Konkurs „Pielęgniarka 2007 roku”

4

Celem konkursu jest wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek liderów, osób o najlepszym przygotowaniu zawodowym, etycznym i zaangażowaniu na rzecz środowiska pielęgniarskiego.

Ciąża bliźniacza

U człowieka najczęściej występuje ciąża pojedyncza, a ciąża bliźniacza stanowi niewielki procent porodów, jednak z tym zjawiskiem można się zetknąć w rodzaju ludzkim już od początków jego istnienia.

6

Zalecenia Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii i Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa

Publikacja stanowi zbiór zaleceń przygotowanych pod wspólnym patronatem Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii i Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa. Zalecenia zostały opracowane przez kierowany przez dr n. biol. Grażynę Kruk-Kupiec zespół autorski, w skład którego wchodzą pielęgniarki z dużym doświadczeniem w zakresie opieki diabetologicznej. Adresatem zaleceń są pielęgniarki i położne zajmujące się pacjentami z cukrzycą i ich rodzinami

16

w numerze:

Biuletyn 1/2008 1 stycznia 2008 roku

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

2 Serwis informacyjny

4 Konkurs „Pielęgniarka roku 2007”

6 Ciąża bliźniacza – powstawanie, rozpoznanie i charakterystyczne zaburzenia
H. Derendarz

9 Kącik biblioteczny

10 Wielowymiarowe pojęcie rodziny jako naturalne środowisko wychowawcze człowieka
K. Wac

14 Świąd (łac. pruritus)
A. Kurbiel

16 Zalecenia Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii i Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa
G. Kruk-Kupiec, A. Szewczyk

22 Zdrowotne zagrożenia XXI wieku
S. Dzwonkowska

25 Kącik społeczników: Anna Szumilas
B. Dobrowolska

26 Kącik emerytek: Wycieczka po Starym Cmentarzu
Z. Kulesza

27 Podziękowania

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
Adres redakcji: 90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17
tel. 42-633 22 48; fax 42-633 68 74; e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl
Redaktor Naczelna: mgr Maria Kowalska
Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPiP.
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.
Skład: OIPiP – Agnieszka Wypych
Druk: Drukarnia BiK – M. Bernaciak
91-729 Łódź, ul. Smutna 16

Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia ORPiP w dniu 13 listopada 2007 roku i Prezydium ORPiP w dniu 28 listopada 2007 roku

➲ Dokonano wyboru Prezydium ORPiP i podjęto decyzje administracyjno-regulaminowe.

➲ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarza i rejestru położnych – 8 pielęgniarkom i 4 położnym.

➲ Zatwierdzono wymianę prawa wykonywania zawodu – 6 pielęgniarkom/pielęgniarzom i 1 położnej.

➲ Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi – 5 pielę gniarek.

➲ Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi – 10 pielęgniarek/pielęgniarzy i 1 położną.

➲ Przyjęto oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony – 1 pielęgniarki, zgodnie z wnioskiem zainteresowanej.

➲ Wykreślono z rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych – 142 praktyki pielęgniarek i położnych, zgodnie z wnioskami zainteresowanych.

➲ Podjęto decyzję dotyczącą przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż pięć lat – 1 pielęgniarce skrócono okres przeszkolenia.

➲ Przyznano finansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w:
– konferencji: 11 osobom,
– kursie dokształcającym: 2 osobom,
– kursie specjalistycznym: 6 osobom,
– szkoleniu specjalizacyjnym: 3 osobom.
2 osobom odmówiono przyznania finansowania, ze względów regulaminowych – wnioski o dofinansowanie niekompletne i złożone po regulaminowym terminie.

➲ Przyznano 6 nagród finansowych po ukończeniu studiów magisterskich z oceną bardzo dobry.

➲ Przyznano zapomogi bezzwrotne, po:
– 1500 zł: 3 osobom,
– 1000 zł: 1 osoba,
– 750 zł: 3 osoby,
– 500 zł: 2 osoby
3 osobom odmówiono przyznania zapomogi, ze względów regulaminowych – brak potwierdzenia zdarzenia losowego, opłacania składki członkowskiej.

➲ Zatwierdzono:
– koszty udziału przedstawicieli OIPiP w:
• szkoleniu „Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej" w Warszawie, w dniach 22 – 23.11.2007 roku – 3 członkom organu ORzOZ,
• X Forum Prawniczo – Medycznym w Warszawie, w dniach 06-07.12.2007 roku – 2 przedstawicielom organu ORzOZ i Przewodniczącej OSPiP,

– honoraria dla 2 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie Nr 12/2007,
– pełnomocników i ich zastępców w rejonach wyborczych/zakładach na V kadencję,
– dofinansowanie działalności Koła Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych w roku 2008.

➲ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do składu komisji: 2 egzaminacyjnych i 3 kwalifikacyjnych.

➲ Powołano składy osobowe komisji konkursowych na stanowiska kierownicze: 3 pielęgniarek oddziałowych.

Anna Manes
sekretarz ORPiP

XXII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych odbędzie się w dniu 29 lutego 2008 roku od godziny 9.00 w Urzędzie Miasta Łodzi, ul. Piotrkowska 104

Plany kursów i szkoleń organizowanych przez OIPiP w 2008 roku

I. Szkolenia specjalizacyjne:
1. Pielęgniarstwo psychiatryczne – III kwartał.

II. Kursy kwalifikacyjne w dziedzinie:
– programy dla pielęgniarek:
1. Pielęgniarstwa psychiatrycznego – od 29 lutego do 13 czerwca 2008 roku (wg zamieszczonego planu na stronie internetowej www.oipp.lodz.pl. Wnioski należy składać do dnia 29 stycznia 2008 roku – data wpływu do Biura OIPiP)
2. Pielęgniarstwa opieki paliatywnej – od 3 kwietnia do 11 października 2008 roku (lipiec, sierpień – przerwa wakacyjna) (wg zamieszczonego planu na stronie internetowej Izby. Wnioski należy składać do dnia 22 lutego 2008 roku – data wpływu do Biura OIPiP)

III. Kursy specjalistyczne w zakresie:
– programy dla pielęgniarek i położnych:
1. Resuscytacji krążeniowo – oddechowej (wg zamieszczonych planów na stronie internetowej Izby www.oipp.lodz.pl)
– I 22.02-21.03.2008
– II 23.05-27.06.2008
– III-29.08-26.09.2008
– IV-03.10-31.10.2008
Na wszystkie ww. edycje wnioski należy składać do dnia 22.01.2008 roku
2. Terapii bólu – II kwartał.

– programy dla pielęgniarek:
1. Leczenie ran – II kwartał.
2. Podstawy opieki paliatywnej – III kwartał.
3. Wykonywania badania spirometrycznego – II kwartał.
4. Endoskopii – III kwartał.

– program dla położnych:
1. Leczenie ran – III kwartał.

IV. Szkolenia doskonalące w zakresie:
1. Postępowania w stanach zagrożenia życia – 20 edycji (wg potrzeb w zakładach pracy).

Zainteresowane osoby prosimy o składanie wniosków do Biura OIPiP (Łódź, ul. Piotrkowska 17). Informacje nt. szczegółowych terminów kursów i szkoleń będziemy przekazywać w biuletynie, na stronie internetowej Izby oraz pełnomocnikom zakładów. Informacji udziela dział merytoryczny pod numerem tel. (0-42) 639-92-62

mgr **Maria Kowalczyk**, **Agnieszka Kałużna**
Dział Merytoryczny w Biurze OIPiP w Łodzi

Szkolenia organizowane w 2008 roku przez USK nr 2 w Łodzi

Serdecznie zapraszamy Państwa do udziału w szkoleniach organizowanych przez Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów w Łodzi, ul. Żeromskiego 113. Osoby zainteresowane proszone są o kierowanie zgłoszeń pod numer 042 63 93 519, 042 63 93 414 .

Styczeń – 17.02.2008, godz. 13.00
Higieniczne i chirurgiczne mycie rąk.

Luty – 16.02.2008, godz. 13.00
Odpowiedzialność prawno-zawodowa pielęgniarek i położnych. Kodeks etyki zawodowej.

Marzec – 12.03.2008, godz. 12.00
Zasady prowadzenia racjonalnej antybiotykoterapii w szpitalu.

Kwiecień – 16.04.2008 godz. 13.00
Sepsa – objawy, rozpoznanie, leczenie. Wymogi sanitarno-epidemiologiczne w przypadku rozpoznania sepsy u pacjenta.

Maj – 14.05.2008, godz. 13.00
AMD – zwyrodnienie plamki żółtej – objawy, rozpoznanie, sposoby leczenia.

Czerwiec – 11.06.2008, godz.13.00
Znieczulenie przewodowe – przygotowanie pacjenta i postępowanie po zabiegu operacyjnym. Niebezpieczeństwa i powikłania.

Wrzesień – 18.09.2008, godz. 13.00
Wirusowe zapalenie wątroby typu B i C jako czynnik ryzyka dla pracowników ochrony zdrowia. Procedura postępowania po zakłuciu. Leczenie, rokowanie.

Październik – 16.10.2008, godz. 13.00
Zagrożenia zawodowe na stanowisku pracy kadry medycznej – alergia na lateks

Listopad – 19.11.2008, godz. 13.00
Zapis elektrokardiograficzny.

Grudzień – 10.12.2008, godz. 13.00
Gronkowce – morfologia, chorobotwórczość, rezerwuar i źródło zakażenia. Gronkowiec w aspekcie zakażeń szpitalnych.

Agnieszka Topolskska
przełożona pielęgniarek lecznictwa zamkniętego USK nr 2 im. WAM – Centralny Szpital Weteranów

Konkurs „Pielęgniarka roku 2007”

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
Koło Liderów Pielęgniarstwa PTP
ogłasza
III Ogólnopolski Konkurs „Pielęgniarka Roku 2007”

Celem konkursu jest wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek liderów, osób o najlepszym przygotowaniu zawodowym, etycznym i zaangażowaniu na rzecz środowiska pielęgniarskiego.
Serdecznie zapraszamy do udziału w Konkursie.
Konkurs odbywać się będzie w trzech etapach według następującego harmonogramu:
– wyłonienie uczestników konkursu w poszczególnych ZOZ –ach do dn. 31.01.2008 roku,
– eliminacje w oddziałach wojewódzkich PTP dn. 7.03.2008 roku godz.12.oo
– trzeci etap: prezentacja własna (szczegóły tego etapu zostaną podane w komunikacie nr 2 a także na stronie www.zgptpiel.waw.pl)
kontakt: Dorota Jacyna, tel. (0-22) 861-02-46, kom. 0-509-759-219, e-mail: djacyna@onet.pl

Regulamin III Ogólnopolskiego Konkursu „Pielęgniarka Roku 2007”

1. Uczestnictwo w Konkursie jest dobrowolne. Mogą w nim wziąć udział pielęgniarki zatrudnione w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.
2. Do Konkursu mogą przystępować także uczestnicy i laureatki poprzednich edycji.
3. Z Konkursu wyłączona jest kierownicza kadra pielęgniarska tj. dyrektorzy ds. pielęgniarstwa, naczelne pielęgniarki, przełoSone pielęgniarek, pielęgniarki oddziałowe i koordynujące.
4. Wyłanianie uczestników konkursu w zakładach opieki zdrowotnej następuje według kryteriów przyjętych w danej placówce, np. na podstawie oceny okresowej, zaangażowania pracę zawodową, wysokiego poziomu wiedzy zawodowej, wzorowej postawy etycznej itp.
5. Kartę Zgłoszenia Uczestnika, potwierdzoną pieczątką imienną bezpośredniego przełożonego oraz pielęgniarki kierującej kadrą pielęgniarską w zakładzie opieki zdrowotnej, należy przesłać do Oddziału Wojewódzkiego PTP (adres na stronie www.zgptpiel.waw.pl) w terminie do dnia 31.01.2008 roku.
6. Oddziały Wojewódzkie PTP w terminie do 15.02.2008 roku przesyłają do Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego imienną listę uczestników Konkursu wraz z adresem i kontaktem telefonicznym.
7. Oddziały Wojewódzkie PTP są odpowiedzialne za zapewnienie odpowiednich warunków do przeprowadzenia eliminacji, a także do wyłonienia dwóch członków do komisji konkursowej drugiego etapu.
8. Eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich będą polegały na testowym sprawdzianie z zakresu ogólnej wiedzy zawodowej, Zasad Etyki Polskiej Pielęgniarki, historii zawodu i działalności Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego oraz innych organizacji pielęgniarskich.
9. Przewodniczącym Komisji egzaminacyjnej drugiego etapu konkursu będzie osoba wskazana przez Główną Komisję Konkursową, której zadaniem będzie zabezpieczenie dostarczenia w dniu egzaminu kart egzaminacyjnych do Oddziału Wojewódzkiego wraz z kluczem sprawdzającym.
10. Prace zostaną komisyjnie sprawdzone, z przebiegu tego etapu zostanie sporządzony protokół i tego samego dnia zostanie ogłoszony zwycięzca drugiego etapu eliminacji.
11. Do następnego etapu przechodzi osoba z największą liczbą zdobytych punktów. W przypadku większej liczby osób z tą samą liczbą punktów, wszystkie te osoby zostają zakwalifikowane do kolejnego etapu Konkursu.
12. Trzeci etap Konkursu odbędzie się w miejscu i terminie podanym w odrębnym Komunikacie Nr 2.
13. Koszty przejazdu i pobytu uczestnika tego etapu pokrywają Oddziały Wojewódzkie PTP, sponsorzy lub zakłady pracy.
14. Pielęgniarka Roku otrzyma puchar przechodni, który przez rok pozostanie w macierzystym zakładzie pracy zwycięzcy, a w następnym roku zostanie przekazany kolejnemu laureatowi Konkursu.
15. Informacje dotyczące Konkursu zostaną przedstawione także na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego www.zgptpiel.waw.pl

Karta zgłoszenia uczestnika konkursu „Pielęgniarka roku 2007”

1. Imię i nazwisko: .....

2. Data urodzenia: .....

3. Adres zamieszkania: .....

..... tel. kontaktowy:.....

4. Miejsce pracy: .....

..... tel.: ..... e-mail: .....

5. Stanowisko: .....

6. Staż pracy w zawodzie: .....

7. Przynależność do Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego:

☐ tak* od kiedy: .....

☐ nie*

8. Działalność na rzecz pielęgniarstwa (przynależność do towarzystw naukowych, sekcji zawodowych, czynne uczestnictwo w konferencjach naukowych itp.) z wyłączeniem obligatoryjnej przynależności do samorządu pielęgniarskiego.

☐ tak* jaka: .....

.....

.....

☐ nie*

* odpowiedź zaznacz krzyżykiem

....

podpis i pieczęć przełożonego podpis kandydata

Data: .....

Ciąża bliźnia

powstawanie, rozpozna

U człowieka najczęściej występuje ciąża pojedyncza, stanowi niewielki procent porodów, jednak z tym zetknąć w rodzaju ludzkim już od początków jego

Częstość występowania ciąży wielopłodowej można obliczyć według reguły Hellina. Jest to bardzo ogólna ocena prawdopodobieństwa wystąpienia ciąży wielopłodowej, ponieważ wiąże ona częstość występowania ciąży wielopłodowej z ilością płodów w malejącym postępie geometrycznym. Nie uwzględnia takich czynników jak: rasa, środowisko, dziedziczność, wiek matek czy pora roku. Według niej w Europie bliźnięta rodzą się raz na 80 porodów.

Różnice w występowaniu ciąży bliźniaczej dwuzygotycznej zaobserwowano w zależności od rasy rodziców i miejsca na Ziemi. Najczęściej bliźniaki rodzą kobiety rasy czarnej w Afryce (4,5 procent), najrzadziej kobiety rasy żółtej w Azji (od 0,33 do 0,4 procent w Chinach). W Europie u kobiet rasy białej także można zauważyć zróżnicowanie zależne od szerokości geograficznej. Największy wskaźnik bliźniąt notuje się na północy (kraje skandynawskie 1,4 – 1,7 procent), najmniejszy na południu (Włochy 0,8 procent). Ciąże bliźniacze jednozygotyczne to około 0,4 procent wszystkich porodów.

Ludzkość nie znając przyczyn powstawania bliźniąt długo nie potrafiła poradzić sobie z tym problemem, dlatego zawsze takie porody były obiektem zainteresowania. Próbując zrozumieć to zjawisko i usiłując wyrobić sobie do niego jakiś stosunek ludzie tworzyli różne przesądy. Często wzbudzało ono ich strach, niechęć czy odrazę do samych bliźniąt lub ich matek. Niekiedy sądzono, że bliźnięta są podarunkiem od bogów, czczono je i przypisywano im nadludzkie moce. Czasami prawdopodobnie z powodów praktycznych (nie możność opieki nad dwojgiem dzieci w trudnych warunkach) zabijano jedno z bliźniąt, co zdarzało się u Eskimosów i Nomadów. Jednocześnie bliźnięta, a szczególnie podobne bliźnięta stanowiły obiekt zainteresowania ludzi sztuki. W obecnych czasach wiele uzdolnionych bliźniąt działa w sferze sportu, teatru, filmu oraz polityki i nadal interesuje się nimi najbliższe otoczenie, także media.

Nowe odkrycia rozwijają naukę o bliźniętach i pomagają rozwiązać istniejące problemy. Niestety te problemy są i będą nadal istnieć, ponieważ coraz częściej stosuje się różnorodne metody leczenia niepłodności zaczynając od leków stymulujących owulację, a na rozrodzie wspomaga-

Halina Derendarz

cza cz. 1

nie i charakterystyczne zaburzenia

a ciąża bliźniacza zjawiskiem można się istnienia.

nym kończąc, co wydatnie zwiększa ilość ciąż bliźniaczych.

Najczęściej powstaje ciąża bliźniacza dwuzygotyczna (dwujajowa) – 70 procent ogółu porodów bliźniaczych. Występuje wtedy, kiedy jednoczasowo zapłodnieniu ulegają dwie oddzielne komórki jajowe uwolnione z dwóch osobnych pęcherzyków Graffa przez dwa osobne plemniki. Tworzą się wtedy dwa różne genetycznie płody, które mogą mieć tą samą płeć lub być odmiennej płci.

Jednak w rozważaniach teoretycznych bierze się pod uwagę możliwość uwolnienia dwóch komórek jajowych z jednego pęcherzyka Graffa. Zeilmaker przedstawił pracę, w której wskazał, że komórki jajowe z dwujajowych pęcherzyków są zdolne do zapłodnienia i rozwoju .

Do zapłodnienia dwóch komórek jajowych może także dojść niejednoczasowo, najczęściej w odstępie 3 – 4 dni lub dłużej np. 1 – 2 tygodnie. Zjawisko to nosi nazwę nadpłodnienia. Oznacza ono dodatkowe zapłodnienie drugiej komórki jajowej, uwolnionej w tym samym cyklu przez plemniki pochodzące od różnych partnerów lub tego samego partnera ze stosunków odbytych w krótkim czasie po sobie. Sprzyja temu odbywanie stosunków płciowych z dużą częstotliwością (obserwuje się wyższy odsetek ciąż bliźniaczych u kobiet zachodzących w ciążę krótko po ślubie i u prostytutek).

Sugeruje się też możliwość istnienia dodatkowego zapłodnienia, kiedy to do zapłodnienia drugiej komórki jajowej dochodzi w następnym cyklu owulacyjnym, a pierwsza jest już w kolejnej fazie rozwoju.

Naturalne uwolnienie co najmniej 2 komórek jajowych (poliowulacja) jest zależna od wielu czynników takich jak np. przynależność rasowa (najczęściej rasa czarna), wiek matki (poniżej 35 lat), jej wzrost, masa ciała, przeszłość położnicza (liczba porodów powyżej 3), czynniki genetyczne (występowanie bliźniąt w rodzinie, urodzenie bliźniąt wcześniej), pora roku w której ciąża została poczęta (lato), czy nawet szerokość geograficzna. Większość takich naturalnych poliowulacji wiązana jest ze wzrostem w surowicy krwi stężenia hormonów gonadotropowych. Naturalnie taki wzrost może nastąpić przy nadwrażliwości przysadki na działanie hormonu podwzgórzowego (GnRH) lub przy wzroście jego wydzielania.

Oprócz naturalnych przyczyn uwalniania większej liczby komórek jajowych istnieje także możliwość wywołania tego zjawiska poprzez podanie klomifemu lub gonadotropin. Stosuje się te preparaty przy leczeniu niepłodności. Ciąża bliźniacza dwuzygotyczna może także powstać w wyniku zapłodnienia pozaustrojowego, kiedy to do jamy macicy wszczepia się 2 zarodki lub być następstwem redukcji płodów (naturalnej lub sztucznej) do dwóch w ciążach o większej krotności.

Ciąże bliźniacze jednozygotyczne (jednojajowe) to 30 procent ciąż bliźniaczych. Powstają one wtedy, kiedy pojedynczą komórkę jajową zapłodni jeden plemnik i powstała w wyniku tego zygota dzieli się na dwa identyczne genetycznie embriony, mające tą samą płeć. Mechanizmów odpowiedzialnych za tego typu podział do tej pory nie zidentyfikowano i uważa się go nadal za dzieło przypadku, ponieważ nie zauważono żadnego wpływu na niego czynników zewnętrznych i wewnętrznych. Doniesienia sugerują jednak, że może istnieć jakaś dziedziczna skłonność do występowania bliźniąt jednozygotycznych po linii matczynej i mogą się takie ciąże pojawiać w wyniku sztucznego zapłodnienia. Podział zygoty dokonuje się do 14 do 16 dnia od zapłodnienia. Jeśli podział dokonał się przed implantacją zarodka w jamie macicy (do 4 dnia od zapłodnienia), wtedy tworzą się 2 łożyska i 2 osobne błony pozałożyskowe (ciąża bliźniacza jednozygotyczna dwukosmówkowa dwuowodniowa). Kiedy do podziału dochodzi między 4 a 7 dniem od zapłodnienia (okres zagnieżdżania się jaja płodowego w macicy i powstawania kosmówki), to mamy do czynienia z ciążą bliźniaczą jednojajową jednokosmówkową dwuowodniową, czyli dysk łożyska jest wspólny, a płody

rozdzielone są dwoma osobnymi owodniami. Przy podziale po 7 dniu od zapłodnienia powstaje ciąża bliźniacza jednojajowa jednokosmówkowa jednoowodniowa. Płody mają wtedy wspólne łożysko i rozwijają się w jednym worku owodniowym. Kiedy do podziału dochodzi po 13 dniu od zapłodnienia to zróżnicowanie komórek tarczy zarodkowej może być na tyle duże, że całkowity podział może być niemożliwy i powstają płody niecałkowicie rozdzielone.

Wczesne rozpoznanie ciąży bliźniaczej jest bardzo istotne ze względu na wysokie ryzyko wystąpienia powikłań u matki i u płodów oraz daje możliwość postępowania profilaktycznego i terapeutycznego. Do niedawna podstawą rozpoznania ciąży bliźniaczej było badanie kliniczne jednak w tym wypadku taki rodzaj ciąży rozpoznawano dość późno. Przy założeniu powstania ciąży bliźniaczej badanie to stanowi początek rozpoznania takiej ciąży. Składa się ono z badania podmiotowego - wywiadu dotyczącego czynników zwiększających prawdopodobieństwo powstania ciąży bliźniaczej i objawów mogących sugerować istnienie takiej ciąży (nagła niedokrwistość, wzrost ciśnienia w I połowie ciąży, nasilone nudności, wymioty, przeszłość położnicza, większa liczba ruchów płodu w różnych częściach macicy) oraz badania przedmiotowego. Najważniejszym objawem jest stwierdzenie niezgodności pomiędzy wielkością macicy (większa), a czasem trwania ciąży. Podejrzenie istnienia ciąży bliźniaczej może nasuwać także powiększony obwód brzucha, główka płodu mniejsza niż wskazywałby na to czas trwania ciąży, zbadanie licznych drobnych oraz trzech dużych części płodu po obu stronach macicy (badanie zewnętrzne), zbadanie obok pękniętego pęcherza płodowego drugiego pęcherza (badanie wewnętrzne), wysłuchanie w dwóch różnych miejscach dwóch tonów serca płodu różniących się częstotliwością tętna od tętna matki oraz częstotliwością między sobą o 8 – 10 uderzeń/min.

Metodą wczesnego rozpoznania ciąży bliźniaczej może być badanie markerów biochemicznych: laktogenu łożyskowego (hPL), alfa-fetoproteiny (APF), ciążowo specyficznej beta-1 glikoproteiny (białko S246), aminopeptydazy cystynowej (CAP-oksytocynaza) i gonadotropiny kosmówkowej (hCG). Każdy z tych markerów w prawidłowej ciąży powoli wzrasta i jego wartości są względnie stałe.

Zakłada się, że dwa płody i całkowita masa ich łożysk jest większa niż w ciąży pojedynczej czyli produkowanych przez nie związków powinno być więcej niż w ciąży pojedynczej. Wzrost poziomu tych markerów był podstawą diagnostyki ciąży bliźniaczej szczególnie w pierwszym i drugim trymestrze ciąży.

Rozpoznanie ciąży bliźniaczej stało się możliwe bardzo wcześnie od momentu zastosowania w diagnostyce ciąży ultradźwięków Już w 4 – 5 tygodniu ciąży za pomocą sondy dopochwowej można uwidocznić dwa oddzielne pęcherzyki. Jednak badanie to należy powtórzyć, aby wyeliminować zespół „znikającego bliźniaka" związanego z resorpcją jednego z pęcherzyków lub nieprawidłowościami chromosomalnymi zarodka.

Ultrasonografia pozwala także rozpoznać typ bliźniaków związany z typem łożyska. Badanie to umożliwia poznanie miejsca implantacji łożyska i ilości łożysk. Mogą być dwa oddzielne łożyska w różnych miejscach macicy – ciąża dwukosmówkowa, ale także w większości przypadków mogą stykać się ze sobą i trudno je odróżnić od pojedynczego łożyska ciąży jednokosmówkowej. Wtedy pomocne jest określenie liczby worków owodniowych i przegrody między nimi.

Ultrasonograficznie można także w 6 tygodniu ciąży pokazać echo każdego płodu, a w 7 tygodniu czynność serca obu płodów, co także jest wskaźnikiem rozpoznawczym ciąży bliźniaczej.

Ciążą bliźniacza często przebiega bez powikłań, jednak są z nią związane problemy, które nigdy nie pojawią się w ciąży pojedynczej. Ich istnienie warunkuje obecność w macicy przynajmniej dwóch płodów.

Jednym z tych problemów jest rozbieżny wzrost płodów. Można go rozpoznać badaniem ultrasonograficznym. Różnice między płodami mogą wynikać z zaburzeń genetycznych lub nieprawidłowego rozwoju. Dla ciąż dwukosmówkowych mogą to być także czynniki konstytucjonalne. Wielu autorów podaje, że duża rozbieżność we wzroście bliźniąt (>25 procent) jest przyczyną zwiększenia częstości zgonów okołoporodowych nawet o 40 – 80 procnet w porównaniu do bliźniąt, których masy ciała różnią się między sobą o mniej niż 25 procent.

Następnym powikłaniem jest wewnątrzmaciczny zgon jednego z bliźniąt. Może do niego dojść na każdym etapie trwania ciąży. Przed wprowadzeniem do badań ultrasonografii zgon w pierwszym trymestrze ciąży był praktycznie niemożliwy do rozpoznania. Ciąża pierwotnie rozpoznana jako ciąża bliźniacza (przed 10 tygodniem ciąży) może zakończyć się porodem pojedynczego noworodka. Najczęściej płody w ciążach dwukosmówkowych obumierają między 13 – 16 tygodniem trwania ciąży, a płody w ciążach jednokosmówkowych w 20 – 24 tygodniu. Do zgonu wewnątrzmacicznego może także dojść w trakcie porodu.

Obecność martwego płodu w macicy może zagrażać nie tylko żywemu bliźniakowi, ale także matce.

Kolejną nieprawidłowością związaną z ciążą bliźniaczą są wrodzone wady płodu.

Wady charakterystyczne dla ciąży bliźniaczej dotyczą ciąży monozygotycznej i są to:

a) bliźnięta połączone (niecałkowicie rozdzielone)

– połączenie w różnych miejscach: głowami (czaszka, twarz), tułowiem, miednicą, z przodu lub z tyłu,

– zdwojenie jednej okolicy ciała przy nierozdzieleniu pozostałej części ciała (jedna głowa i dwa tułowia, jeden tyłów i dwie głowy, jeden tułów i więcej niż dwie kończyny dolne).

b) płody pasożytujące :

– zewnętrznie,

– wewnętrznie (fetus in fetu).

U pary bliźniąt monozygotycznych może także rozwinąć się wada u jednego z bliźniąt pod postacią bezsercowia. Wada ta nie jest bez wpływu na drugi płód. U niego także może się rozwinąć wada serca.

Problemem, który występuje tylko w ciąży jednokosmówkowej jest zespół „przetoczenia krwi między płodami" (TTTS). W jej łożysku powstają połączenia naczyniowe (anastomozy) między naczyniami dwóch płodów.

Połączenia takie powstają już w bardzo wczesnym okresie rozwoju łożyska jednak uaktywnić się mogą w dowolnym czasie trwania ciąży, w czasie porodu lub do końca być nieaktywne. Zespól TTTS może występować w postaci ostrej lub przewlekłej.

Ostra postać tego zespołu pojawia się w momencie, w którym dochodzi do nagłej zmiany ciśnienia krwi i szybkiego przepływu krwi z jednego bliźniaka do drugiego. Odbywa się to przez duże powierzchniowe anastomozy. Do takiej sytuacji najczęściej dochodzi w trakcie porodu. Ostra postać TTTS może także wystąpić w trakcie ciąży i być przyczyną zgonu wewnątrzmacicznego jednego lub obu bliźniaków.

Przewlekła postać TTTS jest zdecydowanie większym problemem klinicznym. Połączenia przebiegają wtedy w łożysku w naczyniach kapilarnych. Zespół rozwija się po 2 – 3 tygodniach od momentu powstania przecieku powodując stopniowe pogorszenie stanu obu bliźniąt.

Zespół „odwróconego kierunku przepływu krwi" (TRAP) jest następstwem postaci przewlekłej TTTS. Obok normalnie rozwijającego się płodu „dawcy" w macicy rozwija się drugi płód „biorca", który mimo braku prawidłowo rozwiniętego serca utrzymywany jest przy życiu przez swojego „dawcę".

Płody bezsercowe mają połączenia naczyniowe (anastomozy) w łożysku ze swoim współbliźniakiem. Występuje w ich naczyniach pępowinowych jak i płodowych odwrócony przepływ krwi czyli krew wpływa tętnicą, a wypływa żyłą pępowinową.

Rokowania dla bliźniaka „dawcy" zależą od masy bliźniaka „biorcy". Jeśli masa ciała pasożyta wynosi ponad 70 procent masy prawidłowego płodu to płód prawidłowy jest bardzo zagrożony wystąpieniem powikłań i zgonem wewnątrzmacicznym.

Kolizja sznurów pępowinowych dotyczy ciąż bliźniaczych jednoowodniowych. Występuje w 70 procentach przypadków takich ciąż. Kolizję ułatwia brak przegrody między płodami, a często także bliski przyczep obu pępowin do łożyska. Może dojść do:

– zapętlenia i zwężlenia pępowin między sobą,

– wypadnięcia sznura pępowinowego jednego z bliźniąt przed część przodującą drugiego bliźniaka,

– okręcenia pępowiny jednego bliźniaka sznurem pępowiny drugiego bliźniaka, jego tułowia i części drobnych.

Takie powikłania mogą doprowadzić do zgonu obu bliźniąt lub jednego bliźniaka. Mogą one powstać w wyniku swobodnych ruchów płodu i to już we wczesnym okresie ciąży.

Bardzo niebezpieczna jest sytuacja, kiedy pępowina jednego bliźniaka okręcona jest wokół szyi drugiego bliźniaka. Często prowadzi do zgonu bliźniaka okręconego pępowiną. Wtedy nawet wydobycie okręconego pępowiną, obumarłego płodu w porodzie drogami natury jest problemem. ■

Literatura u autora

Halina Derendarz
położna
Instytut Centrum Zdrowia
Matki Polki w Łodzi

kącik biblioteczny

Pierwsza pomoc medyczna z elementami postępowania specjalistycznego

Hanna Misiołek, Piotr Knapik
Śląska Akademia Medyczna
Katowice 2007
ISBN 978-83-7509-037-6

Duże zainteresowanie, z jakim spotkało się u odbiorców pierwsze wydanie podręcznika „Pierwsza pomoc medyczna z elementami postępowania specjalistycznego", skłoniło Wydawnictwo do podjęcia starań w celu ponownego wydania tej pozycji. Z uwagi na szybki rozwój wiedzy, odkrycia naukowe oraz wdrożenie do codziennej praktyki nowych, obowiązujących zasad resuscytacji i postępowanie w stanach nagłych (grudzień 2005 – wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji), dokonano zmian w rozdziale dotyczącym resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Oddając do rąk Czytelników nowy uzupełniony podręcznik, mamy nadzieję, że spełni on oczekiwania odbiorców.

W spisie treści:

1. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa.
2. Dostępy do naczyń obwodowych i centralnych.
3. Stany zagrożenia życia związane z układem krążenia.
4. Stany zagrożenia życia związane z układem oddechowym.
5. Stany zagrożenia życia związane z ośrodkowym układem nerwowym.
6. Nagłe przypadki medyczne.
7. Wstrząs – patomechanizm, objawy, leczenie.
8. Stany nagłe związane z urazami.
9. Wypadki spowodowane działaniem czynników środowiskowych.
10. Zatrucia.
11. Ułożenie i transport poszkodowanego w różnych sytuacjach ratowniczych. ■

mgr **Małgorzata Bednarek-Szymańska**
st. specjalista ds. merytorycznych

Kornelia Wac

Wielowymiarowe pojęcie rodziny
naturalne środowisko wychowawc

Pojęcie rodziny nie jest wolne od wieloznaczności i może być z różnymi intencjami wartościującymi. W literaturze przedmiotu najczęściej jest ona określana poprzez definicję socjologiczną, a więc jako najbardziej naturalna, podstawowa i elementarna społeczność od wartości, której zależy w stopniu siła i zdrowie całej społeczności państwowej.

Psychologia i pedagogika zajmują się środowiskiem wychowawczym w aspekcie funkcjonalnym, to znaczy analizują jego rolę i udział w wychowaniu człowieka.

Przez środowisko wychowawcze J. Pieter rozumie: „złożony układ powtarzających się lub względnie stałych sytuacji, do których rozwijający się człowiek przystosowuje się w wychowawczym okresie swego życia, pod których wpływem działa i rozwija swą osobowość".

Natomiast M. Przetacznikowa i Z. Włodarski ujmują środowisko wychowawcze jako część otoczenia człowieka i świata, w jakim on żyje, która tworzy układ czynników ekologicznych w sposób bezpośredni lub pośredni wpływając na jednostkę, jak również zostają osiągnięte określone skutki wychowawcze.

W odniesieniu do środowisk wychowawczych najczęściej przyjmuje się podział na środowisko naturalne, do którego zalicza się rodzinę, grupę rówieśniczą czy społeczność lokalną oraz środowisko intencjonalne, w skład którego wchodzą instytucje wychowawcze.

Wielopłaszczyznowość rodziny

Rodzina jest strukturą złożoną i w związku z tym rozpatrywana jest na różnych płaszczyznach, a zjawiska w niej występujące należy tłumaczyć różnymi przyczynami. Można zatem rozpatrywać rodzinę na płaszczyźnie:

– biologicznej jako instytucję życiotwórczą,

– socjologicznej jako pierwotną grupę społeczną istniejącą w każdej kulturze, także jako grupę promującą zdrowie,

– pedagogicznej jako podmiot i przedmiot wychowania,

– psychologicznej jako jedność współdziałających ze sobą osób o różnych strukturach cech osobowości,

– medycznej, głosząc tezę, że rodzina promuje zdrowie,

– jak również na płaszczyźnie religijnej jako wspólnotę ustanowioną przez Boga, powołaną do współpracy z Nim.

Praca ma charakter poglądowy, stanowi przegląd literatury przedmiotu rozpatrując rodzinę jako naturalne środowisko wychowawcze w ujęciu socjologicznym i medycznym, a także psycho-pedagogicznym. Jest również próbą ukazania opieki i wychowania jako integralnych czynników rozwoju dziecka.

Pojęcie rodziny nie jest wolne od wieloznaczności i może być z różnymi intencjami wartościującymi.

W literaturze przedmiotu najczęściej jest ona określana poprzez definicję socjologiczną, a więc jako najbardziej

jako ze człowieka

naturalna, podstawowa i elementarna społeczność, od wartości której zależy w znacznym stopniu siła i zdrowie całej społeczności państwowej.

Rodzina jest grupą społeczną złożoną z rodziców, połączonych stosunkiem małżeństwa i ich dzieci, fundamentalna jednostka społeczeństwa i podlega ochronie ze strony społeczeństwa i państwa.

Szerokie pojęcie rodziny to zaliczenie do niej rodzeństwa, dziadków i krewnych.

Najczęściej mówi się jednak, że rodzina posiada wszystkie podstawowe cechy grupy społecznej i charakteryzują ją bezpośrednio międzyludzkie kontakty społeczne, bliskie stosunki międzyosobnicze oraz intymne, nasycone emocjami.

Rodzina jest również najważniejszą instytucją przekazującą zrąb dziedzictwa kulturowego szerszych zbiorowości. Reprezentując socjologiczny punkt widzenia rodzinę można scharakteryzować jako grupę złożoną z osób połączonych jednym z dwu stosunków społecznych: stosunkiem małżeńskim oraz stosunkiem rodzice – dzieci.

Rodzina w modelu socjoekologicznym

Rodzina od niedawna stała się także przedmiotem zainteresowania przedstawicieli nauk medycznych a stało się tak wraz z przyjęciem przez WHO socjoekologicznego modelu zdrowia, który podkreśla znaczenie rodziny jako nieprofesjonalnego, lecz niezwykle istotnego systemu opieki i leczenia. Obecnie szacuje się, że udział rodziny w działaniach na rzecz zdrowia oblicza się na 75 procent w sytuacji zdrowia i 86 procent w sytuacji niepełnosprawności. Tendencję do partnerstwa i współpracy między rodziną a przedstawicielami medycyny wzmocniły zmiany w strukturze systemu ochrony zdrowia postulowane przez WHO, uznanie podstawowej opieki zdrowotnej wraz z działalnością lekarza rodzinnego za podstawowy i najważniejszy element tego systemu.

Związki między rodziną a zdrowiem ujęto w następujące kategorie:

– znaczenie rodziny dla zdrowia jej członków,

– znaczenie rodziny w sytuacji i choroby któregoś z jej członków,

– znaczenie choroby któregoś z członków rodziny dla jej funkcjonowania.

Masowe badania prowadzone przez Synn`a w Kalifornii wykazały, iż po wyeliminowaniu takich czynników, jak palenie tytoniu i przebyte poważne choroby okazało się, że ludzie pozbawieni związków z rodziną umierają 2 – 3-krotnie szybciej niż ci, którzy utrzymują regularne kontakty z rodziną i przyjaciółmi.

Uważa się, że rodzina chroni zdrowie poprzez pełnienie funkcji wspierającej wobec poszczególnych jej członków.

Proces wychowania w środowisku rodzinnym ma charakter spontaniczny i naturalny. Charakteryzując rodzinę nazywa ją „grupą przypisową", z którą dziecko, zwłaszcza we wczesnym dzieciństwie, w pełni identyfikuje się i całkowicie akceptuje przynależność do niej. Wynika to z faktu, że przynależność dziecka do tego środowiska nie zależy od jego dobrowolnego wyboru, jest mu ona narzucona w chwili narodzin.

Rodzina najczęściej nieświadomie poprzez wzory zachowań rodziców kształtuje pierwsze wyobrażenia o otaczającym ją świecie. Jako naturalne środowisko, niezależnie od tego, czy jest środowiskiem zdrowym i wartościowym moralnie, czy też przejawia cechy patologii, w każdym przypadku kształtuje osobowość, postawę społeczną, wyznacza koleje losu dziecka.

Funkcje rodziny

Rodzina pełni określone funkcje. Zbigniew Tyszka proponuje następującą definicję funkcji rodziny: „to wyspecjalizowane oraz permanentne działania i współdziałania członków rodziny, wynikające z bardziej lub mniej uświadomionych sobie przez nich zadań, podejmowanych w ramach wyznaczonych przez obowiązujące normy i wzory a prowadzące do określonych efektów głównych i pobocznych".

Zrozumienie istoty i znaczenia rodziny zarówno dla jednostki, jak całego społeczeństwa, jest możliwe poprzez analizę jej podstawowych funkcji, których klasyfikacja nie jest jednolita.

Proponuje się następujący podział funkcji:

1. Funkcja prokreacyjna, w skład której wchodzi funkcja seksualna, które przez wiele lat były funkcjami nierozłącznymi tzn. prokreacyjną łączono z seksualną funkcją małżonków. Obecnie spotyka się rozłączność między indywidualnymi potrzebami seksualnymi małżonków a funkcją prokreacyjną, co przyczyniło się do zmiany struktury rodziny. Społeczny wymiar tej funkcji decyduje o wzroście lub spadku liczby ludności.

2. Funkcje ekonomiczne – do tej kategorii należy funkcja materialno-ekonomiczna (praca zarobkowa w celu zapewnienia rodzinie środków do życia) oraz opiekuńczo-zabezpieczająca (utrzymanie tych członków rodziny, którzy sami na życie nie zarabiają, wsparcie fizyczne i psychiczne w chorobie, bezradności, trudnych sytuacji życiowych). Funkcja ta ma decydujący wpływ na rozwój konsumpcji i wyznacza styl funkcjonowania rodziny.

3. Funkcje społeczno-wyznaczające zawierają funkcje stratyfikacyjną – polega ona na nadawaniu pozycji przynależności w strukturze społecznej dzieciom oraz na sankcjonowaniu określonych zachowań zgodnych z wzorcami, obyczajami i religią, obowiązującymi w rodzinie.

4. Funkcje socjopsychologiczne – ta kategoria zawiera pięć funkcji: socjalizacyjno-wychowawczą, kulturalną, rekreacyjno-towarzyską, emonocjalno-eksperesyjną i religijną. Dzięki pełnieniu tych funkcji rodzina wprowadza dziecko w życie społeczne i w świat kultury, zaspokaja jego potrzeby emocjonalne, przygotowuje do pełnienia rozmaitych ról społecznych, kształtuje wszechstronnie jego osobowość. Rodzina stymuluje rozwój intelektualny dziecka i z chwilą rozpoczęcia przez nie nauki szkolnej wyposażone jest w podstawową wiedzę o świecie. Rodzina poprzez właściwe pełnienie funkcji emocjonalno-ekspresyjnej zaspokaja takie potrzeby, jak: potrzebę bezpieczeństwa, afiliacji, akceptacji, miłości, samorealizacji oraz potrzebę kontaktu interpersonalnego.

5. Funkcja opiekuńczo-wychowawcza, która jest funkcją podstawową rodziny, która ulega zmianom w zależności od wieku i płci dzieci, fazy życia rodziny oraz jej struktury. Do zadań opiekuńczych należy zapewnienie wyżywienia, odzieży, odpowiednich warunków mieszkaniowych itp., zaś do wychowawczych oddziaływanie zamierzone i świadome mające wykształcić u drugiej osoby określone cechy osobowości i zachowania.

Rodzina jest więc składnikiem środowiska wychowawczego, który oddziałuje na dziecko najdłużej, niekiedy przez całe jego życie i jest najbardziej znaczącym w jego życiu. Wpływ wychowawczy rodziny jest jednak najsilniejszy we wczesnych stadiach rozwoju, w okresie dzieciństwa, gdy dziecko nie podlega jeszcze lub podlega w ograniczonej mierze działaniom innych instytucji, a za opiekę nad nią i jej wychowanie odpowiedzialni są przede wszystkim rodzice.

Rodzina stanowi dlatego naturalne środowisko wychowawcze, ponieważ oddziaływania na dziecko dokonują się w jej normalnych warunkach życiowych, w różnorodnych sytuacjach codziennych. W rodzinie proces wychowania przebiega w sposób stały i ciągły, w szczególnie stabilnym, choć dynamicznym środowisku. Ona zaspokaja we wszystkich okresach rozwoju wszystkie potrzeby dziecka, sprzyja wytworzeniu się potrzeb nowych, co umożliwia wszechstronny rozwój oraz jest źródłem różnorodnych stymulacji.

Zdaniem M. Przetacznikowej sytuacją wychowawczą może stać się każda sytuacja życiowa, ponieważ wiele różnorodnych elementów środowiska posiada wartość wychowawczą. Wpływ środowiska rodzinnego na rozwój i kształtowanie osobowości, odbywa się jako świadoma praca wychowawcza oraz jako oddziaływanie niezamierzone.

Różnica polega na tym, iż w pierwszym przypadku rodzice przewidują z góry osiągnięcie określonych skutków poprzez zorganizowanie danej sytuacji, w drugiej zaś jego działalność ma charakter bardziej improwizowany, a skutki są przewidywane z mniejszym prawdopodobieństwem.

W szczególności w wychowaniu naturalnym, rodzinnym wykorzystuje się każdą sposobność, rozmaite sytuacje związane z opieką czy życiem codziennym dla kształtowania u dziecka określonych sposobów postępowania oraz dla korygowania lub eliminowania zachowań niewłaściwych. Dlatego wychowanie w rodzinie ma charakter wychowania doraźnego i okolicznościowego, w mniejszym zaś stopniu jest wychowaniem planowym. Nadszedł moment, aby wyjaśnić dwa pojęcia, które często będą pojawiały się w niniejszej pracy, a mianowicie: opieka i wychowanie. To właśnie rodzice są osobami najbardziej kompetentnymi, by realizować w sposób świadomy lub mniej świadomy funkcje opiekuńczo-wychowawcze. A zatem: Czym jest opieka, a czym wychowanie oraz jaki istnieje między nimi związek?

Definicje „opieki" i „wychowania"

Istnieje wiele definicji i interpretacji „opieki" i „wychowania" wynikających bądź w zależności od pojmowanych poglądów filozoficznych bądź ze względu na wymagania praktyczne. Literatura pedagogiczna stosunkowo pobieżnie wypowiada się na temat relacji między opieką a wychowaniem. Jednakże teoretycy i praktycy akcentują, że opieka zawsze wiąże się z wychowaniem.

Rozpatrując te dwa elementy przyjęto, że opieka i wychowanie stanowią jedność, ale nie tożsamość. Ich pojęcia krzyżują się wzajemnie i dlatego mówimy o procesie opiekuńczo-wychowawczym jako układzie.

Pojęcie „opieka" w ciągu historii wychowania zmieniło się. Współcześnie pod tym pojęciem rozumiemy przede wszystkim czynności świadczone w tych wszystkich sytuacjach życiowych, w których ludzie nie umieją albo nie mają dostatecznych warunków i zasobów sił, aby samodzielnie zaspokoić swoje potrzeby psychofizyczne, chociażby w podstawowym zakresie. Opieka obejmuje także czynności i warunki mające zapewnić człowiekowi dostęp do różnorodnych dóbr, przedmiotów, osób, sytuacji, celem zaspokojenia jego potrzeb opiekuńczych. Z. Dąbrowski uważa, że opieka to także świadomie zorganizowana pomoc jednostce lub grupie ludzkiej w zakresie korzystania z zasobów materialnych i kulturalnych niezbędnych dla pełnego z ich rozwoju psychofizycznego.

Przyjmuje się, że opieka i wychowanie wiążą się ze sobą jako dwa podstawowe czynniki rozwoju człowieka, przy czym opieka to ustawiczna pomoc w zaspokajaniu materialno-psychofizycznych potrzeb w ramach planowo i świadomie zorganizowanych czynności opiekuńczych, a wychowanie to tworzenie warunków dla pełnego rozwoju jednostki. Tworzenie warunków, które temu rozwojowi będą sprzyjały, będą wspomagały i kierunkowały rozwój człowieka.

Wychowanie w rozumieniu rodziców bardzo często odbiega od tego, co rozumie przez nie pedagogika i psychologia. Wśród wszystkich pojęć pedagogicznych wychowanie jest jednym z trudniejszych do zdefiniowania. Wynika to z faktu, że dotyczy materii, w której toczy się długotrwały spór naukowy, o dużych konsekwencjach praktycznych. Jest to termin ważny i ciągle definiowany od nowa. Takie próby obciążone są z natury rzeczy większym ryzykiem błędu i większą dozą subiektywizmu autorów poszczególnych definicji.

Przez wychowanie w szerokim słowa tego rozumie się „oddziaływanie całokształtu specyficznych pedagogicznych bodźców i doświadczeń ogólnospołecznych, grupowych, indywidualnych, profesjonalnych i nieprofesjonalnych przynoszących względnie trwałe skutki w rozwoju jednostki ludzkiej, jej sferze fizycznej, umysłowej, społecznej, kulturowej i duchowej".

Można zatem stwierdzić, iż wychowanie należy rozumieć jako proces świadomego i celowego oddziaływania na dziecko, a także należy określić te czynniki, które sprawiają, że z noworodka rozwija się człowiek – istota społeczna. Zdaniem L. Ciana wychowywać to: „otaczać się troską i opieką to, co jeszcze nadal rośnie i rozwija się".

Inicjatorami i realizatorami wychowania są nie tylko rodzice, ale także nauczyciel, dyrektor szkoły, rektor uczelni czy nawet ekspert współtworzący dany system oświatowo-wychowawczy.

Konkludując stwierdza się, że na tle psychiczno-społecznych zmian rozwojowych dziecka rodzina była, jest i będzie bazą dla całego systemu wychowania.

W literaturze istnieje zasadnicza zgodność, że wychowanie jest uwarunkowane stopniem i zakresem zaspokojenia określonych potrzeb opiekuńczych dziecka, a opieka z kolei zależy od stopnia i zakresu zadań wychowawczych.

Wielostronna jedność omawianych działalności społeczno-pedagogicznych polega na tym, iż w każdej wszechstronnej działalności wychowawczej niezbędna jest odpowiednia działalność opiekuńcza. Przy czym zakres i stopień opieki zależny jest od typu działalności wychowawczej.

Za szczególny i niezwykle istotny moment podjęcia przez rodziców funkcji opiekuńczych i wychowawczych uznaje się okres mającego narodzić się dziecka, ponieważ wiąże się z podjęciem nowych ról społecznych, zaś nowe role rodziców to role żywicieli, opiekunów, wychowawców a przede wszystkim osób dających miłość. Mają one decydujący udział w kształtowaniu się osobowości dziecka, jego świata myśli, uczuć, dążeń oraz tworzeniu się obrazu samego siebie, poczucia własnego ja.

Współczesne zainteresowanie rodziną obejmuje wszystkie dziedziny jej życia i występujące w niej zjawiska oraz problemy.

Praca ma charakter poglądowy, stanowi przegląd literatury przedmiotu rozpatrując rodzinę jako naturalne środowisko wychowawcze na wielu płaszczyznach, jest również próbą ukazania opieki i wychowania jako integralnych czynników rozwoju człowieka.

Rozpatrując dwa ostatnie elementy przyjęto, że opieka i wychowanie stanowią jedność, ale nie tożsamość. Ich pojęcia krzyżują się wzajemnie i dlatego mówimy o procesie opiekuńczo-wychowawczym jako układzie.

Psychologia i pedagogika zajmują się środowiskiem wychowawczym w aspekcie funkcjonalnym, to znaczny analizującego rolę i udział w wychowaniu człowieka.

Środowisko wychowawcze dzieli się na środowisko naturalne, do którego przede wszystkim zalicza się rodzinę oraz środowisko intencjonalne, w skład którego wchodzą instytucje wychowawcze.

* * *

Rodzina jest strukturą złożoną i w związku z tym rozpatrywana jest na różnych płaszczyznach. Można zatem rozpatrywać rodzinę na płaszczyźnie biologicznej, socjologicznej, pedagogicznej, jako podmiot i przedmiot wychowania jak również psychologicznej oraz religijnej. Rodzina od niedawna stała się także przedmiotem zainteresowania przedstawicieli nauk medycznych wraz z przyjęciem przez WHO socjoekologicznego modelu zdrowia, który podkreśla znaczenie rodziny jako nieprofesjonalnego systemu opieki i leczenia. ■

Literatura u autorki

Przedruk z Biuletynu OIPiP w Katowicach „Nasze sprawy" wrzesień 2004

Agnieszka Kurbiel

Świąd *(łac. pruritus)*

Świąd – ból skóry

Świąd, który jest objawem bardzo męczącym i może powodować bezsenność czy niewyspanie, bardzo źle wpływa na psychikę. Świąd może być uwarunkowany psychicznie. Jednak trzeba wyraźnie podkreślić, że psychika może, lecz nie musi być czynnikiem wyzwalającym świąd. Dlatego zanim rozpozna się świąd psychogenny, zawsze należy najpierw przeprowadzić dokładne badania, które wykluczą organiczną przyczynę tej dolegliwości. W każdym razie świąd skóry trzeba zawsze traktować poważnie, ponieważ może być objawem różnych chorób, w tym także nowotworowych.

Świąd jest, można powiedzieć, młodszym bratem bólu, jego bliskim krewnym. Jednak są między nimi pewne istotne różnice. Świąd w odróżnieniu od bólu można bezpośrednio uśmierzyć drapiąc się, przy czym likwidacja uczucia swędzenia przez drapanie sprawia prawdziwą przyjemność.

Świąd, tak jak ból, jest nieprzyjemny, czasami nawet równie męczący, jednak jest między nimi pewna ważna różnica. Ból powoduje odruch obronny: bolesne oparzenie palca np. powoduje gwałtowne cofnięcie ręki. W przypadku świądu skóry jest inaczej: świadomie lub nieświadomie myślimy o swędzeniu, między innymi po to, by się podrapać.

Ból z reguły czemuś służy. Wskazuje nam na występowanie jakiegoś zaburzenia w obrębie naszego ciała, które powinniśmy zwalczyć. Świąd najczęściej nie ma takiego znaczenia, to czy jakaś choroba skóry swędzi, czy nie, zazwyczaj nie wpływa na jej rozpoznanie i leczenie. Jako ludzie, instynktownie wiemy, że świąd jest bezsensowny i dlatego go odrzucamy (bardziej niż ból).

Wyzwolenie świądu następuje prawdopodobnie na drodze chemicznej przez tak zwane mediatory, jak np. histamina. Próg swędzenia u ludzi bywa bardzo różny. Są ludzie, którzy „szybko" odczuwają świąd, dla innych świąd nie stanowi żadnego problemu. Próg swędzenia zależy od wielu różnych czynników.

Niewątpliwie ważnym czynnikiem, który wpływa na to, czy świąd odczuwany jest jako słaby czy silny, jest ilość mediatorów wywołujących świąd w skórze. Świąd może też ulegać wzmocnieniu przez odruch drapania. Po podrapaniu próg swędzenia obniża się i następny napad swędzenia odczuwany jest często jako silniejszy niż poprzedni. Może to prowadzić do ciężkiego, trudnego do opanowania swędzenia skóry.

Nastawienie psychiczne do świądu skóry także odgrywa niepoślednią rolę w odczuwaniu swędzenia. Skupianie uwagi na tym objawie powoduje nasilenie świądu, psychiczne wyparcie go (nie zwracanie uwagi) osłabia swędzenie. W pewnym więc stopniu możemy sami regulować nasilenie świądu.

Świąd skóry może mieć różne jakości: może być odczuwany jako łaskotanie, palenie, pieczenie, może być ostry, tępy itd. Odpowiednio różne mogą być też reakcje drapania. Czasami człowiek drapie się z całej siły paznokciami aż do zamierzonego uszkodzenia skóry, czasami tylko chłodzi skórę lub delikatnie gładzi czy ostrożnie pociera. Doświadczony dermatolog potrafi na podstawie rodzaju drapania się przez pacjenta wyciągać wnioski na temat choroby.

Świąd jako objaw towarzyszący chorobom skóry

Świąd jest najważniejszym subiektywnym objawem wielu chorób skóry i sprawia, że niektóre choroby, np. atopowe zapalenie skóry często staje się prawdziwą męką.

Mity na tem

✘ Świąd jest nieprzyjemny lecz nieprzyjemny, jednak nie zawsze być objawem poważnej choroby

✘ Świąd jest objawem nerwoprzez nerwowość, jednak ciągłe niewyspanie może do niej

✘ Kiedy skóra swędzi, trzeba Szczególnie u starszych osób suchością skóry, którą częste bardziej wysusza.

Świąd skóry, zwłaszcza trwający dłuższy czas, może wtórnie, czyli przez swoją obecność, wywierać głęboki wpływ na stan emocjonalny i doznania psychiczne chorego.

Świąd może też występować praktycznie bez żadnych objawów skórnych. Wówczas określa się go jako *Pruritus sine materia*, a więc świąd bez podłoża materialnego, bez organicznej przyczyny. Jest to tylko męczące swędzenie, nic poza tym. Taki świąd bez widocznej przyczyny należy traktować szczególnie poważnie i w żadnym razie nie wolno przyjmować automatycznie, że jest to objaw psychogenny, ponieważ nierzadko jest on spowodowany zaburzeniem funkcji narządów wewnętrznych lub chorobą ogólnoustrojową.

Świąd niezwiązany ze zmianami na skórze występuje w cukrzycy (*Diabetes mellitus*), chorobach wątroby, nerek, krwi, chorobach tarczycy, w następstwie przyjmowania określonych leków, a także w okresie menopauzy. Niektórym chorobom nowotworowym także może towarzyszyć świąd, pomimo braku widocznych zmian na skórze.

Trwający dłużej świąd bez zmian skórnych wymaga przeprowadzenia dokładnych badań w poszukiwaniu jego przyczyny.

Świąd – czasami objawem bólu duszy

Istnieją też postacie świądu, których przyczyna prawdopodobnie rzeczywiście ma podłoże psychiczne. Ważne jest jednak, by jeszcze raz wyraźnie podkreślić, że każdy świąd może mieć normalną, czysto organiczną przyczynę. Dlatego najpierw trzeba szukać organicznej przyczyny świądu, znaleźć ją i leczyć, a dopiero, gdy wykluczy się wszystkie choroby, którym może towarzyszyć ten objaw, można uznać, że w danym przypadku świąd ma podłoże psychiczne! Na przykład tzw. *Pruritus* ani (świąd odbytu) może rzeczywiście być objawem zaburzeń psychicznych, jednak równie dobrze może być spowodowany obecnością pasożytów w jelicie, wypryskiem, hemoroidami, a nawet rakiem jelita grubego.

Psychiczną przyczynę świądu można więc podejrzewać dopiero wtedy, kiedy bardzo dokładnie i starannie, za pomocą badania fizykalnego i badań dodatkowych wykluczy się wszystkie możliwe organiczne przyczyny świądu.

Świąd w okolicy otworów naturalnych ciała, zwłaszcza świąd odbytu i okolicy narządów płciowych, może mieć przyczyny natury psychicznej, o czym dobrze wie każdy doświadczony dermatolog. Objawy tego rodzaju są bardzo męczące i obciążające. Pacjent bywa dokładnie badany przez wielu różnych lekarzy, którzy zlecają podobne badania, które nie wnoszą nic nowego i zalecają ciągle takie samo leczenie, bez rezultatu, ponieważ zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej chcą najpierw wykluczyć organiczną przyczynę świądu. Jeśli jednak za pomocą wszystkich dostępnych nowoczesnych metod diagnostycznych nie uda się znaleźć choroby, trzeba pomyśleć o problemach psychicznych jako o przyczynie świądu.

Bardzo często są to dość proste problemy życiowe, w których już sama rozmowa z pielęgniarką lub lekarzem może być bardzo pomocna.

Szczególną postacią świądu okolic otworów naturalnych ciała jest pieczenie języka. W tym przypadku odpowiedzialny lekarz zleci wykonanie badań, by rozpoznać i leczyć ewentualne przyczyny organiczne tego objawu, takie jak np. niedobór żelaza, awitaminoza, niedokrwistość, infekcja grzybicza, typowe choroby błon śluzowych itd. Jeśli nie znajdzie się żadnej organicznej przyczyny pieczenia języka, należy poruszyć z pacjentem temat problemów psychicznych.

Podsumowanie

Świąd jest bólem skóry wywołanym prawdopodobnie przez substancje chemiczne, tzw. mediatory, które drażnią receptory bólowe. Świąd towarzyszy wielu różnym chorobom skóry, lecz czasami jest objawem groźnych chorób narządów wewnętrznych. Dlatego przewlekły świąd trzeba zawsze traktować poważnie, zwłaszcza wtedy, gdy na skórze nie stwierdza się istotnych zmian.

Świąd w okolicy otworów naturalnych dala, np. świąd odbytu lub błony śluzowej jamy ustnej może niekiedy być wywołane przez czynniki psychiczne i nerwowe. Trzeba jednak zawsze wykluczyć przyczyny organiczne, jak infekcje. ■

Literatura u autorki

Agnieszka Kurbiel
Oddział Dermatologii WSS
im. L. Rydygiera w Krakowie

Przedruk z Pisma Małopolskiej OIPiP
„Ad vocem” nr 76/2007

at świądu

niegroźny. Świąt jest

jest niegroźny, gdyż może

ogólnoustrojowej.

wości. Świąd nie jest wywołany

swędzenie powodujące

doprowadzić.

się często myć. To nieprawda.

świąd często jest spowodowany

mycie lub prysznic jeszcze

Grażyna Kruk-Kupiec, Alicja Szewczyk

Zalecenia Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii i Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa

Przekazana Państwu publikacja stanowi zbiór czterech zaleceń przygotowanych pod wspólnym patronatem Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii i Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa. Zalecenia zostały opracowane przez kierowany przez dr n. biol. Grażynę Kruk-Kupiec zespół autorski, w skład którego wchodzą pielęgniarki z dużym doświadczeniem w zakresie opieki diabetologicznej, jednocześnie członkowie Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii.

Adresatem zaleceń są pielęgniarki i położne zajmujące się pacjentami z cukrzycą i ich rodzinami. Celem zaleceń jest spowodowanie poprawy jakości praktyki opieki diabetologicznej. Dotyczą one najważniejszych, podstawowych czynności i zabiegów, które osoba z cukrzycą wykonuje sama.

Procedurę ich przeprowadzania powinna mieć doskonale opanowaną ponieważ od precyzji i staranności zależy jej zdrowie i jakość życia. Krok po kroku opisany jest sposób:

– wykonania pomiaru glikemii na glukometrze,

– podawania insuliny wstrzykiwaczem automatycznym typu pen,

– użytkowania zestawu infuzyjnego przy terapii osobistą podskórną pompą insulinową,

– przygotowania osoby z cukrzycą do zabiegu operacyjnego i do badań diagnostycznych.

Mamy nadzieję, że zamieszczone w broszurze materiały przyczynią się do usprawnienia i ujednolicenia pielęgniarskiej opieki diabetologicznej w Polsce. Spełnią swą cel, jeśli zainspirują Państwa do dalszych działań w kierunku doskonalenia opieki nad pacjentem z cukrzycą i jego rodziną. Polska Federacja Edukacji w Diabetologii liczy na Państwa uwagi i sugestie na temat treści lub struktury przekazanych zaleceń, a także propozycje innych opracowań w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego.

Grażyna Kruk-Kupiec
Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa

Alicja Szewczyk
Przewodnicząca Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii

I. Pomiar glikemii na glukometrze

Prawidłowa technika badania poziomu glukozy we krwi za pomocą glukometru obejmuje:

– przygotowanie zestawu do badania glikemii (glukometr, nakłuwacz, lancet, gazik jałowy lub gazik ze spirytusem),

– sprawdzenie ważności pasków testowych do glukometru,

– kalibrację glukometru,

– umycie rąk ciepłą wodą z mydłem,

– przygotowanie nakłuwacza z lancetem, ustawienie skali na głębokość nakłucia palca,

– masaż dłoni od nasady dłoni w kierunku palca, który ma być nakłuwany, nakłucie bocznej części palca,

– nałożenie uzyskanej kropli krwi na pasek testowy,

– zabezpieczenie miejsca nakłucia gazikiem jałowym lub nasączonym spirytusem,

– zmiana lancetu w nakłuwaczu (przygotowanie do następnego nakłucia palca w celu pomiaru glikemii),

– utrzymanie w czystości sprzętu do pomiaru glikemii (glukometru, nakłuwacza),

– właściwe postępowanie ze sprzętem do pomiaru glikemii według załączonej instrukcji obsługi,

– prawidłowe stosowanie zasad epidemiologicznych podczas pomiaru.

Jeżeli w placówce ochrony zdrowia osoba z cukrzycą nie dysponuje nakłuwaczem osobistym, nakłucie bocznej części palca wykonujemy igłą jednorazową.

Jeżeli pacjent nie dysponuje własnym glukometrem, a profile glikemii są wykonywane na aparacie placówki, powinien dokładnie zapoznać się z informacją na temat pomiaru glikemii na jednym aparacie u większej liczby pacjentów w instrukcji obsługi tego glukometru.

Dokładność pomiaru

Na dokładność pomiaru ma wpływ wiele czynników. W celu uzyskania możliwie dokładnych wyników oznaczeń należy przestrzegać zaleceń producenta oraz stosować się do poniższych wskazówek. Ważne jest:

– uzyskanie dużej, wiszącej kropli krwi, która pokryje pole testowe (jeśli tego wymaga stosowana metoda pomiaru),

– dokładne przestrzeganie czasu pomiaru, który jest potrzebny, aby zaszła reakcja oksydazy glukozy, odzwierciedlona przez barwę paska; nie ma tego wymogu w przypadku posługiwania się nowszymi metodami,

– czyste okienko optyczne pozwala na cyfrowy odczyt wyniku; należy uważać, aby go nie zadrapać, gdyż odczyt może być mało czytelny,

– utrzymanie stałej temperatury glukometru i pasków (producent podaje zakres temperatur, w którym gwarantowane jest właściwe funkcjonowanie sprzętu); mierniki i paski poddane działaniu wysokich temperatur (zwykle ponad 39 stopni Celsjusza) dają fałszywe odczyty, w ekstremalnych temperaturach skraca się także czas ważności pasków testowych.

Zasady epidemiologiczne

Przed przystąpieniem do pomiaru glikemii należy umyć ręce. Do tego celu należy mieć przygotowany zestaw: mydło w płynie i jednorazowy ręcznik. W sytuacjach szczególnych (podróż, piknik, aktywność fizyczna) zestaw składa się z zamkniętego pojemnika z mokrymi i suchymi gazikami (do mycia i osuszania miejsc nakłucia).

Przygotowanie stałego zestawu potrzebnego do pomiaru glikemii. Skład stałego zestawu: jałowe gaziki, gaziki ze spirytusem, pojemnik zamknięty na odpady, pojemnik na mokre gaziki, pojemnik na suche gaziki (mycie i osuszanie miejsc nakłucia).

Po jednorazowym użyciu pasek testowy, lancet w nakłuwaczu (igłę) wyrzucamy do zamkniętego pojemnika na odpady, może to być np. plastikowa butelka po napojach. Pojemnik z odpadkami oddajemy do najbliższej apteki, przychodni lub ośrodka diabetologicznego podczas kolejnej wizyty. Jeżeli to możliwe, zużyty materiał spalamy w piecu.

Uwaga! Zużytych pasków testowych z krwią nie przetrzymujemy w opakowaniu razem z glukometrem. Zużytych pasków testowych i igieł do nakłuwacza nie wyrzucamy bezpośrednio do kosza na śmieci ani do ogólnego zsypu na śmieci!

Nakłuwacz do nakłuwania palca jest osobistym urządzeniem. Jeżeli chcemy zmierzyć poziom cukru innej osobie, używamy nowej igły jednorazowej (lancetu); pomiar wykonujemy lancetem bez nakłuwacza. Jeżeli chcemy użyć nakłuwacza, moczymy go w środku dezynfekcyjnym przeznaczonym do tego celu. Niezastosowanie się do tych zasad zwiększa ryzyko zakażenia i przekazania bakterii w miejscu nakłucia palca.

W placówkach ochrony zdrowia podczas pomiaru aparatem placówki dokładnie zapoznajemy się z informacją zawartą w instrukcji obsługi tego aparatu co do zaleceń epidemiologicznych przy pomiarze u większej liczby pacjentów (w tych aparatach paski wkłada się do wewnątrz).

Stałe zalecenia dla użytkowników aparatów do pomiaru glikemii

1. Ciągła edukacja w zakresie stosowania samokontroli glikemii (umiejętność samodzielnego pomiaru cukru powinna być sprawdzana przez pielęgniarkę przy każdej wizycie w poradni).

2. Stałe noszenie przy sobie zestawu do pomiaru cukru.

3. Przestrzeganie zasad epidemiologicznych podczas pomiaru.

4. Prawidłowa technika pomiaru.

5. Zaopatrzenie się w dostateczną ilość testów paskowych z aktualną datą ważności i lancetów do nakłuwacza.

6. Stałe posiadanie przy sobie zamkniętych pojemników z mokrymi i suchymi gazikami (do mycia i osuszania nakłutego miejsca do pomiaru) oraz gazikami ze spirytusem lub jałowych (stosujemy po nakłuciu palca).

7. W razie awarii glukometru skontaktowanie się z punktem sprzedaży, najbliższą poradnią diabetologiczną.

Informacje dla pracowników ochrony zdrowia

1. Oznaczenia glikemii w celu monitorowania leczenia i oceny wyrównania metabolicznego cukrzycy pacjenci przeprowadzają w pełnej krwi włośniczkowej.

2. Oznaczenia poziomu cukru we krwi włośniczkowej pacjenci wykonują metodą tzw. suchej chemii za pomocą glukometrów.

3. Zaleca się korzystanie z glukometrów podających jako wynik badania stężenie glukozy w osoczu krwi. Jeżeli glukometr wskazuje stężenie glukozy w pełnej krwi, można przeliczyć je na stężenie w osoczu, mnożą: wynik przez 1,11.

II. Podawanie insuliny wstrzykiwaczem automatycznym typu pen

Prawidłowa technika podawania insuliny strzykawką typu pen obejmuje:

1. Przygotowanie zestawu do podawania insuliny (pen, wkład z insuliną igły z różną numeracją, środek dezynfekcyjny).

2. Umycie rąk ciepłą wodą z mydłem.

3. Przygotowanie pena z insuliną:

– sprawdzenie nazwy insuliny i daty ważności leku,

– założenie wkładu z insuliną do pena (zgodnie z instrukcją producenta),

– prawidłowe wymieszanie insuliny mętnej (30 razy ruchem wahadłowym),

– założenie igły do pena z uwzględnieniem zasad aseptyki (dezynfekcja gumowego korka),

– wystrzyknięcie 1 – 2 jednostek insuliny celem odprowadzenia powietrza i wypełnienia przestrzeni w igle,

– ustawienie właściwej dawki do podania.

4. Przygotowanie miejsca podania insuliny:

– miejsca wstrzyknięcia insuliny nie dezynfekujemy,

– insulinę podajemy podskórnie po kątem 90 stopni, a gdy tkanka podskórna jest cieńsza niż 10 mm, zmniejszamy kąt do 45 stopni,

– podajemy insulinę równomiernie pod stałym kątem,

– sprawdzamy na dozowniku, czy dawka została podana,

– liczymy do 5 – 10, aby zabezpieczyć się przed wycieknięciem insuliny z miejsca podania,

– wyjmujemy igłę,

– miejsca wkłucia nie przyciskamy gazikiem, nie masujemy,

– po każdym podaniu insuliny zabezpieczoną igłę wyrzucamy do zamkniętego pojemnika na odpady,

– toaletę ciała (prysznic, ciepła kąpiel) wykonujemy przed podaniem nocnej insuliny,

– pamiętamy o zmianie miejsca podawania insuliny.

Miejsca podania insuliny:

– przednio-boczna część ramienia (powierzchnia ramienia rozpoczynająca się 4 palce nad stawem łokciowym, a kończąca się 4 palce pod stawem ramiennym),

– brzuch (fałd po obydwu stronach pępka w odległości 1 – 2 cm od pępka na szerokość dłoni chorego; wstrzyknięcie w pozycji siedzącej),

– uda (przednio-boczna powierzchnia uda rozpoczynają ca się na szerokość dłoni poniżej krętarza dużego i tak samo odległa od stawu kolanowego; wstrzyknięte w pozycji siedzącej),

– pośladki (dzielimy w myśli pośladek na cztery części, prowadza: linię pionową przez jego środek, a linię poziomą na wysokości szpary pośladkowej; wstrzyknięte wykonujemy w górną zewnętrzną część pośladka),

– łopatka (ujmują: fałd skórny od dolnego kąta łopatki w kierunku linii pachowej).

5. Dbanie o czystość sprzętu do podawania insuliny (futerał oraz wstrzykiwacz z insuliną).

6. Stosowanie się do wymogów sanitarno-epidemiologicznych przy używaniu jednorazowego sprzętu do wykonania iniekcji z insuliny.

Uwaga! Igła do wstrzykiwacza jest produktem jednorazowego użytku. Wielokrotne używanie igły może spowodować: zatkanie igły przez znajdującąsięw niej skrystalizowaną insulinę w rezultacie podanie nieprawidłowej dawki insuliny, stępienie igły, czego skutkiem są mikrourazy skóry i podskórnej tkanki tłuszczowej, mniejszy komfort podania insuliny i ból, ryzyko infekcji.

Zasady epidemiologiczne

Przed przystąpieniem do przygotowania wstrzykiwacza i podania insuliny należy umyć ręce. Podstawowy zestaw: mydło w płynie, ręcznik jednorazowy. Jeżeli sytuacja jest szczególna (podróż, piknik), zabieramy ze sobą zamknięty pojemnik z mokrymi i suchymi gazikami, ewentualnie nawilżone chusteczki kosmetyczne.

Przygotowujemy wstrzykiwacz do podania insuliny zgodnie z zasadami aseptyki.

Po każdorazowym podaniu insuliny zużytą igłę wyrzucamy do zamkniętego pojemnika na odpady. Napełniony pojemnik oddajemy do najbliższej apteki, przychodni lub ośrodka diabetologicznego (podczas następnej wizyty).

Pen jest indywidualnym sprzętem pacjenta. Do każdego rodzaju insuliny należy używać innego pena.

Stałe zalecenia dla użytkowników strzykawki automatycznej typu pen

1. Przygotowują: insulinę sprawdzamy, czy nie jest uszkodzona fiolka z insuliną i czy jej zawartość nie zmieniła wyglądu. To się zdarza np. w przypadku niewłaściwej temperatury przechowywania insuliny. Nie wolno podawać insuliny zmienionej wizualnie!

2. Przygotowują: wstrzykiwacz, przestrzegamy zaleceń producenta.

3. Insulinę aktualnie używaną przechowujemy w temperaturze pokojowej (poniżej 25^{0}C) nie dłużej niż 4 tygodnie. Jeżeli temperatura otoczenia przekracza bezpieczną wartość lek przechowujmy w lodówce, wyjmują: na 30 minut przed podaniem, aby w momencie podania osiągnął temperaturę pokojową.

Zapas insuliny przechowujemy w lodówce w temperaturze od 2 do 8^{0}C. Leku nie wolno zamrażać.

4. Insulinę mętną dokładnie mieszamy (30 razy ruchem wahadłowym), insuliny przezroczystej nie mieszamy.

5. Insulina nie powinna być narażona na silne światło słoneczne i mróz. Do jej przewozu używamy torby termo-izolacyjnej.

6. Zapewniamy odpowiednią ilość igieł do podawania insuliny o różnej numeracji, pamiętają:, że jest to sprzęt jednorazowy i jedna igła może być wykorzystana tylko do jednego wstrzyknięta.

7. Zapewniamy dostateczny zapas insuliny, dbają:, aby lek miał aktualną datę ważności.

8. W razie uszkodzenia wstrzykiwacza typu pen wymieniamy go na nowy (wstrzykiwacze są bezpłatne, dostępne na oddziałach i poradniach

diabetologicznych, poradniach rodzinnych itp).

9. Zmieniamy miejsca podawania insuliny według następujących zasad: przez jeden miesiąc – miejsca po prawej stronie ciała, przez drugi miesiąc – miejsca po lewej stronie ciała. Insulinę wstrzykujemy w miejsce odległe o 1 cm od poprzedniego wstrzyknięta.

10. Po każdorazowym założeniu igły wypuszczamy 1-2 jednostki insuliny w celu wypełnienia pustej przestrzeni.

11. Pamiętamy o skoordynowaniu działania insuliny z momentem rozpoczęta posiłku. Czas, jaki musi upłyną: od momentu podania insuliny do spożycia posiłku, zależy od poziomu glikemii przed posiłkiem i rodzaju podawanej insuliny.

12. Futerał zawierający wstrzykiwacz z insuliną powinien być opisany: nazwa insuliny, data włożenia wkładu z insuliną

III. Zasady użytkowania zestawu infuzyjnego przy terapii osobistą podskórną pompą insulinową

Stałe zalecenia dla użytkowników pomp insulinowych

Edukacja użytkowników pomp i ich rodzin powinna być ciągła, umiejętność korzystania z osobistej pompy insulinowej powinna być sprawdzana przez pielęgniarkę przy każdej wizycie w poradni.

Przy hiperglikemii, hipoglikemii, wysiłku fizycznym, złym samopoczuciu, chorobie zasadą powinno być wykonywanie większej ilości testów (pomiar glikemii, badanie glukozy i ciał ketonowych w moczu).

Zawsze należy mieć przy sobie zestaw nagłej pomocy, w którego skład wchodzą: glukoza w tabletkach lub kostki cukru, zestaw do mierzenia glukozy we krwi (glukometr, nakłuwacz, lancet, jałowe gaziki), paski testowe do pomiaru ketonów we krwi, moczu. Na wypadek awarii pompy: wstrzykiwacz typu pen z insuliną (wraz z informacją od lekarza, ile insuliny przyjąć), zapasowy zestaw infuzyjny i zbiorniczek na insulinę, zapasowe baterie. Trzeba mieć przy sobie (w dostępnym miejscu) legitymację chorego na cukrzycę i informację jak odłączyć pompę.

Zalecane jest systematyczne prowadzenie dzienniczka samokontroli.

Zakładanie zestawu infuzyjnego – zasady aseptyki

1. Przed przystąpieniem do założenia, usunięcia, oglądania zestawu infuzyjnego należy umyć ręce mydłem przeciwbakteryjnym i ciepłą wodą przez około 2 – 3 minuty i dokładnie osuszyć.

2. Staranie dobrać miejsce wprowadzenia wkłucia.

3. Skóra w miejscu wkłucia powinna być czysta i sucha.

4. Stosujemy wyłącznie produkty sterylne i akcesoria przeznaczone do użytku z daną pompą insulinową. Stosowanie innych produktów i akcesoriów może stworzyć zagrożenie dla zdrowia.

5. Nie wolno używać produktów sterylnych, których opakowania są uszkodzone.

6. Zestawy infuzyjne przechowujemy w chłodnym i suchym miejscu, nie należy ich narażać na bezpośrednie działanie promieni słonecznych.

7. Przed usunięciem wkłucia spryskujemy środkiem odkażającym utrzymujący je plaster.

8. Po usunięciu wkłucia zabezpieczamy miejsce jałowym opatrunkiem ze środkiem odkażającym i kontrolujemy je przez 2-3 dni.

9. Dren infuzyjny nie może być usuwany z jednego miejsca i wprowadzany w inne.

10. Nowe wkłucie zakładamy przed usunięciem starego; robiąc odwrotnie, zwiększamy ryzyko zakażenia i przeniesienia bakterii w nowe miejsce wkłucia.

11. Zużyty zestaw infuzyjny wraz z opatrunkiem wyrzucamy do zamkniętego pojemnika i pojemnik oddajemy do najbliższej apteki, przychodni lub ośrodka diabetologicznego.

Dobór zestawu infuzyjnego

Zestawy infuzyjne mogą różnić się kształtem, powierzchnią plastra, miejscem rozłączenia, długością kaniuli lub igły, długością drenu, a także kątem wkłucia.

Długość kaniuli (igły), materiał, z jakiego jest wykonana, oraz kąt wkłucia powinny być dobrane do grubości podskórnej tkanki tłuszczowej.

Wybierając rodzaj wkłucia uwzględniamy następujące czynniki: alergia na stalowe igły, kąt wprowadzenia, szybkość wprowadzenia, budowa ciała.

Miejsce wkłucia i częstość jego zmiany

Wybierając miejsce wkłucia musimy pamiętać, że ma ono wpływ na szybkość wchłaniania insuliny. Absorpcja przebiega najszybciej na obszarze brzusznym. Z pośladków (górny zewnętrzny kwadrat) wchłanianie jest wolniejsze, ale doskonałe. To umiejscowienie drenu zalecane jest osobom bardzo aktywnym, a także szczupłym.

Wchłanianie z zewnętrznych części ud jest wolniejsze, ale może wzrastać przy większej aktywności. Natomiast z wkłucia w górną lub dolną cześć przedramienia insulina wchłania się wolniej.

Miejsca, w które nie należy wkłuwać: blizny (tkanki zabliźnione, blizny chirurgiczne), przerośnięta tkanka tłuszczowa (lipohipertrofia), siniaki, stłuczenia, bardzo wrażliwe miejsca, bardzo aktywne miejsca, miejsca pod uciskającymi paskami i ściągaczami, wokół pępka, pod linią talii, miejsca po przekłuciach ciała (kolczyki), tatuażach.

Miejsce wkłucia powinno być odległe o co najmniej 2 – 3 cm od poprzedniego (w celu uniknięcia przerostu tkanki tłuszczowej). Warto stosować zasadę: przez jeden miesiąc prawa strona ciała, przez drugi miesiąc – lewa.

Plaster nie powinien zakrywać poprzedniego miejsca wkłucia do czasu jego całkowitego zagojenia się

Igły (stalowe wkłucie) zmieniamy co 24 – 48 godzin, kaniule (miękkie wkłucie) zmieniamy co 48 – 72 godziny. Zestaw infuzyjny powinien być natychmiast zmieniany w przypadku ketokwasicy, bólu, krwawienia, podrażnienia skóry lub wysokich wartości glikemii.

Technika zakładania zestawu infuzyjnego

Potrzebne akcesoria: insulina, odpowiednio dobrany zestaw infuzyjny, zbiornik (strzykawka) na insulinę jałowe gaziki, środek dezynfekcyjny, pojemnik na odpady.

Posterowanie

1. Umyj i zdezynfekuj ręce.
2. Zatrzymaj pompę odłącz od wkłucia.
3. Uzupełnij zbiornik (strzykawkę) insuliną.
4. Dokręć do strzykawki nowy dren i uważnie wypełnij go insuliną usuwając pęcherzyki powietrza.
5. Osoby odczuwające lęk przed ukłuciem mogą stosować kremy znieczulające (np. krem Emla).
6. Przygotuj miejsce wkłucia. Zdezynfekuj miejsce wprowadzenia igły/kaniuli zaczynają: od centrum obszaru wycierają: okrężnymi ruchami na zewnątrz.
7. Odczekaj minutę aż zdezynfekowane miejsce samo wyschnie.
8. Zestaw infuzyjny zakładaj do tkanki podskórnej.
9. Zawsze używaj nowych sterylnych zestawów infuzyjnych z zamkniętych opakowań.
10. Przed wprowadzeniem wkłucia upewnij się że została zdjęta osłona z igły.
11. Zachowaj odpowiedni kąt wkłucia w zależności od długości igły/kaniuli.
12. Do wprowadzenia wkłucia możesz użyć automatycznego urządzenia – sertera, dziwki któremu czynność jest łatwiejsza i zachowuje się odpowiednią głębokość wkłucia.
13. Wprowadzają: wkłucie ręcznie ujmij dwoma palcami fałd skórny, a drugą ręką wprowadź igłę/kaniulę jednym płynnym ruchem.
14. Upewnij się że opatrunek (plaster) trzyma się dobrze skóry.
15. Zmień wkłucie w razie bólu, zaczerwienienia, obrzęku.
16. Nie zakładaj wkłucia tuż przez pójściem spać, aby móc sprawdzić, czy nie ma nieprawidłowości, np. blokady w drenie, która może spowodować wzrost stężenia glukozy we krwi, przy nowym wkłuciu jest też większa możliwość wystąpienia hipoglikemii.
17. Usuń stare wkłucie po założeniu nowego.
18. Uruchom pompę i wypełnij martwą przestrzeń, jaka powstała po usunięciu igły z kaniuli.
19. Kontroluj stężenie glukozy 2 – 4 godziny po zmianie wkłucia dla upewnienia się że pompa pracuje prawidłowo.
20. Kontroluj miejsce wkłucia.

IV. Przygotowanie osoby z cukrzycą do zabiegu operacyjnego i do badań diagnostycznych

Celem działań przygotowujących do zabiegu operacyjnego jest sprawdzenie ogólnego stanu zdrowia pacjenta i wprowadzenie działań zapobiegawczych, które zapewnią maksymalne bezpieczeństwo pacjenta podczas zabiegu lub badania diagnostycznego wymagającego głodzenia.

Planowane zabiegi chirurgiczne powinny być wykonywane wtedy, gdy cukrzyca jest dobrze kontrolowana.

Zabiegi operacyjne powinny być wykonywane tylko w ośrodkach, w których jest możliwość stałej konsultacji diabetologa.

W celu zagwarantowania bezpieczeństwa konieczna jest ścisła współpraca pomiędzy zespołami chirurgicznym, anestezjologicznym i diabetologicznym.

Dokumenty i inne rzeczy niezbędne przy zgłoszeniu się do szpitala

Dzieci i młodzież:

– wyniki zleconych badań laboratoryjnych, karty informacyjne, sprzęt do samokontroli glikemii, sprzęt do podawania insuliny, dzienniczek samokontroli itp.

– piżama, kapcie i zapasowe ubranie, przybory toaletowe,

– jeśli dziecko używa – pieluszki jednorazowe, ulubiona zabawkę (przytulanka).

Towarzyszce dziecku osoby (rodzice) powinny mieć z sobą luźne ubranie, wygodne buty lub kapcie.

Osoby dorosłe:

– wyniki badań laboratoryjnych, karty informacyjne, sprzęt do samokontroli glikemii, sprzęt do podawania insuliny, dzienniczek samokontroli itp.,

– piżama, kapcie, przybory toaletowe,

– leki stosowane przewlekle,

– nie zabierać ze sobą biżuterii, drogich zegarków i innych cennych przedmiotów (konieczność zabezpieczenia przed utratą),

– panie muszą zmyć lakier z paznokci.

Zabiegi operacyjne i badania wymagające głodzenia wykonywane są rano. Przygotowanie farmakologiczne zależy od typu cukrzycy i dotychczas stosowanego leczenia, rodzaju zabiegu i stopnia wyrównania metabolicznego. Zawsze należy przestrzegać następujących zasad:

– nie podawać stałych pokarmów od północy,

– płyny można podawać do 4 godzin przed zabiegiem (ale po uzgodnieniu z anestezjologiem),

– co godzinę monitorować glikemię na glukometrze według zasad prowadzenia samokontroli glikemii,

– założyć kartę monitorowania parametrów (glikemia, RR, tętno, oddech, temperatura, inne).

Przygotowanie roztworu insuliny we wlewie ciągłym przy użyciu pompy infuzyjnej

Do wlewu dożylnego w pompie infuzyjnej używa się insuliny o krótkim czasie działania.

1. Zabezpieczyć dostęp do żyły.

2. Przygotować roztwór insuliny o stężeniu 1 jednostka/1 ml 0,9% roztworu NaCl do przepłukania układu przetoczeniowego (np. z 50 jednostek insuliny rozpuszczalnej i 50 ml roztworu 0,9% NaCl).

3. Przygotowanym roztworem insuliny przepłukać układ przetoczeniowy, tzn. strzykawkę wraz z drenem do strzykawki (insulina osiada na ściankach układu przetoczeniowego dlatego należy go przepłukać przed podłączeniem do pacjenta).

4. Ponownie przygotować roztwór wg powyższego wzoru w ilości potrzebnej pacjentowi (dziecko potrzebuje mniej, np. 30 ml roztworu insuliny).

5. Nabrać do układu przetoczeniowego ponownie przygotowany roztwór insuliny, podłączyć układ do pompy infuzyjnej i rozpocząć wlew.

6. Układ przetoczeniowy z insuliną osłonić od światła lub użyć specjalnego zestawu „do wlewów wymagających ochrony przed światłem" (strzykawka i dren z ciemnego materiału).

7. Szybkość wlewu dożylnego dostosować do glikemii.

8. Dożylny wlew insuliny należy przerwać 60 minut po wstrzyknięciu insuliny podskórnie.

Zasady podawania pozajelitowego substancji odżywczych (aminokwasy, emulsje tłuszczowe) są podobne jak u chorych bez cukrzycy, pod warunkiem właściwej podaży insuliny i glukozy.

Zwykle tzw. małe zabiegi operacyjne (ekstrakcje zębów, nacięcie ropnia, zdjęcie paznokcia itp.) prowadzone w znieczuleniu miejscowym i nie wymagają zmiany dotychczasowej terapii. ■

Przedruk z Biuletynu OIPiP
w Katowicach „Nasze sprawy"
kwiecień 2007

reklama

centrum edukacji
Erudio

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

ZAPRASZAMY NA KURSY

KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne

KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK
Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo opieki długoterminowej Pielęgniarstwo psychiatryczne • Pielęgniarstwo opiekipaliatywnej • Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących • Pielęgniarstwo ratunkowe

SPECJALISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
EKG • Resuscytacja krążeniowo-oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych • Leczenie ran

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH
Szczepienia ochronne noworodków

SPECJALISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK
Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Podstawy opieki paliatywnej • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania spirometrycznego

Centrum Edukacji ERUDIO posiada zgodę administracyjną nadaną przez CKPPiP w Warszawie oraz Wpis do Rejestru Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w OIPiP w Łodzi

Płatność rozkładamy na dogodne raty, OIPiP w Łodzi zwraca 50% poniesionych kosztów uczestnictwa w kursach

GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • KARTA STAŁEGO KLIENTA! • 2 KURSY W JEDNYM!

ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ

www.erudio.com.pl

Stanisława Dzwonkowska

Zdrowotne zagrożenia XXI wieku

Świadomość zdrowotna większości polskiego, współczesnego społeczeństwa jest na zadowalającym poziomie, jednak zachowania zdrowotne tychże ludzi, budzą wiele zastrzeżeń. Ludzie ci zdają sobie sprawę, że powinni w okresie rekonwalescencji stosować się do zaleconej im diety, nie

> Demon dzisiejszej cywilizacji złamał równowagę w człowieku między jego rozumem a wolą, między nauką a sumieniem
>
> Rabindranath Tagore

pić alkoholu, nie jeść w nadmiarze słodyczy, zrezygnować z używek oraz uprawiać ćwiczenia gimnastyczne. Jednak hedoniści rezygnują z własnego zdrowia, chociaż wiedzą, iż ta przyjemność jest tylko chwilowa.

Czy niewłaściwe zachowania zdrowotne to wina ówczesnej cywilizacji? Wydaje mi się, że nie lub tylko po części. Według mnie winnę za ww. zachowania egoistyczne i hedonistyczne są przyjęte przez nich postawy, które są skutkiem niewłaściwego wychowania człowieka oraz wynikającego z tego powodu błędnego sposobu myślenia.

Zagubienie współczesnego, dorosłego człowieka, jego nieprawidłowe myślenie, może wynikać z założenia sobie błędnego celu życiowego, na skutek pośpiechu, natarczywości zewnętrznego środowiska, mediów (przede wszystkim reklam), które prowadzą do zagrożenia jego bytu, a nawet do unicestwienia.

Patrząc wstecz, przesuwa się nam przed oczami obraz kultur i cywilizacji: Asyrii, Babilonii, Fenicji, Egiptu, Grecji, Rzymu. Wszystkie przeżyły się i znikły. Takie jest prawo natury. Cywilizacja powstaje, człowiek rodzi się, rozwija, starzeje i powoli lub nagle umiera.

Nasza cywilizacja jest już zagrożona, o czym sygnalizują ekolodzy. Współczesny człowiek zagrożony jest przez choroby cywilizacyjne. Zdaje sobie sprawę, że na długość i jakość

> Rasa ludzka wyginie ostatecznie od choroby zwanej cywilizacją
>
> Ralph Waldo Emerson

swojego życia może wpływać. Żyjąc natomiast zbyt intensywnie, ryzykownie, oddalając się zbytnio od natury, przy braku ruchu, w skrajnie zanieczyszczonych środowiskach, skraca swoje życie. Już Hipokrates powiedział „Wszystkie choroby przychodzą do człowieka z pożywieniem".

Większość współczesnych ludzi (nawet ludzie dobrze wykształceni) jednak nie zdaje sobie sprawy, lub nie chce przyjąć do wiadomości praw-

> Stan, w którym żyjemy, zmienia ducha, jak pożywienie zmienia człowieka
>
> Mencjusz

dy oczywistej, że w obecnych czasach stali się niewolnikami różnych uzależnień m.in. odżywiania (uzależnienie od słodyczy, modyfikowanej żywności, McDonalda itd.) oraz reklam, zaś ich niewłaściwe zachowania zdrowotne są tego skutkiem.

Także większość ludzi twierdzi – „jestem człowiekiem wolnym". Pytam więc dlaczego wybiera do konsumpcji np. chleb z ulepszaczami, zamiast chleba składającego się tylko z mąki, wody i zakwasu, czyli takiego, który nikomu nie zaszkodzi, nawet choremu.

Tyciu i zaburzeniom metabolicznym sprzyjają zwłaszcza pokarmy o wysokim indeksie glikemicznym – takie, które szybko podnoszą poziom glukozy we krwi. To np. cukier, słodycze, chipsy, ziemniaki, białe pieczywo, łuskany ryż. Zdrowiej jeść pokarmy o niskim indeksie glikemicznym – makaron, pieczywo pełnoziarniste, pomidory, jabłka. Oczywiście w rozsądnych ilościach – doradzają specjaliści.

O ile w USA odsetek otyłych dzieci wzrasta o 3 – 4 procent rocznie, to w Warszawie – nawet o 14 procent w ciągu roku. Choć Amerykanie są w tej dziedzinie rekordzistami świata, przy takim tempie mamy szansę ich dogonić. Choć polskie dzieci nie są na razie tak otyłe jak amerykańskie, mogą niedługo dorównać rówieśnikom z USA – mówiono podczas konferencji w Centrum Zdrowia Dziecka w dniu 11 października 2007.

> Mądry człowiek powinien wiedzieć, że zdrowie jest jego najcenniejszą własnością i powinien uczyć się, jak sam może leczyć swoje choroby.
>
> Hipokrates

Skutki zatrucia organizmu

Już Arystoteles mówił: „Aby właściwie zrozumieć człowieka, musimy najpierw zrozumieć środowisko, w którym żyje".

Tegoroczna pokojowa nagroda Nobla dla byłego wiceprezydenta USA Al Gore i oenzetowskiego Międzyrządowego Panelu ds. Zmian Klimatu dowodzi rangi problemu, jakim jest zagrożone naturalne środowisko, w którym żyje człowiek.

Naukowe opinie na temat zatrucia środowiskowego i naszych organizmów nie brzmią optymistycznie.

Mówią one bowiem o globalnym zatruciu, gdzie metale toksyczne, takie jak: kadm, cynk, ołów, rtęć czy miedź, to jedynie „wierzchołek góry lodowej".

To one – metale ciężkie – skracają życie człowieka o niebagatelne 10 lat – mówi genetyk ze Skandynawii dr Johan Bjorksten. To metale ciężkie, jak stwierdza dr W. Blumer ze Szwajcarii, dziesięciokrotnie przyspieszają możliwość śmierci z powodu choroby nowotworowej.

Dziś około 5 procent ludzi żyjących w krajach cywilizowanych cierpi na chorobę Alzheimera. Czy temu winne są geny, jak twierdzą niektórzy lekarze medycyny konwencjonalnej?

Tak się składa, że naukowcy i lekarze medycyny ekologicznej tę chorobę kojarzą z aluminium, którego duże ilości w mózgu (kilkakrotnie wyższe od normy) wykazują chorzy na tę chorobę.

> Aby właściwie zrozumieć człowieka, musimy najpierw zrozumieć środowisko, w którym żyje
>
> Arystoteles

Należy zaznaczyć, że aluminium zostało wprowadzone do przemysłu spożywczo-kosmetycznego już w XIX wieku (garnki aluminiowe, folie na słodycze, do smażenia, puszki z piwem, napojami, leki przeciwbiegunkowe, gdzie zawierają nawet do 600 mg w tabletce aluminiowych soli).

Dzienny limit aluminium, jaki dopuszcza Światowa Organizacja Zdrowia na osobę dorosłą, wynosi 2 mg, 4 mg to ilość aluminium pozostająca w organizmie po spożyciu napoju z puszki aluminiowej.

Choroby cywilizacyjne są wynikiem m.in. konsumpcji technologicznie przetworzonej żywności.

Powyższy argument wykazali już uczeni szwajcarscy w latach 30. ubiegłego wieku. Jako pierwsi zaobserwowali oni tzw. „leukocyty trawienia", czyli białe ciałka krwi z tendencją do drastycznego wzrostu w zależności od ilości spożycia i stopnia przetworzenia pokarmu.

Politycy, decydenci zdrowia oraz świat nauki ich zignorował.

Podobną sytuację mamy w obecnych czasach. Nadal obowiązuje reguła: „naukowcy swoje, a lobbyści swoje". Kto silniejszy?

We współczesnym świecie można zaobserwować wiele chorób, które są skutkiem postępu: alergie, miażdżyce, nowotwory, Alzheimer, ADHD, czyli „zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi" itd.

Amerykański chemik, stomatolog, specjalista od prawidłowego żywienia dr. W. D. Kelley twierdzi: „Nasza trzustka codziennie produkuje odpowiednie ilości pankreatyny po to, by trawić i wydalać, czy to pożywienie, czy też nowotworowe komórki. To właśnie wtedy, kiedy trzustka przestaje wydzielać odpowiednie ilości pankreatyny, postawione przed nią zadania

Doskonały lekarz to ten, który zapobiega chorobie, zwyczajny to taki, który potrafi chorobę wyleczyć. Ten zaś, który tylko chorobę leczy, to żaden lekarz.

wymykają się spod kontroli i następuje wówczas początek procesu, który poprawnie winien nazywać się rakiem".

Uważa, że „wyleczenie choroby może nastąpić jedynie wtedy, kiedy odpowiednio dobrany do metabolizmu pacjenta pokarm zawierać będzie odpowiednią ilość pankreatyny po to, aby mogła prawidłowo go trawić i tym samym powstrzymać proces choroby nowotworowej".

Mając konkretne dowody na skuteczność własnej metody leczenia – wyleczył z raka trzustki siebie i ponad 30 000 pacjentów (z wieloma innymi odmianami raka).

„Każda choroba ma podłoże w zatruciu"- twierdzą lekarze i naukowcy medycyny ekologicznej. W czasie choroby natura próbuje po prostu wyrzucić z ciała toksyny.

Prezes towarzystwa onkologicznego Austrii – dr Wolfgang Kostler – jest zdania że „nowotworowy guz jest końcowym produktem wielkiego zatrucia". Inny uczony – dr Michał Tombak – rozważa, czy osteoporoza jest chorobą dziedziczną? Mówi – raczej nie. Jedną z podstawowych „dziedziczonych" przyczyn osteoporozy jest nadmierne zamiłowanie do słodyczy, przekazywane z pokolenia na pokolenie.

Medycyna XXI wieku

Świat medyczny oraz media informują nas, że choroby cywilizacyjne wynikają z zatrucia środowiska, że kluczem do zdrowia jest dobrze rozumiana prewencja.

Thomas Edison powiedział: „Lekarz przyszłości nie będzie dawać lekarstw, a zainteresuje pacjenta odpowiednią dietą".

Amerykańscy lekarze ekologiczni m.in. dr Lendon H. Smith twierdzą, że właściwie dobrana dieta, wsparta witaminami i minerałami to klucz do rozwiązywania problemu ADHD: „organizmu nie da się oszukać". W krajach Trzeciego Świata trudno znaleźć dziecko z ADHD. Tam też, jak twierdzą, trudno zakupić zacukrzone odżywki, płatki śniadaniowe, słodziki, soczki itd.

Dr Allen Banik, dr Ernest Krebs w czasie naukowej ekspedycji w Himalaje nie mogli wśród lokalnych mieszkańców doszukać się chorób nowotworowych, serca, osteoporozy, cukrzycy i reumatyzmu.

Szkocki lekarz McCarrison, który przeżył 14 lat w bezpośredniej bliskości Hunzy, doszedł do wniosku, że głównym źródłem długowieczności

Lekarz przyszłości nie będzie dawać lekarstw, a zainteresuje pacjenta odpowiednią dietą

Thomas Edison

Wszystkie choroby przychodzą do człowieka z pożywieniem

Hipokrates

(średnia długość życia w zdrowiu wynosi tam 120 lat) narodu hinduskiego jest sposób odżywiania.

Dla ludzi ze szczepu Hunzy jedzenie pasteryzowane, homogenizowane, rafinowane, hydrolizowane, mrożone, konserwowane chemicznie, puszkowane, smażone, barwione, podgrzewane w mikrofalówce jest czymś nieznanym. Spożywają natomiast produkty, które my nazywamy trucizną.

Człowiek myślący powinien zastanowić się nad tymi faktami.

Chińczycy potrafili kategoryzować umiejętności lekarzy, zgodnie z nabytą w ciągu tysięcy lat medyczną mądrością: „Doskonały lekarz to ten, który zapobiega chorobie, zwyczajny to taki, który potrafi chorobę wyleczyć. Ten zaś, który tylko chorobę leczy, to żaden lekarz".

Nikt nie ma wątpliwości, że współczesna medycyna jest na wysokim poziomie.

Potrafi pomóc człowiekowi w beznadziejnej sytuacji wykorzystując leczenie chirurgiczne, farmakologiczne, jednak należy zrobić coś z faktem marginalnie traktowanej profilaktyki w naukach medycznych.

Należy skorzystać z autentycznej wiedzy o prewencji znanych autorytetów: **prof. Paulinga (nagrodzony dwukrotnie nagrodą Nobla), prof. Juliana Aleksandrowicza, prof. Hilgersa, prof. Simone, dr Atkinsa, dr Józefa Kropa** i wielu innych, którzy człowieka nie izolowali od środowiska, zaś przyczynę choroby wiązali ze skutkiem zatrucia organizmu. ■

Literatura u autorki

dr Barbara Dobrowolska

Zamiłowanie do pracy społecznej wykonywanej bezinteresownie i to w długim okresie czasu a nie tylko incydentalnie nie jest zjawiskiem często spotykanym w naszym społeczeństwie i wśród pielęgniarek również. Dlatego warto przybliżyć koleżankom osobę, która taką cechę posiada. Jest nią pani Anna Szumilas (z domu Jurkowska).

Kącik społeczników: Anna Szumilas

Urodziła się w 1931 roku w Ostrowcu. Jej rodzicami byli Kazimierz i Janina Jurkowscy. Dzieciństwo i wczesną młodość spędzała w Ostrowcu, gdzie ukończyła szkołę podstawową i gimnazjum. Po uzyskaniu świadectwa tzw. małej matury postanowiła podjąć naukę w szkole zawodowej. W tym celu przyjechała do Łodzi w 1950 roku i podjęła naukę w Szkole Pielęgniarstwa nr 1 w Łodzi przy ul. Piotrkowskiej 45. Po dwóch latach nauki uzyskała dyplom pielęgniarki. W owym czasie wszystkie absolwentki szkół pielęgniarskich otrzymywały nakazy pracy. Panią Annę skierowano do wojskowego szpitala w Łodzi, gdzie pracowała do 1978 roku. W placówce tej pełniła różne funkcje poczynając od pielęgniarki odcinkowej, opatrunkowej, oddziałowej a kończąc na stanowisku pielęgniarki naczelnej (1974 –1978) Instytutu Chirurgii Wojskowej Akademii Medycznej.

W trakcie pracy zawodowej podjęła zaoczne studia na wydziale prawa i administracji na Uniwersytecie Łódzkim, które ukończyła w 1973 roku uzyskując tytuł magistra prawa.

W latach 1978 – 1980 pełniła funkcję przełożonej pielęgniarek w Szpitalu Ortopedycznym im. Radlińskiego przy ul. Drewnowskiej 73. Potem przeszła do pracy w pionie pomocy społecznej, gdzie początkowo nadzorowała domy pomocy społecznej, a następnie została kierownikiem Wojewódzkiego Ośrodka Opiekuna Społecznego, w którym pracowała już do uzyskania wieku emerytalnego (1987). W pracy zawodowej wykazywała się wysokimi kwalifikacjami, dużym doświadczeniem zawodowym, samodzielnością, aktywnością, umiejętnościami organizacyjnymi i odpowiedzialnością za powierzony odcinek pracy. Posiadała autorytet zarówno wśród chorych, podopiecznych podległego personelu jak i przełożonych. Za wzorową pracę zawodową i społeczną była wielokrotnie wyróżniana nagrodami i dyplomami uznania. Poza tym została odznaczona:

– Brązowym Medalem Zasłużony dla Obronności Kraju (1962),

– Złotą Odznaką Związkową (ZZPSł. Zdr) (1968),

– Złotym Medalem Sił Zbrojnych w Służbie Ojczyzny (1971),

– Odznaką za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia (1975),

– Odznaką Przyjaciel Dziecka (1994) przyznaną przez TPD.

Poza osiągnięciami w pracy zawodowej pani Anna brała czynny udział w pracach społecznych Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia. Była członkiem Rady Zakładowej w Szpitalu Wojskowej Akademii Medycznej. Należała równiez do Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (PTP). W latach 1983 – 1989 pracowała społecznie w punkcie lekarsko-pielęgniarskim Związku Inwalidów Wojennych.

Po przejściu na emeryturę uczestniczyła w pracach Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych (ORPiP). W 1993 roku powierzono Jej zorganizowanie Koła Emerytek. Była wybrana przez uczestniczki Koła pierwszą przewodniczącą. Teraz, choć nie pełni już tej funkcji, odznacza się dużą aktywnością włączając się do organizowanych działań na rzecz koleżanek znajdujących się w domach pomocy społecznej oraz umożliwiając koleżankom skorzystanie z wypoczynku letniego. Jest koordynatorem i organizatorem tych działań. ■

dr **Barbara Dobrowolska**
Przewodnicząca Komisji Historycznej
przy ZOW w Łodzi

Zdzisława Kulesza

Wycieczka po Starym Cmentarzu

15 listopada spotkaliśmy się z Jerzym Pisarkiewiczem – przewodnikiem naszych wycieczek na Starym Cmentarzu, by zwiedzić najstarszą nekropolię w Łodzi.

W 1855 roku poświęcono miejsce pod cmentarz przy ulicy Ogrodowej. Podział na trzy części: rzymsko-katolicką, ewangelicko-augsburską i prawosławną oddaje wielokulturowość naszego miasta XIX wieku. Jest on miejscem spoczynku największych łódzkich fabrykantów (Scheiblerowie, Grohmanowie, Heirzelowie), żołnierzy i harcerzy, artystów, lekarzy oraz osób zasłużonych dla miasta. Podziwiamy bogactwo form nagrobnych, rzeźbiarskie kompozycje z aniołem, z figurami Matki Boskiej i Chrystusa oraz różnego rodzaju płaczki, pomniki w formie kapliczek i portyków oraz płaskorzeźb o treści symbolicznej. Godne uwagi są dzieła kowalstwa i ślusarstwa o wysokich walorach artystycznych neorenesansowych i neorokokowych.

Część rzymskokatolicka podzielona trzema alejami, główna prowadzi do kaplicy cmentarnej, obok na lewo mauzoleum Heinzlów jest wykorzystywane do pogrzebów. Oglądamy groby powstańców w 1863 roku wykonane przez artystę Wacława Kanopkę, bohaterów bitwy warszawskiej i innych z 1920 roku m.in. Stefan Pogorzowski (posąg rycerza-husarza w brązie naturalnej wielkości), grób trzech strażaków poległych w 1924 roku ma formę trzech kolumn. Odwiedzamy jeszcze wiele grobów ludzi zasłużonych i znanych m.in. Leona Niemczyka.

Część prawosławna jest najmniejsza, spoczywają tu oficerowie carscy, policjanci i urzędnicy. Nagrobek Wasilija Kowalewa – marynarza wojska polskiego z fotografią zmarłego – jest również autorstwa W. Konopki. Kaplica małżeńska Gojżewskich przypomina neobizantyjską architekturę cerkiewną, on pochowany po stronie prawosławnej (był komisarzem policji carskiej) ona katoliczka po stronie katolickiej.

Część ewangielicko-augsburska charakteryzuje się okazałymi grobowcami rodzinnymi przemysłowców. Mauzoleum Scheiblerów wybudowane w 1888 roku dla nestora rodu Karola jest jednym z najwybitniejszych pomników architektury neogotyckiej w Polsce. Obecnie trwają prace konserwatorskie. Pięknie się prezentuje grobowiec Zofii Biedermann już odnowiony z rzeźbą Anioła Stróża (z twarzą zmarłej) czuwającego nad bawiącymi są na skraju stromej skały dziećmi, które sypią kwiaty na grób matki. Znajduje się tu również nagrobek Karola Jonschera – lekarza i społecznika.

Mimo jesiennej pory podziwialiśmy również przyrodę, 150-letni drzewostan – jodły, kalifornijskie klony, kasztanowce, buki, dęby i cisy.

W tej krótkiej relacji nie sposób opisać wszystkiego, wycieczka ta dała nam możliwość poznania historii naszego miasta i łączności między dawnymi i obecnymi czasy. ■

Terminarz spotkań Koła Emerytek w 2008 roku

Zapraszam na spotkania Koła Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych, działającego w OIPiP w Łodzi.
Spotkanie Koła, podobnie jak do tej pory, będą odbywały się w siedzibie OIPiP w Łodzi przy ul. Piotrkowskiej 17, w sali nr 2004 na II piętrze, w następujących terminach:
14 stycznia, 11 lutego, 10 marca, 14 kwietnia, 12 maja, 9 czerwca, 8 września, 13 października, 10 listopada, 8 grudnia

Benilda Fabian
przewodnicząca Koła Emerytek

Pani *Wandzie Kiełbik* – wieloletniej Pielęgniarce Oddziałowej Oddziału Intensywnej Terapii Neonatologicznej B ICZMP – składamy serdecznepodziękowania za pracę pełną zaangażowania, za wspaniałą postawę, pracowitość, ciepło, które wniosła Pani w wykonywanie swoich obowiązków, dobre słowo i pomocną dłoń. Na dalsze lata życzymy radości i pośnlności w życiu, zdrowia, spokoju oraz realizacji wszystkich zamierzonych planów.

cały personel Oddziału Intensywnej Terapii Neonatologicznej B

Podziękowania

Pragniemy złożyć serdeczne podziękowania dla całego *zespołu pielęgniarsko-lekarskiemu oraz paniom salowym z Oddziału Chirurgii A w Szpitalu im. Kopernika w Łodzi* za fachową i życzliwą opiekę do ostatnich chwil życia nad Czesławem Lewandowskim

wdzięczna Beata, Tomasz, Grażyna Lewandowska

Pragnę złożyć serdeczne podziękowania *kierownikowi zespołu pielęgniarskiego pani Zofii Budziarek, ordynatorowi dr. n. med. T. Waszyrowskiemu, zespołowi pielęgniarskiemu i lekarskiemu Oddziału Kardiologii III Szpitala Miejskiego im. dr. Karola Jonschera* za profesjonalną opiekę i troskę o moje zdrowie.
Zawsze pragnąłbym spotykać na swojej drodze tak życzliwych ludzi.

z wyrazami szacunku Arkadiusz Woch

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź
tel. 042 633 69 63; 042 633 71 06; fax 042 633 68 74
czynne: poniedziałek, środa, czwartek, piątek: 8.00 – 16.00; wtorek: 10.00 – 18.00
e-mail: biuro@oipp.lodz.pl
www.oipp.lodz.pl

Konto bieżące OIPiP
Bank Zachodni WBK SA, ul. Sienkiewicza 24, II oddział w Łodzi 20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

Biblioteka OIPiP
poniedziałek: dzień bez interesantów, wtorek: 11.00 – 17.30;
środa: 10.00 – 15.00; czwartek: 8.30 – 15.00; piątek: 10.00 – 15.30
e-mail: biblioteka@oipp.lodz.pl
tel. 042 633 92 98

Prawo wykonywania zawodu
poniedziałek, środa, czwartek: 8.00 – 16.00; wtorek: 10.00 – 18.00; piątek: dzień bez interesantów
tel. 042 633 32 13

Pośrednictwo pracy i dział socjalny
środa, czwartek, piątek: 9.00 – 16.00; wtorek: 10.00 – 17.00
tel. 042 633 23 94

Kasa
poniedziałek, piątek: 8.30 – 12.00; wtorek: 12.00 – 17.00; środa, czwartek: 12.00 – 15.00
tel. 042 639 92 76

RADCA PRAWNY
udziela porad w zakresie prawa pracy oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej we wtorki: 14.00 – 18.00 i czwartki: 14.00 – 16.00 (tel. 042 633 71 06)

INFORMACJI MERYTORYCZNYCH w godz. pracy biura (tel. 042 639 92 62) **UDZIELAJĄ:**
mgr MARIA KOWALCZYK – kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne organizowane przez OIPiP
AGNIESZKA KAŁUŻNA – komisje problemowe, pełnomocnicy, szkolenia pozostałe organizowane przez OIPiP

OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ – mgr IRENA KRÓL
dyżuruje w II i IV wtorek miesiąca w godz. 16.00 – 18.00 (tel. 042 633 23 94)
w pozostałe dni kontakt z Krystyną Sawczenko (tel. 042 633 23 94)

PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEGO SĄDU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
EWA SKIBA

REDAKTOR NACZELNA „BIULETYNU" – mgr MARIA KOWALSKA
dyżuruje we wtorki w godz. 15.00 – 17.00
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl
tel. 042 633 22 48

Informacji na temat realizacji zadań samorządu i działalności Okręgowej Rady udzielają:

Przewodnicząca
mgr Krystyna Walewska
środy w godz. 14.00 – 18.00

Wiceprzewodnicząca
mgr Maria Kowalska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca
mgr Elżbieta Krokocka (położna)

Sekretarz
lic. pielęg. Anna Manes
II i IV poniedziałek miesiąca
w godz. 15.00 – 17.00
tel. 042 633 22 48