdzenie tych spostrzeżeń w literaturze czytając artykuły Jarosława Zgud w czasopiśmie „Personel”.

Patrząc na przedsiębiorstwo pod nieco innym kątem dojdziemy do wniosku, że źródłem konfliktów międzygrupowych jak również między osobami oraz między jednostką a grupą może być np. konieczność dzielenia się ograniczonymi zasobami, różnice celów poszczególnych komórek, współzależność pracy w organizacji, dynamika interpersonalna, różnice wartości lub postrzegania między komórkami lub osobami. Źródłem konfliktów mogą być także indywidualne style i niejednoznaczność organizacyjna.

Dzielenie zasobów

Gdyby każda komórka organizacyjna miała nieograniczony dostęp do zasobów jakimi są pracownicy, pieniądze, materiały, wyposażenie i przestrzeń, nie byłoby problemu z dzieleniem zasobów. Ograniczoność tych zasobów powoduje możliwość wystąpienia konfliktu lub zanik współpracy, gdyż dzielenie niewystarczających zasobów powoduje, iż pewne grupy otrzymują ich mniej niż potrzebują lub chcą.

Różnice w celach

Faktem jest, iż poszczególne działy organizacji specjalizują się i różnicują w miarę przyjmowania odmiennych celów, zadań i pracowników. Mimo zbieżnych celów ogólnych organizacji, to zróżnicowanie często prowadzi do konfliktu interesów. Członkowie poszczególnych działów mają odmienne cele i punkty widzenia, dlatego trudno im uzgodnić programy działania.

Współzależność pracy

Istnieje wówczas, gdy dwa lub więcej działów zależy od siebie przy realizacji swoich zadań. Musi wtedy wystąpić jeden z dwóch potencjałów konfliktu lub współpracy stosownie do tego, jak się pokieruje sytuacją. Czasem powodem konfliktu może być nałożenie na wszystkie grupy zbyt wiele zadań. Narastać będzie napięcie między członkami różnych grup, którzy mogą się wzajemnie oskarżać o uchylanie od wykonywania obowiązków. Konflikt może wybuchnąć wtedy, gdy praca jest rozłożona równomiernie lecz wynagrodzenie za nią jest odmienne. Największe możliwości wystąpienia konfliktu występują wtedy, gdy jedna komórka nie może rozpocząć pracy do chwili ukończenia zadania przez inną.

Dynamika interpersonalna

Polega ona na zderzeniu osobowości, kiedy ludzie nie mają zaufania do intencji partnera konfliktu, nie lubią się wzajemnie lub po prostu nie mogą się ze sobą dogadać. Niektórzy ludzie mają naturę niezwykle konkurencyjną, a więc konflikt może powstać wtedy, gdy dwie osoby za wszelką cenę chcą dostać awans.

Różnice wartości lub poglądów

Mają miejsce gdy różnorodnym celom członków różnych działów towarzyszą różnice postaw, wartości i poglądów, które mogą prowadzić do konfliktu.

Wynagrodzenie pracowników – sytuacja konfliktotwórcza

Wynagrodzenie jest najbardziej konfliktogennym zadaniem należącym do menedżerów i tylko niektórzy z nich potrafią w sposób bezkonfliktowy ustalać wynagrodzenia. Ich ustalenie wymaga spełnienia kilku warunków. Mianowicie koszty tworzone przez fundusze płac nie mogą zagrażać opłacalności przedsiębiorstwa i w związku z tym ma ono zasadnicze znaczenie dla menedżera odpowiedzialnego za utrzymanie i rozwój firmy, oraz zabezpieczenie stabilności stanowisk pracy. Dla pracowników natomiast płace pełnią funkcję dochodową a ich wielkość decyduje o stopniu zaspokojenia potrzeb osobistych, które jak wiemy, cechują się nieograniczonością. W ten sposób potrzeby zderzają się z granicami funduszy wyznaczonymi przez koszty i powodują naturalne źródło rozszczeń, sporów i konfliktów.

Natomiast bodźcowa funkcja płac umożliwi harmonizację interesów menedżerów i pracowników. Polega ona m.in. na tym, że lepiej opłacają się te rodzaje pracy, które w większym stopniu oddziałują na efektywność wspólnej pracy, a tym samym mają większy wpływ na wzrost funduszy płac. Łatwiej się dzieli wynagrodzenia, gdy fundusze rosną. Menedżerowie dzieląc fundusze płac wykorzystują własne pomysły, co z kolei powoduje u

podległych pracowników świadomość niepewności decyzji płacowych, a następnie podejrzliwość między pracownikami i pracodawcami.

Tak więc minimalizacja błędów w procesie podziału funduszy wynagrodzeń jest wspólnym interesem pracobiorców i pracodawców. Należy więc stworzyć m.in. dobrą komunikację i porozumienie między ludźmi oraz wiarygodne systemy informacji, które zostaną uznane za prawidłowe i sprawiedliwe przez obie strony stosunków pracy. Kwestie ustalania płac przestają być konfliktogenne, jeśli ludzie współpracujący ze sobą potrafią osiągnąć consensus i dostrzegają interesy drugiej strony, a nie tylko własne.

O wadze problemu dowodzi ujęcie postulatów płacowych w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, w artykule 23. Mianowicie stwierdzono, że każdy pracujący ma prawo do odpowiedniego i zadowalającego wynagrodzenia, zapewniającego jemu i jego rodzinie egzystencję odpowiadającą godności ludzkiej i uzupełnianego w razie potrzeby innymi środkami pomocy społecznej oraz że każdy człowiek, bez względu na jakiegokolwiek różnice, ma prawo do równej płacy za równą pracę. Zwrócono tutaj uwagę na cztery wymogi pod adresem płac: „odpowiednie, zadowalające, godne i równe”. Brak któregoś z wyżej wymienionych wymogów prowadzi do konfliktu.

Naruszenie przepisów prawnych jako źródło konfliktów

Biorąc czynny udział w procesie pracy autorka zauważa, że wśród wielu źródeł konfliktu na zwrócenie uwagi zasługują m.in. naruszenie przez zakład pracy lub pracowników przepisów prawa pracy i innych normatywnych aktów, regulujących warunki pracy, zasady korzystania z urlopów, świadczeń socjalno-bytowych, nieudolności kierownictwa różnych szczebli, brak kwalifikacji fachowych i moralnych, niezbędnych do kierowania pracą podległych im zespołów, wadliwa organizacja pracy, kierownictwo autokratyczne lub nadużywające swoich uprawnień w stosunku do podwładnych, polityka kadrowa itp.

Mówiąc o konfliktach powstających na skutek naruszenia przez zakład lub pracowników przepisów prawa pracy, mamy na myśli zarówno te świadome jak i nieświadome uchybienia, będące wynikiem nieznamośności prawa, dotyczące warunków pracy, płacy, spraw socjalno-bytowych, bhp itp. O słuszności tych sądów przekonuje nas zawarty w literaturze socjologicznej, poparty badaniami naukowymi J. Sztumskiego fragment z książki „Konflikt w miejscu pracy”: „... nieznamośność ustawodawstwa pracy i niedostateczna orientacja kierownictwa i pracowników w prawach i obowiązkach jest w większym stopniu przyczyną powstawania konfliktów w miejscu pracy niż np. złośliwe naruszenie przepisów”.

Zwłaszcza dziś na uwagę zasługuje zjawisko zalewania przepisami, powstającymi w sposób żywiołowy, niejednokrotnie niezgodnymi ze sobą i z obowiązującym prawem. Działanie kierownika, który np. odmawia pracownikowi urlopu okolicznościowego wbrew obowiązującym przepisom prawa, pracownik natomiast zdając sobie sprawę z łamania prawa przez kierownika „szuka sprawiedliwości”, co – rzecz jasna sprowadza się do sporu o swoje uprawnienia. Bardzo często zdarza się, że po wejściu w życie np. ustawy oczekiwanie na przepisy wykonawcze przeciąga się na wiele tygodni, co uniemożliwia wykonywanie przepisu w obawie przed popełnieniem pomyłek i możliwością wystąpienia szkód na rzecz zakładu pracy lub klientów.

Nieudolność kierownictwa różnych szczebli

Może być powodem wielu zjawisk negatywnych, np. złej organizacji pracy, marnotrawstwa sił i środków, błędnej polityki kadrowej, złych warunków socjalno-bytowych a tym samym

stanowiąc źródło napięć wśród pracowników. Zła kadra może zatem stymulować swoimi decyzjami niepotrzebne konflikty wynikające z rozmaitych sprzeczności. Autorka ma również bogate doświadczenia świadczące o braku dostatecznych kryteriów przy podejmowaniu decyzji o obsadzie stanowisk kierowniczych niższego a nawet wyższego szczebla. Nagminnie zjawisko niekompetencji występuje także w polityce oraz przy doborze ekipy rządzącej, czego dowodem są liczne naruszenia przepisów na nadużyciach kończąc.

Kwalifikacje moralne kadry kierowniczej

Niemniej ważne są konflikty moralne kadry kierowniczej, gdyż przy ich braku mimo posiadania kwalifikacji fachowych nie można być dobrym kierownikiem. Osoby skompromitowane w oczach pracowników np. nadużywaniem alkoholu, łapownictwem, nadużywaniem stanowiska dla celów prywatnych, nie mogą należycie wykonywać swoich obowiązków kierowniczych. Bowiem kierować znaczy nie tylko znać się na sprawach zakładu pracy czy podejmować dobre decyzje, ale również dawać dobry przykład kierowanym. Nie można wymagać dobrej postawy w pracy, nie prezentując samemu takich walorów. Przy ocenie postawy moralnej człowieka, pod kątem jego przydatności do kierowania innymi ludźmi w sposób bezkonfliktowy, należy brać pod uwagę zarówno to jakim jest w miejscu pracy jak i poza nią, czyli uwzględnić jego postawę obywatelską w szerokim zakresie. Sylwetka moralna człowieka jest niepodzielna, nie można więc w miejscu pracy być przyzwoitym, a poza nią być oszustem.

Zła organizacja pracy

Wadliwa organizacja pracy wystąpić może zarówno w odniesieniu do całego zakładu jak i jego części, choć rzadko się zdarza, aby w dobrze zorganizowanym zakładzie mogły istnieć ogniwa z bałaganem organizacyjnym. Wśród typowych powodów wadliwej organizacji wyróżnić możemy błędy strukturalne i funkcjonalne w systemie organizacyjnym zakładu pracy. O błędach strukturalnych mówimy wówczas, gdy istnieją np. dysproporcje w rozwoju i obciążeniu poszczególnych komórek, są źle rozmieszczone, lub występują zbędne ogniwa pośrednie. Funkcjonalne błędy polegają na nieostrym rozgraniczeniu kompetencji poszczególnych komórek organizacyjnych, złym funkcjonowaniu systemu informacji, złej pracy jednego z ogniw całej struktury. Zła organizacja pracy w danym zakładzie powoduje, że zarówno poszczególni pracownicy, jak i całe zespoły mogą zostać uwikłani w sytuacje konfliktowe. Człowiek mający świadomość złego podziału pracy i zmuszony do wykonywania obowiązków innych pracowników zacznie na nich patrzeć z niechęcią, zwiększa się nerwowość pracowników i niezadowolenie z przebiegu pracy, a tym samym stanowi istotny czynnik konfliktotwórczy.

Demokratyczne kierowanie zespołem

Demokratyczne kierowanie zespołem jest trudniejsze w realizacji, gdyż zakłada udział podwładnych w rozwiązywaniu problemów. Kierownik stosujący styl demokratyczny stara się uzyskać aprobatę podwładnych, dyskutuje z grupą, wysłuchuje opinii, dopuszcza do krytyki, wyjaśnia przyczyny zmian, realizuje propozycje podwładnych, pozwala wybrać najlepszy styl pracy.

Zgodziłby się z nami również T. Listwan, gdyż w opracowaniu dotyczącym zarządzania kadrami stwierdził, że „jednym z najistotniejszych elementów organizacyjnych kształtowania postaw pracowniczych jest możliwość udziału pracowników w rozwiązywaniu problemów”. Autorka uważa także, że niezależnie od obranego stylu kierowania, a więc demokratycznego lub autokratycznego, skuteczność kierowania zależy od umiejętności kierowania.

Autokratyczny styl kierowania

Kierownik stosujący styl autokratyczny rządzi „żelazną ręką”, jest bezkompromisowy, nie dopuszcza podwładnych do udziału w podejmowaniu decyzji, działa bez porozumienia z grupą podwładnych, mówi w sposób nie zachęcający do zadawania pytań, odmawia wyjaśnień, zmienia obowiązki członków grupy, drobiazgowo określa zadania i metody. Autokratycznemu sposobowi kierowania towarzyszy przekonanie o tym, że decyzje indywidualne podejmowane są szybciej. Kierownictwo autokratyczne, dyktujące poszczególnym pracownikom lub zespołom nie tylko zadania, ale także sposoby ich rozwiązywania, które samo chce o wszystkim decydować, ograniczając w ten sposób samodzielność podwładnych, nie dopuszcza do głosu ich inicjatyw, a tym bardziej krytyki. Nieocenione źródło wiedzy na temat stylów kierowania stanowi książka „Projektowanie systemów zarządzania” J. Trzecieckiego. Duża tolerancja, jaka cechuje autorkę, oraz świadomość, że samodzielność pracownika prowadzi do kreatywności i zwiększa jego wartość oraz samoocenę spowodowała uznanie demokratycznego stylu kierowania za jedyny możliwy do stosowania w podległym dziale.

Trudno się jednocześnie nie zgodzić, że czasem ślepe posłuszeństwo może dawać dobre efekty, np. tam gdzie dyskusje mogłyby opóźnić działanie jakie musi być natychmiast wykonane. Są to jednak sytuacje wyjątkowe, które nie mogą stać się zasadą kierowania na co dzień. Kierownik autokratyczny, który świadomie lub podświadomie traktuje swoich podwładnych jak poddanych, wywołuje przeróżne frustracje, które powodują skłonność do agresji zarówno w stosunku do współpracowników czy kierownictwa jak i osób spoza zakładu pracy, a niekiedy wobec samego kierownictwa. Z kolei źle traktowany kierownik „odgrywa się” na podwładnych.

Nadużywanie przez kierowników swoich uprawnień i podstawowych zasad współzycia

Rodzi to sytuacje konfliktowe zwłaszcza tam, gdzie pracownicy mają świadomość swoich praw. Nie brakuje wypadków domagania się przez kierownika swojej „doli” za lepiej płatną pracę np. akordową, nagrodę lub wyższą premię, lub też domagania się bardziej osobistych świadczeń za swoją życzliwość. Są to nadużycia, które mogą powodować trojaki rodzaj konfliktów: między danym kierownikiem a pracownikiem zmuszonym do różnych świadczeń, między pracownikiem swoiście „faworyzowanym” przez kierownika a pozostałymi pracownikami i wreszcie między kierownikiem a pozostałymi pracownikami, którzy mają świadomość tego, że są pomijani przy podziale różnych premii, nagród, ponieważ nie są skłonni do jakichkolwiek upokarzających świadczeń wzajemnych. Omówione przejawy należy więc tępić, gdyż szybka interwencja może zapobiec kolejnym nadużyciom, których skutki są często trudne do odrobienia, a tym samym usunąć w porę źródła zbędnych konfliktów w zakładzie pracy.

Brak komunikacji i błędy w komunikacji a konflikt

Ludzie zazwyczaj zakładają, że to właśnie różnice między stronami są przyczyną problemu. Jednak różnice mogą także prowadzić do rozwiązania. Żeby to odkryć, niezbędna jest komunikacja. Nie sposób nie zgodzić się z autorami „Psychologii konfliktów”, że „brak komunikacji to częsta przyczyna konfliktu w zarządzaniu ludźmi”.

Trudniej zauważalne błędy w komunikacji polegają np. na nadmiernej generalizacji. Zamiast operować konkretnymi sytuacjami i mówić o konkretnych przyczynach irytacji, przypisujemy pewne zdarzenia stałym echom osoby. Formułowanie zasad ogólnych zamiast mówienia o własnych odczuciach, również nie jest dobrą metodą komunikowania. Aby temu zaradzić trzeba się starać mówić drugiej osobie o odczuciach, jakie w nas wzbudza i konkretnych zachowaniach wzbudzających nasze negatywne odczucia. Podczas przekazywania tych informacji należy unikać oceniania drugiej strony oraz udzielania jej rad i zaleceń.

Zdenerwowanie towarzyszące sytuacjom konfliktowym często nie pozwala na racjonalne spojrzenie na drugą stronę konfliktu. Utrudnione jest analizowanie, a rozgoryczenie przepełniające człowieka powoduje negatywne ocenianie współuczestnika konfliktu.

Mobbing, czyli używanie słów i zachowań godzących w godność człowieka i podstawowe prawa. Jest on szczególnie nasilony w sytuacji wysokiego bezrobocia, kiedy pracodawca może dyktować warunki i traktować pracowników jak „mięso armatnie”. W czasach coraz silniejszej konkurencji, wielu pracodawców dąży do obniżenia kosztów pracy do minimum, płaci więc mało i ogranicza wszelkie zabezpieczenie socjalne a w zamian wymaga jak najwięcej.

Psychoterror nie dotyczy jedynie szykan kierownictwa wobec podwładnych, w takim samym stopniu dotyczy relacji między podwładnymi.

Firma to skomplikowana struktura społeczna, wewnątrz wyglądająca zupełnie inaczej niż ta, którą mają okazję widzieć goście w folderach, jest pełna najróżniejszych interesów, nieformalnych układów, sympatii i antypatii, gdzie koalicje wewnątrzorganizacyjne dążą do pognębienie „wewnętrznego przeciwnika”, uciekają się do szykan i zastraszenia.

Firma – „wymarzone” miejsce do mobbingu, gdzie trwają ciągle gry pracowników o realizację swoich celów i interesów. Pracownicy traktujący to zjawisko jako „zło konieczne” w obawie o utratę pracy i środków do życia, skarżą się jedynie swoim najbliższym. W 1998 roku Fundacja Europejska przeprowadziła w 15 krajach Unii około 15 tysięcy rozmów, z których wynikało, że 8,1 procent pracowników uznało, że było poddawanych aktom zastraszania i szykan.

Mobbing zazwyczaj ma miejsce w organizacjach, w których kierownictwo stara się nie dostrzegać konfliktów i przyjmuje strategię wycofującą, częściej to zjawisko dotyczy mężczyzn-menedżerów, lub wręcz przeciwnie, staje się jedną ze stron konfliktu i bierze czynny udział w prześladowaniach pracowników i tutaj dominują menedżerowie – kobiety. Zjawisko to występuje zazwyczaj w firmach, gdzie pewne osoby lub grupy osób, koncentrują w swoich rękach nadmierną władzę formalną czy nieformalną – ta bywa bardziej groźną od tej sformalizowanej, gdyż nie ograniczają jej żadne przepisy prawa. Dręczyciel uważa, że jest najważniejszy na świecie, ma wyolbrzymione poczucie własnej wartości oraz przecenia swoje zdolności i umiejętności. Sądzi, że świat powinien się kręcić wokół niego, nie przyjmuje krytyki ze strony innych. Osoba sprzeciwiająca się, staje się jego osobistym wrogiem, którego będzie niszczył na każdym kroku, zresztą nawet ci, którzy tego nie robią, nie mogą na niego liczyć. Ofiarą mobbingu może być każdy. Nie ma typu osobowości człowieka prześladowanego, gdyż nie ona wpływa na wystąpienie mobbingu, lecz sytuacja w firmie.

„Wojna na roczniki” konflikt młodych i starszych

Zdarza się, że starsi pracownicy lekceważą „smarkaczy”, którzy stanowią zagrożenie dla ich miejsc pracy. Młodzi natomiast robią wszystko, aby zaszkodzić starszym, z czego nie wynika nic dobrego dla firmy. Zjawisko to jest niepokojące, gdyż pracodawcy – wbrew ostrzeżeniom socjologów – z obawy o walkę pokoleń – stawiają na jedną grupę wiekową i wybierają młodych. Zwłaszcza, że ci pozwalają pracodawcy na eksploatację po kilkanaście godzin dziennie, bez ponoszenia dodatkowych opłat. Młodzi odpłacają się nielojalnością i odchodzą przy pierwszej nadarzającej się okazji zabierając często ze sobą tajemnice firmy.
cdn.

Przedruk z Biuletynu Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych nr 9-10 (133)
wrzesień/październik 2005

Kącik biblioteczny

Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Podręcznik dla studiów medycznych. T. 1-2

Wiesława Ciechaniewicz (red.)

Wydanie III zmienione i uzupełnione

ISBN: 83-200-3248-2



Ten nowoczesny podręcznik jest podstawowym źródłem wiedzy dla studentów wydziałów pielęgniarstwa. Napisany został przez doświadczonych dydaktyków z różnych ośrodków akademickich w kraju. Obecne III wydanie zostało dostosowane do aktualnych programów nauczania. Omówiono w nim zakres i charakter zadań zawodowych pielęgniarki, wynikających ze współczesnego rozumienia pielęgniarstwa, a także wyjaśniono zasady obowiązujące w praktyce działalności zawodowej. Zabiegi i procedury wykonywania zadań opiekuńczych przedstawiono w postaci algorytmów, których przyswojenie dodatkowo ułatwia bogaty materiał ilustracyjny. Podręcznik składa się z dwóch tomów.

Tom 1 – zawiera w części I – podstawy teoretyczne działalności praktycznej pielęgniarki: pielęgniarstwo, pielęgnowanie, pielęgniarka.

W części II przedstawiona jest działalność praktyczna pielęgniarki. Zadania profilaktyczne i udział w procesie diagnozowania Rola pielęgniarki w procesie diagnozowania, leczenia, rehabilitacji pacjenta, jej działania na rzecz zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa oraz udział pielęgniarki w procesie diagnozowania

Tom 2 – w części III nacisk położono na działalność praktyczną pielęgniarki. Zadania w procesie terapii, w usprawnianiu, w edukacji i w pielęgnowaniu: udział pielęgniarki w procesie leczenia, udzielanie przez pielęgniarkę pierwszej pomocy, udział pielęgniarki usprawnianiu pacjenta, udział pielęgniarki w tworzeniu warunków do utrzymania funkcji biologicznych organizmu pacjenta, pomaganie pacjentowi w wykonywaniu czynności zapewniających komfort w codziennym życiu, udział pielęgniarki w edukacji zdrowotnej, działania pielęgniarki na rzecz przygotowania podopiecznych do samoopieki i świadczenia opieki nieprofesjonalnej, udział pielęgniarki w opiece paliatywnej.

„Kiedy styczeń najostrejszy, tedy roczek najplodniejszy” Mała Księga Przysłów Polskich –
Stanisław Nyczaj

st. specjalista ds. merytorycznych
mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska

Czynniki ryzyka wcześniactwa i hipotrofii w województwie łódzkim

Na stan zdrowia populacji dziecięcej w decydującym stopniu wpływa częstość urodzeń przedwczesnych oraz występowania hipotrofii płodu. Noworodki urodzone przedwcześnie cechują się m.in. niedojrzałością morfologiczną i czynnościową ośrodkowego układu nerwowego. Uznano również, że częstość porodów przedwczesnych jest najważniejszym pojedynczym czynnikiem wpływającym na współczynnik umieralności okołoporodowej niemowląt.

Dzieci urodzone jako noworodki hipotroficzne (masa noworodka poniżej 10 centyla masy należnej wg siatki centylowej) w większym stopniu są zagrożone wystąpieniem choroby niedokrwiennej serca, cukrzycą, hipercholesterolemią.

W latach 70. wysokie wskaźniki występowania wcześniactwa i małej urodzeniowej masy ciała wśród mieszkank Łodzi wiązano głównie z pracą kobiet ciężarnych w zakładach przemysłu włókienniczego i spożywczego. Mimo likwidacji przemysłu włókienniczego w Łodzi i w regionie łódzkim, wskaźnik małej masy urodzeniowej (LBW) nadal jest najwyższy w kraju (woj. łódzkie 7,7 proc., Polska 6,4 proc.).

Wdrażana w ostatnich latach reforma służby zdrowia zmieniła diametralnie warunki, w jakich jest sprawowana opieka medyczna nad kobietą w ciąży. Przede wszystkim ograniczono lub wręcz zrezygnowano z formy opieki środowiskowej nad ciężarną, jednocześnie znacznie wzrosły bariery dostępności opieki medycznej (likwidacja wielu placówek podstawowej opieki zdrowotnej, ograniczenia etatowe, trudności z realizacją badań dodatkowych, w tym USG).

Powstało pytanie, czy i w jakim stopniu ta sytuacja może wpływać na występowanie nowych, w tym systemowych czynnika porodu przedwczesnego i hipotrofii płodu. Podjęłam próbę odpowiedzi na to badanie przeprowadzając kliniczno-kontrolne badanie „Wcześniactwo i hipotrofia płodu w województwie łódzkim”.

Badanie przeprowadzono w okresie od 1.06.2003 roku do 30.05.2004 roku. Celem jego było:

- a) określenie roli wybranych czynników indywidualnych i systemowych opisujących zakres opieki medycznej w czasie ciąży jako potencjalnych czynników ryzyka wystąpienia porodu przedwczesnego i hipotrofii,
- b) ocena zmian częstości wybranych czynników ryzyka u noworodków urodzonych w latach 1996/1997 i 2003/2004.

Badanie przeprowadzono przy użyciu kwestionariuszy ankiety „Zgłoszenie urodzenia noworodka hipotroficznego wcześniaka” i „Wcześniactwo i hipotrofia płodu w województwie łódzkim”. W badanym okresie w województwie łódzkim urodziło się 963 wcześniaków (w tym 71 ze współistniejącą hipotrofią) oraz 784 noworodków hipotroficznych urodzonych w terminie.

Etapy badania

1. Utworzenie bazy danych noworodków zgłoszonych do badania.
2. Dobór grupy kontrolnej. Były to noworodki donoszone/eutroficzne, objęte opieką tej samej poradni D co noworodki z grupy badanej
3. Przeprowadzenie wywiadów środowiskowych z matkami noworodków z grupy badanej i z grupy kontrolnej. Wywiady środowiskowe przeprowadzono u 50 proc. zgłoszonych noworodków.

Ocena ryzyka wcześniactwa polegała na porównaniu częstości występowania analizowanych czynników w grupie matek, które urodziły wcześniaki oraz w grupie kontrolnej-matek dzieci eutroficznych urodzonych o czasie. W analogiczny sposób oceniano ryzyko względne

hipotrofii porównując matki dzieci z hipotrofią urodzone o czasie oraz matki dzieci eutroficznych urodzonych o czasie. Ryzyko względne wystąpienia porodu przedwczesnego i hipotrofii płodu oceniane było przy pomocy ilorazu szans (OR). Oceniając wpływ analizowanych czynników społeczno-zawodowych i opisujących korzystanie z opieki medycznej na ryzyko względne badanych patologii wykorzystano metodę regresji logistycznej.

Wyniki

Czynnikami istotnie zwiększającymi ryzyko porodu przedwczesnego w analizie wielu zmiennych były: masa ciała matki przed ciążą poniżej 50 kg, wiek matki poniżej 20 lub powyżej 30 lat, palenie papierosów, poprzednie ciążę zakończone poronieniem, urodzeniem dziecka z LBW lub porodem przedwczesnym, wystąpienie w ciąży cukrzycy lub nadciśnienia tętniczego. Na podstawie analizy wielu zmiennych jako czynniki istotnie zmniejszające ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego wytypowano: co najmniej 5 wizyt u lekarza ginekologa w czasie ciąży i objęcie opieką przez położną środowiskową.

W analizie wielu zmiennych cztery czynniki istotnie zwiększały ryzyko hipotrofii płodu: masa ciała przed ciążą poniżej 50 kg, palenie papierosów, nadciśnienie indukowane ciążą oraz inne choroby układu krążenia. Do grupy czynników istotnie zmniejszających ryzyko hipotrofii płodu zidentyfikowanych w analizie wielu zmiennych należały: przynajmniej średnie wykształcenie matki, masa ciała matki przed ciążą powyżej 80 kg oraz objęcie opieką środowiskową w czasie ciąży.

W ciągu ostatnich 7 lat w województwie łódzkim istotnie zmniejszył się odsetek kobiet z wykształceniem tylko podstawowym (z 51 do 34,5 proc.), z przyrostem masy ciała poniżej 10 kg (z 27,2 do 19,6 proc.), biernie palących (z 46,90 do 21,7 proc.) oraz kobiet późno zgłaszających się do lekarza na pierwszą wizytę (z 47,9 do 21,7 proc.). Z drugiej strony zaobserwowano negatywne zmiany w postaci: zwiększenia odsetka kobiet rodzących po 30 roku życia (z 23 do 28 proc.). Znacznie wzrósł odsetek kobiet ciężarnych pracujących przez cały okres ciąży (z 29 do 34 proc.) oraz kobiet nie będących w stałym, formalnym związku z partnerem (z 8,4 do 15,5 proc.). Nie zmienił się znacząco odsetek kobiet palących papierosy w okresie ciąży.

Wnioski

1. Głównymi modyfikowalnymi indywidualnymi czynnikami ryzyka porodu przedwczesnego lub hipotrofii w województwie łódzkim są: wiek matki w chwili porodu powyżej 30 lat, mała masa ciała przed ciążą (poniżej 50 kg) i palenie papierosów w ciąży.

W przypadku pierwszego z tych czynników w okresie ostatnich 7 lat, obserwowano wyraźny wzrost jego częstości, w odniesieniu do pozostałych dwóch nie obserwowano istotnych różnic.

2. Odnotowano istotny wzrost odsetka kobiet z wykształceniem ponadpodstawowym wśród kobiet rodzących w okresie ostatnich 7 lat. Nadal jednak niski poziom wykształcenia matki stanowi najważniejszy niezależny czynnik ryzyka hipotrofii płodu w województwie łódzkim.

3. Mimo, że ciężarne mieszkanki województwa łódzkiego wcześniej niż 7 lat temu zgłaszają się na pierwszą wizytę, to jednak mała liczba wizyt u lekarza w czasie ciąży stanowi nadal istotny czynnik ryzyka porodu przedwczesnego. Głównym czynnikiem ryzyka porodu

przedwczesnego i hipotrofii płodu związanymi z korzystaniem z opieki medycznej był również brak opieki położnej środowiskowej w czasie ciąży.

4. Odsetek kobiet aktywnych zawodowo w czasie ciąży nie uległ większym zmianom w okresie ostatnich 7 lat. Znacznie wzrósł jednak odsetek kobiet pracujących niemal przez cały okres ciąży.

5. Nie potwierdzono roli takich czynników jak: stan cywilny „niezameżna”, niski wzrost matki czy obciążenie stresującymi wydarzeniami życiowymi. Czynniki te w analizie wielu zmiennych nie były czynnikami ryzyka ani porodu przedwczesnego, ani hipotrofii płodu. Można przypuszczać, że ograniczenie roli tych czynników wynika ze zmieniającej się sytuacji społeczno-ekonomicznej kobiet rodzących w regionie łódzkim.

6. Uzyskane wyniki wskazują na konieczność ukierunkowania procesów profilaktyki wcześniactwa i hipotrofii płodu na modyfikowalne indywidualne czynniki ryzyka tych patologii oraz na dalszą poprawę opieki perinatalnej. Opieka środowiskowa położnej stanowić powinna integralną część programów prewencji analizowanych patologii.

dr n. med. Bogumiła Cieśla
specjalista ds. szkoleń w Wojewódzkim Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi
Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych

Pozdrowienia ze Szkocji (cz. 5)

Hi! Dzisiaj zamierzam kontynuować temat kosztów życia w UK, będzie to zarazem ostatni list z tego cyklu. Następne będą dotyczyły już konkretnie mojej pielęgniarzkiej pracy. W Wielkiej Brytanii przeprowadzki to częsty widok. Ludzie przemieszczają się głównie w poszukiwaniu lepiej płatnej pracy.

Jak wiecie ja mam za sobą przeprowadzkę z Anglii do Szkocji, nie wspomnę o wielkiej przeprowadzce z Polski do Anglii!! Sama nie wiem, która była trudniejsza. Ta z Polski była trudniejsza emocjonalnie, nigdy nie zapomnę dylematu: co zabrać a co zostawić. W 20 kg bagażu każde z nas musiało upchnąć to, co najważniejsze, najcenniejsze i niezbędne w kompletnie pustym domu czekającym na nas w Tamworth.

Pierwsze swoje kroki skierowałam do firmy zajmującej się przeprowadzkami. Niestety z powodu ceny, jaka mi zaoferowano musiałam zrezygnować. Zamawiając taką firmę płaci się między innymi za luksus, nie musisz nic robić, poza spakowaniem swoich rzeczy oczywiście. Na wysokość ceny miała wpływ głównie odległość, jaka miał pokonać samochód z kierowcą. Ponieważ z Tamworth w Anglii do Perth w Szkocji jest około 345 mil, czyli około 510 km, cały koszt usługi miał się zamknąć w kwocie 1115 £.

Pozostało nam więc wynajęcie samochodu dostawczego. Usługi te są dobrze rozwinięte i dostępne na każdą kieszeń. Wynajęcie samochodu dostawczego zamknęło się kwotą 35£ na dobę plus koszty paliwa, tak więc całkowity koszt naszej przeprowadzki zamknął się kwota 5-krotnie niższą.

Jak już kiedyś wspominałam posiadanie samochodu w UK to nie luksus, ale konieczność. Transport publiczny ma bogata sieć połączeń oraz wysoki standard usług oraz niestety – cen. Ceny nowych samochodów są dokładnie takie same, a często nawet niższe niż w Polsce, dodając do tego kilkakrotnie wyższe dochody mieszkańców UK, nowy samochód jest dostępny dla każdego. Bogato rozwinięty system ratalny umożliwia każdemu, ze względnie stałymi dochodami, na kupno nowego lub 2-3 letniego auta.

Raty miesięczne zależą oczywiście od marki i ogólnej ceny samochodu, ale przeciętnie kształtują się na poziomie 80-150£ miesięcznie. Nie jest więc to kwota, która zabiera 1/3 część dochodu rodziny.

W Szkocji bardzo popularne są tzw. terenowe samochody marki Honda, Land Rover, Toyota. Jest to wymóg spowodowany głównie warunkami atmosferycznymi oraz górzystym ukształtowaniem terenu. Wierście mi drogi potrafią być tutaj bardzo, bardzo strome, z niezliczoną ilością ostrych zakrętów.

O szybkości, z jaką zmieniają się warunki na drogach przekonałam się niedawno sama.

W pewną marcową sobotę wieczór był ciepły i spokojny, nic nie zapowiadało tego to, co moje oczy ujrzały następnego dnia przez okno. W ciągu jednej nocy spadła 40 cm warstwa śniegu, wiatr tworzył wysokie zasy, nie mogłam wyjść z domu! Szczęście w nieszczęściu, że stało się to w weekend, gdy większość ludzi jest w domach.

Jedynymi samochodami poruszającymi się wtedy po drogach, dopóki służby drogowe nie opanowały sytuacji, były samochody terenowe. Wiadomości w regionalnej TV oraz radio zdominowane były informacjami, na temat które drogi są już przejezdne, a które zamknięte dla ruchu. Służby drogowe mają tutaj specjalne szlabany, które są opuszczane w takich sytuacjach z informacją „Road closed”. Pierwszy raz zobaczyłam taki znak w lato i zastanawiałam się, w jakich sytuacjach go używają, teraz już wiem.

Dzięki dokładnym informacjom radiowym bezpiecznie dotarłam tego dnia do pracy na dyżur nocny, ale droga zamiast 15 minut zabrała mi 45 minut. Po 2 dniach po śniegu nie było śladu, a nasze oczy znowu mogły cieszyć się zieloną barwą trawników.

Wróćmy do kosztów związanych z utrzymaniem samochodu. Gdy kupimy samochód, pokonamy lewostronny ruch uliczny oraz olbrzymią liczbę rond, możemy zrobić sobie cup of

tea i w zaciszu domowym dopełnić wszelkich formalności, wykorzystując telefon oraz internet.

Pierwszą sprawą jest zgłoszenie nas, jako nowych właścicieli auta, do urzędu zwanego DVLA, czyli Driver And Vehicle Licensing Agency. Dokonujemy tego na specjalnym druku, który otrzymamy od poprzedniego właściciela. Po wpisaniu naszych danych, wysyłamy druk pocztą na podany we wniosku adres. Po około 2 – 3 tygodniach otrzymamy list z ww. urzędu zawierający dowód rejestracyjny, który ma wielkość dwóch arkuszy A4 i który przechowujemy w domu, nie wozimy go ze sobą, to jest wręcz niewskazane. Cała procedura jest bezpłatna, nie licząc kosztu znaczka pocztowego. DVLA informujemy również w przypadku zmiany adresu zamieszkania, jest to bardzo ważne.

Przypomnę, że samochody w UK mają przyznawane numery rejestracyjne raz, na całe ich drogowe życie. W ten sposób bardzo łatwo można sprawdzić całą historię samochodu, która istnieje w elektronicznej bazie danych w DVLA.

Z tego samego urzędu dostaniemy również list informujący nas, że przyszedł już czas opłacenia tzw. tax, czyli vehicle licence za nasz pojazd, którego wysokość zależy głównie od pojemności silnika i średnio waha się w granicach 60£/6 m-cy lub 110£ / 12 m-cy. Po wniesieniu ww. opłaty w najbliższym urzędzie pocztowym, otrzymujemy papierowy krążek z kodem paskowym oraz datą, kiedy upływa jego ważność. Następnie umieszczamy go w specjalnym plastikowym folderze w lewym rogu przedniej szyby. Nie wniesienie opłaty lub nie umieszczenie krążka w widocznym miejscu grozi nam karą 1000£. Po szczegóły zapraszam na www.direct.gov.uk/motoring

Następną ważną rzeczą jest sprawdzenie w dokumentacji samochodu, kiedy upływa termin MOT, czyli przeglądu technicznego. Punktów, gdzie możemy dokonać MOT-u, jest bardzo dużo w każdym mieście, koszt to 30 £.

Muszę przyznać, że przeglądy te są wykonywane bardzo dokładnie, wręcz rygorystycznie. W ten sposób bezwzględnie eliminowane są z dróg samochody stanowiące zagrożenie dla ruchu oraz dla środowiska naturalnego, ze względu na emisje spalin.

Samochód odstawiamy na około 5 godzin i jeśli egzamin przebiegł pomyślnie, otrzymujemy świadectwo MOT, które jest ważnym dokumentem.

Jeśli nasze auto nie przeszło przeglądu, dostajemy listę usterek, które musimy usunąć, aby ponownie przystąpić do egzaminu. Do tego czasu samochód nie może brać udziału w ruchu drogowym, a ponieważ w UK prowadzony jest komputerowy system rejestru świadectw MOT, radzę nie ryzykować. Więcej szczegółów na stronie www.motinfo.gov.uk

Wspominałam kiedyś o kamerach drogowych. Otóż te kamery mają wiele zadań m.in. pozwalają policji wrywkowo sprawdzić informacje na temat danego pojazdu. Kodem do systemu jest numer rejestracyjny samochodu. Dlatego policja w UK nie zatrzymuje pojazdów do rutynowej kontroli.

Ostatnią formalnością będzie opłacenie ubezpieczenia pojazdu, które najszybciej można dokonać on-line w internecie, sprawdzając uprzednio koszt, czyli robiąc tzw. quotation. Do ubezpieczenia warto dokupić tzw. Breakdown Cover czyli 24-godzinna pomoc na drodze w razie awarii samochodu. Koszt jest niewielki bo około 40 £/rok.

Firm świadczących tego typu usługi jest bardzo dużo, codziennie widzę jak pomagają komuś na drodze.

W zasadzie im starszy samochód i młodszy wiekiem kierowca, tym wyższe ubezpieczenie. Ubezpieczenie można płacić w ratach miesięcznych.

Po roku bezwypadkowej jazdy otrzymuje się pierwszą zniżkę 35 proc.

W UK istnieje bogata sieć autostrad i dróg szybkiego ruchu, co pozwala nam na szybkie przemieszczanie się. Nawierzchnia dróg jest w bardzo dobrym stanie a roboty drogowe to widok, z którym mamy do czynienia przez cały rok.

Czasami zastanawiam się, co jeszcze można poprawić w nawierzchni, która w moich kategoriach mieści się na pierwszym miejscu!

Podam przykłady cen paliw: 1 litr żółtej to 0.94 £, czerwonej 1.08 £, olej napędowy 1.02 £/ 1 litr.

Myślę, że opisałam Wam najważniejsze aspekty życia w UK, każdy powinien znaleźć coś interesującego dla siebie.

A co u mnie?

Znowu zmieniłam pracę, odeszłam z Kippem House Nursing Home po 6 miesiącach pracy, ponieważ dom został sprzedany dużej, angielskiej firmie posiadającej sieć domów w całej UK.

Było to ogromne zaskoczenie, zarówno dla nas jako pracowników jak i mojej manager. Niepowtarzalny urok gdzieś znikł, starzy pracownicy zaczęli odchodzić a na horyzoncie pojawiła się ciekawa oferta innego nursing home, który oferował lepsze warunki płacowe oraz pracę zarówno dla mnie jak i mojego męża.

Wysłałam więc naszą ofertę, pojechaliliśmy na interview i przyjęliśmy propozycję pracy – ja na stanowisko pielęgniarki, mój mąż na stanowisko handyman.

W ten sposób pracujemy razem, ale musimy dojeżdżać do pracy około 15 minut, rzadko mamy dyżury razem, ponieważ ja mam pracę zmianowa, mąż pracuje tylko od rana, jeździmy więc osobno, w dwa samochody.

Zaczynamy więc myśleć o przeprowadzce, nie przypuszczałam, że tak szybko będę się ponownie przeprowadzać!

Tymczasem przygotowuję się do wizyty mojego brata z rodziną, który postanowił naocznie przekonać się czy rzeczywiście Szkocja jest warta zobaczenia. Ich samolot ląduje w Glasgow, tak więc wszystko zapięte jest już na ostatni guzik, oby tylko pogoda dopisała!

See you by now !

Katarzyna Ciapała

Kadra kierownicza – moje oczekiwania a rzeczywistość

Kilkanaście lat temu, kiedy zaczynałam swoją pracę zawodową miałam nadzieję, że pielęgniarka, położna oddziałowa to osoba, która będzie dla mnie wzorem, mistrzem zawodu do naśladowania. Niestety, przez całą moją karierę zawodową spotkałam tylko jedną taką osobę i to na samym początku mojej drogi zawodowej, będąc jeszcze na praktykach w szkole. Obecnie często uczestniczę w sytuacjach, w których moja wiedza jest rozleglejsza i bardziej merytoryczna niż moich przełożonych. To jest niemiłe doświadczenie. W pracy z chorym zdarza się wiele trudnych sytuacji, które należałoby przedyskutować, w których chciałabym uzyskać jakąś podpowiedź od mistrza zawodu. A tu niestety „głucha” cisza.

Staram się podwyższać moje kwalifikacje i poszerzać swoją wiedzę czytając fachową literaturę, uczestnicząc w kursach, szkoleniach, sympozjach, konferencjach (za własne środki finansowe). A moja kadra kierownicza? Jeśli nawet się szkoli, to swojej wiedzy nie przekazuje osobie pracującej z chorym. Dlaczego? Może nie chce kierować osobami, które będą się lepiej opiekowały pacjentem, może nie potrafi tej wiedzy przekazać, a może będąc na szkoleniach nie słucha lub uważa, że omawiany temat jest nieważny? Do tej pory nie potrafię znaleźć odpowiedzi.

W założeniu pielęgniarka, położna oddziałowa to osoba, która powinna zorganizować pracę podwładnym, codziennie stawiać diagnozę organizacyjną, delegować zadania i zabezpieczyć ich stanowiska we wszystko, co jest potrzebne do opieki nad pacjentem.

I tutaj znów następny problem. Jak często dochodzi do sytuacji, że brakuje np. leków i trzeba je pożyczać. To wcale nie dlatego, że są to leki specjalistyczne, drogie, czy niemożliwe do zdobycia, tylko dlatego, że kierownik nie wyposażył w ten lek naszego stanowiska pracy. Zapomniał? Nie chciało mu się? Albo może nie wie, że taki lek jest w danym oddziale używany, a przecież codziennie rano dużo czasu poświęca na przygotowanie receptariusza. Podobna sytuacja dotyczy różnego rodzaju sprzętu i materiałów medycznych. Jesteśmy zasypywani sprzętem jednego rodzaju i tworzą się jego nadmierne zapasy, a innego potrzebnego do opieki brakuje.

Zastanawiam się jak można realizować się w zarządzaniu z takim planowaniem? Ile jest w tym marnotrawstwa pieniędzy i naszych nerwów?

Popisowym „występem” każdej pielęgniarki, położnej oddziałowej jest „grafik dyżurów”. Ileż to radości i podchodów, aby tak „namieszać” w „grafiku”, żeby personelowi „umilić” pracę, zupełnie bez uwzględnienia umiejętności osób, które muszą wykonywać określone zadania. Najgorzej jeśli już osoby współpracujące w „zmianie” „dotarły się” i zorganizowały sobie optymalny sposób opieki nad pacjentem. Wtedy należy to jak najszybciej zepsuć.

Niektóre pielęgniarki, położne oddziałowe doszły do mistrzostwa w uniemożliwianiu zmian w „grafiku”, w dzieleniu dyżurów pod pozorem wypracowania normy godzin w miesiącu. Są bardzo natarczywe w momencie, w którym potrzebują, aby pracownik pojawił się w pracy na zastępstwo, ale rzadko słuchają próśb pracownika, który z nagłych przyczyn potrzebuje wolne dni od pracy.

Ostatnio dziwnym wydaje się fakt obarczania pielęgniarki, położnej odpowiedzialnej za dyżur obowiązkami należącymi do kadry kierowniczej np. zorganizowanie zastępstwa za koleżankę, która z różnych przyczyn nie stawiała się na dyżur. Obowiązki pielęgniarki, położnej odpowiadającej za dyżur są więc niewspółmiernie większe od obowiązków pielęgniarki, położnej oddziałowej, bo przecież ta ostatnia nie świadczy bezpośredniej opieki nad pacjentem. Nie wspomnę już o czasie, który to zabiera i środkach finansowych, które trzeba wyłożyć na rozmowy telefoniczne.

Czasami nawet harmonogram pracy personelu sam sobie układa i wylicza normę godzin do wypracowania w miesiącu, ponieważ pielęgniarka, położna oddziałowa ma problemy z dodawaniem i odejmowaniem.

Jakiż to nadzór nad pielęgniarkami, położnymi oddziałowymi sprawują pielęgniarki, położne przełożone, a czasami pielęgniarki naczelne, ponieważ nie ma przełożonych, że takie „cuda” dzieją się w oddziałach? A to często od pielęgniarek, położnych przełożonych i pielęgniarek naczelnych zależy zlecenie różnych działań w oddziałach, ich monitorowanie i kontrola.

Dlaczego w pewnej części szpitali i dużej części oddziałów nie wprowadzają dokumentacji koniecznej do prowadzenia procesu pielęgnowania? Pewnie same nie wiedzą co to jest.

Dlaczego nie inicjują rozwiązań mogących usprawnić opiekę nad pacjentem w zakresie obsady, organizacji pracy, szkoleń oraz stwarzania dobrego klimatu i życzliwych stosunków międzyludzkich? Wygląda na to, że momentami same nie wiedzą, co mają robić.

O kształceniu samych siebie to już dawno zapomniały. „Ciężkim” problemem dla nich jest nawet przeczytanie aktów prawnych nakładających im określone obowiązki. Jak mogą je wykonać, skoro nawet o nich nie wiedzą?

Kiedy pracownicy chcąc chronić siebie odmawiają wykonania obowiązków, do których nie mają uprawnień wtedy kierownicy proszą ich, najczęściej jednak im grożą, usiłują ukarać.

Jeśli w takich sprawach żąda się od nich wydania polecenia służbowego na piśmie, to odzywają się w nich resztki instynktu samozachowawczego i bronią się przed tym „rękami i nogami”. Są jednak pamiętliwe i później długo nękają podwładnych za własne błędy.

Wtedy, kiedy mamy kierowników na wszystkich szczeblach zarządzania: pielęgniarka, położna oddziałowa, pielęgniarka, położna przełożona, pielęgniarka naczelna, to wtedy mamy lepszą „zabawę”. Pielęgniarka naczelna – członek dyrekcji, która nie ma „błędego” pojęcia o tym jak pielęgniarstwo i położnictwo ma się rozwijać w jej zakładzie, która działa przeciwko swojemu personelowi, nie robi nic, albo co jest bardziej przykre publicznie się ośmiesza brakiem wiedzy, a wszelkie inicjatywy oddolne ucina w zarodku. Żenujące jednak jest to, że każdy, kto chce z nią rozmawiać musi długo oczekiwać na umówioną „audiencję”, co w jej mniemaniu podnosi rangę piastowanego przez nią stanowiska. Często szybciej można dostać się do gabinetu dyrektorem zakładu na rozmowę.

Cóż jeszcze można powiedzieć o naszej kadrze kierowniczej?

Każdy zespół pielęgniarek i położnych jest tak dobry jak jego najsłabsi członkowie. Niestety tymi najsłabszymi członkami są osoby z kadry kierowniczej, które nie potrafią sprostać oczekiwaniom podległego im personelu pracującego z pacjentem. Jakie są tego przyczyny?

Może ktoś spróbuje na to odpowiedzieć, a może podzieli się podobnymi doświadczeniami i refleksjami, ponieważ jest jeszcze wiele problemów, których nie poruszyłam.

Bardzo proszę o dyskusję na łamach „Biuletynu”.

imię i nazwisko zastrzeżone do wiadomości redakcji

Hipotermia

O hipotermii mówimy, gdy temperatura głęboka ciała spada poniżej 35°C.

W zależności od mierzonej temperatury dzieli się ją na:

- łagodną (35 – 32°C),
- umiarkowaną (32 – 30°C),
- ciężką (poniżej 30°C hipotermii mówimy, gdy temperatura głęboka ciała spada poniżej 35°C).

W zależności od mierzonej temperatury dzieli się ją na:

- łagodną (35 – 32°C),
- umiarkowaną (32 – 30°C),
- ciężką (poniżej 30°C).

Hipotermia może wystąpić u osób ze sprawną termoregulacją, w wyniku narażenia na niską temperaturę otoczenia, w szczególności przy deszczowej i wietrznej pogodzie, bądź też w wyniku zanurzenia w zimnej wodzie. W przypadku osób z upośledzonymi mechanizmami termoregulacji (chodzi tutaj o osoby w wieku podeszłym oraz małe dzieci), hipotermia może rozwinąć się nawet w niezbyt chłodnym otoczeniu.

Ryzyko wystąpienia hipotermii wzrasta również w wyniku spożycia leków, alkoholu, chorób, urazów oraz u osób zaniedbanych.

Należy unikać stwierdzania zgonu u chorego w hipotermii. Niska temperatura ciała może bowiem prowadzić do wystąpienia bardzo wolnego, słabo napiętego, niemiernego tętna i nieoznaczalnego ciśnienia tętniczego krwi. Hipotermia ochrania mózg i ważne dla naszego życia narządy, zaś występujące w jej przebiegu zaburzenia rytmu są potencjalnie odwracalne albo przed, albo w trakcie ogrzania pacjenta. Przy temperaturze głębokiej 18°C mózg może tolerować zatrzymanie krążenia trwające do 10 razy dłużej niż przy 37°C. Poszerzenie źrenic może być spowodowane różnymi czynnikami i nie może być traktowane jako oznaka śmierci. W chwili znalezienia pacjenta w stanie zatrzymania krążenia (ZK) na zewnątrz, w zimny dzień, często trudno jest stwierdzić, czy mamy do czynienia z hipotermią pierwotną, czy też wtórną? Do ZK mogło dojść z powodu hipotermii lub hipotermia pojawiła się po ZK z innych przyczyn, u chorego pierwotnie w normotermii – np. ZK spowodowane chorobą niedokrwienną mięśnia sercowego, które to wystąpiło u pacjenta przebywającego w zimnym otoczeniu.

W przypadkach hipotermii nie wolno stwierdzić zgonu dopóki pacjent nie zostanie ogrzany lub wysiłki mające na celu ogrzanie są nieskuteczne. W powyższej sytuacji konieczne jest znaczne wydłużenie czasu trwania resuscytacji. W przypadku, gdy ZK nastąpiło poza szpitalem można podjąć decyzję o niepodjęciu resuscytacji tylko wtedy, gdy stwierdza się ewidentne śmiertelne obrażenia lub jeśli ciało pacjenta jest zamarznięte, co uniemożliwia prowadzenie skutecznej resuscytacji. Podczas resuscytacji na terenie szpitala należy wykorzystać kliniczną ocenę stanu chorego, by podjąć decyzję o zaprzestaniu resuscytacji. Wszystkie zasady dotyczące zapobiegania NZK, prowadzenia podstawowych (BLS) i zaawansowanych (ALS) zabiegów resuscytacyjnych dotyczą również pacjenta w hipotermii. Nie należy opóźniać procedur ratujących życie (intubacja, czy uzyskanie dostępu naczyniowego). Intubacja może wywołać VF (migotanie komór) u chorych z ciężką hipotermią.

W postępowaniu z pacjentem w hipotermii wykonujemy następujące czynności:

- oczyszczamy i udrażniamy drogi oddechowe, jeśli nie stwierdzimy oddechu, prowadzimy wentylację używając wysokiego stężenia tlenu. Jeżeli jest to tylko możliwe używamy tlenu ogrzanego (40 – 46°C) i nawilżonego. Musimy tutaj rozważyć ostrożne wykonanie intubacji dotchawiczej, oczywiście zgodnie z algorytmem ALS,

- oceniamy tętno na dużych tętnicach, jeśli to możliwe oceniamy też zapis rytmu serca. Wydłużamy czas oceny EKG i poszukiwanie oznak życia do 1 min, zanim stwierdzimy, że doszło u pacjenta do ZK. Jeżeli dysponujemy sondą Dopplerowską używamy ją, by ustalić, czy występuje przepływ krwi w naczyniach. Jeśli stwierdzimy brak tętna natychmiast rozpoczynamy uciskanie klatki piersiowej. Jeżeli mamy jakąkolwiek wątpliwość dotyczącą obecności tętna – rozpoczynamy resuscytację,
- podczas prowadzenia resuscytacji potwierdzamy wystąpienie hipotermii za pomocą termometru umożliwiającego pomiar niskich temperatur. Technika pomiaru temperatury powinna być taka sama w trakcie całej resuscytacji i ogrzewania. Pomiar temperatury można wykonać w przełyku, pęcherzu moczowym, odbytnicy lub na błonie bębenkowej. Częstość wentylacji i uciśnień klatki piersiowej powinna być taka sama jak w postępowaniu z pacjentami w normotermii. Hipotermia może spowodować sztywność ścian klatki piersiowej, utrudniając prowadzenie skutecznej wentylacji i uciśnień klatki piersiowej.

Hipotermia może spowodować, że serce nie zareaguje na leki stosowane podczas resuscytacji, stymulację elektryczną czy też defibrylację. Dochodzi bowiem do zwolnienia metabolizmu leków, co może prowadzić do wystąpienia toksycznego stężenia leków w surowicy podawanych wielokrotnie w czasie resuscytacji. Adrenalina skutecznie może podnosić ciśnienie perfuzji w naczyniach wieńcowych, jednak nie wpływa na przeżycie pacjentów w ciężkiej hipotermii. Skuteczność Amiodaronu również spada u pacjentów w hipotermii. Dlatego też należy wstrzymać się z podaniem adrenaliny i innych leków dopóki nie ogrzeje się chorego do temperatury powyżej 30°C. W chwili, gdy temperatura głęboka osiągnie 30°C należy dwukrotnie wydłużyć czas między kolejnymi dawkami leków. Takie postępowanie utrzymuje się do momentu przywrócenia prawidłowej temperatury ciała, kiedy rozpoczyna się podawanie leków w standardowych odstępach czasu.

Należy mieć na uwadze, że powinno się wykluczyć inne pierwotne przyczyny zatrzymania krążenia, np. przedawkowanie leków, uraz, niedoczynność tarczycy.

Wraz ze spadkiem temperatury bradykardia przechodzi w migotanie przedsionków (AF), następnie w migotanie komór (VF), prowadząc do pojawienia się asystolii. Trzeba postępować zgodnie ze standardowymi procedurami.

Chory z ZK będący w ciężkiej hipotermii (temperatura głęboka poniżej 30°C) na terenie szpitala winien być szybko ogrzany przy wykorzystaniu czynnych technik ogrzewania wewnętrznego. Zaburzenia rytmu inne niż VF mają tendencję do ustępowania wraz ze wzrostem temperatury głębokiej, zwykle nie wymagają natychmiastowego leczenia.

W ciężkiej hipotermii bradykardia może być fizjologicznym zjawiskiem. W sytuacji takiej stymulacja elektryczna nie jest zalecana, chyba że bradykardia utrzymuje się mimo ogrzewania pacjenta.

Nie ma określonej temperatury po osiągnięciu której należałoby rozpocząć wykonywanie defibrylacji oraz częstość wykonywania tejże procedury. AED można używać u chorych w hipotermii, jeśli urządzenie rozpozna VF, należy wykonać defibrylację.

Jeśli VF (migotanie komór)/VT (częstoskurcz komorowy) nadal utrzymuje się po wykonaniu 3 defibrylacji, kolejne można wykonać dopiero po ogrzaniu pacjenta do temperatury powyżej 30°C.

Jeżeli jest używane AED, należy postępować wg jego poleceń przy jednoczesnym ogrzewaniu pacjenta.

Jeśli chodzi o ogrzewanie pacjenta w hipotermii, to podstawowe działania obejmują:

- usunięcie poszkodowanego z zimnego otoczenia,
- zapobieganie dalszej utracie ciepła,
- szybki transport do szpitala.

Należy rozebrać chorego z mokrego, zimnego ubrania, jak najszybciej osuszyć i okryć go kocami.

Techniki ogrzewania można podzielić na:

- bierne zewnętrzne,
- czynne zewnętrzne i wewnętrzne.

Ogrzewanie bierne możemy uzyskać za pomocą koców, przeniesienia poszkodowanego do ciepłego pomieszczenia. Takie techniki są skuteczne u chorych przytomnych w łagodnej hipotermii.

Techniki ogrzewania czynnego są niezbędne w przypadkach ciężkiej hipotermii lub ZK. Zastosowanie ich nie powinno jednak opóźnić transportu chorego do szpitala, gdzie możliwe jest wykorzystanie bardziej zaawansowanych technik ogrzewania.

Wentylacja mechaniczna za pomocą ogrzanego powietrza wraz z podawaniem ciepłych płynów są skuteczne w leczeniu pacjentów w ciężkiej hipotermii z zachowanym krążeniem. Innymi technikami czynnego ogrzewania są zastosowanie ciepłej wilgotnej mieszaniny oddechowej, płukanie ciepłymi płynami o temperaturze 40⁰C żołądka, jamy otrzewnej, jamy opłucnej lub pęcherza moczowego oraz techniki zewnętrznego ogrzewania krwi.

W przypadku chorych z ZK i hipotermią zastosowanie krążenia pozaustrojowego jest metodą z wyboru, która ma na celu ogrzanie pacjenta. Metoda ta zapewnia nie tylko ogrzewanie, ale też natlenowanie i wymuszenie krążenia krwi. Dzięki temu można stopniowo podnosić temperaturę głęboką pacjenta.

Podczas ogrzewania chory wymaga przetaczania dużych objętości płynów z powodu poszerzenia naczyń, jak też wzrostu objętości łożyska naczyniowego. Zawsze należy ogrzewać płyny, stale kontrolować parametry hemodynamiczne pacjenta. Jeśli to możliwe leczenie winno odbywać się w warunkach intensywnej terapii. Należy unikać wystąpienia hipertermii w trakcie i po zakończeniu ogrzewania. Jeśli dojdzie do przywrócenia krążenia należy stosować standardowe zalecenia w zakresie opieki poresuscytacyjnej. Dotyczy to również utrzymania umiarkowanej hipotermii w okresie po przywróceniu krążenia.

Literatura:

1. Soar J. (red): Wytyczne 2005 resuscytacji krążeniowo-oddechowej. PRR, Kraków 2005.

mgr Magdalena Miazek

pielęgniarka, Szpitalny Oddział Ratunkowy WSS im. M. Kopernika w ŁodziC).

Hipotermia może wystąpić u osób ze sprawną termoregulacją,

w wyniku narażenia na niską temperaturę otoczenia, w szczególności przy deszczowej i wietrznej pogodzie, bądź też w wyniku zanurzenia w zimnej wodzie. W przypadku osób z upośledzonymi mechanizmami termoregulacji (chodzi tutaj o osoby w wieku podeszłym oraz małe dzieci), hipotermia może rozwinąć się nawet w niezbyt chłodnym otoczeniu.

Ryzyko wystąpienia hipotermii wzrasta również w wyniku spożycia leków, alkoholu, chorób, urazów oraz u osób zaniedbanych.

Należy unikać stwierdzania zgonu u chorego w hipotermii. Niska temperatura ciała może bowiem prowadzić do wystąpienia bardzo wolnego, słabo napiętego, niemiernego tętna i nieoznaczalnego ciśnienia tętniczego krwi. Hipotermia ochrania mózg i ważne dla naszego życia narządy, zaś występujące w jej przebiegu zaburzenia rytmu są potencjalnie odwracalne albo przed, albo w trakcie ogrzania pacjenta. Przy temperaturze głębokiej 180C mózg może tolerować zatrzymanie krążenia trwające do 10 razy dłużej niż przy 370C. Poszerzenie źrenic może być spowodowane różnymi czynnikami i nie może być traktowane jako oznaka śmierci. W chwili znalezienia pacjenta w stanie zatrzymania krążenia (ZK) na zewnątrz, w zimny dzień, często trudno jest stwierdzić, czy mamy do czynienia z hipotermią pierwotną, czy też wtórną? Do ZK mogło dojść z powodu hipotermii lub hipotermia pojawiła się po ZK z innych

przyczyn, u chorego pierwotnie w normotermii – np. ZK spowodowane chorobą niedokrwienną mięśnia sercowego, które to wystąpiło u pacjenta przebywającego w zimnym otoczeniu.

W przypadkach hipotermii nie wolno stwierdzić zgonu dopóki pacjent nie zostanie ogrzany lub wysiłki mające na celu ogrzanie są nieskuteczne. W powyższej sytuacji konieczne jest znaczne wydłużenie czasu trwania resuscytacji. W przypadku, gdy ZK nastąpiło poza szpitalem można podjąć decyzję o niepodjęciu resuscytacji tylko wtedy, gdy stwierdza się ewidentne śmiertelne obrażenia lub jeśli ciało pacjenta jest zamrożone, co uniemożliwia prowadzenie skutecznej resuscytacji. Podczas resuscytacji na terenie szpitala należy wykorzystać kliniczną ocenę stanu chorego, by podjąć decyzję o zaprzestaniu resuscytacji. Wszystkie zasady dotyczące zapobiegania NZK, prowadzenia podstawowych (BLS) i zaawansowanych (ALS) zabiegów resuscytacyjnych dotyczą również pacjenta w hipotermii. Nie należy opóźniać procedur ratujących życie (intubacja, czy uzyskanie dostępu naczyniowego). Intubacja może wywołać VF (migotanie komór) u chorych z ciężką hipotermią.

W postępowaniu z pacjentem w hipotermii wykonujemy następujące czynności:

- oczyszczamy i udrażniamy drogi oddechowe, jeśli nie stwierdzimy oddechu, prowadzimy wentylację używając wysokiego stężenia tlenu. Jeżeli jest to tylko możliwe używamy tlenu ogrzanego (40 – 46°C) i nawilżonego. Musimy tutaj rozważyć ostrożne wykonanie intubacji dotchawiczej, oczywiście zgodnie z algorytmem ALS,
- oceniamy tętno na dużych tętnicach, jeśli to możliwe oceniamy też zapis rytmu serca. Wydłużamy czas oceny EKG i poszukiwanie oznak życia do 1 min, zanim stwierdzimy, że doszło u pacjenta do ZK. Jeżeli dysponujemy sondą Dopplerowską używamy ją, by ustalić, czy występuje przepływ krwi w naczyniach. Jeśli stwierdzimy brak tętna natychmiast rozpoczynamy uciskanie klatki piersiowej. Jeżeli mamy jakąkolwiek wątpliwość dotyczącą obecności tętna – rozpoczynamy resuscytację,
- podczas prowadzenia resuscytacji potwierdzamy wystąpienie hipotermii za pomocą termometru umożliwiającego pomiar niskich temperatur. Technika pomiaru temperatury powinna być taka sama w trakcie całej resuscytacji i ogrzewania. Pomiar temperatury można wykonać w przełyku, pęcherzu moczowym, odbytnicy lub na błonie bębenkowej. Częstość wentylacji i uciśnień klatki piersiowej powinna być taka sama jak w postępowaniu z pacjentami w normotermii. Hipotermia może spowodować sztywność ścian klatki piersiowej, utrudniając prowadzenie skutecznej wentylacji i uciśnień klatki piersiowej.

Hipotermia może spowodować, że serce nie zareaguje na leki stosowane podczas resuscytacji, stymulację elektryczną czy też defibrylację. Dochodzi bowiem do zwolnienia metabolizmu leków, co może prowadzić do wystąpienia toksycznego stężenia leków w surowicy podawanych wielokrotnie w czasie resuscytacji. Adrenalina skutecznie może podnosić ciśnienie perfuzji w naczyniach wieńcowych, jednak nie wpływa na przeżycie pacjentów w ciężkiej hipotermii. Skuteczność Amiodaronu również spada u pacjentów w hipotermii. Dlatego też należy wstrzymać się z podaniem adrenaliny i innych leków dopóki nie ogrzeje się chorego do temperatury powyżej 30°C. W chwili, gdy temperatura głęboka osiągnie 30°C należy dwukrotnie wydłużyć czas między kolejnymi dawkami leków. Takie postępowanie utrzymuje się do momentu przywrócenia prawidłowej temperatury ciała, kiedy rozpoczyna się podawanie leków w standardowych odstępach czasu.

Należy mieć na uwadze, że powinno się wykluczyć inne pierwotne przyczyny zatrzymania krążenia, np. przedawkowanie leków, uraz, niedoczynność tarczycy.

Wraz ze spadkiem temperatury bradykardia przechodzi w migotanie przedsionków (AF), następnie w migotanie komór (VF), prowadząc do pojawienia się asystolii. Trzeba postępować zgodnie ze standardowymi procedurami.

Chory z ZK będący w ciężkiej hipotermii (temperatura głęboka poniżej 30°C) na terenie szpitala winien być szybko ogrzany przy wykorzystaniu czynnych technik ogrzania wewnętrznego. Zaburzenia rytmu inne niż VF mają tendencję do ustępowania wraz ze wzrostem temperatury głębokiej, zwykle nie wymagają natychmiastowego leczenia. W ciężkiej hipotermii bradykardia może być fizjologicznym zjawiskiem. W sytuacji takiej stymulacja elektryczna nie jest zalecana, chyba że bradykardia utrzymuje się mimo ogrzania pacjenta.

Nie ma określonej temperatury po osiągnięciu której należałoby rozpocząć wykonywanie defibrylacji oraz częstość wykonywania tejże procedury. AED można używać u chorych w hipotermii, jeśli urządzenie rozpozna VF, należy wykonać defibrylację.

Jeśli VF (migotanie komór)/VT (częstoskurcz komorowy) nadal utrzymuje się po wykonaniu 3 defibrylacji, kolejne można wykonać dopiero po ogrzaniu pacjenta do temperatury powyżej 30°C.

Jeżeli jest używane AED, należy postępować wg jego poleceń przy jednoczesnym ogrzewaniu pacjenta.

Jeśli chodzi o ogrzewanie pacjenta w hipotermii, to podstawowe działania obejmują:

- usunięcie uszkodzonego z zimnego otoczenia,
- zapobieganie dalszej utracie ciepła,
- szybki transport do szpitala.

Należy rozebrać chorego z mokrego, zimnego ubrania, jak najszybciej osuszyć i okryć go kocami.

Techniki ogrzewania można podzielić na:

- bierne zewnętrzne,
- czynne zewnętrzne i wewnętrzne.

Ogrzewanie bierne możemy uzyskać za pomocą koców, przeniesienia uszkodzonego do ciepłego pomieszczenia. Takie techniki są skuteczne u chorych przytomnych w łagodnej hipotermii.

Techniki ogrzewania czynnego są niezbędne w przypadkach ciężkiej hipotermii lub ZK. Zastosowanie ich nie powinno jednak opóźnić transportu chorego do szpitala, gdzie możliwe jest wykorzystanie bardziej zaawansowanych technik ogrzewania.

Wentylacja mechaniczna za pomocą ogrzanego powietrza wraz z podawaniem ciepłych płynów są skuteczne w leczeniu pacjentów w ciężkiej hipotermii z zachowanym krążeniem. Innymi technikami czynnego ogrzewania są zastosowanie ciepłej wilgotnej mieszaniny oddechowej, płukanie ciepłymi płynami o temperaturze 40°C żołądka, jamy otrzewnej, jamy opłucnej lub pęcherza moczowego oraz techniki zewnętrznego ogrzewania krwi.

W przypadku chorych z ZK i hipotermią zastosowanie krążenia pozaustrojowego jest metodą z wyboru, która ma na celu ogrzanie pacjenta. Metoda ta zapewnia nie tylko ogrzewanie, ale też natlenowanie i wymuszenie krążenia krwi. Dzięki temu można stopniowo podnosić temperaturę głęboką pacjenta.

Podczas ogrzewania chory wymaga przetaczania dużych objętości płynów z powodu poszerzenia naczyń, jak też wzrostu objętości łożyska naczyniowego. Zawsze należy ogrzewać płyny, stale kontrolować parametry hemodynamiczne pacjenta. Jeśli to możliwe leczenie winno odbywać się w warunkach intensywnej terapii. Należy unikać wystąpienia hipertermii w trakcie i po zakończeniu ogrzewania. Jeśli dojdzie do przywrócenia krążenia należy stosować standardowe zalecenia w zakresie opieki poresuscytacyjnej. Dotyczy to również utrzymania umiarkowanej hipotermii w okresie po przywróceniu krążenia.

Literatura:

1. Soar J. (red): Wytyczne 2005 resuscytacji krążeniowo-oddechowej. PRR, Kraków 2005.

mgr Magdalena Miazek
pielęgniarka, Szpitalny Oddział Ratunkowy WSS im. M. Kopernika w Łodzi

Dziecko nadpobudliwe psychoruchowo

Pojęcie i klasyfikacja nadpobudliwości psychoruchowej

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej opisywany w Polsce już w latach sześćdziesiątych do dziś stanowi przedmiot dociekań naukowców. Dla badaczy szczególnie interesujące jest to, w jaki sposób człowiek, który jest istotą społeczną może funkcjonować z ograniczoną zdolnością do wewnętrznej kontroli i hamowania oraz co, jest tego przyczyną.

Zjawisko nadpobudliwości znane jest na świecie od ponad 140 lat. Jednak nie zawsze posługiwano się tymi samymi określeniami opisując charakterystyczną triadę objawów: problem z utrzymaniem uwagi, z kontrolą impulsywności oraz nadmierną ruchliwością.

W ciągu kilkunastu lat używano między innymi następujących terminów:

- zespół nadpobudliwości psychoruchowej,
- zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi,
- zespół hiperkinetyczny wieku dziecięcego,
- zespół nadpobudliwości,
- zespół minimalnego uszkodzenia mózgu,
- zaburzenia z deficytem uwagi i hiperaktywnością,
- wczesnodziecięcy zespół psychoorganiczny,
- postać nerwowości dziecięcej,
- deficyt uwagi,
- „nadpobudliwość” dziecięca,
- niespokojne dzieci,
- ZDUN – zespół deficytu uwagi i nadpobudliwości,
- ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej i zaburzeń koncentracji uwagi.

Obecnie w piśmiennictwie światowym oficjalnie używane są dwie nazwy:

- zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi, czyli Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)
- oraz „zespół hiperkinetyczny lub zaburzenia hiperkinetyczne” czyli Hiperkinetic Disorder.

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej określony w piśmiennictwie jako „zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi” lub zaburzenia hiperkinetyczne, to grupa zaburzeń charakteryzujących się „wczesnym początkiem (zazwyczaj w pierwszych pięciu latach życia) brakiem wytrwałości w realizacji zadań, wymagających zaangażowania poznawczego, tendencje do przechodzenia od jednej aktywności do drugiej, bez ukończenia żadnego z nich oraz zdeorganizowaną lub słabo kontrolowaną nadmierną aktywnością.

W obecnie obowiązujących międzynarodowych klasyfikacjach zaburzeń zdrowia psychicznego, nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci zaliczana jest do grupy zaburzeń związanych z zachowaniami destrukcyjnymi, bądź do grupy określanej jako „zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie wieku młodzieńczym” (F 90 – F 98). W obu wymienionych klasyfikacjach, nadpobudliwość nie jest traktowana jako zaburzenie emocjonalne, gdyż te charakteryzują przeżywanie silnych, wpływających na zachowanie dziecka uczuć typu: lęk, strach lub głęboki smutek.

Przyczyną umieszczenia nadpobudliwości psychoruchowej u dzieci w oddzielnej grupie „zaburzenia zachowania” jest bez wątpienia fakt, iż w świetle ostatnich badań, znaczny procent dzieci przejawiających zachowania nadpobudliwe, posiada w swej historii żywe epizody zachowań niszczycielskich, agresywnych i łamiących normy prawne”.

Drugą znaczącą grupą zachowań rozwijających się na podłożu syndromu nadpobudliwości psychoruchowej u dzieci są zachowania i reakcje nerwicowe. Objawy uważane za wyraz zaburzeń nerwicowych takie jak: zaburzenia snu, lęki, moczenie się, jękanie, natręctwa, tiki,

onanizm itp., wynikają podobnie jak nadpobudliwość z zaburzonej równowagi procesów nerwowych.

Etiologia występowania nadpobudliwości psychoruchowej

Etiologia występowania zespołu nadpobudliwości, mimo wielu badań wciąż pozostaje niewyjaśniona do końca.

W literaturze przedmiotu wskazuje się na trzy zasadnicze grupy występowania przyczyn nadpobudliwości dzieci:

- typ układu nerwowego (jako podłoże temperamentu),
- zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego,
- czynniki społeczno-wychowawcze.

Obecnie jednak wysunięto hipotezę, że zespół nadpobudliwości psychoruchowej jest zaburzeniem przekazywanym z pokolenia na pokolenie, czyli uwarunkowanym genetycznie i pojawia się tam, gdzie doszło do zaburzenia dojrzewania struktur układu nerwowego.

Podstawowymi parametrami układu nerwowego, które odgrywają istotną rolę w rozwoju emocjonalnym, poznawczym i społecznym dziecka są: siła, równowaga i ruchliwość procesów nerwowych.

Najbardziej niekorzystny z punktu widzenia możliwości występowania zaburzeń u dzieci, wydaje się taki zespół cech układu nerwowego, w którym istnieje znaczna przewaga procesów pobudzenia nad hamowaniem (zakłócenie procesów równowagi układu nerwowego), przy dużej sile i ruchliwości. Prowadzi to do wrażliwej (typ silny) predyspozycji do powstawania objawów np. nadpobudliwości psychoruchowej lub reakcji nerwowych. Sam temperament nie staje się przyczyną zaburzeń czy źródłem trudności wychowawczych. Stopień prawdopodobieństwa powstania zaburzeń w zachowaniu zależy od cech temperamentu o tyle, o ile oddziaływanie wychowawcze czy nawet, szerzej biorąc środowiskowe, są niezgodne albo pozostają w sprzeczności z posiadanymi cechami temperamentu jednostki.

Temperamentalne czynniki ryzyka, które w interakcji z innymi zmiennymi (środowisko społeczne, postępowanie wychowawcze, różne sytuacje itp.) zwiększają prawdopodobieństwo rozwoju zaburzeń, czy anomalii w zachowaniu lub prowadzą do rozwoju źle przystosowanej osobowości.

Badania przeprowadzone przez H. Nartowską wykazały, że u dzieci 7-10 letnich, które cechowała nadpobudliwość psychofizyczna, w 81 proc. przypadków działały czynniki mogące uszkodzić ośrodkowy układ nerwowy w okresie życia płodowego, w czasie porodu lub po urodzeniu dziecka, a u 83 proc. stwierdzono natomiast fragmentaryczne zaburzenia rozwojowe współwystępujące z nadpobudliwością.

Do czynników działających w okresie płodowym należą:

- embriopatie wirusowe, a więc zaburzenia rozwojowe wywołane infekcją wirusową, przebytą przez dziecko w łonie matki (grypa, żółtaczkę zakaźną, odra, świnka, różyczka, toksoplazmoza),
- zatrucia spowodowane piciem alkoholu w czasie ciąży, paleniem papierosów, przyjmowaniem nieobjętych leków nasennych, uspokajających czy znieczulających oraz leków stosowanych w celu usunięcia ciąży,
- przebyte przez matkę zatrucia ciążowe lub zatrucia pokarmowe,
- niewłaściwe odżywianie się matki, zwłaszcza brak witaminy A i B2 oraz niedostateczna ilość pokarmów białkowych,

– urazy mechaniczne np. nieudane próby usunięcia ciąży, nieszczęśliwe upadki lub uderzenia w brzuch połączone z krwawieniem lub krwotokiem powodując odklejenie łożyska od ścianki macicy,

– niedotlenienie płodu spowodowane chorobami krążenia u matki.

Układ nerwowy u dziecka może zupełnie prawidłowo rozwijać się w okresie płodowym, natomiast zostać uszkodzony w czasie porodu. Do najczęstszych przyczyn uszkodzenia nabytego przez dziecko w czasie porodu należą z jednej strony urazy czaszki spowodowane dysproporcją między wymiarami kości miednicy kobiety rodzącej a główką płodu, z drugiej zaś – zaburzenia w krążeniu płodowym w czasie akcji porodowej np. okręcenie się pępowiny wokół szyjki płodu. Ponadto poród przedłużający się, poród przedwczesny czy też tzw. zamartwica stanowią czynniki etiologiczne zaburzeń.

Uszkodzenie układu nerwowego może powstać po urodzeniu dziecka na skutek urazów czaszki połączonych w wstrząsami mózgu oraz chorób infekcyjnych. Uszkodzenie to może powstać na skutek przebytego przez dziecko zapalenia mózgu lub opon mózgowych (zwłaszcza w pierwszych latach życia), a także chorób zakaźnych o ciężkim przebiegu, z wysoką temperaturą i drgawkami. W wyniku ich zaistnienia może, ale nie musi i nie zawsze następuje uszkodzenie. W niektórych przypadkach jest ono wykrywalne dzięki badaniom lekarskim (neurologicznym, laboratoryjnym,) często jednak wnioskuje się o nim tylko na podstawie działania czynników uszkadzających oraz występowania zaburzeń w rozwoju dziecka. Objawy zaburzeń nie zawsze pojawiają się od razu, czasem dają się zauważyć dopiero po kilku latach, i to w formie dyskretnej, toteż początkowo nie niepokoją otoczenia dziecka. Kiedy zaś ulegają nasileniu, niełatwo już poradzić sobie z nimi.

Zaburzenia funkcji układu nerwowego spowodowane uszkodzeniem zdaniem mają negatywny wpływ na rozwój dziecka. Skutki tego wpływu można częściowo zmniejszyć, jeśli zapewni się dziecku odpowiednie warunki środowiskowe i zastosuje właściwe oddziaływanie wychowawcze. I odwrotnie – niekorzystna sytuacja rodzinna i szkolna, niewłaściwy system wychowawczy mogą doprowadzić do poważnych zaburzeń u dziecka, którego układ nerwowy nie jest uszkodzony i początkowo rozwija się prawidłowo.

Najlepszym środowiskiem rozwoju małego dziecka jest jego środowisko rodzinne, które działa nie tylko poprzez bezpośredni stosunek do dziecka, ale również poprzez całą atmosferę domu rodzinnego oraz stosunków między nimi. Szkodliwe efekty przynosi przede wszystkim wychowanie niekonsekwentne lub wychowanie rygorystyczne.

Niekiedy do zaburzeń układu nerwowego, do powstania nadpobudliwości mogą przyczynić się trudne warunki obiektywne, w jakich wychowuje się zwłaszcza małe dziecko. Wymienia tutaj takie czynniki jak: brak własnego pokoju, ciągły gwar, pośpiech, nadmierna liczba silnych bodźców, brak możliwości spokojnego odpoczynku. Większość tych kłopotów powstaje wówczas, kiedy rodzina nie potrafi prawidłowo zorganizować środowiska wychowawczego, kiedy brak właściwej organizacji życia i kontroli nad dzieckiem.

Kolejnym źródłem powstawania zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci są relacje dziecka i atmosfera panująca w środowisku pozarodzinnym, w którym dziecko spędza znaczną ilość czasu. Są to głównie przedszkole i szkoła. Problem ten jest najczęściej zauważany właśnie dopiero w pierwszych latach nauki dziecka w szkole, kiedy nauczyciel nie radzi sobie ze wzmoczoną pobudliwością ruchową na przerwach lub w klasie czy z silnymi, nieadekwatnymi reakcjami emocjonalnymi na stosunkowo neutralne bodźce otoczenia. Reakcje między uczniem a nauczycielem oraz między uczniem a kolegami bywają źródłem urazów, które w efekcie mogą stać się przyczynami lub wzmocnić istniejące już zaburzenia emocjonalne.

Zachowanie dziecka nadpobudliwego jest kłopotliwe i męczące zarówno dla nauczycieli jak i kolegów. Negatywny stosunek nauczyciela do ucznia, nadmierne wymagania stawiane dziecku czy z drugiej strony odrzucenie dziecka przez grupę rówieśniczą powodują, że

„dzieci te mają niemal ciągłą frustrowaną potrzebę akceptacji i zablokowaną możliwość uzyskania sukcesów społecznych”. Dzieci te nie mają koleżanek i kolegów – nie mogą więc nawiązać przyjaźni czy bliskich więzi koleżeńskich. Wywiera to negatywny wpływ na rozwój społeczny i rozwój uczuciowości wyższej. Niskie poczucie własnej wartości oraz brak pozytywnych doświadczeń w kontaktach z innymi dziećmi potęgują poczucie odrzucenia i prowadzi do podejmowania coraz bardziej ryzykownych zachowań w dążeniu do zyskania akceptacji rówieśników. Nie znajdując jej w swej grupie rówieśniczej mogą zacząć jej szukać w innym środowisku, w aktywności nie aprobowanej społecznie (konflikty z prawem, kradzieże, uzależnienia). Większe ryzyko popełnienia samobójstwa u około 25 proc. dzieci z zespołem hiperkinetycznym rozwija się na jego podłożu w okresie dojrzewania i w wieku dorosłym osobowość o cechach antyspołecznych.

Nowe możliwości diagnostyczne, postęp w radiologii, biologii molekularnej i genetyce spowodowały, że wysunięto hipotezę, że ADHD ma podłoże genetyczne. Za tą hipotezą przemawiają wyniki badań nad rodzinami dzieci nadpobudliwych, w którym częściej występuje nie tylko nadpobudliwość, ale także różne zaburzenia będące wynikiem zaburzonej kontroli popędów (np. zaburzenia lękowe, zaburzenie nastroju, depresja czy uzależnienie od alkoholu).

W chwili obecnej uważa się raczej, że zespół hiperkinetyczny dziedziczony jest wielogenowo, to znaczy, że w naszym materiale genetycznym nie ma jednego odpowiedzialnego genu za powstawanie ADHD. W badaniach naukowych stwierdzono, że geny odpowiedzialne za powstawanie zespołu nadpobudliwości wpływają między innymi na aktywność procesów zachodzących w korze czołowej i przedczołowej obu półkul mózgowych oraz w jądrach podkorowych. W proces przyswajania informacji przez nasz umysł zaangażowane są mechanizmy analizy i syntezy. W wielu badaniach, w których oceniano budowę i pracę mózgu okazało się, że osoby cierpiące z powodu ADHD mogą mieć specyficzne wzorce przetwarzania informacji. Dotyczy to zwłaszcza pracy kory przedczołowej mózgu, struktur podkorowych, spoidła wielkiego oraz mózdzku. Wzorce te wydają się odpowiedzialne za powstawanie u dzieci objawów nadpobudliwości. Obszary mózgu odpowiedzialne za kojarzenie słuchowych i wzrokowych informacji funkcjonują inaczej u dzieci nadpobudliwych. Sugeruje to, że są bombardowane niepotrzebnymi, nieodfiltrowanymi informacjami.

W badaniach genetycznych, których wyniki opublikowano w połowie lat 90 stwierdzono, że u osób z ADHD istnieje zaburzona równowaga pomiędzy dwoma podstawowymi neurotransmiterami (hormonami mózgowymi) – noradrenaliną i dopaminą. Właściwy poziom dopaminy odpowiada za stan gotowości do odbioru i przetwarzania danej informacji, a także za ciągłą zdolność naszego umysłu do koncentrowania się na jednym wybranym bodźcu.

Noradrenalina natomiast

pozwala na szybkie rozpoznanie bodźca, który może być zagrożeniem i mobilizuje organizm na działania. Pomaga skupić się na wszystkim, co jest nowe lub niezwykle. Obecnie naukowcy uważają, że niedobór noradrenaliny może powodować niedocenianie zagrożenia, nadmiar zaś sprawia, że organizm pozostaje w stanie ciągłego pobudzenia. Obie te sytuacje mogą zachodzić u dziecka z ADHD.

Należy również wspomnieć o innym neuroprzekaźniku o serotoninie odpowiadającym za regulację naszego nastroju. Odpowiada za zadowolenie, prawidłowy rytm snu, pozytywne myślenie, dotrzymywanie terminów, ale także za kontrolę zachowań. U osób bardzo impulsywnych stwierdzono często niedobory serotoniny.

Chociaż dobrze znamy działania neurotransmiterów, ciągle pozostaje zagadką, w jaki sposób wpływają one na przetwarzanie informacji w mózgu, a przez to, w jaki sposób kierują naszym zachowaniem.

Diagnozowanie nadpobudliwości psychoruchowej

Dzieci nadpobudliwe psychoruchowo wyróżniają się określonym zespołem cech zachowania. Używając terminu nadpobudliwość psychoruchowa podkreśla się, że dotyczy on zarówno sfery ruchowej jak i psychicznej.

Nadpobudliwość przejawia się w postaci wzmożonego pobudzenia ruchowego, w nadmiernej reaktywności emocjonalnej oraz w specyficznych zaburzeniach funkcji poznawczych, głównie w postaci zaburzeń uwagi.

O zespole nadpobudliwości psychoruchowej mówimy tylko wtedy, gdy objawy te są niewspółmiernie do wieku i poziomu rozwoju dziecka, a także stają się źródłem wyraźnych niepowodzeń w domu i w szkole, niekorzystnie wpływają na życie rodzinne, naukę i rozwój dziecka.

Zgodnie z klasyfikacją dziecięcych i młodzieżowych chorób psychicznych w wersji DSM-III-R z 1987 roku oraz DSM-IV-R z 1994 roku zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi cechują następujące kliniczne kryteria:

Klasyfikacja DSM-IV

A. (1) Sześć lub więcej z podanych poniżej objawów zaburzeń koncentracji uwagi musi utrzymywać się przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu utrudniającym adaptację (funkcjonowanie) dziecka bądź w stopniu niewspółmiernym do jego rozwoju.

Zaburzenia koncentracji uwagi:

- (dziecko) nie jest w stanie skoncentrować się na szczegółach podczas zajęć szkolnych, pracy lub w czasie wykonywanych innych czynności? Popelnia błędy wynikające z niedbałości,
- często ma trudności z utrzymaniem uwagi na zadaniach i grach,
- często wydaje się, nie słuchać tego co się do niego mówi,
- często nie stosuje się do podawanych kolejno instrukcji i ma kłopoty z dokończeniem zadań szkolnych i wypełnianiem codziennych obowiązków, jednak nie z powodu przeciwstawiania się lub niezrozumienia instrukcji,
- często ma trudności z zorganizowaniem sobie pracy lub innych zajęć,
- nie lubi, ociąga się lub unika rozpoczęcia zajęć wymagających dłuższego wysiłku umysłowego – jak nauka szkolna lub odrabianie zajęć domowych,
- często gubi rzeczy niezbędne do pracy lub innych zajęć np.: zabawki, przybory szkolne, ołówki, książki, narzędzia,
- łatwo rozprasza się pod wpływem zewnętrznych bodźców,
- często zapomina o różnych codziennych sprawach.

(2) Sześć lub więcej z podanych poniżej objawów nadruchliwości i impulsywności (nadpobudliwości psychoruchowej) musi się utrzymywać przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu utrudniającym adaptację (funkcjonowanie) dziecka bądź w stopniu niewspółmiernym do jego rozwoju.

Nadruchliwość:

- (dziecko) ma często nerwowe ruchy rąk lub stóp bądź nie jest w stanie usiedzieć w miejscu,
- wstaje z miejsca w czasie lekcji lub w innych sytuacjach wymagających spokojnego siedzenia,
- często chodzi po pomieszczeniu lub wspina się na meble w sytuacjach, gdy jest to zachowanie niewłaściwe – w szkole, w pracy, w domu,

- często ma trudności ze spokojnym bawieniem się lub odpoczynkiem,
- często jest w ruchu; „biega jak nakręcone”,
- często jest gadatliwe.

Impulsywność

- często wyrywa się z odpowiedzią zanim pytanie zostanie sformułowane w całości,
- często ma kłopoty z zaczekaniem na swoją kolej,
- często przerywa lub przeszkadza innym (np. wtrąca się do rozmowy lub zabawy).

B. Niektóre upośledzające funkcjonowanie dziecka objawy zaburzeń koncentracji uwagi lub nadpobudliwości psychoruchowej (nadruchliwości, impulsywności) ujawniły się przed 7 rokiem życia dziecka.

C. Upośledzenie funkcjonowania dziecka spowodowane tymi objawami występuje w dwóch lub więcej sytuacjach (np. w szkole i w domu).

D. Stwierdza się klinicznie istotne upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub szkolnego (w zakresie edukacji).

E. Objawy u dziecka nie występują w przebiegu przetrwałych zaburzeń rozwojowych, schizofrenii lub innych psychoz i nie można ich trafniej uznać za objawy innego zaburzenia psychicznego (np. zaburzeń nastroju, lękowych, dysocjacyjnych lub nieprawidłowej osobowości).

ICD-10

Badawcze kryteria diagnostyczne

Rozpoznanie zaburzeń hiperkinetycznych do celów badawczych wymaga wyraźnego stwierdzenia wyraźnie nieprawidłowego nasilenia zaburzeń uwagi, nadmiernej aktywności i niepokoju, które wzmagają się w różnych sytuacjach i utrzymują się w czasie, a które nie są spowodowane przez inne zaburzenia, takie jak autyzm i zaburzenia afektywne.

G1. Brak uwagi

Co najmniej 6 z następujących objawów braku uwagi utrzymywało się przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu prowadzącym do nieprzystosowania lub niezgodnych z poziomem rozwoju dziecka.

Częste niezwracanie bliższej uwagi na szczegóły lub częste beztroskie w pracy szkolnej, pracy lub w innych czynnościach.

Częste niepowodzenia w utrzymaniu uwagi na zadaniach lub czynnościach związanych z zabawą,

Częste niepowodzenia w postępowaniu według instrukcji albo w kończeniu pracy szkolnej, pomocy w domu lub obowiązków w miejscu pracy (ale nie z powodu zachowania opozycyjnego, ani niezrozumienia poleceń),

Częste unikanie lub silna niechęć do takich zadań, jak praca domowa wymagająca wytrwałego wysiłku umysłowego,

Częste gubienie rzeczy niezbędnych do niektórych zadań lub czynności, jak wyposażenie szkolne, ołówki, książki lub narzędzia,

Często łatwa odwracalność uwagi przez zewnętrzne bodźce,

Częste zapominanie w toku codziennej aktywności.

G2. Nadmierna aktywność

Co najmniej trzy z następujących objawów nadmiernej aktywności utrzymywały się przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu prowadzącym do nieprzystosowania lub niezgodnym z poziomem rozwoju dziecka:

- często niespokojnie porusza rękoma lub stopami albo wierci się na krześle,
- opuszcza siedzenie w klasie lub w innych sytuacjach, w których oczekiwane jest utrzymanie pozycji siedzącej,
- często nadmiernie rozbieganie lub wtrącanie się w sytuacjach, w których jest to niewłaściwe (w wieku młodzieńczym lub u dorosłych może występować jedynie poczucie niepokoju),
- często przesadna hałaśliwość w zabawie lub trudność zachowania spokoju w czasie wypoczynku,
- przejawia utrwalony wzorzec nadmiernej aktywności ruchowej, praktycznie nie modyfikowany przez społeczny kontekst i oczekiwania.

G3. Impulsywność

Co najmniej jeden z następujących objawów impulsywności utrzymywał się przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu prowadzącym do nieprzystosowania lub niezgodnym z poziomem rozwoju dziecka:

- często udziela odpowiedzi zanim pytanie jest dokończony,
- często nie umie czekać w kolejce lub doczekać się swej rundy w grach lub innych sytuacjach grupowych,
- często przerywa lub przeszkadza innym (np. wtrąca się do rozmów lub gier innym osobom),
- często wypowiada się nadmiernie bez uwzględnienia ograniczeń społecznych.

G4. Początek zaburzenia

nie później niż w wieku 7 lat

G5. Całościowość

Kryteria są spełnione w więcej niż w jednej sytuacji, np. połączenie braku uwagi i nadaktywność występuje i w szkole, i w domu lub zarówno w szkole, jak i w innych okolicznościach, gdzie dzieci są obserwowane, takich jak klinika (potwierdzenie takiej sytuacji rozpiętości zwykle będzie wymagało informacji z więcej niż jednego źródła, relacje rodziców na temat zachowania w klasie mogą okazać się niewystarczające).

G6. Objawy G1-G3 powodują istotne klinicznie cierpienie lub upośledzenie w zakresie funkcjonowania społecznego, szkolnego lub zawodowego.

G7. Zaburzenie nie spełnia kryteriów całościowych zaburzeń rozwojowych, epizodu maniakalnego, epizodu depresyjnego, ani zaburzeń lękowych.

W klasyfikacji ICD-10 rozpoznajemy zespół hiperkinetyczny, w DSM-IV powinniśmy jeszcze określić podtyp tego zaburzenia. Wyróżniono następujące 3 podtypy zespołu hiperkinetycznego:

- podtyp z przewagą zaburzeń koncentracji uwagi – dziecko nie może się skupić, potrafi natomiast pozostać w bezruchu, jeśli wymaga tego sytuacja,
- podtyp z przewagą nadpobudliwości psychoruchowej, którego aktywność nie wpływa ani sytuacja, ani potrzeba. Odpowiednio zmotywowany potrafi skupić się na dłużej,
- typ mieszany: u dziecka występują zarówno nasilone objawy niepokoju ruchowego, słaba kontrola impulsów oraz objawy zaburzeń koncentracji uwagi.

Znajomość objawów daje nam możliwość różnicowania między dziećmi z zespołem nadpobudliwości a dziećmi trudnymi wychowawczo (nie każde dziecko z ponadprzeciętną aktywnością psychoruchową jest dzieckiem nadpobudliwym).

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej ujawnia się już w okresie niemowlęcym. Niemowlę zachowuje się nieco inaczej niż inne w jego wieku. Więcej płacze, jego pierwsze ruchy są gwałtowne, zaś sen płytki i niespokojny. Najmniejsza niewygoda, wilgotna pieluszka, ucisk koszulki pobudza je do przeraźliwego krzyku, który trwa nieraz kilka godzin. Niezmiernie też często wpada w gniew, płacze, przestaje jeść i trudno znaleźć przyczynę tego ciągłego

niezadowolenia. Przejawia nadwrażliwość i nadpobudliwość wobec wszelkiego rodzaju bodźców. Lekarz uspokaja rodziców, że znaczna ruchliwość i zmienność uczuciowa jest uważana za prawidłowy objaw rozwijającego się dziecka do lat trzech. Gdy zaczyna chodzić i mówić, jest bardzo męczliwe dla dorosłych z najbliższego otoczenia, ale te wszystkie niby odchylenia od normy są prawidłowością a aspekcie psychosomatycznym, bo ich celem jest szybkie poznanie świata.

Jednak w okresie niemowlęcym i przedszkolnym u wielu takich dzieci przeważa w ich zachowaniu element nadmiernej ruchliwości. W zabawach dzieci te wolą gonitwy, siłowanie się i głośną muzykę, niż spokojne układanki.

Częściej też obserwuje się wahania nastrojów – od silnego płaczu do nieopanowanego śmiechu, a także od kapryśności i uporu aż do wybuchów złości i silnej agresji.

W okresie wczesnoszkolnym wymagania w postaci szkolnych obowiązków i zadań stawianych dzieciom tworzą dla nich trudną sytuację. Najbardziej widocznym i uciążliwym dla otoczenia objawem zespołu nadpobudliwości psychoruchowej według H. Nartowskiej jest nadmierna ruchliwość. Wyraża się ona w stałym niepokoju ruchowym – w ciągłym kręceniu się, zmianami pozycji ciała oraz ciągłymi manipulacjami wokół własnej osoby, do spokojnego siedzenia. Dzieci te preferują zabawy ruchowe. Nie lubią uczestniczyć w zajęciach, które ograniczają swobodę ruch.

Wewnętrzny nakaz aktywności ruchowej wygasza u tych dzieci poczucie niebezpieczeństwa, zagrożenia. Bardzo charakterystyczną formą ich zabawy jest wspinanie się, im wyżej tym lepiej. W związku z wielkim dynamizmem w przemieszczaniu się, typowe dla tych dzieci są częste i dotkliwe urazy. Przede wszystkim spadają z różnych wysokości, a także nagle „wyrastają” na ich drodze różne przedmioty. Wpadają na drzwi, nie zauważają rozpoczynających się schodów, nadjeżdżających samochodów. Historia ich życia obfituje w złamania, utraty przytomności i inne nieszczęśliwe.

Opisane objawy nadpobudliwości w sferze ruchowej, emocjonalnej i poznawczej nie zawsze występują łącznie u jednego dziecka. Często jest tak, że może ujawnić się tylko jeden objawów: trudności w koncentracji uwagi albo nadmierna potrzeba aktywności ruchowej czy jakikolwiek inny z wymienionych trzech sfer funkcjonowania dziecka. Ważne jest przede wszystkim uświadomienie sobie, że objawy nadpobudliwości psychoruchowej nie są efektem złej woli dziecka. Dla dziecka są one o wiele bardziej uciążliwe niż dla otoczenia. Za nie, bowiem jest ono karane niecierpliwością, a czasem nawet niechęcią dorosłych lub rówieśników, odsuwane od tych zabaw czy gier, które wymagają skoncentrowania się, a jednocześnie są połączone z rywalizacją grupową. A więc to ono jest pierwszą i najbardziej boleśnie skrzywdzoną osobą.

Wielokierunkowa pomoc dziecku nadpobudliwemu psychoruchowo

Nadpobudliwość psychoruchowa cechować może dzieci najmłodsze – w wieku niemowlęcym, niemowlęcym, przedszkolnym, a także dorastające. Zmiana środowiska dziecka poprzez pójście do przedszkola, jak i do szkoły, może wywołać u niego silne przeżycia. Pobyt w przedszkolu wymaga skupienia, siedzenia w jednym miejscu przez pewien czas. Niezwykle ciekawy, nieustępliwy, uparty i czuły na krytykę sześciolatek, musi się do niego przystosować. Zmiana trybu życia, nowe wymagania i zadania stawiane z chwilą rozpoczęcia nauki szkolnej stwarzają sytuacje, do której dziecko nadpobudliwe przystosowuje się trudniej niż jego rówieśnicy bez nadpobudliwości. W tym okresie najłatwiej stwierdzić u dziecka nadpobudliwość psychoruchową, a jednocześnie jest to ostatni moment dla przeciwdziałania skutkom nadpobudliwości. Wychowanie dziecka nadpobudliwego wymaga od dorosłych zwiększonego trudu, szczególnej cierpliwości i wytrwałości. Warunkiem

powodzenia wychowawczego jest zrozumienie, że dziecko nadpobudliwe nie jest dzieckiem złym, nieznosnym, lecz dzieckiem, które ma duże trudności w kierowaniu swoim postępowaniem oraz w przystosowaniu do wymagań rodziny i szkoły.

Dziecko nadpobudliwe żyje w nieustannym chaosie wymaga, więc przyjaznego, uporządkowanego i stałego otoczenia. Potrzebuje ono spójnych reguł, dokładnego planowania tego, co ma robić. Jasnych oczekiwań ze strony dorosłych, a także ustalonych konsekwencji swoich zachowań – nagród, pochwał i następstw złamania reguł. Dziecku należy zapewnić wychowanie i nauczanie dopasowane do jego możliwości i potrzeb, tj. pracę z rodzicami i nauczycielami, a jeśli jest to konieczne – terapię rodziny, leczenie farmakologiczne, terapię indywidualną dziecka ukierunkowaną na poprawę obrazu siebie. Ważne jest przestrzeganie regularnego trybu życia od najwcześniejszych lat: stałe godziny posiłków, odrabiania lekcji, snu i zabawy. Wskazane jest jasne określenie zakresu wymagań i swobód dziecka, wypracowanie konsekwentnych i jednolitych dla obojga rodziców form postępowania z dzieckiem. Niewskazane jest zwracanie uwagi dziecku jedynie wtedy, gdy zachowuje się ono niepoprawnie, gdyż odnosi to skutek przeciwny do oczekiwanego, powodując wzmocnienie negatywnych zachowań. Należy wydawać polecenia w krótkiej formie i dokładnie. Należy organizować zabawy i czas wolny dziecka według ściśle ustalonych reguł. Umożliwić z jednej strony zaspokojenie potrzeby ruchu, a z drugiej wdrażać do zajęć wymagających spokoju i skupienia (w ten sposób dziecko ma możliwość rozładowania nadmiaru energii oraz uczy się koncentrować uwagę).. Ważne jest kontrolowanie zabaw na podwórku, gdyż dzieci nadpobudliwe ze względu na swoją impulsywność łatwo dają się sprowokować i popadają w konflikty z rówieśnikami; należy skłaniać dziecko do ustępstw i doprowadzać do zgodności i obu zważnionych stron. Istotne jest ograniczanie liczby bodźców (za wiele bodźców wprowadza chaos i potęguje pobudliwość). Ze względu na problemy z koncentracją uwagi dziecko powinno uczyć się w krótkich odcinkach czasu (15-30 min), zaś przerwy należy przeznaczyć na odpoczynek czy relaks.

W przypadku, gdy objawy są tak nasilone, że inne możliwości pomocy dziecku, takie jak poradnictwo, współpraca ze szkołą specjalne systemy nauczania nie przynoszą efektów niezbędne jest leczenie farmakologiczne. Większość leków stosowanych w leczeniu nadpobudliwości wpływa na działanie noradrenaliny, dopaminy czy serotoniny w mózgu, bądź pośrednio zwiększa ich ilość w mózgu, na przykład hamuje ich naturalne niszczenie. Są to leki o działaniu raczej stymulującym, pobudzającym, aktywizującym, nie zaś uspokajającym, czy hamującym.

W leczeniu nadpobudliwości stosuje się następujące grupy środków:

1. Trójcykliczne leki przeciwdepresyjne zwiększające zawartość w mózgu neuroprzekazników,
2. Klonidyna stosowana w leczeniu nadciśnienia u dorosłych wpływa na działanie noradrenaliny i dopaminy w mózgu.
3. Moklobemid.
4. Neuroleptyki stosowane w leczeniu schizofremii i podobnych zaburzeniach psychicznych; w leczeniu nadpobudliwości w niewielkich dawkach.
5. Leki psychostymulujące – głównie pochodne amfetaminy. W Polsce nie są one oficjalnie zarejestrowane, lecz mogą być sprowadzane z zagranicy na wniosek lekarza leczącego w ramach importu docelowego.

Opublikowane w 1998 roku wskaźników dotyczące rozpoznawania leczenia nadpobudliwości psychoruchowej powodują, że leki psychostymulujące poprawiają u 70 – 80 proc. dzieci nadpobudliwych zdolność skupienia: utrzymania uwagi na zadaniu (badania metodami testowymi), zmniejszają także nadmierną ruchliwość, w mniejszym stopniu impulsywność. Mają one jednak krótki okres utrzymywania się leku w organizmie, co wymaga podawanie leku rano i około godz. 15.00, aby zapewnić jego działanie na okres nauki w szkole

i popołudniowego odrabiania lekcji. To, co budzi najczęściej obaw rodziców, to kwestia właściwości uzależniających. Badania nie wykazały, aby ich odstawienie u dzieci wywołało objawy abstynencji. Nie stwierdzono także przypadków uzależnienia od środków pobudzających, czy amfetaminy i kokainy. Niezależnie od leczenia otrzymywanego w przeszłości, najczęstszym uzależnieniem u osób z ADHD jest uzależnienie od alkoholu. Większość leków stosowanych w leczeniu nadpobudliwości działa na jej zasadnicze objawy, a więc zaburzenia uwagi, nadruchliwość, impulsywność, czasem także skłonność do nadmiernie żywych reakcji emocjonalnych. Mogą one zatem spowodować, że:

- dziecku łatwiej będzie skupić się podczas pracy i nauki,
- zacznie słyszeć, co się do niego mówi,
- łatwiej będzie mu zapanować nad swoją potrzebą ruchu i mówienia,
- łatwiej mu będzie przez chwilę pomyśleć zanim coś zrobi.

Leczenie farmakologiczne nadpobudliwości obarczone jest jednak sporą liczbą działań niepożądanych, które często powodują, że rezygnuje się z ich stosowania, nawet, gdy przynoszą poprawę funkcjonowania dziecka. Leki te mogą niekorzystnie wpływać na pracę serca i zaburzać jego rytm np. trójcykliczne leki przeciwdepresyjne czy klonidyna.

U niektórych dzieci występuje senność, uczucie zmęczenia, suchość w jamie ustnej, kłopoty z oddawaniem moczu czy zaparcia. Mogą również powodować pogorszenie nastroju i stany depresyjne. Liczne działania niepożądane mają niestety neuroleptyki. Do nich należą kłopoty z koncentracją, koordynacją ruchów, zwiększenie napięcia mięśni, usztywnienie ciała, drżenie kończyn. Mogą ponadto prowadzić do uszkodzenia wątroby i zmniejszenia liczby krwinek białych, później, dyskinezy czyli niezależnych od woli ruchów mięśni twarzy, szyi i kończyn (nawet po odstawieniu leków). Bardzo rzadkim, ale niezwykle niebezpiecznym działaniem niepożądanym neuroleptyków jest tak zwany złośliwy zespół neuroleptyczny. Objawia się utratą przytomności, wysoką temperaturą, usztywnieniem ciała, przyspieszeniem tętna i wzrostem ciśnienia.

Leczenie farmakologiczne nadpobudliwości wydaje się czasem proste i łatwe. Nigdy jednak nie może być jedyną metodą leczenia. Nie zastąpi wychowania i nauczania. Zawsze musi ono być częścią pracy z rodzicami, samym dzieckiem i szkołą, często zresztą ułatwia zastosowanie i prowadzenie innych metod terapii:

- terapia behawioralna, polegająca na stosowaniu wzmocnień pozytywnych, czyli nagradzaniu pożądanых zachowań dziecka,
- metoda autoinstrukcji opracowana przez D. Meichenbauma. Opiera się ona na założeniu, że zaburzenia uwagi i braki w zakresie kontrolowania impulsów wynikają przede wszystkim z niedostatków w zakresie stosowania odpowiednich samowerbalizacji (samoinstruowania się) w czasie stosowania zadań,
- techniki treningowe nazywane relaksacyjnymi,
- ćwiczeń i zabaw zawiera w sobie elementy pracy z ciałem wykorzystując koncepcję ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne,

Podstawą postępowania w zespole nadpobudliwości psychoruchowej jest postępowanie wielokierunkowe, ze szczególnym uwzględnieniem poradnictwa rodzinnego i treningu umiejętności rodzicielskich. ADHD to zespół objawów, z których czasami się wyrasta, ale które istnieją i nie można ich zmienić, można natomiast modyfikować otoczenie, stwarzając dziecku korzystniejsze warunki do zdobywania wiedzy i przebywania w grupie.

Literatura u autora

Milena Skóra
Żłobek Miejski Oddział I w Pabianicach

