

**Błąd zawodowy
pielęgniarki związany
z terapią lekiem**

Błędy medyczne – powikłania procesu terapeutycznego, mogą pojawić się na każdym etapie leczenia lub pielęgnowania pacjenta.

s. 7

**Zasady Falickiego
w pielęgniarstwie**

Pielęgniarka i inni pracownicy ochrony zdrowia, którzy chcą uniknąć pomyłki diagnostycznej lub opiekuńczej wobec osoby starszej powinni przestrzegać zasad zaproponowanych trafnie przez psychogeriatrę Z. Falickiego

s. 14

Sprostowanie

Redakcja Biuletynu przeprasza panią **Ninę Juszczyzyn-Różycką** – autorkę artykułu pt. „**Nietrzymanie moczu u kobiet – wyzwanie dla położnych**” opublikowanego w Biuletynie 11/2010 za błąd literowy, który zmienił sens przekazanej informacji (s. 27, środkowy łam, 19 wiersz od góry). Zgodnie z oryginałem zdanie powinno brzmieć: „W krajach tych, wyspecjalizowany w dziedzinie nietrzymania moczu personel pielęgniarstwa, nie tylko prowadzi bezpośrednią opiekę nad pacjentem, ale jest również odpowiedzialny za filozofię, standardy oraz politykę tego leczenia.”

**Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych w Łodzi**

- 2 Słowo Przewodniczącej
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
- 3 **Serwis informacyjny**
- 4 **Konferencje, szkolenia**
- 7 Błąd zawodowy pielęgniarki
związany z terapią lekiem
- 10 Hiperbaria tlenowa
- 14 Zasady Falickiego w pielęgniarstwie
- Okiem psychologa**
- 17 Poczucie bezpieczeństwa
a zdrowie psychiczne człowieka
- 19 **Podziękowania**
- 20 Edukacja chorych na depresję
- 23 **Kącik biblioteczny**
- Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna**
- 24 Jak zmniejszyć oddziaływanie
czynników stresogennych na zdrowie
pracowników ochrony zdrowia
- Kącik Emerytek**
- 28 11 listopada w Poznaniu

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
Adres redakcji: 90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17
tel. 42-633 22 48; fax 42-633 68 74; e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl
Redaktor Naczelna: mgr Maria Kowalska

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPIP.
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.

ISSN: 1640 - 7679

Skład: OIPIP – Agnieszka Wypych

Nakład: 3700 egzemplarzy

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

SŁOWO PRZEWODNICZĄCEJ OKRĘGOWEJ RADY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W ŁODZI

„Piękno bez dobroci jest
jak dom bez drzwi,
okręt bez wiatru,
źródło bez wody”

przysłowie włoskie



Drogie Koleżanki i Koledzy!

Rozpoczął się nowy, trudny i bardzo obfity w wydarzenia rok 2011. Niebawem zjazed sprawozdawczy. Wielkimi krokami, bowiem już w kwietniu, zbliżamy się do obchodów okrągłej rocznicy 20-lęcia samorządu zawodowego, dlatego też z ogromną niecierpliwością oczekujemy, jakie zmiany przyniesie nam ustawa o świadczeniach leczniczych wraz z pakietem jej towarzyszącym. Na koniec roku natomiast – w październiku – czekają nas wybory nowych delegatów i władz do samorządu zawodowego. Jak widać z tegorocznego kalendarza, przed nami kolejny okres próby, bardzo dużo pracy, przygotowań, ustaleń i decyzji. Zwracam się więc z prośbą i apelem do wszystkich Koleżanek i Kolegów – spróbujmy w tym wyjątkowym roku, wspólnie, razem dążyć do osiągnięcia wytyczonych celów.

Jest to wyjątkowy rok – szczególnie ważny dla naszej samodzielności i samorządności. Nadchodzące 20-lecie samorządu powinno zjednoczyć i skonsolidować całą naszą grupę zawodową. W tym roku odrzucmy wszelkie niechęci i krytyki, choć raz pokażmy naszą siłę i jedność. Wypromujmy jak najlepiej i najpiękniej wizerunek pielęgniarek i położnych.

Życząc Państwu wszystkiego najlepszego w Nowym Roku – w imieniu całego samorządu gorąco zapraszam i zachęcam wszystkich naszych członków do współpracy.

Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
mgr *Zofia Komorowska*

Najważniejsze uchwały i decyzje podjęte podczas posiedzeń

ORPiP w dniu 9 listopada 2010 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 3 położnym.
- Wymieniono prawo wykonywania zawodu 2 pielęgniarkom.
- Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek 1 pielęgniarkę i 1 położną.
- Podjęto dwie uchwały dotyczące rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.
- Podjęto decyzję o skróceniu 1 pielęgniarczy przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu.
- Podjęto uchwałę w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z powodu stanu zdrowia.
- Dokonano wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych – Wielkopolskie Centrum Zdrowia, kurs specjalistyczny w zakresie Wykonywania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego.
- Podjęto uchwałę o kontynuacji umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawodowej członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w roku 2010 w Towarzystwie Ubezpieczeń i Reasekuracji INTER RISK SA Oddział w Łodzi.
- Uchwałą Nr 1215/V ORPiP w Łodzi z dnia 9 listopada 2010 roku zatwierdzono zmiany w regulaminie udzielania zapomóg bezzwrotnych członkom samorządu. Uchwała obowiązuje od dnia 1 stycznia 2011 roku.
- Podjęto uchwałę w sprawie dofinansowania działalności Koła Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych działającego przy OIPiP w Łodzi.
- Przyjęto uchwałą plan szkoleń i kursów organizowanych i finansowanych z budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w roku 2011.
- Przyznano dofinansowania udziału w: szkoleniu specjalizacyjnym – 4 osobom, kursach kwalifikacyjnych – 2 osobom, kursach specjalistycznych – 3 osobom, konferencjach, zjazdach – 8 osobom, studiach podyplomowych – 4 osobom.
- Odmówiono przyznania nagrody finansowej po ukończeniu studiów magisterskich 1 pielęgniarczy (brak 2-letniego okresu składkowego na rzecz OIPiP w Łodzi).
- Pozytywnie rozpatrzono prośbę o przedłużenie terminu odbioru przyznanego dofinansowania.
- Przyznano honoraria za artykuły opublikowane w Biuletynie 11/2010 – 9 autorom.

Prezydium ORPiP w dniu 24 listopada 2010 r.

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 4 pielęgniarkom i 3 położnym.
- Dokonano wymiany zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu 1 pielęgniarczy.
- Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 1 pielęgniarkę i 1 położną.
- 1 pielęgniarczy wydłużono termin ważności zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu.
- Podjęto cztery uchwały dotyczące rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.
- Podjęto trzy decyzje w sprawie skrócenia przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki dłuższej niż 5 lat.
- Dokonano wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych:
 - ERUDIO, kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, program dla pielęgniarek i położnych,
 - Becton Dickinson Polska Spółka z o. o. – kurs dokształcający w zakresie kaniulacji żył obwodowych i terapii płynami infuzyjnymi, program dla pielęgniarek i położnych,
 - Akademia Zdrowia – dopisanie kolejnej placówki do prowadzenia kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, program dla położnych – Bełchatów, Piotrków Trybunalski.
- Podjęto uchwały w sprawie zatwierdzenia kadry dydaktycznej kursów prowadzonych przez OIPiP w Łodzi.
- 11 osobom przyznano pomoc finansową i zapomogi bezzwrotne w kwotach od 750 zł do 1500 zł.
- Przyznano dofinansowania udziału w: szkoleniu specjalizacyjnym – 2 osobom, kursach kwalifikacyjnych – 7 osobom, kursach specjalistycznych – 38 osobom, konferencjach, sympozjach – 4 osobom.
- Ze względów regulaminowych – brak dwóch lat regularnie odprowadzonej składki na rzecz samorządu – odmówiono dofinansowania 1 osobie.
- 1 osobie przyznano nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich na wydziale położnictwa z oceną bardzo dobry w dyplomie
- Wytypowano przedstawicieli OIPiP do udziału w komisjach egzaminacyjnych.

oprac. mgr *Anna Manes* – sekretarz ORPiP w Łodzi



Zarząd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Ratunkowego serdecznie zaprasza do wzięcia udziału w IV Konferencji Naukowo-Szkoleniowej pt.

Stany zagrożenia życia w chorobach wewnętrznych

W trakcie konferencji przewidziane jest przeprowadzenie warsztatów szkoleniowych związanych z tematem konferencji.

Konferencja odbędzie się w dniach 4 – 6 kwietnia 2011 roku w malowniczo położonym Mazurskim Centrum Konferencyjnym „Zamek Ryn” w Rynie, ul. Plac Wolności 2 (województwo warmińsko-mazurskie).

Za udział w konferencji przyznane będą punkty edukacyjne. Każdy uczestnik otrzyma również certyfikat.

Wszelkie niezbędne informacje oraz formularz zgłoszeniowy znajdują się na stronie internetowej www.ptpr.org.pl

Komitet organizacyjny konferencji:

Anna Polonek 508 608 175

Katarzyna Piegza: 696 304 482



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

ZAREZERWUJ SOBIE MIEJSCE
 PRZEZ TELEFON
042 630 95 59

LUB PRZEZ INTERNET
www.erudio.com.pl

ZAPRASZAMY NA KURSY



KWALIFIKACYJNE DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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

KWALIFIKACYJNE DLA PIEŁĘGNIAREK

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

SPECJALISTYCZNE DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

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

SPECJALISTYCZNE DLA PIEŁĘGNIAREK

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

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

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

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

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

PLATNOŚĆ W DOGODNYCH RATACH MIESIĘCZNYCH

ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA

www.erudio.com.pl



Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie serdecznie zapraszają na XVII Ogólnopolską Konferencję Szkoleniową dla Pielęgniarek na temat

Pielęgniarstwo psychiatryczne – zagrożenia pracy zawodowej a zdrowie

Konferencja odbędzie się 25 marca 2011 roku w sali konferencyjnej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, ul. Sobieskiego 9, I piętro. Rozpoczęcie konferencji – godz. 9.00, zakończenie - około godz. 17.00

Tematy konferencji:

1. Aspekty prawne wykonywania zawodu pielęgniarki a możliwość rozwoju zawodowego.
2. Dylematy etyczne i moralne w psychiatrii.
3. Stres zawodowy, mobbing, wypalenie zawodowe, stygmatyzacja – jak sobie z tym radzić?
4. Pacjent o podwyższonym ryzyku zawodowym, sytuacje trudne i konfliktowe w pracy.
5. Błędy medyczne w aspekcie prawnym.
7. Zagrożenia zawodowe w środowisku pracy pielęgniarek.
8. Ochrona personelu i pacjentów przed zagrożeniami szpitalnymi.

Opłata 120 zł – Polbank EFG 272340 00090080 21800000 0029 z dopiskiem „XVII Konferencja”

Ważne terminy: do 1 lutego 2011 – nadsyłanie referatów, do 1 marca 2011 – dokonanie opłaty za uczestnictwo.

Liczba miejsc ograniczona – decyduje kolejność zgłoszeń

Zgłoszenia prosimy nadsyłać mailowo na adres frpp@frpp.org.pl.

Formularze do pobrania ze strony www.frpp.org.pl

Komitet organizacyjny: Marzena Agnysiak, Jolanta Czerniak, Lidia Ligięza, Monika Goryń, Bożena Kosińska, Wojciech Nyklewicz



Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi zaprasza pielęgniarki i położne do uczestnictwa w comiesięcznych, otwartych, wtorkowych szkoleniach w 2011 roku. Przedstawiamy Państwu następujące zagadnienia:

- 4 stycznia „Choroby kręgosłupa dzieci i młodzieży ze szczególnym uwzględnieniem choroby dyskowej”
- 1 lutego „Przeciążenia układu mięśniowo-szkieletowego personelu medycznego”
- 1 marca „Problemy opiekuńczo-wychowawcze dziecka autystycznego”
- 5 kwietnia „Alergia jako ważny i narastający problem kliniczny w poszczególnych okresach życia dziecka”
- 10 maja „Etapu gojenia ran – zastosowanie opatrunków”
- 7 czerwca „Zasady utrzymania czystości w szpitalu” (szkolenie dla salowych i sanitariuszy szpitalnych)
- 6 września „Wczesne wykrywanie zagrożeń rozwoju psycho-ruchowego u dzieci:
- 4 października „Pielęgnacja skóry noworodka donoszonego i przedwcześnie urodzonego”
- 8 listopada „Eradykacja. MRSA”
- 6 grudnia „Rola szczepień przeciwko HPV w profilaktyce raka szyjki macicy”

Miejsce szkoleń: Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” Łódź, ul. Rzgowska 281/289

aula pawilonu ginekologiczno-położniczego, godz. 13.00 - 15.00

Zgłoszenia uczestnictwa prosimy kierować telefonicznie (na 2 tygodnie przed wyznaczonym terminem szkolenia) pod numerem (042) 271 11 19 – koordynator ds. szkoleń.



ŁÓDZKI SALON NAUKOWY

II Edycja KONFERENCJI "Wokół stomii"

Marzec 2011 r., Łódź

Patronat nad konferencją objęli:

Konsultant Wojewódzki d.s. Chirurgii Ogólnej
Województwa Łódzkiego
prof. dr hab. n. med. Adam Dziki

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
Województwa Łódzkiego



Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie pielęgniarstwa ogólnego
Województwa Łódzkiego - mgr Wiesława Orłowska

Łódzkie Stowarzyszenie Stomijne.

Na pytania odpowiada organizator:
Centrum Doradczo-Szkoleniowe "proVena"
biuro@provena.com.pl,
tel. 798 641 278, 695 271 227
Ilość miejsc ograniczona.
Decyduje kolejność zgłoszeń.

W związku z dużym sukcesem jaki odniosła I edycja Konferencji „Wokół Stomii” zdecydowaliśmy się odpowiedzieć na prośby uczestniczek i kontynuować tematykę, poszerzając ją o zagadnienia, które nie były omawiane, a pojawiły się w ankietach oceniających:

- urostomia,
- opieka i leczenie żywieniowe pacjentów chirurgicznych i onkologicznych,
- seksuologia i psychoonkologia.

Nie zabraknie oczywiście tematów dotyczących: przygotowania pacjenta do operacji, pielęgnacji w trakcie i po zabiegu, codziennej higieny i postępowania z workami stomijnymi.

Konferencja została zaplanowana na marzec 2011 .

Szczegółowy program znajdziecie Państwo na stronie internetowej www.lodzkiisalonnaukowy.pl

Wypełnienie formularza zamieszczonego na stronie jest jedyną formą rejestracji udziału w konferencji.

Uczestnictwo w konferencji będzie potwierdzone certyfikatem.

Koszt uczestnictwa: I termin - 80 zł, II termin - 120 zł

Błąd zawodowy pielęgniarki związany z terapią lekiem

„Błądzić jest rzeczą ludzką, ukrywanie błędów jest grzechem ciężkim ale brak uczenia się na błędach popełnionych jest niewybaczalne.”

Naczelny Lekarz Wielkiej Brytanii
Prezydent WHO
sir Liam Donaldson

Odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjenta spoczywa na wszystkich pracownikach szpitala, szczególnie zaś na personelu lekarskim i pielęgniarskim. Przejawem tej odpowiedzialności jest podejmowanie działań mających na celu eliminację ryzyka wystąpienia powikłań lub błędów w działaniu, czego skutkiem może być utrata zdrowia lub życia chorego.

Błędy medyczne – powikłania procesu terapeutycznego, mogą pojawić się na każdym etapie leczenia lub pielęgnowania pacjenta. Istotnym warunkiem w tej sytuacji jest świadomość istniejącego ryzyka, kontrola własnego postępowania oraz świadczenie opieki medycznej w oparciu o wypracowane i sprawdzone standardy.

Świadczenia zdrowotne są rodzajem szczególnych działań o istotnym znaczeniu dla społeczeństwa. Świadzeniobiorca, jakim jest pacjent w kontakcie z systemem opieki zdrowotnej powinien czuć się bezpieczny, mając jednocześnie poczucie należnej opie-

ki, świadomie akceptując istniejący poziom ryzyka.

Wśród błędów medycznych szczególne miejsce zajmują zdarzenia związane z terapią lekiem. Powody ich powstawania mają związek z wykonywanymi czynnościami zawodowymi pielęgniarki, ponieważ stanowią zasadniczą część wykonywanych przez nie obowiązków.

W polskiej literaturze niewiele jest informacji na temat błędów medycznych. Niewiele też, a praktycznie w ogóle, brak jest danych na temat błędów związanych z terapią lekiem. Nie analizuje się tego istotnego, z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta, problemu pod kątem przyczyn, częstotliwości oraz wpływu na stan zdrowia.

Według danych Agency of Healthcare Research and Quality, 19 proc. wszystkich podań leków w szpitalach amerykańskich uznanych jest za zdarzenie niepożądane, co w efekcie prowadzi do 7 tysięcy zgonów rocznie. Opierając się na tych danych (innych nie posiadamy) można z całą odpowiedzialnością stwierdzić, że problem istnieje, jest prawdziwy a co za tym idzie jest niezwykle poważny, ponieważ dotyczy dużej populacji.

Leki w szpitalach podają pielęgniarki. Najczęstsza, bo wykorzystywana w 80 proc. przypadków, droga ich podawania, to droga dożylna. Z punktu widzenia bezpieczeństwa jest ona najbardziej ryzykowana, ze względu na niebezpieczeństwo infekcji, szybkość działania podanego leku oraz reakcje

ze strony układu sercowo-naczyniowego czy immunologicznego.

Powody dla, których ta właśnie metoda terapii jest wybierana są różne:

- szybkość działania leku podanego drogą dożylną,
- wygoda dla pacjenta – cewnik naczyniowy zakłada się na dłuży okres czasu – do 72 godzin,
- wygoda dla personelu – cewnik naczyniowy zakłada się najczęściej raz, nie ma potrzeby klucia pacjenta przy każdej iniekcji, tak jak to ma miejsce w przypadku leków podawanych domięśniowo czy podskórnie,
- skuteczna metoda do szybkiego nawodnienia chorego,

Konsekwencją wyboru takiej metody jest zwiększone ryzyko zawodowe pielęgniarki związane z wystąpieniem powikłań lub błędu. Jeśli pielęgniarka poda pacjentowi lek w niewłaściwej dawce lub inny niż to wynikało ze zlecenia, ryzyko zgonu pacjenta jest wyższe niż w przypadku podania takich samych leków ale inną drogą. Czas reakcji organizmu jest dużo wyższy w przypadku leków podanych dożylnie. Też tę uzasadnia sposób postępowania w przypadku podawania leków podczas reanimacji. Droga dożylna jest przyjęta jako właściwa i skuteczna.

Przyczyny powstawania zdarzeń niepożądanych dzielimy na zewnętrzne – najczęściej związane z organizacją pracy oraz wewnętrzne, dotyczące bezpośrednio pielęgniarki.

Wprawdzie z badań przeprowadzonych przez Centrum Monitorowania

Jakości w Ochronie Zdrowia wynika, że spośród zarejestrowanych zdarzeń niepożądanych zaledwie w kilku procentach przypadku winna jest konkretna osoba, to jednak udział samej pielęgniarki w zdarzeniu jest możliwy. Wynikać może z niedbalstwa, niestaranności, nieuwagi, niedokładności lub wreszcie rutyny. Jednak zdecydowana większość przypadków to problemy leżące po stronie organizacji pracy.

1. Pomylenie pacjenta.

W praktyce zawodowej pielęgniarki obowiązują zasady „Przed podaniem leku, sprawdź trzy razy”, lub „Ja przygotowuję, ja podaję”. Poprzez skrupulatne prowadzenie samokontroli oraz ograniczone zaufanie, możemy wpłynąć na podniesienie poziomu bezpieczeństwa i zmniejszenie ryzyka powstania pomyłki. Podanie niewłaściwego leku, niewłaściwemu pacjentowi jest błędem, który najczęściej pojawia się w warunkach pracy oddziałów. Pomylenie pacjenta to narażenie na szkodę dwóch osób. Jeden pacjent otrzyma lek podwójnie lub niepotrzebnie, inny chory nie otrzyma go wcale, w konsekwencji dojdzie do przerwania efektu terapeutycznego.

2. Niepoprawne odczytanie zlecenia lekarskiego.

Wpisy w dokumentacji medycznej to podstawa podania leku pacjentowi. Od dokładności zapisów, ich czytelności zależy, czy pielęgniarka poda lek właściwy, we właściwej dawce, o odpowiedniej porze, odpowiedniemu pacjentowi. Ma to kluczowe znaczenie w zakresie bezpieczeństwa terapii lekiem. To w równej mierze problem leżący po stronie lekarza jak i pielęgniarki. Jeśli pielęgniarka otrzymuje zlecenie – w jej ocenie nieczytelne, niejasne, niejednoznaczne – ma obowiązek zwrócić się do lekarza zlecającego o dokonanie powtórnych wpisów. Jeśli źle odczyta zlecenie, niewłaściwie zinterpretuje wpis, poda niewłaściwy lek, poniesie za to odpowiedzialność.

3. Przeoczenie zlecenia.

Problem ten dotyczy niewykonania zlecenia lub podania leku o niewłaści-

wej porze, najczęściej po czasie. Są leki, których podanie o ściśle określonej porze jest podstawą terapii. Ma to znaczący wpływ na wynik leczenia i powrót pacjenta do zdrowia. Niejednokrotnie pielęgniarki o tego rodzaju zdarzeniach nie informują. Same wprowadzają korekty lub dokonują zmiany na własną rękę.

4. Złe wyliczenie dawki leku.

Podanie zbyt małej dawki leku.

Podanie zbyt dużej dawki leku.

Podanie leku po raz drugi.

Nikt nie lubi przyznawać się do błędów popełnionych lub do niewiedzy. Właściwe przygotowanie leku do podania pacjentowi, to uzyskanie zgodności w zakresie nazwy oraz dawki leku. Dużo poważniejsze skutki poniesie pacjent w sytuacji, kiedy otrzyma lek w dawce większej niż to zostało zlecone lub jeśli otrzyma lek dwa razy. W historii sądownictwa zawodowego znane są przypadki szkody pacjentów powstałych na skutek pomyłek w tym zakresie.

5. Niewłaściwa droga podania leku.

Jest to błąd, który najczęściej powstaje w wyniku nieuwagi, lub pośpiechu. Jest to rodzaj zdarzenia powstałego najczęściej z winy pracownika. W pewnym zakresie mogą wpłynąć na jego powstanie także przyjęte w oddziale zasady pracy, jak na przykład zwyczaj przepisywania zleceń lekarskich do tzw. pomocników. Jednak i w tym przypadku czynnik ludzki ma decydujący wpływ na powstanie szkody pacjenta. Podanie leku drogą dożylną zamiast domięśniową, podanie leku dotętniczo zamiast dożylnie, podanie leku śródskórnym zamiast domięśniowo to przykłady, które mogą spowodować bardzo poważne problemy. Pozostawienie pacjentowi czopka z zaleceniem „proszę przyjąć” może skończyć się tym że pacjent przyjmie lek doustnie. To co dla pielęgniarki jest oczywiste, nie musi być zrozumiałe dla chorego.

6. Podanie leku przeterminowanego.

W efekcie może wystąpić odczyn zapalny lub brak będzie działania tera-

peutycznego. Nadzór nad gospodarką lekiem to obowiązek pielęgniarki oddziałowej. Okresowe kontrole i właściwe gospodarowanie asortymentem apteczek ogranicza w sposób znaczący ryzyko podania choremu leku przeterminowanego.

7. Zbyt szybkie podanie leku.

Wybór właściwej techniki wykonania zabiegu to podstawa bezpieczeństwa i komfortu chorego. Zbyt szybkie podanie leku domięśniowo może narażać pacjenta na ból. Szybkie podanie leku dożylnie może spowodować spadek ciśnienia lub zaburzenia rytmu serca.

8. Użycie nieprawidłowego rozpuszczalnika oraz wystąpienie niezgodności.

Podczas przygotowywania leków do wstrzyknięć należy kierować się zasadami:

- znać ewentualne niezgodności,
- unikać dodawania leków do wleatów kroplowych,
- nie łączyć leków w jednej strzykawce,
- używać rozpuszczalników zalecanych przez producenta,
- stosować odpowiednią technikę przy podawaniu dwóch różnych leków.

9. Zła technika podania leku.

Ryzyko pacjenta, przede wszystkim związane jest:

- z brakiem aseptyki,
- wprowadzeniem do tkanki ciała obcego,
- nieprawidłowo wybranym miejscem wkłucia,
- częstymi wstrzyknięciami w to samo miejsce,
- zbyt szybkim podaniem leku,
- podaniem leku do tkanki tłuszczowej, naczynia krwionośnego (przy iniekcjach domięśniowych),
- złamaniem lub skrzywieniem igły,
- zaaspirowaniem powietrza do światła naczynia krwionośnego.

10. Nieprzestrzeganie zasad aseptyki, w tym:

- nieskuteczne odkażanie rąk,
- niezgodne z zasadami stosowanie rękawic,

- nieskuteczne odkażanie miejsca wkłucia,
- nieprzestrzeganie zasad aseptyki przy przygotowywaniu roztworów płynów infuzyjnych,
- dodawanie leków do zestawów kroplowych,
- nieszczelność zestawów do przetoczeń,
- zbyt długie utrzymanie wkłucia naczyniowego,
- nieprawidłowa opieka nad wkłuciem centralnym - stosowanie zbyt dużej liczby przełączeń, brak kranioków itp.,
- nakłuwanie butelek celem odpowietrzenia.

11. Podanie innego leku.

Najczęściej ze strzykawki leżącej obok. Jest to rodzaj błędu pojawiającego się najczęściej w warunkach pracy bloków operacyjnych, kiedy pielęgniarka anestezjologiczna korzysta z wielu, najczęściej opisanych strzykawek, podając kolejno zlecane przez anestezjologa, leki choremu.

Pacjentka po operacji ginekologicznej, podczas wybudzenia miała otrzymać lek o nazwie Nalokson (Narcan) – lek odwracający depresyjne działania narkotyków. Zamiast tego leku podano pacjentce lek ze strzykawki leżącej obok, na której był napis Nimbeks – lek zwiotczający. Obie nazwy rozpoczynają się na „N”. Strzykawki były jednakowe, obie umieszczone na tej samej tacy. O pomyłkę zatem nietrudno.

Błąd ten zdarzyć się może również na oddziale w sytuacji, kiedy na tacy przygotowane są leki do podania różnym chorym.

Zdarzenia niepożądane mają wielki wpływ na stan zdrowia chorego, uzależnione jest od nich rokowanie powrotu do zdrowia, mogą powodować śmierć pacjenta. Skutki ich działań, nie pozostają także bez wpływu na personel, który się z nimi zetknął.

W problematyce bezpieczeństwa pacjenta, w zakresie występowania zdarzeń niepożądanych ważne są następujące zasady:

- wszystkie niekorzystne zjawiska powinny być zgłaszane i raportowane,
- wypracowanie systemu przekazywania danych ułatwi ich rejestrację oraz przełamie obawy personelu przed ich ujawnianiem.
- nadrzędnym celem rejestracji zdarzeń niepożądanych oraz błędów medycznych jest podejmowanie działań naprawczych, oraz wdrażanie odpowiednich programów zapobiegawczych
- prowadzenie stałych, systematycznych szkoleń podnosi świadomość personelu o ryzyku zawodowym występującym zawsze i na każdym stanowisku pracy.
- zapewnienie wsparcia pracownikowi, który popełnił błąd.

Karanie należy traktować jako działanie ostateczne. Jest to metoda, która stosowana powinna być bardzo rozważnie i tylko przy wykazaniu niedbalstwa i nienależytego wykonania obowiązków zawodowych. Z zastrzeżeniem, że na ich nienależyte wykonanie nie miały wpływu warunki zewnętrzne czy organizacyjne w zakładzie pracy.

Mając ponadto na uwadze sytuację istniejącą w polskich szpitalach, istnieje konieczność zmiany świadomości personelu, polegającego na wyeliminowaniu pokutującego wśród pracowników medycznych mitu doskonałości – błąd nigdy mi się nie

zdarzy, oraz mitu kary – karanie winnego zwiększa bezpieczeństwo w przyszłości.

Literatura:

1. Marek. Z., Błąd medyczny - odpowiedzialność etycznie - deontologiczna i prawna lekarza. Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2007.
2. Niżankowski R., Błędy medyczne czy tylko nieszczęśliwe pomyłki. Siódma Ogólnopolska Konferencja – Jakość w Ochronie Zdrowia, Kraków 20002.
3. Sara T. Froy, Megan-Jane Johnstone., Etyka w praktyce pielęgniarstwa. Zasady podejmowania decyzji etycznych. Wydawnictwo Makmed. Warszawa - Lublin 2009
4. Council of Europe, Recommendation Rec(2006) of the Committee of Ministers to member states management of patient safety and prevention of adverse In Health care (Adopted by the Committee of Ministers on 24 May 2006 at 965 meeting of the Minister Deputies).
5. Brożek L., Wstrzyknięcia i wlewy dożylnie. PZWL, 1987
6. Kutryba B., Wąsikowska H., Bezpieczny pacjent, bezpieczny szpital, Menadżer Zdrowia, 2003, Nr 3.

dr n. med. *Sylvia Marczevska*
Naczelną Pielęgniarką
WSSzp. im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi
Wizytator Ośrodka Akredytacji
CMJ w Krakowie

ogłoszenie

Klinika Salve zatrudni pielęgniarki neonatologiczne, pielęgniarki instrumentariuszki, położne z doświadczeniem w pracy w oddziale porodowym.

Przychodnia Salve zatrudni pielęgniarkę.

CV proszę kierować na adres biuro.struga@salve.pl

Hiperbaria tlenowa

W powietrzu atmosferycznym jest około 21 proc. tlenu, 78 proc. azotu i 1 proc. innych gazów. W terapii hiperbarycznej wykorzystuje się 100-proc. tlen, stąd też ta forma terapii określana jest także terminem hiperbarycznej terapii tlenowej

Specjalizacja zajmująca się wykorzystaniem ciśnienia wyższego niż ciśnienie atmosferyczne na organizm ludzki jest stosunkową nową dziedziną medycyny, ale mająca duże osiągnięcia terapeutyczne. W powietrzu atmosferycznym jest około 21 proc. tlenu, 78 proc. azotu i 1 proc. innych gazów. W terapii hiperbarycznej wykorzystuje się 100-proc. tlen, stąd też ta forma terapii określana jest także terminem hiperbarycznej terapii tlenowej (ang. *HBO*).

Tlen jest niezbędny w procesie oddychania tkankowego, dzięki czemu komórki uzyskują energię w postaci ATP oraz reakcji utleniania różnych związków chemicznych z udziałem tlenu. W warunkach tlenoterapii hiperbarycznej dochodzi do zwiększenia prężności tlenu w powietrzu pęcherzykowym, wzrasta gradient pęcherzykowo-włośniczkowy tlenu i tym samym zgodnie z prawem Henry'ego rośnie siła dyfuzji i rozpuszczalność tlenu w osoczu.

W takich warunkach hemoglobina ulega całkowitemu wysyceniu tlenem. Oddychanie czystym tlenem przy ciśnieniu atmosferycznym równym 1 atmosferze absolutnej (ata) powoduje trzykrotny wzrost rozpuszczalności tlenu w osoczu w porównaniu z oddychaniem powietrzem atmosferycz-

nym. Pod wpływem ciśnienia 2-3 ata rozpuszczalność tlenu wzrasta 14-krotnie. Wraz ze wzrostem ciśnienia atmosferycznego rośnie rozpuszczalność tlenu, a tym samym transport do tkanek, nawet w przypadku niedoboru hemoglobiny, co ma ogromne znaczenie w przypadku schorzeń przebiegających z niedokrwieniem tkanek.

Człowiek jest przystosowany do życia w stosunkowo wąskich granicach zmian wartości ciśnienia zewnętrznego związanego z równomiernie rozłożonym naciskiem atmosfery ziemskiej. Każda zmiana tego ciśnienia ma bezpośredni wpływ na przebieg procesów fizycznych związanych z przepływem gazów oddechowych i saturacją tkanek a także procesów fizjologicznych zależnych od udziału tlenu.

Zastosowanie hiperbarycznej terapii w medycynie jest stosowane od wielu lat z dużym powodzeniem:

1. Kardiologia. W badaniu przeprowadzonym u 46 pacjentów z wysiłkową postacią duszniczy bolesnej obserwowano korzystny wpływ na funkcję skurczową lewej komory serca ocenianą w badaniu ultrasonokardiograficznym. U pacjentów z pozawałowym uszkodzeniem mięśnia sercowego stwierdzono zmniejszenie częstości lub całkowite

ustąpienie epizodów bólowych o charakterze wieńcowym (4,5,6). U chorych z ostrym zespołem wieńcowym poddawanych jednocześnie terapii hiperbarycznej i terapii standardowej stwierdzono skrócenie czasu trwania bólu wieńcowego, istotne zmniejszenie nasilenia zaburzeń rytmu i przewodnictwa nerwowego oraz zmniejszenie ilości niekorzystnych powikłań sercowo-naczyniowych.

2. Pulmonologia. Szczególnie znaczenie hiperbaria tlenowa odgrywa w przypadku ropni i zgorzeli układu oddechowego jako leczenie wspomagające klasyczną terapię farmakologiczną lub interwencję chirurgiczną. Efekt leczniczy hiperbarii tlenowej związany jest głównie ze zmniejszeniem ilości produkowanej przez bakterie anatoksyny, co umożliwia skuteczniejsze działanie antybiotyku. Szczególne znaczenie ta metoda leczenia ma w przypadku zatorowości powietrznej płuc, podczas której może dojść w trakcie zabiegu chirurgicznego i urazów a także gdy płuca poddawane są wysokiemu ciśnieniu, a następnie gwałtownej dekompresji (np. podczas nurkowania). Podawanie tlenu hiperbarycznego powoduje zmniejszenie obrzęku uszkodzonych tkanek oraz dostarcza dodatkowe ilości tlenu do miejsc o ograniczonym ukrwieniu.

jako skuteczne narzędzie wspomagające leczenie konwencjonalne

3. Leczenie oparzeń. Z powodu zniszczenia skóry, która jest naturalną barierą obserwuje się znaczne występowanie infekcji bakteryjnych. Strategia leczenia głębokich oparzeń polega na zapewnieniu homeostazy ogólnoustrojowej oraz jak najszybszym usunięciu rany oparzeniowej i zastąpieniu ubytków przeszczepami skórными. To metoda wspomagająca. We wczesnym okresie tlen hiperbaryczny wpływa na dystrybucję płynów ustrojowych, zmniejsza przepuszczalność naczyń włosowatych, a przez to redukuje obrzęk i zmiesza ucieczkę płynów z łożyska naczyniowego. W późniejszym okresie choroby oparzeniowej tlen hiperbaryczny przyspiesza oczyszczanie rany, a tym samym przygotowuje ranę do przeszczepu. U pacjentów z powikłaniami infekcyjnymi istotne znaczenie ma efekt bakteriobójczy i bakteriostatyczny hiperbarii tlenowej oraz modulujący wpływ na układ odpornościowy.

Hiperbaria tlenowa stosowana jako leczenie wspomagające w głębokich oparzeniach drugiego stopnia przyspiesza proces gojenia a w efekcie zapobiega powstawaniu blizn przerostowych. Rana oparzeniowa podobnie jak inne rany jest raną niedotlenioną. Przy zastosowaniu tlenu pod ciśnieniem 3 ata można uzyskać 22-krotny wzrost jego ciśnienia parcjalnego w osoczu. Dzięki temu zwiększa się utlenowanie komórek nawet w obszarach, gdzie doszło do prawie całkowitego zwiężenia kapilar.

Zwiększona produkcja wolnych rodników ma pozytywny wpływ na

zwalczanie infekcji, gdyż aktywne formy tlenu uszkadzają błony komórkowe drobnoustrojów Gram (+) i Gram (-) (8).

Pacjenci oparzeni mogą być leczeni zarówno w jedno-, jak i w wieloosobowych komorach hiperbarycznych. Często hiperbaryczna terapia tlenowa jest kontynuowana po leczeniu operacyjnym w celu zapewnienia lepszego gojenia się przeszczepów skóry. Całkowity czas trwania terapii uzależniony jest od przebiegu choroby i osiągalnych efektów leczniczych.

Zabiegi w komorach jednoosobowych mogą być wykonane tylko u chorych stabilnych krążeniowo i oddechow. Komory wieloosobowe pozwalają na stałą obecność personelu medycznego we wnętrzu komory, są preferowane w stanie ciężkim, niewydolnych hemodynamicznie.

Wskazania do stosowania hiperbarycznej terapii tlenowej

Zatrucie tlenkiem węgla

Umieszczenie osoby zatrutej w komorze hiperbarycznej i poddanie terapii powoduje szybkie ustąpienie objawów ostrego zatrucia tlenkiem węgla. Biorąc pod uwagę fakt, że stan kliniczny chorego nie zawsze koreluje z poziomem karboksyhemoglobiny we krwi, po rozpoznaniu ostrego zatrucia tlenkiem węgla chory bez względu na stopień nasilenia objawów klinicznych powinien jak najszybciej znaleźć się w ośrodku hiperbarycznym i zostać poddany zabiegowi hiperbarii tlenowej.

Choroba dekompresyjna

Powstaje na skutek uwalniania się do krwi i tkanek pęcherzyków azotu na skutek gwałtownego obniżenia ciśnienia (dekompresji). Dekompresja, która powinna być rozpoczęta jak najszybciej po rozpoznaniu, zwykle szybko łagodzi dolegliwości bólowe i przywraca prawidłowe funkcjonowanie organizmu. Komory wieloosobowe dają możliwość uzyskania ciśnienia 3 ata i poruszania się pacjenta w trakcie terapii, co ma niezwykle istotne znaczenie podczas długotrwałej dekompresji (9).

Zator gazowy

Ten typ zatoru powstaje zazwyczaj podczas cewnikowania żył lub tętnic, hemodializy, operacji w obrębie klatki piersiowej lub podczas wentylacji mechanicznej. Leczenie przeprowadza się przy ciśnieniu 2,5-3 ata.

Infekcje wywołane bakteriami beztlenowymi i tlenowymi

Hiperbaryczna terapia może odgrywać istotną rolę jako procedura wspomagająca leczenie zgorzeli gazowej. Ten rodzaj terapii wspomagającej wykazuje wysoką skuteczność terapeutyczną jako leczenie wspomagające w przypadku martwiczego zapalenia tkanek miękkich, a także ropni wewnątrzczaszkowych oraz ropni płuc i wątroby. Przykład stanowią zgorzel Fourniera oraz martwicze zapalenie powięzi. Terapia hiperbaryczna (HBO) wspomaga i poprawia mechanizmy obronne organizmu, gdyż białe ciała krwi (które atakują bakterie),

potrzebują dodatkowego tlenu do prawidłowego funkcjonowania. Daje to więcej czasu na działanie antybiotyków, a chirurgom możliwość usunięcia tkanek martwiczych. U pacjentów zmniejsza się ilość tkanek wymagających usunięcia chirurgicznego.

Ostre niedotlenienie tkanek miękkich

Szczególnie zalecana jest w przypadkach: zespołu zmiążdżenia, przeszczepów zagrożonych martwicą, reimplantacji urazowo amputowanych części kończyn.

Trudno gojące się rany (powikłania infekcyjne, stopa cukrzycowa)

Terapia hiperbaryczna jako leczenie wspomagające pozwala na skrócenie czasu hospitalacji, zmniejszenie „dużych” amputacji powyżej kostki.

Oparzenia termiczne

Na skutek oparzenia tkanek miękkich (skóra i mięśnie) dochodzi do gwałtownego spadku ich ukrwienia. Z powodu uszkodzenia ścian naczyń dochodzi do powstawania obrzęków, obejmujących głębokie warstwy skóry i mięśni, co w efekcie może doprowadzić do większych uszkodzeń niż pierwotny uraz. HBO redukuje obrzęki oraz zmniejsza utratę. Tlen docierając do tkanek uszkodzonego obszaru wspomaga proces gojenia. W efekcie obszar uszkodzonych tkanek konieczny do opracowania chirurgicznego zmniejsza się.

Efekty uboczne terapii

Oprócz zalet należy wspomnieć również o efektach ubocznych podczas stosowanej terapii hiperbarycznej. Najczęściej sygnalizowanym przez chorych jest ból uszu, który powstaje na skutek trudności w wyrównaniu ciśnienia w uchu środkowym. W skrajnych przypadkach odnotowuje się pęknięcie błony bębenkowej. Przy leczeniu w komorze pojedynczej część pacjentów może odczuwać lęk i niepokój związany z przebywaniem w zamkniętym pomieszczeniu. Innym powikłaniem, spotykanym jednak bar-

dzo rzadko, może być odma płucna, występująca u pacjentów, u których uszkodzenie płuc w przebiegu choroby podstawowej sprzyja powstawaniu tego stanu chorobowego.

Obserwuje się również drgawki ze względu na toksyczne działanie hiperbarycznego tlenu na układ nerwowy.

U pacjentów diabetologicznych może wystąpić epizod hipoglikemii, dlatego zawsze u takich pacjentów należy sprawdzić poziom glukozy we krwi przed wejściem do komory.

Hiperbaria tlenowa może również niekorzystnie wpływać na stan wzroku, co najczęściej przejawia się: przejściowym pogorszeniem ostrości wzroku, pogorszeniem zaćmy, ograniczeniem pola widzenia.

Przeciwwskazania do hiperbarycznej terapii tlenowej

Przeciwwskazania bezwzględne:

- nie zdrenowana odma,
- leczenie antybiotykiem bleomycyną.

Przeciwwskazania względne:

- infekcja górnych dróg oddechowych,

- zapalnie zatok obocznych nosa i ostre schorzenia ucha,

- leczenie doksorubicyną,
- drgawki w wywiadzie,
- leczenie disulfiramiem,
- leczenie cis-platyną,
- wysoka temperatura,
- odma płuc w wywiadzie,
- zabiegi operacyjne w obrębie klatki piersiowej i układu oddechowego (możliwość wystąpienia tzw pułapki powietrznej),

- zapalenie nerwu wzrokowego,
- nowotwory złośliwe,
- ciąża, w przypadku zatrucia tlenkiem węgla leczenie tlenem hiperbarycznym jest jedynym zabiegiem ratującym życie płodu i matki (7),
- rozruszniki serca,
- choroby płuc z retencją CO² (rozedma, przewlekła obturacyjna choroba płuc).

Zalecenia:

Podczas kwalifikacji pacjenta do leczenia w komorze hiperbarycznej

należy go dokładnie zbadać i zebrać szczegółowy wywiad dotyczący współistniejących chorób i dolegliwości, w szczególności przebytych chorób i urazów w obrębie układu oddechowego. W przypadku zabiegów ze wskazań nagłych, ratujących życie należy rozważyć czy korzyści z zastosowania zabiegu hiperbarii tlenowej przewyższają skutki potencjalnych powikłań.

Obecnie w Łodzi posiadamy jeden Ośrodek Tlenoterapii Hiperbarycznej NZOZ Creator sp z o.o na ul Kopernika 55a, dysponujący komorą wieloosobową (11). Jeszcze w tym roku planowany jest zakup komory wieloosobowej w Szpitalu im. M. Kopernika. Zostanie ona zainstalowana w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Będzie to szósta komora hiperbaryczna w Polsce.

Pieniądze na zakup komory będą pochodzić ze środków Unii Europejskiej (10).

Literatura:

1. Sieroń A., Cieślak G.: Zarys medycyny hiperbarycznej. Wyd. II Ć-medica press, 2007

2. Łatka U., Kuliński W., Knefel G., Sieroń A.: Aktualny stan medycyny hiperbarycznej w Polsce. Balneologia Polska; 2009 7-17;

3. Kawecki M. i wsp.: Aktualne wskazania i możliwości zastosowania hiperbarycznej terapii tlenowej. Balneologia Polska 2006, 4;

4. Pakhomov V.I., Petrova E.A., Kostin V.N., Getman N.A.: The choice of the individual mode of hyperbaric oxygenation in treating patients with ischemic heart disease. Ter. Arkh., 1988, 60, (12), 104-106.

5. Efuni S.N., Kudriashov V.E., Rodinov V.V.: Value of the isometric exercise test in objectively evaluating the effectiveness of hyperbaric oxygenation in the ischemic heart disease. Kardiologiya, 1984, 24, (5), 77-80.

6. Sieriakov V.V., Konovalova G.G., Sidorenko B.A.: Hiperbaric oxygenation and antianginal agents: effect on blood levels of malondialdehyde and activities of antioxidative enzymes in patients with ischemic heart disease. *Kardiologia*, 1992, 32, (6), 25-27.

7. Elkharrat D., Raphael J.C., Korach J.M., Jars-Guinestre M.C., Chastang C., Harboun C., Gajdos P.: Acute carbon monoxide intoxication and

hyperbaric oxygen in pregnancy. *Intensive Care Med.*, 1991, 17, (5), 289-292

8. Niezgoda J.A., Cianci P., Foldem B.W., Ortega R.L., Slade J.B., Starrow A.B.: The effect of hyperbaric oxygen therapy on a burn wound model in human volunteers. *Plast. Reconstr. Surg.* 1997, 99, (6), 1620-1620.

9. Ball R., Parker E.C.: A trial to determine the risk of decompression sickness after a 40 feet of sea water for 200 minute

no-stop air dive. *Aviat. Space Environ. Med.*, 2000, 3, (4), 253-263.

10. www.lodz.naszemiasto.pl
14.09.2010

11. www.hiperbaria.wroc.pl

mgr *Iwona Szymańska*

Wydział Nauk o Zdrowiu

Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa

UM w Łodzi

Czepki pielęgniarskie i położnicze



Każda przypinka jest robiona ręcznie, dzięki czemu jej jakość jest bardzo dobra.
Czarny lub czerwony pasek nie jest naklejką! Całość jest wypełniona emalią, przez co znaczek jest bardzo trwały. Przypinka wykonana z metalu z powłoką galwaniczną (złoty kolor).
Rozmiar 23 mm x 35 mm
Mocowanie – motylek (jak na zdjęciu).

CENY

1 szt. – 14⁹⁹ zł

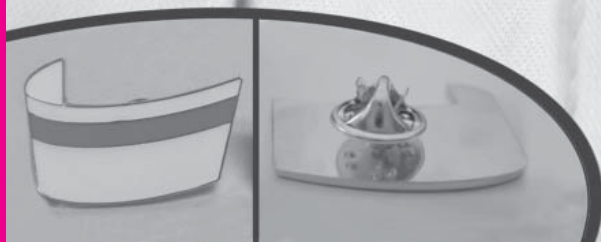
2-10 szt. – 13⁹⁹ zł

11-20 szt. – 12⁹⁹ zł

21-50 szt. – 11⁴⁹ zł

51-100 szt. – 9⁹⁹ zł

pow. 100 szt. – 8⁹⁹ zł



Chcesz złożyć zamówienie?

Zadzwoń: tel. 519 087 871

Napisz: biuro@sunny.gda.pl



Zasady Falicki

Jedna mała łaza nie musi spaść,
jeśli możesz coś od siebie dać

fragment piosenki
wykonanie Andrzeja Cierniewski

Starość jest niezwykle złożona. Choroba w starości ją pogłębia i przyspiesza. Starość jest rozważana we wszystkich wymiarach, obszarach życia człowieka czyli w obszarze fizycznym, psychospołecznym, zawodowym i ekonomicznym. Psycholodzy starość uznają za okres rozwojowy, w którym następuje bilans zysków i strat. Duże znaczenie ma tu samoświadomość jako stan wiedzy o sobie w okresie przeżywania starości, o swoich relacjach z otoczeniem, o tym jak starość można ładnie, estetycznie i godnie przeżyć bez bólu z niemocy, bez bólu z uciążliwości i bólu z rozpacz.

Poważną sprawą w geriatrici są postępujące zmiany biologiczne w późnej dorosłości, które mają charakter zmian wstecznych. Podstawą ich zachodzenia jest zanik zdolności reprodukcji komórek oraz ich stopniowa degradacja. Zasadniczo starzenie organizmu przebiega na poziomie komórkowym, a kumulacja zmian organicznych jest widoczna po 60 roku życia.

Zmiany organiczne to obniżenie sprawności fizycznej z jej konsekwencjami i patologia mnoga.

Ograniczenie sprawności fizycznej objawia się: zmniejszeniem zdolności do wysiłku, utratą gibkości, zwinności, zręczności, zwiększeniem męczliwości, spadkiem wigoru. Wynika to ze stopniowego słabnięcia funkcji wszystkich narządów ciała i rozwijającego się zespołu wątłości/słabości (5, 6).

W większości przypadków starości obniżenie wydolności fizycznej jest następstwem polipatologii somatycznej i psychicznej, a potem samego procesu starzenia się.

Mnoga patologia to istotny wskaźnik starości biologicznej i określa występowanie kilku dolegliwości równocześnie u tej samej osoby starzej spowodowane przewagą procesów katabolicznych nad metabolicznymi. Ten wskaźnik powinien być podstawą organizowania opieki geriatrycznej: stacjonarnej całodobowej, stacjonarnej dziennej, domowej, w klubach seniorów lub w klubach pacjentów psychogeriatrycznych. Jednak jest to problem dla służb organizujących pomoc i opiekę nad osobami starszymi (2, 5, 6).

W każdej placówce opiekuńczej, która podejmuje się opieki nad seniorami, konieczne jest rozpoznanie, które objawy i zachowania są wynikiem choroby somatycznej, psychosomatycznej lub psychicznej, a które następstwem wpływu otoczenia. Dotyczy to osób starszych leczonych ambulatoryjnie lub przebywających w szpitalu. Wezwanie lekarza, pielęgniarki rodzinnej do osoby starszej na wizytę domową, lekarza na konsultację w izbie przyjęć w godzinach nocnych, gdy istnieją

trudności w zobiektywizowaniu wywiadu rodzinnego, wezwanie psychiatry na konsultację do szpitala ogólnego ma być podyktowane potrzebą i troską o stan psychofizyczny osoby starszej (1, 4). Mogą być również próbą pozbycia się z domu lub szpitala osoby starszej jako uciążliwej i trudnej.

Nie ma osoby starszej i pacjenta uciążliwego lub trudnego. Uciążliwa, trudna jest sytuacja, w której osoba starsza się znalazła, której nie rozumie, której się boi, nie odbiera jej obiektywnie i reaguje tak, jak umie w danej chwili lub podpowiada im instynkt unikania zagrażającego niebezpieczeństwa. Jeżeli uzna się, że osoba starsza jest trudna... to trudna jest pielęgniarka, opiekunka, to trudny jest lekarz, ratownik lub ktoś z rodziny.

Należy pamiętać o prostym prawie w naturze akcji i reakcji (4).

W tej trudnej sytuacji osoby starsze znalazły się dzięki ludziom bliskim, rodzinie, pracownikom ochrony zdrowia lub opieki społecznej. Sami, gdyby mogli, mieli siłę, wiedzę i byli zmotywowani nie byłiby postrzegani jako trudni pacjenci lub uciążliwi podopieczni. Byliby niezależni. Jednak nie mogą, ponieważ są starzy, chorzy, niepełnosprawni lub nie rozpoznają otaczającej rzeczywistości, a w niej siebie, swojego środowiska, bliskich, nie umieją zdecydować o sobie i dokonać wyborów.

Uciążliwe są pielęgniarki jako osoby obce, które lekceważą osoby starsze, nie dostrzegają ich potrzeb, źle oceniają zachowanie i reakcje, wykonują zadania bez należytej staranności, łamią

ego w pielęgniarstwie

prawa pacjenta i człowieka, zaniechają wykonania czynności pielęgnacyjnych szczególnie w porze nocnej.

Pielęgniarka i inni pracownicy ochrony zdrowia, którzy chcą uniknąć pomyłki diagnostycznej lub opiekuńczej wobec osób w podeszłym wieku powinni przestrzegać zasad zaproponowanych trafnie przez psychogeriatrę Z. Falickiego.

Założeniem Falickiego była ochrona interesów schorowanych, niepełnosprawnych osób starszych przed nadużyciem, popełnieniem błędu, pomyłki, wykorzystaniem majątkowym, bezzasadnym ubezwłasnowolnieniem, bezzasadnym podawaniem leków uspokajających, próbą pozbycia się z domu lub szpitala. Falicki stworzył zasady traktowania osoby starszej jak pacjenta w trudnej dla

niego sytuacji: złego samopoczucia, zaostrzenia objawów, zagrożenia życia, doświadczania przemocy, pobytu w obcym miejscu, wśród obcych ludzi, bez rodziny i bliskich.

Falicki nie oceniał starości, nie oceniał zachowania osób starszych w trudnej lub krytycznej dla nich sytuacji. Nigdy nie mówił, że są trudnymi pacjentami/podopiecznymi.

Falicki swoimi zasadami koryguje zachowania pielęgniarek, lekarzy wobec osób starszych, narzuca sposoby działania, które są podstawą bezpieczeństwa osób starszych i słabszych.

Zgodnie z określeniem słownikowym termin *zasada* oznacza prężródło czegoś; oznacza coś, co w pewien sposób zależy od czegoś. Zasada to reguła postępowania albo wykonania czegoś.

Zasada to też norma, wzór, reguła, kanon, nakaz, rozkaz, imperatyw.

Zasady stanowią podstawę do opracowania modelowych sposobów postępowania pielęgniarki w określonych stanach zdrowotnych osoby starszej.

Zasady muszą być przestrzegane, z nimi się nie dyskutuje (3, 4).

Z. Falicki opracował zasady postępowania z osobami starszymi z zaburzeniami somatycznymi, psychosomatycznymi i psychicznymi wymagającymi pomocy, konsultacji lub podjęcia decyzji o umieszczeniu w placówkach opieki zdrowotnej lub społecznej. Pielęgniarka ma obowiązek czuwania nad przebiegiem rozpoznawania objawów psychosomatycznych lub zachowań osoby starszej wynikających z presji rodziny lub lekarzy w szpitalu. Pielęgniarka to



Benigna Florczak, lat 96
ciocia Autorki

fot. archiwum prywatne Autorki

osoba, która ma bronić interesów osób starszych oraz ma być ich adwokatem.

Zasady opracowane przez Z. Falickiego to:

1. Mimo różnych statystyk, wskaźujących na częstość zaburzeń psychicznych w wieku podeszłym, należy zakładać, że zdecydowana większość osób w tym wieku jest zdrowa psychicznie (4).

Jest to bardzo humanitarna zasada, która nie degraduje osób starszych tylko dlatego, że są starsze. Trzeba podchodzić do nich jak do osób zdrowych psychicznie.

2. U osób w podeszłym wieku nieznaczne dolegliwości podmiotowe mogą wynikać z poważnych zmian somatycznych (4).

Przebieg chorób somatycznych może mieć wpływ na reakcje psychiczne z powodu: niewydolności nerek, niewydolności wątroby, niewydolności trzustki oraz wstrząsu. Choroby te powodują niedotlenienie i zatrucie mózgu substancjami toksycznymi eliminowanymi przez te narządy. Są one niewydolne, zatem u osoby starszej występują zaburzenia psychotyczne pod postacią: zaburzeń świadomości, splątania, nieprawidłowej oceny sytuacji swojego położenia, nasilonego lęku, który jest uczuciem nieokreślonego napięcia lub zagrożenia.

3. Z teoretycznego punktu widzenia można dyskutować, czy starość jest chorobą, w praktycznym postępowaniu lepiej przestrzegać zasady: senecta ipsa morbus est = starość sama w sobie jest chorobą (4).

Starość nie jest chorobą! Falicki pisze o tym, jednak każe z tego skorzystać pod pewnymi warunkami i wówczas potraktować starość jak chorobę. Gdyby miała się stać krzywdą osobie starszej, opiekunowie nie są czegoś pewni, osoba starsza broni się przed czymś w obecności opiekunów, lekarza, ratowników – starość od strony praktycznej, dla bezpieczeństwa i w obronie seniora przed wykorzystaniem – lepiej potraktować jak chorobę i stosownie zareagować.

4. W stosunku do każdego pacjenta geriatrycznego musimy zadać sobie pytanie, czy jesteśmy dostatecznie obiektywni i opiekuńczy? Ma to istotne znaczenie, ponieważ jesteśmy uczuciowo zaprogramowani bardziej na dzieci i młodzież, bardziej na przyszłość niż przeszłość. Jeśli w stosunku do osób w wieku podeszłym nasza postawa instynktowo-uczuciowa nie jest nam pomocna, to powinniśmy ją korygować intelektem. (4)

I tu pomocne są zasady etyki ogólnospołecznej i zawodowej, które wskazują jak traktować człowieka jako takiego. Rozum podpowie, że trzeba szanować człowieka w każdym wieku. Generalnie każde społeczeństwo patrzy w przyszłość, a jego przyszłością jest młode pokolenie, a nie patrzy w przeszłość, czyli na starość.

Człowiek dba o młode pokolenie – jest na opiekę i jego ochronę zaprogramowany. Musi spełnić cel ewolucyjny poprzez dążenie do przedłużenia gatunku, przekazania w genach silnych cech, wychowania.

Starzy ludzie są uciążliwością dla społeczeństw i wszyscy od społeczności Spartan o tym wiedzą. Nie wszystkie społeczeństwa wiedzą jak wykorzystać potencjał tkwiący w osobach starszych, jak zorganizować aktywną i rozwojową opiekę nad nimi by zapewnić im komfort życia w czasie... (4).

Jeżeli nie, to trzeba się kierować rozumem oraz kierować się imperatywem Kanta, czyli poczuciem powinności i obowiązku wobec osób starszych, płynącym z samego siebie, z głębi serca, a nie z przymusu działania. Profesor Bartoszewski powiedział: „trzeba być przyzwoitym...”

5. Nasza postawa w stosunku do pacjentów z przewlekłymi dolegliwościami, mało podatnymi na leczenie może ulegać dodatkowo, negatywnemu wzmocnieniu. W takich przypadkach występują niekiedy postawy agresywne, ukierunkowane przeciwko pacjentowi – lekarz (pielęgniarka – dodaje au-

torka) zamiast irytować się na siebie, że nie jest w stanie choremu pomóc, irytuje się na chorego, ponieważ jego stan nie poprawia się. Uświadomienie sobie tego mechanizmu powinno lekarza (pielęgniarkę) skłaniać do skorygowania postawy (4).

Brak postępów w terapii, usprawnianiu i pielęgnowaniu powoduje niechęć do osób starszych wzmocnioną: irytacją, a czasem i agresją słowną albo zbyt energicznym wykonaniem czynności pielęgnacyjnych. To osoba starsza ma prawo obawiać się o swoje zdrowie i swój los pozostając pod opieką ludzi, których nie mogła sobie wybrać.

Pielęgniarka i lekarz to osoby społecznego zaufania, powołane do pomagania bez względu na wszystko, do osiągania dobrych wyników terapii somatycznej i psychicznej, do skutecznego pielęgnowania.

A jak nie osiągają tych wyników, nie umieją ich osiągnąć, to niech irytują się na siebie, że są nieudolni, nie są profesjonalistami a nie na osobę starszą.

I to nie wymaga już komentarza...

Literatura:

1. Bidzin L. Ocena funkcjonowania osób z otępieniem zamieszkujących w domach opieki. „Psychogeriatryka Polska”. Vol 2. No 4. 2005. 349- 360.

2. Kędziora-Kornatowska K. Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa. 2007.

3. Kozłowska D. Zasady w praktyce pielęgniarskiej. „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu”. Poznań. 4. 2009.

4. Ryniec A. Kozłowska D. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo Polski Uniwersytet Wirtualny. WSHE. Łódź. 2005.

5. Szewczyk M. Ślusarz R. Pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo Medyczne BORGIS. Warszawa. 2006.

6. Wieczorkowska-Tobis K. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa. 2008.

mgr pielęgniarstwa
Danuta Kozłowska
Koło Naukowe PTP
Oddział w Łodzi

mgr JOLANTA KAŁUŻNA

Poczucie bezpieczeństwa a zdrowie psychiczne człowieka

Człowiek, który nie zaspokoił w dzieciństwie potrzeby bezpieczeństwa, może jako dorosły ustawicznie poszukiwać możliwości jej pełnego zrealizowania, co uniemożliwia mu normalny rozwój i zautomatyzowanie innych potrzeb.

Jednym z elementów składowych osobowości każdego człowieka są potrzeby. Potrzeby są bardzo ważnym elementem życia psychicznego człowieka i towarzyszą mu praktycznie od chwil poczęcia. Jednostka ludzka jest złożeniem ducha i ciała i o obydwie te aspekty powinna dbać. Powinna jeść, pić, oddychać, czuć się bezpiecznie, poznawać świat, mieć przyjaciół i określony światopogląd. Początkowo potrzeby dziecka zaspokajają rodzice, potem jednostka sama uczy się je zaspokajać.

Potrzeba to stan braku lub inaczej stan niepokoju, w jakim znajduje się człowiek. Stan ten może być usunięty właśnie po zaspokojeniu potrzeby. Amerykański psycholog Abraham Maslow twierdził, że każdy człowiek jest motywowany do działania przez pragnienie zaspokojenia swoich potrzeb. Potrzeby ludzkie, zdaniem Maslowa, układają się w pięcioszczebłową hierarchię ważności. W pierwszej kolejności człowiek dąży do zaspokojenia tej potrzeby, która znajduje się najniżej w jego hierarchii potrzeb i jest najsilniej odczuwana w danym momencie. Dopiero po zaspokojeniu potrzeb niższego rzędu, pojawiają się potrzeby wyższego rzędu.

Do potrzeb należą kolejno:

1. Potrzeby fizjologiczne – kategoria potrzeb najbardziej prymitywnych, zawiera w sobie potrzeby czynników niezbędnych do życia organizmu, takich jak powietrze, woda, pokarm czy sen. Potrzeby te powodują całkowite skupienie uwagi i sił na dążeniu do ich zaspokojenia.

2. Potrzeba bezpieczeństwa staje się najpilniejszą potrzebą po zaspokojeniu potrzeb fizjologicznych.

3. Potrzeba miłości.

4. Potrzeba przynależności pojawia się po zaspokojeniu potrzeby bezpieczeństwa i wiąże się z potrzebą miłości; wywołuje wyjście do ludzi i dążenie do zmodyfikowania sytuacji życiowej tak, aby możliwe było zapewnienie sobie poczucia przynależności do kogoś i jego miłości.

5. Potrzeba szacunku – jej deprywacja jest skutkiem niskiej pozycji społecznej i niskiej oceny jednostki przez innych, próbę jej zaspokojenia może wyrażać dążenie do osiągnięć, prestiżu i władzy.

6. Potrzeba samorealizacji – dążenie do wykorzystania własnych możliwości. Wypływa ona z wysokiego poziomu samoświadomości, wrażliwości społecznej, twórczej osobowości,

wysokiej samooceny, spontaniczności i otwartości na nowe wyzwania. Zaspokojenie potrzeby samorealizacji daje jednostce poczucie spełnienia.

7. Potrzeba transcendencji – wykraczające poza potrzeby skupione na własnym szczęściu dążenie do wyjścia poza własną jaźń i doświadczenia duchowej jedności z kosmosem, dążenie do jej zaspokojenia zakłada wkroczenie na wyższe stany świadomości.

Każda istota żywa, a tym bardziej człowiek charakteryzuje się nieskończeniem długą listą potrzeb, spośród których ważne miejsce zajmuje potrzeba bezpieczeństwa. Poczucie bezpieczeństwa wiąże się nierozzerwalnie z poczuciem zagrożenia, a raczej braku tego zagrożenia. Poczucie bezpieczeństwa jako czynnik motywacyjny wywiera bezpośredni wpływ na niezawodność funkcjonowania człowieka. Jest ono jednym z psychologicznych uwarunkowań efektywnego i niezawodnego funkcjonowania człowieka w całości kształcie jego ludzkiego działania.

W obrębie potrzeby bezpieczeństwa występuje dążenie do stabilizacji, opieki, dążenie do uwolnienia od strachu, lęku i chaosu, potrzeba struktury, porządku i prawa, potrzeba znalezienia oparcia i opiekuna.

W przypadku frustracji z powodu tych potrzeb wszelkie inne dążenia schodzą na dalszy plan, wszystko staje się mniej ważne niż znalezienie opieki czy oparcia. Ludzie poszukują opiekuna lub silnej osoby, od której można być zależnym, która otuli ciepłem. To, co dla człowieka obce lub nieznanne jest wrogiem i zagrażające. A nie zaspokojenie potrzeb, w szczególności potrzeby bezpieczeństwa, we współczesnym społeczeństwie, może stać się podłożem przypadków nieprzystosowania i poważnych patologii.

Na globalną potrzebę bezpieczeństwa składa się poczucie bliskości, poczucie stabilności i poczucie zaufania do siebie. W dzisiejszych niebezpiecznych czasach dorośli nauczyli się za wszelką cenę hamować swoje reakcje na niebezpieczeństwo. Dlatego też zdaniem A. Masłowa, dla lepszego zrozumienia potrzeby bezpieczeństwa można odwołać się do obserwacji prowadzonych nad niemowlętami i dziećmi, ponieważ u nich te potrzeby występują w formie znacznie prostszej i wyraźniejszej. Ważnym wskaźnikiem potrzeby bezpieczeństwa u dziecka jest skłonność do pewnego typu niezakłóconego rytmu czy porządku. Pragnie ono, aby otaczający je świat był uporządkowany i aby zjawiska w nim zachodzące dawały się przewidzieć. Dlatego też niesprawiedliwość, nierzetelność i niekonsekwencja ze strony rodziców wywołują u dziecka poczucie lęku i braku bezpieczeństwa. Racjonalne postawy rodziców zaspokajają potrzebę bezpieczeństwa, która staje się podstawą do dalszego kształtowania osobowości. Przeciętne dziecko woli świat, w którym nie zdarzają się rzeczy niebezpieczne, nieoczekiwane, nie dające się kontrolować. Wynika z tego, że rodzina i postawy wychowawcze rodziców są bardzo ważne dla rozwoju młodego człowieka. Gdy dzieci czują się bezpieczne, chętniej dokonują eksploracji otoczenia i dzięki temu rozwijają się u nich wyższe umiejętności społeczne i poznawcze. Jednak gdy rodzina dostarcza frustracji w zakresie potrzeb, dziecko zaczyna

zaspokajać je w innych grupach, często przestępczych. Przeżywa też wiele problemów, z którymi nie umie sobie poradzić, zaczyna być agresywne.

Ponadto A. Masłowa uznał poczucie bezpieczeństwa za jeden z najbardziej znaczących czynników zdrowia psychicznego i traktował go prawie jako synonim tegoż zdrowia. Należy dodać, iż chodzi tu nie tyle o specyficzną formę zachowania, ale raczej o pewnego rodzaju uświadomiony nastrój, pewien rodzaj osobistego odczucia z uwagi na charakter większości przeżytych przez jednostkę wydarzeń życiowych.

Gdy zaspokojone są potrzeby bezpieczeństwa organizm zyskuje możliwość poszukiwania miłości, szacunku dla siebie i innych. Ponadto zaspokojenie potrzeby przyczynia się do udoskonalenia, wzmocnienia i uzdrowienia jednostki.

Brak poczucia bezpieczeństwa pojawia się, gdy zachwiana zostaje równowaga organizmu. Jednostka wówczas pragnie ją za wszelką cenę przywrócić, ponieważ brak poczucia bezpieczeństwa dezorganizuje życie i działanie. Brak poczucia bezpieczeństwa wywiera głęboki wpływ negatywny na życie człowieka we wszystkich okresach jego istnienia, powoduje bowiem spostrzeganie świata jako zagrażającego i uniemożliwiającego realizację życiowych celów. Utrzymujący się brak poczucia bezpieczeństwa dezorganizuje spostrzeganie otoczenia i funkcjonowanie w nim w każdym okresie życia człowieka, lecz szczególnie destrukcyjny wpływ wywiera, jak już wcześniej wspomniałam, na życie i rozwój dziecka. Spostrzeganie, bowiem świata jako permanentnie zagrażającego doprowadza zazwyczaj do rozwinięcia się syndromu braku poczucia bezpieczeństwa. Syndrom ten charakteryzuje dewiantów społecznych, a w szczególności jednostki dokonujące zamachów samobójczych oraz wykolejone przestępczo zarówno asocjalnie, jak i dysocjalnie.

Według A. Masłowa syndrom braku bezpieczeństwa konstituuje 14 następujących symptomów:

- poczucie braku akceptacji (odrzućenia),
- poczucie izolacji (wyobcowanie),
- permanentne poczucie niepokoju i zagrożenia,
- spostrzeganie świata i życia jako niebezpiecznych (zagrażających),
- spostrzeganie ludzi jako złych, złośliwych i egoistycznych,
- poczucie braku zaufania, niechęci i zazdrości,
- uogólniony pesymizm, przewidywanie najgorszego,
- poczucie nieszczęścia i pokrzywdzenia,
- przeżywanie napięć i konfliktów,
- tendencje do kompulsywnego analizowania swoich przeżyć i odczuć,
- poczucie zniechęcenia, winy i grzeszności,
- zaburzenia samooceny (kompleks niższości) i tendencje kompensacyjne (dążenie do mocy, przesadne ambicje, agresywność, pogoń za materialnymi dobrami),
- neurotyczne tendencje przejawiające się w obronnych reakcjach ucieczki, ciągłego poprawiania,
- tendencje do zachowań samolubnych, egocentrycznych, indywidualistycznych.

Ukształtowany w dzieciństwie bądź młodości syndrom braku poczucia bezpieczeństwa utrzymuje się także w okresie dorosłości. Powoduje to zachowanie przez jednostkę charakterystycznej postawy wobec siebie i otoczenia nawet wtedy, gdy otoczenie oferuje bezpieczną przynależność i miłość.

Ponadto brak poczucia bezpieczeństwa uruchamia mechanizmy obronne osobowości w postaci fiksacji i regresji. Istotą tych mechanizmów jest korzystanie z reakcji wcześniej wyuczonych lub koncentracja na jednej wyuczonych reakcji oraz pozbawienie się możliwości nauczenia się nowych reakcji. Uniemożliwia to przystosowanie się do zmieniających się warunków.

Człowiek, który nie zaspokoił w dzieciństwie potrzeby bezpieczeństwa, może jako dorosły ustawicznie poszukiwać możliwości jej pełnego

zrealizowania, co uniemożliwia mu normalny rozwój i zautomatyzowanie innych potrzeb.

Występująca we wczesnym okresie rozwoju frustracja może więc prowadzić do zahamowania procesów kształtowania się osobowości, czego końcowym efektem jest występowanie infantylnych, niedojrzałych form zachowania się człowieka dorosłego, narażających go na dalsze frustracje i trudności przystosowawcze.

Zatem potrzeba bezpieczeństwa, niezbędna w rozwoju i funkcjonowaniu każdej istoty ludzkiej, staje się wskaźnikiem adaptacji życiowej. Jednostka może czuć się bezpieczna w różnych grupach, jednak ceną za uzyskanie poczucia bezpieczeństwa w danej zbiorowości jest przyjęcie i zastosowanie się do norm i zasad funkcjonujących w tej zbiorowości, bez względu na ich wymiar moralny.

Każdy człowiek, aby żyć musi mieć możliwość zaspokajania swoich potrzeb, ponieważ jest to fundament jego prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie. Zaspokojone potrzeby człowieka warunkują jego zdolność do działania, tworzenia i rozwoju. W przeciwnym wypadku nie jest on w stanie sprostać wyzwaniom życia, pozostaje wyizolowany i odczuwa lęk, czuje się samotny, opuszczony, niešťęśliwy. Może mieć także problemy z przystosowaniem się do warunków rzeczywistości społecznej i pełnienia w niej określonych ról społecznych.

Na zakończenie należy jeszcze raz podkreślić, że poczucie bezpieczeństwa jest warunkiem rozwoju osobistego, kreatywności, bycia szczęśliwym i spełnionym. Człowiek o wysokim poczuciu bezpieczeństwa chętnie podejmuje się nowych, coraz trudniejszych zadań, gotowy jest do dużego wysiłku. Chce pełnić różne role, bo pozwalają mu one na spełnianie się i samorealizację. Zatem poczucie bezpieczeństwa staje się warunkiem zdrowia psychicznego.

mgr *Jolanta Kałużna*
psycholog

PODZIĘKOWANIA

Pielęgniarki Ośrodka Pediatricznego im. J. Korczaka w Łodzi, które uczestniczyły w projekcie „Postępowanie w stanach zagrożenia życia” w dniach 7 – 8 grudnia 2010 roku współfinansowanym przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego dziękuję realizatorowi projektu – Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi – za umożliwienie wzięcia udziału w projekcie.

Dziękujemy Paniom: **Krystynie Frydrysiak, Iwonie Szymańskiej, Bogusławie Łopacińskiej** za wiadomości, które nam przekazały.

Pani **Marii Kowalskiej** dziękujemy za nadzór nad projektem.

pielęgniarki Ośrodka Pediatricznego
im. dr J. Korczaka w Łodzi

Dziewczyzna emerytka jest słodka i gibka.

Don Kichota wiąż ma w głowie, więc nic więcej tu nie powiem.

Niechaj zdrowie i wesele zawsze w twym żywocie gości.

Spełniaj wszystkie swe marzenia, doznaj pełni szczęśliwości.

W związku z przejściem na emeryturę pani **Bożeny Zabłockiej** – Przełożonej Pielęgniarek Szpitala ZOZ ZK nr 2 w Łodzi – pragniemy złożyć serdeczne podziękowania za profesjonalizm, cierpliwość oraz pełną zaangażowania długoletnią pracę zawodową.

Dziękujemy za ciepło, troskę i uśmiech.

Życzymy zdrowia, pogody ducha i sukcesów w realizacji życiowych planów.

dyrektor szpitala, pielęgniarki, lekarze
oraz pozostały personel medyczny ZOZ ZK nr 2 w Łodzi

Nie ma co patrzeć na swą kartę zdrowia,

Tylko żyć i się delektować.

Brać wszystko co jeszcze do wzięcia zostało

Póki posłuszeństwa nie odmówi ciało.

W związku z przejściem na emeryturę pana **Pawła Samca** – pielęgniarza Szpitala ZOZ ZK nr 2 w Łodzi, pragniemy serdecznie podziękować za długoletnią współpracę, fachowość, niegasnący uśmiech, zaangażowanie i koleżeńskość.

Życzymy zdrowia i wykorzystania w pełni dobrodziejstw wynikających ze statusu młodego emeryta.

dyrektor szpitala, pielęgniarki, lekarze
oraz pozostały personel medyczny ZOZ ZK nr 2 w Łodzi

Edukacja chorych na dep

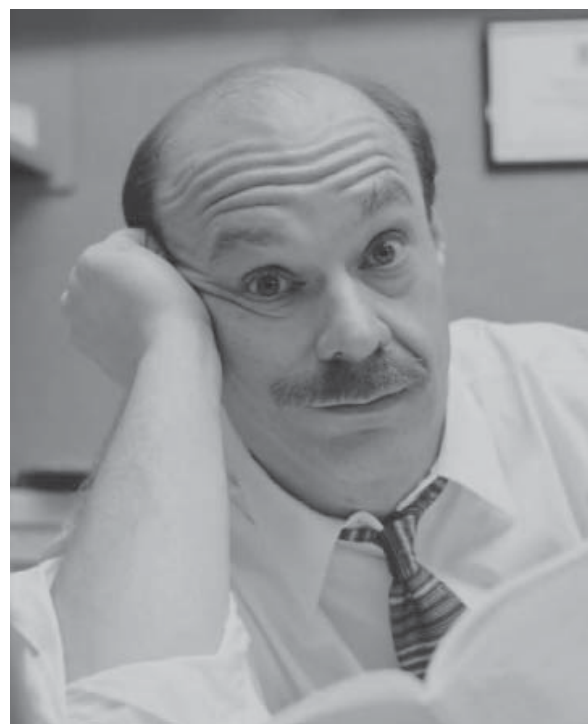
Depresja jest rodzajem zaburzenia psychicznego, które dotyczy nastroju. Powyższe określenie używa się, aby opisać uczucie głębokiego smutku. Każdy z nas od czasu do czasu jest smutny, jednak osoby cierpiące na depresję dla odróżnienia od zwykłego smutku doświadczają przytłaczającego i odbierającego siły przygnębienia, które jest długotrwałe i odbija się na życiu prywatnym, zawodowym i społecznym. Osoby te przejawiają swoiste zaburzenia w zakresie wiedzy o sobie w postaci negatywnego obrazu swojej osoby, negatywnych ocen własnych doświadczeń i postępowania a także negatywnej oceny przyszłości. Negatywny obraz siebie wyraża się w niskiej samoocenie, poczuciu małej wartości, wiary we własne siły i możliwości. Taki obraz wiedzy o sobie oraz otaczającym świecie może być przyczyną pojawienia się nastroju depresyjnego i lęku.

Jak wynika z badań przeprowadzonych przez Światową Organizację Zdrowia, Bank Światowy i Uniwersytet Harvardu na całym świecie depresja jest główną przyczyną niezdolności do normalnego życia oraz funkcjonowania w społeczeństwie. Choroba wpływa negatywnie na szereg sfer życia ludzkiego. Ma ogromny wpływ na funkcjonowanie rodzinne, zawodowe i społeczne. Dla osoby chorej na depresję dotychczasowe życie staje się pasmem niepowodzeń i przykrości, przytłacza go przekonanie o niemożności poradzenia sobie z najprostszymi sprawami życia codziennego. Zaakceptowanie faktu, że depresja

to nie chwilowy zły humor, ale choroba implikuje przyjęcie mniejszych oczekiwań wobec partnera. Jednak człowiek depresyjny nie powinien być wyeliminowany z ról życiowych, nie może czuć się odsunięty na margines życia. Ma on prawo do szacunku, do tego by inni liczyli się z jego zdaniem.

Często zadajemy sobie pytanie, skąd bierze się wśród ludzi tyle smutku i przygnębienia – głównych objawów depresji. Odpowiedź na to pytanie może z łatwością każdy z nas, gdyż nie żyjemy we wspaniałym świecie bez problemów, zmartwień i trosk. Nasz świat i nasze życie to ciągle zmaganie się z rzeczywistością, na którą składają się problemy dnia codziennego, walka o lepszy byt, wspinanie się po drabinie sukcesów zawodowych, uczucia żalu i bezradności po stracie najbliższej osoby i nie chodzi tu tylko o śmierć, ale również o rozwód czy separację, poczucie bezradności wobec dorastających dzieci uciekających w różnego rodzaju nałogi, choroby, które spotykają nas i naszą rodzinę.

Depresja to choroba znana od tysięcy lat, jednak nie zawsze akceptowana przez społeczeństwo. Mentalność wielu ludzi nie zawsze akceptuje tę często dramatyczną w skutkach chorobę. Pomimo szeroko rozwiniętej edukacji depresja nadal jest stanem budzącym lęk i stosunkowo mało znanym opinii publicznej. Cały czas krąży wiele nieprawdziwych przekonań i stereotypów, które pogłębiają lęk na temat depresji, np. że jest to choroba psychiczna, wymagająca bezwzględnej hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym, że jest



Pomimo szeroko rozwiniętej edukacji depresja nadal jest stanem budzącym lęk i stosunkowo mało znanym opinii publicznej.

wyzwanie dla pielęgniarek



nieuleczalna itp. Zapomina się przy tym, że zaburzenia depresyjne mogą dotknąć każdego człowieka bez względu na rasę, pochodzenie, wykształcenie czy miejsce zamieszkania.

Koszty leczenia depresji porównuje się z kosztami leczenia AIDS czy choroby wieńcowej. Bierze się tutaj pod uwagę nie tylko hospitalizację i leczenie, ale również straty kosztów społecznych wynikających z nieobecności w pracy.

Edukacja zdrowotna jest procesem uczenia się ludzi jak żyć, aby zachować i doskonalić zdrowie własne i innych, a w przypadku wystąpienia choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki.

Edukacja zdrowotna towarzyszy wszelkim działaniom profilaktycznym, w tym również dotyczącym zapobiegania chorobom i innym zaburzeniom a także ryzykownym zachowaniom zdrowotnym i społecznym. Edukacja zdrowotna potrzebna jest zarówno osobom z chorobami przewlekłymi, niepełnosprawnością jak i w przypadku zachorowań ostrych (np. infekcji różnych układów, chorób zakaźnych) i urazów. Każdy kontakt lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta lub innego członka zespołu terapeutycznego z człowiekiem chorym powinien zawierać elementy edukacyjne.

Edukacja ludzi chorych jest obecnie uznana za podstawowy element całościowego postępowania terapeutycznego i powinna towarzyszyć wszystkim etapom diagnozowania,

leczenia i pielęgnowania. Wpływa ona korzystnie na efekty leczenia, poprawę samopoczucia i jakości życia osób chorych, a także na satysfakcję z opieki medycznej oraz zmniejszenie kosztów tej opieki (krótszy czas hospitalizacji, mniejsza liczba porad).

Edukacja ułatwia pacjentom podejmowanie świadomych decyzji w procesie leczenia.

Edukacja pacjenta to proces obejmujący działania wychowawcze i nauczanie skierowane na niego i jego środowisko, którego celem jest wpływanie na kształtowanie (zmianę lub utrwalanie) postaw w pożądanym prozdrowotnym kierunku, zgodnie ze społecznie akceptowalnymi celami programów promocji zdrowia, profilaktyki, wychowania zdrowotnego i oświaty zdrowotnej. Polega ona na zamierzonym wpływie na osobowość pacjenta przez kształtowanie jego zachowań zdrowotnych, poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie poprzez przygotowanie do współpracy współdziałania w procesie pielęgnowania i leczenia oraz samopielęgnowania i opieki innej niż profesjonalna. Dotyczy przekazywania pacjentowi wiedzy i kształtowania jego umiejętności potrzebnych do tych działań.

Edukacja chorych obejmuje pracę wychowawczą i dydaktyczną wynikającą z funkcji i zadań zawodowych pracowników ochrony zdrowia. Jednym z zadań pełnionych przez pielęgniarkę jest kształtowanie u podopiecznego poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie i życie. Kolejnym zadaniem

Cały czas krąży wiele nieprawdziwych przekonań i stereotypów, które pogłębiają lęk na temat depresji

jest przygotowanie pacjentów do podejmowania działań prozdrowotnych w odniesieniu do siebie, osób najbliższych i środowiska, tzn. uczenie w jaki sposób wpływać na przekonania, system wartości innych ludzi, jak stwarzać warunki do prowadzenia prozdrowotnego stylu życia.

Pielęgniarka przygotowuje pacjenta do współpracy z innymi członkami zespołu terapeutycznego w procesie pielęgnowania. Wyjaśnia i uświadamia cel opieki, wyjaśnia zalecenia, uczy tych zachowań, których przestrzeganie przez pacjenta jest ważne do wyleczenia. Innym zadaniem jest przygotowanie pacjenta do samopielęgnacji.

Pielęgniarka uczy pacjenta oceniać stanu zdrowia, właściwego reagowania w przypadku wystąpienia powikłań, edukuje w zakresie wyboru właściwych sposobów dla podtrzymania właściwych funkcji życiowych. Wyjaśnia także jak zapewnić sobie komfort życia codziennego w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej. Uczy w zakresie stosowania zaleconych metod terapii np. farmakologicznej, dietetycznej, psychologicznej.

Zakres realizowanych przez pielęgniarkę zadań w odniesieniu do pacjenta uwarunkowany jest przede wszystkim celami określonymi w procesie pielęgnowania. Wymaga to zawsze wcześniejszej oceny stanu pacjenta, rozpoznania jego postawy wobec własnego zdrowia, choroby, niepełnosprawności. Ocena jest podstawą efektywnego nauczania, zapewnia indywidualizowanie poprzez odkrycie co podopieczny umie, co potrzebuje i chce wiedzieć, jakiej pomocy wymaga i potrzebuje.

Zadania funkcji wychowawczej pielęgniarka wykonuje nie tylko na rzecz pacjentów, ale również współuczestniczy w realizacji celów edukacji zdrowotnej, wychowania zdrowotnego i oświaty zdrowotnej. Wykonuje wszystkie zadania programów promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, których istotą jest edukacja zdrowotna społeczeństwa.

W terapii depresji bardzo ważna jest rola pielęgniarki, która wspomaga to leczenie. Planuje ona opiekę nad chorymi w oparciu o proces pielęgnowania, a także edukuje rodzinę i pacjenta w zakresie samoopieki i samopielęgnacji.

W terapii depresji bardzo ważna jest rola pielęgniarki, która wspomaga to leczenie. Planuje ona opiekę nad chorymi w oparciu o proces pielęgnowania, który jako domena pielęgniarstwa przynosi dobre efekty i cechuje się wysokim profesjonalizmem działań pielęgniarstkich podjętych do jego realizowania, a także edukuje rodzinę i pacjenta w zakresie samoopieki i samopielęgnacji.

Zarówno pacjenci jak i rodzina wykazują bardzo duże braki w wiedzy dotyczącej jednostki chorobowej, sposobów postępowania i sposobów zapobiegania nawrotom choroby. Bardzo ważne jest odpowiednie wyedukowanie chorego i jego rodziny, aby była w stanie dobrze zająć się chorym bez szkody dla niego i samej rodziny. Kontakt z rodziną należy nawiązać w momencie przyjęcia chorego do szpitala.

W depresji edukację dzieli się na dwa etapy. W pierwszym z nich należy wyjaśnić istotę choroby, wytłumaczyć choremu i jego rodzinie, jakie są przyczyny depresji, w jaki sposób się ona objawia, jakie niebezpieczeństwa za sobą niesie oraz jakie mogą być konsekwencje nieleczonej depresji. Na tym etapie edukacji pielęgniarka dostarcza broszury i ulotki przeznaczone dla pacjentów, gdzie znajdują wszystkie potrzebne informacje na temat depresji. Pielęgniarka powinna również nauczyć chorego samoobserwacji oraz nauczyć rodzinę umiejętnego obserwowania stanu zdrowia pacjenta.

W drugim etapie edukacji szczególną uwagę zwraca się na sferę psychiczną oraz społeczną pacjentów. Ten etap edukacji przeprowadza się dwufazowo:

1. Sfera psychiczna:

- wyedukowanie chorego i jego rodziny w kierunku umiejętności radzenia sobie z chorobą, uaktywnienie rodziny do wspierania chorego w jego chorobie i codziennym życiu już po całkowitym ustąpieniu objawów choroby,

- ukazanie konieczności systematycznego przyjmowania leków i wizyt kontrolnych zgodnie z zaleceniami lekarskimi,

- zapoznanie chorego oraz jego rodziny ze sposobami radzenia sobie ze stresem,

- zwrócenie szczególnej uwagi na umiejętność asertywnego zachowania się w życiu osobistym i zawodowym,

- wytłumaczenie choremu, że nadal jest tą samą osobą, a choroba w żaden sposób nie zmieniła i nie naruszyła jego osobowości.

2. Sfera społeczna:

- wytłumaczenie choremu i jego rodzinie konieczności pełnego, takiego samego jak przed zachorowaniem uczestnictwa chorego w życiu rodzinnym i społecznym, nadanie choremu obowiązków, włączenie do prac domowych, powrót chorego do pracy zawodowej,

- wskazanie na konieczność spotykania się z rodziną, znajomymi i pełnego powrotu do życia towarzyskiego,

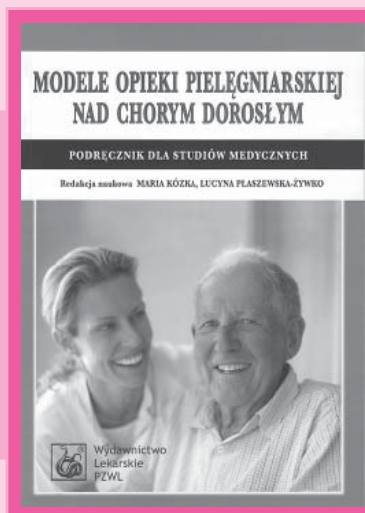
- przeprowadzenie rozmowy z rodziną chorego o konieczności szczerego i autentycznego stosunku do pacjenta oraz o konieczności poświęcania czasu na rozmowę z nim,

- wyedukowanie rodziny pacjenta pod kątem komunikacji niewerbalnej, żeby potrafili prawidłowo interpretować zachowania chorego,

- poinformowanie rodziny chorego, że każde podejrzenie o myślach i tendencjach samobójczych powinno być przekazane pielęgniarce lub lekarzowi prowadzącemu,

- poinformowanie rodziny chorego, że podczas opieki nad chorym powinni wykazać się spolegliwością, poświęcać choremu czas, zaspakajając jego potrzeby bez oceniania, krytykowania i potępienia.

Po przeprowadzonej edukacji należy poprosić pacjenta i jego rodzinę o wypełnienie ankiety, która sprawdzi ich poziom wiedzy na temat choroby, sposobu postępowania, samoobserwacji, samokontroli i pozwoli ocenić ich postawę wobec choroby. Naturalny system wsparcia bazujący na rodzinie i osobach z najbliższego otoczenia pomoże przetrwać kryzysy emocjonalne i trudne sytuacje życiowe. Jego brak pogarsza rokowanie w depresji.



Modele opieki pielęgniarstwa nad chorym dorosłym

red.: Maria Kózka i
Lucyna Płaszewska-Żywko
Wyd. Lekarskie PZWL
Warszawa 2010
ISBN 978-83-200-3957-3

W dwóch pierwszych częściach książki przedstawiono podstawowe założenia teorii D. Orem, zgodnie z którą pielęgniarka, dysponując wiedzą i doświadczeniem wykorzystuje różnorodne metody, aby pacjent stał się możliwie niezależny od innych. Chorobę opisano jako sytuację trudną dla pacjenta, wskazano na psychospołeczne następstwa choroby oraz znaczenie wsparcia społecznego i edukacji w przygotowaniu chorego do samoopieki. W trzeciej części zamieszczono opisy przypadków pacjentów z wybranymi schorzeniami oraz modele pielęgnowania. Wyjaśniono również zachodzenie zmian patofizjologicznych w danym układzie oraz wynikających z nich objawów. W spisie treści m.in.: część pierwsza – teorie i modele pielęgniarstwa, teorie i modele pielęgniarstwa – wyjaśnienie pojęć, teoria Dorothei Orem, struktura modelu opieki pielęgniarstwa.

W części drugiej – psychospołeczne aspekty opieki pielęgniarstwa – choroba i hospitalizacja jako sytuacja trudna, społeczne skutki choroby i niepełnosprawności, wsparcie społeczne w chorobie, edukacja jako element przygotowania chorego do samoopieki.

Część trzecia przedstawia modele pielęgnowania chorych w wybranych schorzeniach: układu oddechowego, układu krążenia, układu nerwowego, pokarmowego, kostnowąstwowego, naczyniowego, układu dokrewnego, układu krwiotwórczego, moczowego. Przedstawiono także zespół metaboliczny.

Książka adresowana jest zarówno do studentów pielęgniarstwa, jak i pracujących pielęgniarzek.

główny specjalista ds. merytorycznych
mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska



Jak zmniejszyć oddziaływanie czynników stresujących na zdrowie pracowników ochrony zdrowia

Praca w ochronie zdrowia wiąże się z występowaniem specyficznych stresorów, które towarzyszą odpowiedzialności za ludzkie życie, ratowanie zdrowia, kontakt z cierpieniem i śmiercią, nadmierne przeciążenie pracą, braki kadrowe, wadliwy sprzęt, niedostateczne wynagrodzenia.

Temat dotyczący czynników stresogennych wpływających na zdrowie pracowników ochrony zdrowia nie jest mi obcy, ponieważ pracuję od piętnastu lat w szpitalu (zdobywając praktykę na różnych oddziałach), a obecnie od pięciu lat jako pielęgniarka operacyjna.

Wiadomym jest, że pielęgniarka operacyjna szczególnie narażona jest na stres. Jest to związane z miejscem pracy i charakterem pracy. Doskonale wiem, jak stresogenna jest konieczność współpracy z różnymi zespołami chirurgów, czasem z tzw. „trudnymi chirurgami”, konieczność asystowania do wielu dyscyplin chirurgicznych, jak również świadomość asystowania do zabiegu w sytuacji, kiedy blok operacyjny jest niedostatecznie wyposażony w podstawowy, niezbędny sprzęt medyczny i sprawną aparaturę. Stresogenne jest również przeciążenie pracą w związku z minimalnym zatrudnieniem pielęgniarek oraz konflikty interpersonalne.

Praca zawodowa jest jedną z najważniejszych form działalności człowieka. Rozpatrywana jako środek

do osiągnięcia statusu materialnego niejednokrotnie staje się przyczyną dysfunkcji zdrowotnych, powodem do zmartwień, niepokoju, negatywnych emocji, z którymi człowiekowi coraz trudniej się uporać.

Do zawodów szczególnie narażonych na działanie stresu zalicza się takie, których istotą jest pomaganie innym, czyli zawody służb społecznych, wśród których wymienia się pracowników ochrony zdrowia, psychologów czy nauczycieli.

Praca w ochronie zdrowia wiąże się z występowaniem specyficznych stresorów, które towarzyszą jej codziennie. Podkreśla się znaczenie odpowiedzialności za ludzkie życie, ratowanie zdrowia, kontakt z cierpieniem i śmiercią. Do tego wymienia się nadmierne przeciążenie pracą, braki kadrowe, przestarzały, wadliwy sprzęt i niedostateczne wynagrodzenia, które czynią pracę pracowników ochrony zdrowia bardzo stresującą.

Skutki zdrowotne stresu

Stres jest zespołem nieswoistych reakcji będących wynikiem działania



stresogennych ochrony zdrowia

ore towarzyszą jej codziennie:
nięcią. Do tego wymienia się
edostateczne wynagrodzenia



bodźców o znaczeniu negatywnym. Reakcje fizjologiczne stresu występują w trzech fazach: alarmowej, odporności i wyczerpania.

Faza alarmowa

Stadium to jest wyrazem mobilizacji obronnych sił organizmu. W tym stadium wyodrębnia się dwie fazy:

- szoku, która obejmuje początkowy wpływ czynnika szkodliwego na organizm i charakteryzuje się wystąpieniem pierwszych sygnałów pobudzenia fizjologicznego służącego obronie,
- przeciwdziałania szokowi, która obejmuje reakcje obronne powodujące zmiany w funkcjach fizjologicznych.

Faza odporności

Jest to stadium względnej adaptacji, charakteryzuje się tym, że organizm dość dobrze znosi czynniki szkodliwe przez określony czas, a słabiej toleruje inne bodźce, które uprzednio były nieszkodliwe. Organizm sięga po dostępne zasoby radzenia sobie ze stale występującym zagrożeniem. Następuje zwalczanie negatywnego bodźca, ale kosztem pozostałych funkcji fizjologicznych i psychologicznych. Dochodzi do przesunięcia zasobów energetycznych i normalnych funkcji organizmu w kierunku funkcji obronnych.

Faza wyczerpania

Stadium to pojawia się wtedy, gdy czynniki szkodliwe działają zbyt intensywnie lub zbyt długo, a uogólnione pobudzenie organizmu nie służy już zwalczaniu stresora, ponieważ nastąpiła utrata zdolności obronnych. Wskaźnikiem tego stadium jest rozregulowanie funkcji fizjologicznych. Organizm staje się podatny na zaburzenia fizjologiczne i choroby, które zaliczane są do kategorii chorób adaptacyjnych.

Jeśli uwzględni się bezpośrednie zmiany zachodzące w organizmie pod wpływem stresu, takie jak: wzrost ciśnienia krwi, wzrost napięcia mięśniowego, zwiększony poziom wydzielania

się kortyzolu i osłabienie funkcjonowania układu immunologicznego oraz zmiany w zachowaniu się osób przeżywających stres, np.: palenie papierosów, konsumpcja alkoholu, leków i zwiększonych porcji pożywienia, to można z dużą pewnością przyjąć, że stres musi spowodować zaburzenia w zdrowiu, jeśli będzie utrzymywał się przez dłuższy czas.

Do najbardziej typowych zdrowotnych skutków stresu zalicza się:

- zaburzenia w układzie krążenia (zawał, udar i choroba nadciśnieniowa)
- przewodzie pokarmowym (choroba wrzodowa, niestrawność)
- oraz zaburzenia sfery psychicznej i neurologicznej (lęk, brak koncentracji, zaburzenia snu, zawroty głowy, zaburzenia koordynacji narządów ruchu, zwolniony refleks).

Stres w zawodach medycznych

W zawodach medycznych stres może się pojawić, gdy pracownik ma za dużo pracy, gdy działa pod presją czasu i terminów lub gdy musi podejmować zbyt wiele decyzji.

Stres może być także wynikiem zmęczenia spowodowanego obciążeniami fizycznymi i psychicznymi, których dostarcza środowisko pracy, oraz dostosowaniem się do zmian w tym środowisku.

Czynniki stresogenne w zawodach medycznych:

1. Zespół nietolerancji pracy nocnej i zmianowej, co objawia się zaburzeniami snu, chronicznym zmęczeniem, zaburzeniami żołądkowo-jelitowymi, zaburzeniami psychoneurotycznymi, dolegliwościami sercowo-naczyniowymi, zaburzeniami funkcjonowania społecznego, negatywną postawą wobec pracy zmianowej, zmniejszeniem ogólnej satysfakcji życiowej, nasileniem palenia tytoniu, większym spożyciem alkoholu, kawy, leków uspokajających i nasennych.

2. Rola zawodowa i praca w zespole zawodowym: niejednoznaczność i konflikt ról, odpowiedzialność za drugiego człowieka, troska o własny

rozwój zawodowy, konflikty interpersonalne.

3. Zespół wypalenia zawodowego. Wypalenie zawodowe jest procesem długofalowym. Czynnikiem kluczowym dla rozwoju zespołu wypalenia zawodowego jest zgeneralizowane doświadczenie niepowodzenia w zmaganiu się ze stresem i powstanie trwałego przekonania o niemożności radzenia sobie w życiu zawodowym z sytuacjami trudnymi. Przewlekły stres może wynikać z:

- doświadczania niezgodności między oczekiwaniami zawodowymi a realiami zawodu,
- przeciążeń, czyli konieczności wykonywania zadań przekraczających możliwości fizyczne lub psychiczne pracownika,
- sytuacji bolesnych, czyli konieczności znoszenia bólu fizycznego lub cierpienia psychicznego pacjentów,
- konfliktów motywacyjnych związanych z długotrwałymi i męczącymi procesami decyzyjnymi o negatywnym zabarwieniu emocjonalnym,
- zagrożeń, czyli układu niegroźnych bodźców sygnalizujących pojawianie się przykrości,
- deprivacji ważnych potrzeb biologicznych lub psychicznych,
- frustracji wynikających z utrudnień lub przeszkód w realizacji czynności zawodowych.

Niefektywne radzenie sobie ze stresem

Stres jest rodzajem relacji między człowiekiem a otoczeniem, w której dokonuje on oceny wydarzenia oraz własnych zasobów radzenia sobie z zaistniałą sytuacją. W świetle tej definicji człowiek jest pod działaniem stresu, gdy dana sytuacja jest oceniana jako wykraczająca poza zakres dostępnych możliwości radzenia sobie.

Niefektywne radzenie sobie ze stresem jest to stan, w którym indywidualne sposoby – strategie i styl radzenia sobie – nie są w stanie sprostać wymaganiom sytuacji stresowej.

Cechy charakteryzujące:

- duże napięcie emocjonalne,
- lęk,
- brak umiejętności rozwiązywania problemów,
- nieumiejętność komunikowania problemów, potrzeb, emocji,
- niskie kompetencje społeczne (np. wycofanie się z kontaktów społecznych, niezdolność do pełnienia dotychczasowych ról),
- stosowanie używek lub leków (np. palenie tytoniu, nadmierne spożycie alkoholu),
- izolacja,
- brak sieci wsparcia,
- objawy somatyczne.

Możliwości zmniejszenia czynników stresogennych w zawodach medycznych

Stresu nie można uniknąć, ponieważ jest on zjawiskiem nierozdzielnie związanym z życiem, natomiast można, a nawet należy, zmniejszać siłę jego oddziaływania i zapobiegać jego negatywnym skutkom.

Istnieje wiele różnych możliwości i sposobów radzenia sobie ze stresem. Wśród nich można wyróżnić:

1. Odporność na stres, który jest wynikiem występowania naturalnych, względnie stałych właściwości organizmu oraz umiejętności wyuczonych, które służą utrzymywaniu uprzedniego kierunku, sprawności i poziomu organizacji zachowania się pomimo występowania stresu. Odporność na stres jest wzmocniana przez następujące cechy i umiejętności:

- pozytywna samoocena – osoby mające wysoki stopień samoakceptacji z reguły określają siebie jako bardziej zdecydowane, skuteczne, otwarte i aktywne, poczucie własnej wartości jest regulatorem efektów stresu głównie przez to, że wydarzenia stresujące nie są spostrzegane przez osoby z pozytywnym obrazem siebie jako duże zagrożenie;
- optymistyczny stosunek do świata – ludzie o optymistycznym nastawieniu znacznie rzadziej zgłaszają objawy zaburzeń somatycznych

w sytuacjach trudnych, a ich rekonwalescencja przebiega znacznie szybciej;

- zaufanie do innych – osoby cyniczne i nieufne wobec innych wykazują w obliczu stresu silniejsze reakcje i częściej doświadczają zaburzeń zdrowia,

- umiejętność poszukiwania wsparcia społecznego – osoba będąca członkiem struktury społecznej czerpie korzyści wynikające z tego, że pełni określoną rolę w grupie; grupa stanowi istotną pomoc w radzeniu sobie ze stresem, ale relacje interpersonalne przynoszą korzyści nie tylko w przypadku stresu, lecz także w całości kształcie funkcjonowania człowieka.

2. Umiejętności relaksacji.

Techniki relaksacyjne mogą skutecznie pomagać w kontroli stresu, odwrócić uwagę od zaistniałej sytuacji lub mogą pomóc zdystansować się do zaistniałego problemu.

Ćwiczenia fizyczne – aktywność fizyczna adekwatna do wieku i stanu fizycznego człowieka prowadzi do zmniejszenia lęku przez redukcję napięcia mięśniowego oraz do poprawy ogólnego nastroju.

Trening odporności na stres – celem tego typu treningów jest zwiększanie odporności oraz wspomaganie umiejętności radzenia sobie ze stresem.

3. Strategie radzenia sobie ze stresem

Strategie ukierunkowane na problem zmierzają do zmiany sytuacji przez walkę lub przez systematyczne planowane działania. Do sposobów ukierunkowanych na redukcję występującego problemu należą przede wszystkim:

- konfrontacja, która polega na aktywnej samoobronie i walce z przeciwnościami,
- planowanie i systematyczne rozwiązywanie sytuacji trudnej,
- przeniesienie aktywności na te działania, w których możliwe jest wykazywanie się przedsiębiorczością oraz inicjatywą i dzięki którym następuje przeciwdziałanie poczuciu bezradności.

Strategie zorientowane emocjonalnie zmierzają do redukcji napięcia i przykrych emocji będących reakcją na stresującą sytuację. Wśród strategii zorientowanych emocjonalnie wyróżnia się:

- dystansowanie się polega na tym, że osoba wycofuje się z sytuacji i zaprzestaje wysiłków, które nie przynoszą efektów w rozwiązywaniu problemu,

- unikanie związane jest z odebraniem się od stresującej sytuacji za pomocą myślenia, o czym innym, bagatelizowania przykrych wydarzeń, umniejszania ich znaczenia,

- nasilenie samokontroli nad negatywnymi emocjami pojawiającymi się w sytuacji stresowej,

- pozytywne przewartościowanie – istnienie tej strategii pozwala skrytalizować hierarchię wartości, która mogła zostać zburzona przez zaistniałą sytuację stresową.

4. Rola zwartego zespołu w przeciwdziałaniu stresowi zawodowemu

Przez pojęcie zespół należy rozumieć grupę dwóch lub więcej osób, współdziałających i wzajemnie oddziałujących na siebie w dążeniu do wspólnego celu. Wyróżnia się dwa rodzaje zespołów: formalne i nieformalne.

Zespoły formalne są skupione wokół zadań wykonywanych przez kierownika i bezpośrednio podległych mu pracowników. Jednak bardzo duże znaczenie mają również zespoły (grupy) nieformalne z tego względu, że spełniają cztery główne funkcje:

- utrzymują i wzmacniają wspólne normy (oczekiwane zachowania) i wartości członków grupy;

- zapewniają członkom grupy zaspokojenie potrzeb społecznych (przyjaźni, wsparcia, poczucia bezpieczeństwa);

- pomagają członkom grupy w komunikowaniu się;

- tworzą grupę wsparcia dla osób tworzących zespół.

5. Znaczenie procesów komunikacji w pracy zespołu

Różnica między skuteczną i nieskuteczną komunikacją sprowadza się do sposobu radzenia sobie członków zespołu z czterema przeszkodami w procesie komunikacji: różnicami w postrzeganiu, emocjami, niezgodnością komunikatów werbalnych i niewerbalnych oraz brakiem zaufania między uczestnikami grupy.

Pozytywna komunikacja wzrasta, gdy następuje:

- przewyciężanie różnic w postrzeganiu rzeczywistości;

- zrozumienie reakcji emocjonalnych;

- pokonywanie niezgodności komunikatów werbalnych i niewerbalnych;

- redukcja braku zaufania.

6. Możliwości przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu

Czynniki redukujące ryzyko wypalenia zawodowego:

1. Poczucie racjonalności celów zawodowych. Człowieka zdolnego do konstruktywnej konfrontacji z problemami cechuje realistyczne, racjonalne i refleksyjne podejście do wymagań, norm i celów zawodowych.

2. Poczucie kontroli. Kontrola polegająca na pozytywnym waloryzowaniu własnych doświadczeń oraz dostosowywaniu osobistych możliwości i zachowań do otoczenia najkorzystniej wpływa na hamowanie procesu wypalenia.

3. Poczucie własnej skuteczności. Wypalenia można uniknąć, gdy osoba zachowuje przekonanie, że jest skuteczna w osiągnięciu ważnych celów zawodowych.

4. Ocenianie sytuacji stresowej w kategorii wyzwania. Poczucie sukcesu i dużej skuteczności zachowań własnych w sytuacji trudnej poprawia samoocenę, co hamuje proces wypalenia, ponieważ motywuje do działań, ciekawości i sprzyja aktywności twórczej.

5. Wsparcie społeczne. Hamowaniu wypalenia zawodowego sprzyjają pozytywne kontakty interpersonalne z przełożonymi i kolegami.

6. Redukcja czynników stresogennych w ramach specjalności zawodowej. Dla różnych zawodów i dla różnych specjalności w ramach wykonywanej pracy istnieją swoiste czynniki, które doprowadzają do nasilenia poziomu stresu. Im mniej występuje czynników o charakterze stresogennym, tym mniejsze jest ryzyko wypalenia zawodowego.

Osoby, które nie potrafią radzić sobie z nadmiarem napięcia emocjonalnego bardzo często uciekają w świat alkoholu i innych środków odurzających. Ma to im pomóc w rozwiązywaniu lub unikaniu trudnych sytuacji.

Zbyt duży poziom stresu może wywołać u człowieka wysokie ciśnienie krwi, niestrawność, suchość w ustach, nadmierne pocenie się, dreszcze, zaburzenia koordynacji narządów ruchu, zwolniony refleks, lęk, zawroty głowy, brak koncentracji.

Zbyt mały poziom stresu często prowadzi do braku jakiegokolwiek zainteresowania.

Właściwy poziom stresu oznacza: odprężenie psychiczne, przypływ energii, świadomość dobrej formy, wiarę w siebie, różnego rodzaju zainteresowania, motywację do pracy.

Jest wiele sposobów radzenia sobie ze stresem. Najważniejsze moim zdaniem to: uświadomienie sobie własnej wartości, poczucie zadowolenia z siebie, pozytywne myślenie, umiejętne komunikowanie się w obrębie zespołu terapeutycznego oraz uświadomienie sobie należenia do grupy, w której można znaleźć oparcie.

Wykaz literatury u Autorki

Monika Pasińska
pielęgniarstwo II rok
praca napisana pod kierunkiem
mgr Agnieszki Renn-Żurek

11 listopada

w Poznaniu

11 listopada to Święto Niepodległości obchodzone w całym kraju, zaś poznaniacy 11 listopada świętują imieniny ulicy św. Marcina pod znakiem rogalowego szaleństwa.

Zacznę przekornie, nie od najstarszej historii Poznania – o czym później – lecz od współczesnego świętowania.

11 listopada to Święto Niepodległości obchodzone w całym kraju, zaś poznaniacy 11 listopada świętują imieniny ulicy św. Marcina pod znakiem rogalowego szaleństwa.

Rogale Świętomarcińskie to regionalny produkt chroniony prawem Unii Europejskiej, sprzedawane są w cukierniach, na straganach, wszędzie, ale wyłącznie z certyfikatem, są niepowtarzalnym smakołykiem.

Tradycja rogalu sięga XIX wieku, kiedy proboszcz parafii p.w. św. Marcina zaapelował o wspomaganie ubogich. Wówczas cukiernicy przygotowali rogalę w kształcie podkowy, na pamiątkę zgubionej złotej podkowy przez przejeżdżającego na białym koniu św. Marcina.

Biedni mogli jeść za darmo, bogatsi płacili, a współcześnie na 11 listopada przygotowano kilkaset ton tych słodkości.

Tradycyjny korowód na głównej ulicy Poznania zaczyna się przy kościele

św. Marcina, dociera do Zamku Przemysła, gdzie w ręce dojeżdżającego (koniecznie) na białym koniu patrona przekazana jest władza nad miastem.

W strojach paradnych, regionalnych, na ogromnych machinach, platformach wiezione są rozbawione dzieci, złota Bamberka z dwoma dzbanami, idą szczudlarze, w paradnym szyku kroczą konie, żołnierze na koniach w mundurach z 1918 roku, a wszystkiemu towarzyszy żwawa muzyka. W tym dniu całe miasto „żyje”, bawi się i radośnie świętuje. Przyznaję, że z przyjemnością włączyłam się w atmosferę panującą w mieście.

A historia zawsze ciekawa, choć przewrotna...

W przewodnikach Poznań nad Wartą (w 2009 roku – 550 tysięcy ludności) nazywany jest Grodem Przemysła. W XIII wieku pochowano tu w kaplicy księcia Przemysła II, a wcześniej żonę.

Na Ostrowie Tumskim, w Katedrze p.w. Piotra i Pawła są dowody na początki chrześcijaństwa w Polsce. Według badaczy są tu prawdopodobne groby monarsze i księcia Mieszka

I i króla Bolesława Chrobrego oraz innych władców.

Chrzest Polski został przyjęty w miejscu, gdzie dziś stoi katedra – jest misa chrzcielna, na potwierdzenie tego faktu wciąż trwają badania.

Katedra zasługuje na wiele zaszczytnych tytułów z racji kaplic, w tym z najwspanialszą Królewską Kaplicą zwaną Złotą. Jednym z najcenniejszych zabytków w Europie jest renesansowy ratusz z XVI wieku a na wieży ratusza słynne koziołki.

Poznań to ośrodek akademicki, to od 1925 roku coroczne Międzynarodowe Targi Poznańskie, to słynny chór chłopięco-męski im. Stuligrosza, na Jeziorze Maltańskim jest Tor Regatowy Malta oraz tor narciarski. Dla upamiętnienia wydarzeń XX wieku jest pomnik Poznań – czerwiec 1956 roku.

W dniu 11 listopada 1918 roku Poznań był jeszcze pod zaborem pruskim i dopiero w wyniku zwycięskiego Powstania Wielkopolskiego został przyłączony do Polski. Poznaniacy mówią, że sami wywalczyli sobie niepodległość.