

Obchody XX-lecia samorządu

Jak mgnienie oka minęło
20 lat funkcjonowania
samorządu zawodowego
pielęgniarek i położnych. To
tak, jak w przypadku naszych
dzieci, które nie wiadomo
kiedy dorastają i stają się
samodzielne. A wszystko
wydaje się takie,
jakby zdarzyło się wczoraj.

6

Czy warto uczestniczyć w kursach?

W listopadzie 2010 roku
Okręgowa Izba Pielęgniarek
i Położnych w Łodzi
zorganizowała pierwszy kurs
doksztalający w ramach
Programu Operacyjnego Kapitał
Ludzki współfinansowanego ze
środków Europejskiego Funduszu
Społecznego. Tematem szkolenia
jest „Postępowanie w stanach
zagrożenia życia”.

8

Po(godna) starość

Dom pomocy
społecznej to soczewka
skupiająca problemy
starości. Tu w całej ostrości
widać, jak miesza się
starość, bezradność,
samotność, opuszczenie.

12

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

- 2 Słowo Przewodniczącej
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
- 3 Serwis informacyjny
- 5 Konferencje, szkolenia
- Sprawozdania
- 6 Obchody XX-lecia samorządu
- 7 „Stany zagrożenia życia w chorobach wewnętrznych”
- 8 Czy warto uczestniczyć w kursach?
- 12 Po(godna) starość. A któż to będzie czytał?
- 15 Nietrzymanie moczu u kobiet – wyzwanie dla położnych (cz. 2)
- 17 Podziękowania
- 18 Skóra noworodka niedojrzałego – jej funkcje i trudności w pielęgnacji (cz. 1)
- 20 Bez świadomości nie ma ostrożności. Ekspozycja zawodowa pielęgniarek i położnych na czynniki biologiczne.
- 24 Rola pielęgniarek pracujących na oddziałach psychiatrii
- Kącik emerytek
- 26 Piękna nasza Polska
- 27 Kącik biblioteczny
- 28 Z żałobnej karty

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 ma-
teriałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamó-
wionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.

ISSN: 1640 - 7679

Skład: OIPIP – Agnieszka Wypych

Nakład: 3700 egzemplarzy

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

SŁOWO PRZEWODNICZĄCEJ OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ŁODZI

„Zima jak troska, długo trwa,
a lato jak szczęście, mija chwilą”



Szanowni Państwo,
Drogie Koleżanki i Drodzy Koledzy

Czerwiec to miesiąc, który kojarzy się z latem, słońcem, wodą, wypoczynkiem, urlopami... Po pracowitym półroczu, wszyscy z niecierpliwością czekamy choć na chwilę wytchnienia. A przecież cały czas trwają wybory delegatów w poszczególnych regionach. Pomału bowiem zbliża się koniec V kadencji ORPiP w Łodzi. Potrzeba mądrych, odpowiedzialnych ludzi, którzy dalej rozsądnie i spokojnie pokierują środowiskiem pielęgniarek i położnych.

Czy zdecydowaliście już Państwo na kogo oddacie swój głos? A może sami pragniecie uczynić coś, co może poprawić sytuację socjalno-ekonomiczną w naszym środowisku? Czekamy na ludzi prężnych, pełnych inicjatywy, którzy pragną dokonać czegoś dla innych, dla środowiska – nie dla uznania czy pieniędzy. Zadania jakie stoją przed nimi nie będą ani proste ani łatwe, ale efekty zawsze dadzą pełną satysfakcję.

Może warto spróbować podjąć samemu działania, aby nasza codzienność była bardziej nowoczesna a wiedza bardziej praktyczna. Nie bójmy się jako zwykli ludzie budować nowy, lepszy świat. Nie liczymy na tych co tylko głośno mówią – oni bowiem częściej powodują rozpad i chaos. Bądźmy więc mądrzy w swoich decyzjach i dokonujmy dobrych wyborów.

Życząc Państwu udanych letnich chwil, niezapomnianych urlopowych wrażeń, cudownie spędzonego czasu w gronie najbliższych, zachęcam do refleksji, przemyśleń i czynnego wypoczynku. Do zobaczenia i usłyszenia po wakacjach.

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

Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje

ORPiP w dniu 12 kwietnia 2011 r.

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 6 pielęgniarkom i 1 położnej.
- Wymieniono prawo wykonywania zawodu 4 pielęgniarkom i 2 położnym.
- Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek 11 pielęgniarek.
- Skreślono z rejestru pielęgniarek 3 pielęgniarki.
- Wdano duplikat prawa wykonywania zawodu 1 pielęgniarcie.
- Podjęto 2 uchwały dotyczące rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek
- Podjęto 4 decyzje dotyczące skrócenia przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż pięć lat.
- Przyznano jedna zapomogę bezzwrotną w wysokości 5000 zł.
- Podjęto cztery uchwały dotyczących wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych:
 - Agencja Usług Oświatowych „Omnibus” – szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie Pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki,
 - G.B. MANAGEMENT – szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie Pielęgniarstwa ratunkowego.
- Podjęto uchwałę w sprawie dodatkowych edycji kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w zakresie Wykonywania i interpretacji zapisu EKG oraz Resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
- Podjęto uchwałę w sprawie planu kontroli organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych zarejestrowanych w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.
- Podjęto 2 uchwały w sprawie powołania komisji lekarskiej celem wydania orzeczenia w przedmiocie oceny niezdolności do wykonywania zawodu pielęgniarki.
- Podjęto uchwałę w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z powodu stanu zdrowia.

- Przyjęto sprawozdanie Marii Kowalskiej – Koordynatora Projektu „Postępowanie w stanach zagrożenia życia” z realizacji projektu.

- Podjęto dwie uchwały dotyczące funkcjonowania Policealnej Szkoły Opiekunów Medycznych przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

- Podjęto uchwały w sprawie zatwierdzenia kadry dydaktycznej oraz komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej kursów prowadzonych przez OIPiP w Łodzi.

- Przyznano dofinansowania w:

- kursach kwalifikacyjnych: 10 członkom samorządu,
- kursach specjalistycznych: 2 członkom samorządu,
- kursach dokształcających: 2 członkom samorządu,
- konferencjach, zjazdach: 6 osobom.

1 osobie przyznano nagrodę finansową w wysokości 1500 zł po ukończeniu studiów magisterskich na wydziale pielęgniarstwa/położnictwa z oceną bardzo dobry w dyplomie.

1 osobie odmówiono dofinansowania udziału w kursie – wniosek złożony po terminie.

- Podjęto decyzję o dofinansowaniu i objęciu patronatem honorowym konferencji z okazji Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego organizowanej przez Komisję Pielęgniarek Psychiatrycznych.

- Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi do udziału w komisjach egzaminacyjnych.

Prezydium ORPiP w dniu 27 kwietnia 2011 r.

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 1 pielęgniarcie.

- Wymieniono prawo wykonywania zawodu 1 pielęgniarcie i 1 położnej.

- Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek 2 pielęgniarki.

- Skreślono z rejestru pielęgniarek 2 pielęgniarki.

- Podjęto 20 uchwał dotyczących rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.

- Przyznano 12 zapomóg bezzwrotnych. Jednej osobie odmówiono przyznania zapomogi z powodu braku nagłego zdarzenia losowego.

- Podjęto uchwałę w sprawie powołania składu osobowego komisji egzaminacyjnej szkoleń specjalizacyjnych organizowanych i finansowanych z budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

- Podjęto uchwałę w sprawie prenumeraty kwartalnika „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”

- Przyznano dofinansowania w:

- kursach kwalifikacyjnych: 23 członkom samorządu,
- kursach specjalistycznych: 4 członkom samorządu,
- kursach dokształcających: 1 osobie,
- konferencjach, zjazdach: 4 osobom,

- Odmówiono przyznania dofinansowania 5 osobom z powodów regulaminowych – wnioski złożone po terminie, brak potwierdzenia okresu dwóch lat regularnie opłacanej składki członkowskiej na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, otrzymane dofinansowanie w 2011 r.

- 1 osobie przyznano nagrodę finansową w wysokości 1500 zł po ukończeniu studiów magisterskich na wydziale pielęgniarstwa/położnictwa z oceną bardzo dobry w dyplom.

- Przyznano nagrodę finansową z racji uzyskania tytułu doktora nauk medycznych w dziedzinie medycyna specjalność ortopedia.

- Przyznano honoraria za artykuły opublikowane w Biuletynie 3/2011 – 2 autorom.

- Na wniosek Dyrektora Policealnej Szkoły Opiekunów Medycznych podjęto uchwałę w sprawie zmiany wykładowcy.

- Wytypowano przedstawiciela Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi do udziału w komisjach konkursowych na stanowisko ordynatora.

- Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi do udziału w komisjach egzaminacyjnych. ■

oprac. mgr Anna Manes – sekretarz ORPiP

centrum edukacji
Erudio

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

ZAREZERWUJ SOBIE MIEJSCE PRZEZ TELEFON
42 630 95 59
42 630 73 00
LUB PRZEZ INTERNET
www.erudio.com.pl

ZAPRASZAMY NA KURSY

KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH
Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne • Pielęgniarstwo operacyjne

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

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH
EKG • Resuscytacja krążeniowo – oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych • Leczenie ran • Komunikacja interpersonalna w pielęgniarstwie

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

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK
Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania spirometrycznego • Psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin • Wykonywanie i ocena testów skórnych • Profilaktyka chorób piersi

DOKSZTAŁCAJĄCE DLA PIELEŃNIAREK, POŁOŻNYCH I PRACOWNIKÓW BRANŻY MEDYCZNEJ
Trening komunikacji z pacjentem

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

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

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

www.erudio.com.pl

PŁATNOŚĆ ROZKŁADAMY NA DOGODNE, MIESIĘCZNE RATY





Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
oraz Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki
zapraszają na konferencję szkoleniową

Opieka nad kobietą w wieku menopauzalnym – problem medyczny i społeczny

Zaproszenie skierowane jest do położnych, pielęgniarek, zainteresowanych lekarzy rodzinnych i lekarzy ginekologów. Patronat honorowy nad konferencją objęła Wojewoda Łódzki – Jolanta Chełmińska. Konferencja odbędzie się w dniu 7 października 2011 roku o godzinie 9.00 w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki. Bliższe informacje dostępne są na stronie internetowej OIPiP w Łodzi (www.oipp.lodz.pl) w dziale komunikaty.



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
zaprasza na konferencję

Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej a bezpieczeństwo i zagrożenie na stanowisku pracy

Konferencja odbędzie się w dniu 23 września 2011 w godz. 9.00 – 16.00 roku w Hotelu Borowiecki w Łodzi. Zgłoszenia na drukach opracowanych przez OIPiP w Łodzi (dostępne na stronie www.oipp.lodz.pl/komunikaty) należy przesać do 15 września 2011 roku na adres Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych (ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź). Liczba miejsc ograniczona, decyduje kolejność zgłoszeń.

Obchody XX-lecia samorządu

Jak mgnienie oka minęło 20 lat funkcjonowania samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. To tak, jak w przypadku naszych dzieci, które nie wiadomo kiedy dorastają i stają się samodzielne. A wszystko wydaje się takie, jakby zdarzyło się wczoraj.

W naszych wspomnieniach, tych, którzy uczestniczyli w narodzinach samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, jego początki są tak wyraziste, że trudno uwierzyć w upływ dwudziestu lat. W związku z tą znaczącą rocznicą 15 kwietnia br. odbyły się w Łodzi uroczystości jubileuszowe. To był wyjątkowy dzień.

Obchody rocznicowe zainaugurowano w szczególnie podniosłej atmosferze w kościele p.w. Zesłania Ducha Świętego w Łodzi.

Podczas mszy świętej miało miejsce poświęcenie sztandaru Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. Sztandar ten towarzyszył nam potem przez cały dzień nadając uroczystości szczególnie podniosłego charakteru. Ksiądz Biskup Ireneusz Pękalski dokonujący poświęcenia sztandaru, w homilii głoszonej podczas mszy świętej, podkreślał wagę zawodów pielęgniarki i położnej i apelował, aby nie zapominać, jak ważna jest choćby „kropelka miłości” dodana do każdej czynności wykonywanej przy chorym człowieku.

Następnym etapem jubileuszowych obchodów były uroczystości w Teatrze im. Stefana Jaracza w Łodzi. Widownia wypełniła się po brzegi. Oprócz członków naszego samorządu, wśród zaproszonych gości znaleźli się wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych – Elżbieta Garwacka-Czachor, przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego – Dorota Kilańska, wiceprezydent Miasta Łodzi – Agnieszka Nowak,

poza tym w uroczystości uczestniczyli przedstawiciele Wojewody Łódzkiego, Marszałka Województwa, NFZ, UM, AH-E, innych samorządów zawodowych, dyrektorzy szpitali działających w województwie łódzkim.

Po powitaniu przez Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych – Zofię Komowowską, zaproszeni goście, zabierając głos, nie szczędzili naszemu samorządowi gratulacji z okazji osiągnięć i jubileuszu, życzyli nam powodzenia zarówno w działaniach zawodowych, jak i życiu osobistym. Szczególne emocje, bo oparte na wspomnieniach, towarzyszyły wystąpieniom Krystyny Ejsmont i Anny Tasak, a także odczytaniu przez Zofię Komorowską okolicznościowego listu J. Żurawskiej – przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych I i II kadencji.

Pani Krystyna Ejsmont – poseł sprawozdawca ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, przypomniała nam, jak niełatwy był proces legislacyjny towarzyszący ustawie. Anna Tasak – sekretarz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych I i II kadencji, przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych III i IV kadencji w swoim wystąpieniu odwołała się do początków działalności samorządu, a także zadań jakie były realizowane w tym okresie. Wystąpienia obu Pań przyjęte zostały przez uczestników gorącymi brawami, odzwierciedlającymi naszą wdzięczność za trudną, pełną zaangażowania pracę.

Jubileuszowa uroczystość stała się również najlepszą sposobnością do uhonorowania osób pracujących na rzecz naszego środowiska zawodowego. Przy udziale wiceprezes NRPiP – Elżbiety Garwackiej-Czachor, wręczone zostały wyróżnienia: „Odznaka za Zasługi dla Samorządu Pielęgniarek i Położnych” oraz „Honorowa Odznaka za Zasługi dla Samorządu Pielęgniarek i Położnych” oraz podziękowania za współpracę z samorządem.

Po części oficjalnej miał miejsce spektakl „Poskromienie złończy” wg W. Szekspira, który z kolei, po podniosłej atmosferze części oficjalnej, wprowadził nas w wesołość i przyniósł chwile relaksu.

Uroczystości zakończyły się lunchem z niezbędnym podczas takich uroczystości tortem. Rozmowom i uściskom koleżeńskim nie było końca. Nasze uczucia – osób uczestniczących w obchodach rocznicowych mieszały się ze sobą – od dumy i powagi, wzruszenia, po radość wynikającą zarówno ze świątecznego nastroju, jak i ze spotkania dawno nie widzianych koleżanek.

W tym jubileuszowym roku, który jest również rokiem kolejnych wyborów samorządowych należy sobie wzajemnie życzyć, aby w dalszym ciągu nie zabrakło ludzi oddanych pracy na rzecz środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych.

Fotorelacja z obchodów XX-lecia samorządu pielęgniarek i położnych na III stronie okładki. ■

„Stany zagrożenia życia w chorobach wewnętrznych”

WIESŁAWA JĘDRYCHOWSKA

W dniach 5-6 kwietnia 2011 roku odbyła się IV konferencja naukowo-szkoleniowa pt. „Stany zagrożenia życia w chorobach wewnętrznych” zorganizowana przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego.

Konferencja odbyła się w malowniczo położonym Mazurskim Centrum Konferencyjnym „Zamek Ryn” w Rynie w woj. warmińsko-mazurskim.

W pierwszym dniu I, II i III sesja poświęcone były zagadnieniom związanym z medycyną ratunkową. Zaprezentowano i omówiono systemy ratownictwa lotniczego – z pokazem wyposażenia śmigłowca Eurocopter EC 135 oraz ratownictwa wodnego i motocyklowego. W przedstawionych referatach omówiono współczesne wyzwania dla medycyny ratunkowej, aspekty prawne i psychologiczne pracy lekarza, pielęgniarki ratunkowej i ratownika medycznego.

W drugim dniu w sesjach IV, V i VI prezynterzy przedstawili pracę szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz postępowanie w stanach zagrożenia życia.

Firmy medyczne zaprezentowały zastosowanie nowoczesnych automatycznych urządzeń w resuscytacji krążeniowo-oddechowej, z działaniem których można było się



uczestniczki konferencji

Zagadnieniom ratownictwa lotniczego towarzyszył pokaz wyposażenia śmigłowca Eurocopter EC 135

zapoznać w trakcie warsztatów. Uczestnicy warsztatów mogli także wykonywać ćwiczenia na fantomach, poznać możliwości i zastosowanie nowoczesnych monitorów/defibrylatorów (LIFEPAK 15), systemów wspomaganie resuscytacji (LUCAS) oraz opatrunków nowej generacji.

W ostatnim dniu konferencji w referatach przedstawiono pracę pielęgniarki – jej rolę i zadania w szpitalnym oddziale ratunkowym. Zwrócono uwagę na normy zatrudnienia w SOR, ekspozycję zawodową, organizację pracy, prowadzoną dokumentację medyczną. Konferencja zakończyła się wręczeniem certyfikatów.

Ogromną przyjemnością było uczestnictwo w konferencji nie tylko ze względu na jego bardzo interesujący program, ale także urokliwość odrestaurowanego XIV-wiecznego hotelu – Zamek Ryn, w którym odbywały się zajęcia i zakwaterowanie. ■



Wiesława Jędrzychowska
Przewodnicząca Komisji Kształcenia
i Doskonalenia Zawodowego OIPiP w Łodzi

Czy warto uczestniczyć w kursach?

Wady i zalety uczestnictwa w kursach doszkalających – widziane oczami kadry dydaktycznej

W listopadzie 2010 roku Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zorganizowała pierwszy kurs doszkalający w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Tematem szkolenia jest „Postępowanie w stanach zagrożenia życia”. Projekt zakłada przeprowadzenie 100 edycji kursów doszkalających dla 1600 pielęgniarek i położnych województwa łódzkiego. Szkolenie jest bezpłatne, organizowane w miejscu zatrudnienia uczestnika kursu. Od połowy listopada do pierwszych dni marca odbyło się już kilkadziesiąt (ponad trzydzieści edycji) kursów. Uczestniczki zajęć, które miałam przyjemność prowadzić, jednogłośnie twierdziły, iż ogromną zaletą jest fakt odbywania się ich w miejscu pracy. Koleżanki twierdziły, że bliskość miejsca szkolenia od miejsca zamieszkania ma dla wielu ogromne znaczenie (szczególnie w przypadkach kursów odbywających się np. w Tomaszowie, Łęczycy, czy Rawie Mazowieckiej – dojazd do Łodzi jest barierą dla wielu koleżanek). W zajęciach zarówno pielęgniarki jak i położne uczestniczyły po jak i przed dyżurem (wg mnie to niestety wada, ponieważ wiele osób nie mających oddelegowania na kurs, uczestniczyło w zajęciach kosztem odpoczynku po ciężkim dyżurze nocnym). Okazuje się jednak, iż nasze środowisko tak



Zajęcia podczas kursu doszkalającego „Postępowanie w stanach zagrożenia życia”

bardzo pragnie doskonalenia zawodowego, że brak oddelegowania jak i zajęcia po dyżurze nie zniechęcają do podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Kolejną zaletą przeprowadzenia kursu w miejscu pracy jest fakt, iż wiele osób chętniej w nim bierze udział, ponieważ zajęcia odbywają się w grupie koleżanek i kolegów z własnego zakładu pracy (niektóre z nas przez wiele ostatnich lat nie było na żadnym szkoleniu, a co za tym idzie boi się kompromitacji ze strony nieznanymi osobami, zaś koleżanki, które się znają stanowią dla siebie zazwyczaj ogromne wsparcie). Według opinii wielu uczestników zbyt mało jest osób, które zostały objęte tymi szkoleniami (w wielu placówkach liczba osób zainteresowanych odbyciem kursu była wie-

lokrotnie większa od możliwości, jakie zakłada Projekt). Ja osobiście jestem pod wrażeniem naszego środowiska zawodowego, które z tak ogromnym zapałem chce się dokształcać. Jako osoba prowadząca wiele kursów wśród różnych grup zawodowych (lekarze, ratownicy medyczni) z zachwytem i podziwem postrzegam grupę pielęgniarek i położnych, ponieważ to te dwie grupy zawodowe są niezwykle zainteresowane tematyką kursu, mając świadomość potrzeby doskonalenia zawodowego. To właśnie pielęgniarki i położne są niezwykle zdyscyplinowane, jeśli chodzi o punktualność, dyspozycyjność i zaangażowanie na kursie. Nie zdarzyło mi się, abym musiała uczestników zajęć zachęcać do ćwiczeń, czy wysłuchania wykładu. W trakcie zajęć koleżanki zadają wiele nurtujących je pytań, proszą niemalże o gotowe przepisy na to, jak pomóc człowiekowi, który zasłabł na ulicy, w przychodni lub jak się zachować podczas resuscytacji w szpitalu.

Środowisko pielęgniarek i położnych jak mało które ma świadomość swoich niedoskonałości w postępowaniu z pacjentem w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Wiele/u z nas jest specjalistami w tym co robimy na co dzień we własnym miejscu pracy, niestety często stajemy przed dylematem co robić, gdy lekarz nam nie wyda polecenia i sami musimy podjąć pierwsze decyzje terapeutyczne w stosunku do pacjenta, którego stan zdrowia nagle się pogarsza. Koleżanki na poszczególnych kursach opowiadały mi, jak niepewność swoich umiejętności często paraliżuje ich początkowe postępowanie. To właśnie pielęgniarki i położne potrafią się przyznać (czego niestety nie mogę powiedzieć o innych grupach zawodów medycznych), że mając w oddziale np. kilka resuscytacji w skali jednego roku, mają techniczny problem np. z założeniem rurki ustno-gardłowej, czy użyciem worka samorozprężalnego. Udało mi się uświadomić, jak właśnie te zabiegi (szczególnie jakość ich wykonania) mogą mieć ogromny

wpływ na przeżycie pacjenta. W trakcie zajęć uczestniczki kursu z wielkim zaangażowaniem ćwiczą udrażnianie dróg oddechowych i wentylację pacjenta (w tym przypadku fantomu). Jako kadra szkoleniowa krok po kroku opowiadamy i pokazujemy na co zwrócić uwagę w trakcie prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej, aby ten zabieg nie był źródłem powikłań jatrogennych.

Dla mnie osobiście prowadzenie tych kursów jest niezwykle bezcenne, ponieważ na początku zajęć wielokrotnie widzę osoby przerażone faktem swoich niedoskonałości zawodowych. W drugim dniu kursu widzę uczestników, którzy nie boją się podejść do fantomu i chętnie ćwiczą, kształtując swoje umiejętności. Na jednym z kursów koleżanki powiedziały mi, iż te zajęcia rodzą odwagę i dają ogromne poczucie własnej wartości. Jako kadra dydaktyczna robimy wszystko, aby pomóc naszemu środowisku w przeciętym poczuciu, że jako pielęgniarki i położne (mam oczywiście na myśli również naszych kolegów) jesteśmy „gorszą” grupą zawodową niż inne medyczne.

Te kursy to nie tylko zajęcia teoretyczne i praktyczne, dla mnie to również coś w rodzaju treningu psychologicznego, czy grupy wsparcia. Wielokrotnie podczas przerw rozmawiamy o swoich bolączkach, wymieniamy doświadczenia, rozwiązujemy problemy. Uważam, że uczestnicząc w tych kursach jako członek kadry dydaktycznej dostąpiłam nieocenionej możliwości poznania wielu koleżanek i ich problemów zyskując nowe doświadczenia i nową wiedzę. Wiele z koleżanek opowiadało mi na jakie problemy napotykają w swojej pracy zawodowej. Na przykład w wielu szpitalach pielęgniarki mówiły mi, że w ich oddziałach nie ma kompletnego worka samorozprężalnego (brak rezerwuaru tlenu, jeden rozmiar maski twarzowej, czy brak drenu do źródła tlenu jest standardem). Opowiadały również, że wg zaleceń pielęgniarek epidemiologicznych worków samoroz-

prężalny jest rozłożony i zapakowany w paper-foleję. Pytały, co mają robić, aby to zmienić (poprawne złożenie worka podczas resuscytacji trwa minimum kilkanaście sekund, a to oznacza opóźnienie wdrożenia wentylacji!). Wielokrotnie wielu uczestników żaliło się, że wracając do swoich oddziałów natrafiają na „mur”, mówiono, że od kadry kierowniczej należałoby zacząć ten cykl szkoleń.

W kilku kursach brały udział koleżanki stanowiące kadry zarządzającą. Osoby te twierdziły, iż ten kurs niewiarygodnie zmienił ich spojrzenie na postępowanie pielęgniarskie w stanach zagrożenia życia. Panie pielęgniarki, położne oddziałowe i przełożone brały udział w dyskusjach na temat, jak polepszyć i usprawnić pracę podległego personelu w sytuacjach zagrożenia życia pacjenta. Wspólnie omawialiśmy, co można zmienić w naszej pracy zawodowej, aby każda z nas bez względu na miejsce pracy i działania mogła przy jak najmniejszej dawce stresu udzielić pomocy człowiekowi w stanie zagrożenia życia.

W trakcie zajęć praktycznych uczestniczki kursu kształtowały swoje umiejętności w sytuacjach symulowanych. Według opinii niemalże wszystkich uczestników ten rodzaj ćwiczeń uczył jak zachować się w konkretnych sytuacjach, na co należy zwrócić szczególną uwagę, aby nie popaść w panikę i zmobilizować się do działania. Na podstawie moich obserwacji oraz tego co wyrażali uczestnicy szkoleń – taka forma podnoszenia kwalifikacji środowiska pielęgniarek i położnych jest doskonałą metodą na doskonalenie zawodowe. Na pytanie skierowane do uczestników kursów: „Czy warto się szkolić?” niemalże jednogłośnie odpowiadano innym pytaniem: „Kiedy będzie kolejny kurs?”. Kończąc krótki „raport” z moich obserwacji w trakcie kilkunastu szkoleń, jakie miałam okazję przeprowadzić – mogę stwierdzić jedno – satysfakcja z pracy, jaką wykonujemy z moimi koleżankami (kadry szkolącą) jest przeogromna i bezcenna. ■



Pediatria Opieka Paliatywna

dr n. med. Łukasz Przysło, piel. dypl. Lidia Zales
NZOZ Gajusz - Hospicjum Domowe dla Dzieci Ziemi Łódzkiej

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia opieka paliatywna i hospicyjna jest wszechstronną, całościową opieką i leczeniem świadczonym chorym na nieuleczalne, postępujące, nie poddające się leczeniu przyczynowemu choroby. Opieka paliatywna obejmuje uśmierzanie bólu, duszności i innych dokuczliwych objawów (leczenie objawowe), łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i zabezpieczanie potrzeb socjalnych. Ważnym elementem działalności jest wspomaganie rodziny chorego zarówno w czasie choroby, jak i po śmierci, w okresie żałoby.

Najczęściej do domowej opieki hospicyjnej kierowane są dzieci z ciężkimi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego (choroby neurodegeneracyjne i neurometaboliczne, ciężkie encefalopatie w stanie stacjonarnym, choroby nerwowo-mięśniowe), chorobami nowotworowymi, letalnymi i nieuleczalnymi zespołami uwarunkowanymi genetycznie, wadami wrodzonymi czy wrodzonymi błędami metabolizmu.

Rola pielęgniarki w opiece paliatywnej nad dzieckiem i jego rodziną jest istotna i złożona. Oprócz zagadnień związanych z pielęgnacją chorego i umiejętnością kontroli objawów, na codzienną pracę pielęgniarki powinny także składać się zdolność do rozpoznania sytuacji rodzin-

nej i osobowości pacjenta. Ważną sferą opieki pielęgniarstwa jest także trudny etap umierania i śmierć pacjenta, w której pielęgniarka bierze czynny udział.

W wielu publikacjach udowodniono, że ostatni okres życia dziecka jest bardzo złożonym procesem wymagającym od zespołu leczącego wielokierunkowego przygotowania. Z umierającym małym pacjentem nierozzerwalnie złączeni są rodzice i rodzeństwo, którzy powinni stanowić równoważny podmiot zainteresowania i troski zespołu hospicjum.

Z powodu incydentalności śmierci dziecka w dzisiejszych czasach, a przede wszystkim z powodu braku odpowiedniej edukacji, studenci, pielęgniarki czy lekarze nie są przygotowani do opieki nad dzieckiem z chorobą nieuleczalną. Umieranie i śmierć pacjenta są najtrudniejszym i najbardziej stresującym przeżyciem dla zespołu leczącego. Nieznajomość objawów końca życia i brak umiejętności w leczeniu objawowym pacjenta umierającego, bariery komunikacyjne w zespole, nieumiejętność komunikacji z pacjentem i jego rodziną potwierdzają bardzo duże zapotrzebowanie na kształcenie w zakresie pediatrii medycyny paliatywnej wśród studentów, pielęgniarek i pediatrów. W polskich podręcznikach pediatrii zalecanych przez autorów programu specjalizacji tematy-

ka medycyny paliatywnej jest nieobecna. Program studiów na uczelniach medycznych również pomija zagadnienia pediatrii medycyny paliatywnej.

Od października 2009 roku Fundacja GAJUSZ prowadząca Hospicjum Domowe dla Dzieci Ziemi Łódzkiej rozpoczęła realizację projektu WIEDZA TO LEPSZE LECZENIE w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (priorytet VIII, działania 8.1.1.). Projekt składa się z cyklu szkoleń i kursów, dzięki stażom w hospicjum umożliwia także praktyczną naukę w dziedzinie pediatrii medycyny paliatywnej. Projekt złożony przez Fundację GAJUSZ wpisuje się w potrzebę kształcenia w tej dziedzinie, dając możliwość podniesienia kwalifikacji zawodowych personelu medycznego w województwie łódzkim, zaangażowanego w opiekę nad dziećmi nieuleczalnie chorymi. Do maja 2011 roku zorganizowano 7 szkoleń, w których wzięło udział 195 pielęgniarek i 51 lekarzy z naszego województwa. W najbliższych miesiącach zaplanowano kolejne szkolenia. Szczegółowe informacje o projekcie dostępne są na stronie www.gajusz.org.pl/wiedzatolepszeleczenie.



PROFI LINE

ZATRUDNIMY
PIEŁĘGNIARKI/PIEŁĘGNIARZY
DO PRACY NA TERENIE
NIEMIEC



- WYNAGRODZENIE DO 1500 €
- BEZPŁATNE ZAKWATEROWANIE
- BEZPŁATNY KURS JĘZYKA
NIEMIECKIEGO

**PIŁSUDSKIEGO 67
90 - 329 ŁÓDŹ
042 256 65 00**

WWW.PROFILINE.ORG.PL

Po(godna) starość

Quis leget haec? A któż to będzie

Inspiracją do napisania niniejszych słów był artykuł mgr Danuty Kozłowskiej „Zasady Falickiego w pielęgniarstwie” zamieszczony w Biuletynie 1/2011 Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

Czytam i myślę sobie, wielki poeta miał rację „ideał sięgnął bruku”. Końcowy fragment tekstu rozłożył mnie na łopatki. Zburzył moje dobre samopoczucie, bo dowiedziałam się, że jestem nieudolna a i do profesjonalizmu mi daleko, bo „nie osiągam dobrych wyników terapii somatycznej, psychicznej i skutecznego pielęgnowania”. A przyczyny nie leżą tylko po mojej stronie, ale o tym za chwilę.

Od kilku miesięcy pracuję w domu pomocy społecznej. Wszyscy moi znajomi z niedowierzaniem przyjęli tę wiadomość. Co ty robisz? To niemożliwe. Jak można po trzydziestu pięciu latach pracy w pediatrii przejść do geriatry?

Jestem jedną z pierwszych absolwentek studiów dziennych Wydziału Pielęgniarstwa AM w Lublinie. Studia podyplomowe ukończyłam w AM w Poznaniu. Przez trzydzieści lat pracy zawodowej pełniłam stanowiska kierownicze w specjalistycznej dziecięcej i młodzieżowej. Byłam współautorką wielu statutów poradni specjalistycznych. I nagle zmiana charakteru pracy, która daje mi dużo satysfakcji zawodowej a jednocześnie pozwala na

nowo spojrzeć na pracę pielęgniarek. To skok z trampoliny w głęboką wodę i w dodatku bez przygotowania. Być może, jak to ładnie ujęła Autorka artykułu, „kierowałam się imperatywem Kanta, czyli poczuciem powinności i obowiązku wobec osób starszych, płynącym z samego siebie, z głębi serca”. Żeby nie było tak filozoficznie, zdecydowała prozaiczność. „Godna emerytura pielęgniarki nie pozwala na pogodne życie, a bliskość pracy i zamieszkania też nie były bez znaczenia.

Dom pomocy społecznej to soczewka skupiająca problemy starości. Tu w całej ostrości widać, jak mieszają się starość, bezradność, samotność, opuszczenie.

Trzecia zasada Falickiego: „Senecta ipsa morbus est” – „starość sama w sobie jest chorobą”. Jeżeli spojrzeć na definicję WHO to starość zaczyna się od 60 roku życia (wg ONZ to granica 65 r.ż.) i dzieli się na:

- starość wczesną: 60 – 74 r.ż.,
- starość późniejszą : 75 – 89 r.ż.,
- okres powyżej 90 r.ż.: długowieczność lub wiek sędziwy.

W DPS-ach przeważają mieszkańcy ze starością późniejszą i wiekiem sędziwym. Starzejemy się indywidualnie. Jest wiele różnych teorii procesu starzenia się. Jedną z nich jest teoria genetyczna tzw. starzenia replikacyjnego, określana jako limit Hayflica. Teoria ta, w dużym skrócie, oznacza,



że każdy z nas ma ograniczoną liczbę podziałów komórek somatycznych, które regulują naszą długość życia. W „moim” DPS-ie mieszkańcy osiągnęli 90 – 103 lata życia. Widać mają duży „limit Hayflica”.

W większości mieszkańcy DPS-ów mają bliskich, znajomych, rodzinę. Ale ich więzi rodzinne mają bardzo różny charakter. Dzieci dorosły, wyjechały do innych miast, za granicę. Seniorzy przekazali swoje mieszkania wnukom oczekując opieki. A z nią

Ć ędzie czytał?

mgr DANUTA GAVRILENKO



bardzo różnie bywa. Znika model rodziny wielopokoleniowej, starzy ludzie czują się niepotrzebni, wyobcowani. Na co dzień odczuwają ageizm. Jest to negatywny stereotyp wobec ludzi starszych wiekiem. Marginalizuje się ich w urzędach, sklepach, bankach.

Ludzie starzy doświadczają klasycznych postaci samotności zarówno fizycznej, psychicznej i moralnej. Do samotności przyłącza się osamotnienie. Choć tak naprawdę to i senior żyjący w rodzinie może być osamotniony. Ludzie starsi wiekiem podejmują, w ramach swoich możliwości, próby rozwiązywania problemów, z którymi przyszło im się zmierzyć. Przybierają postawy, które określa się jako konstruktywne, zależności, obronności, wrogłości. Wybór postawy świadczy o akceptacji lub negacji starości.

Ludzie starzy doświadczają klasycznych postaci samotności zarówno fizycznej, psychicznej i moralnej. Do samotności przyłącza się osamotnienie. Choć tak naprawdę to i senior żyjący w rodzinie może być osamotniony.

To tylko telegraficzny skrót problemów zdrowotnych i psychospołecznych, których doświadczają seniorzy, w tym również mieszkańcy DPS-ów. Z tym konglomeratem spraw borykają się pielęgniarzki, to przekłada się na ich codzienną pracę.

Poprzeczka, jaką się im stawia, jest wysoko zawieszona. Zostaje sama na dyżurze. Ma pod opieką ponad stu mieszkańców, u których wielochorobowość i wielolekowość to norma. Wielochorobowość mieści się we wszystkich specjalnościach: kardiologii, neurologii, psychiatrii, onkologii, chorób metabolicznych. Pielęgniarka ma do swojej dyspozycji: aparat do mierzenia ciśnienia, glukometr, swoją wiedzę i umiejętności. Do tego wielokrotnie musi dołączyć instynkt, refleks i odporność na stres. Aha, jest jeszcze lista z wykazem leków, które może podać bez zlecenia lekarskiego.

Nigdy nie wie, w której chwili wezwana do mieszkańca z zasłabnięciem, będzie musiała się zmierzyć z udarem mózgu, zawałem a może to rozchwiana cukrzyca i stan śpiączkowy wywołany hipo- lub hyperglikemią. Mamy też mieszkańców, którzy cierpią na zaburzenia psychiczne – otępienie, depresja, zaburzenia świadomości i zachowania, w których mieści się pobudzenie, agresja, wędrowanie. Wielu z nich ma padaczkę. Są też mieszkańcy uzależnieni od alkoholu. Są leżący, niesłyszący,

którzy wymagają specjalnej pielęgnacji, karmienia, zmiany pampersów, opatrunków. Ile trzeba wykazać cierpliwości, czasu, by wreszcie je połknął. Do tego pomiary ciśnienia, poziomu cukru, podanie insuliny i wiele innych czynności pielęgnacyjnych.

Koleżanki z oddziałów internistycznych, ale nie tylko, niejednokrotnie mają naszych mieszkańców w swoich oddziałach, więc wiedzą o czym piszę. My mieszkańców-pacjentów mamy do końca ich życia.

Na dyżurach współpracujemy z opiekunami medycznymi, którzy stanowią ważne ogniwo w zespole terapeutyczno-opiekuńczym. To oni stoją na pierwszej linii pomocy i opieki nad mieszkańcami. Troszczą się o zaspakajanie ich podstawowych potrzeb, robią zakupy. Służą pomocą przy wyjazdach na konsultacje lekarskie.

Mimo zaangażowania i troski nie zawsze spotykają się ze zrozumieniem ze strony mieszkańców, którzy bardzo często swoje frustracje, niezadowolenie, nieradzenie sobie ze starością wyładowują na opiekunie. Mieszkańcy nadużywają wezwań alarmowych po to tylko, by np. przestawić zegarek. Ale są też wzruszające momenty. Niejednokrotnie mieszkaniec oczekuje opiekuna, bo stał się on mu bliższy niż wnuczek, rodzina. Został jego przyjacielem.

„Ostatni okres życia można przeżyć szczęśliwie, gdy się ma wokół siebie bliskie osoby, niekoniecznie z własnej rodziny. Można go przeżyć nieszczęśliwie we własnym domu, a szczęśliwie w domu opieki wśród z pozoru obcych ludzi”.

A któż to będzie czytał?

Może nasi decydenci?

Czemu choć raz nie zobaczą w pielęgniarce, opiekunie medycznym fachowych pracowników, od których zależy spokój, poczucie bezpieczeństwa w starości i chorobie mieszkańców DPS-ów. Pielęgniarka nic nie robi, tylko biega z aparatem do mierzenia ciśnienia. Wydaje się, że tak i tylko tak jesteśmy postrzegane przez dyrekcję, pracowników administracyjno-gospodarczych. A że tak jest, utwierdzają nas pobory, jakie otrzymujemy.

Przesadziłam! Jesteśmy dostrzegane. Pielęgniarka to „uniwersalny zawód”. Jeżeli będzie brakowało personelu, to zawsze tam można ustawić pielęgniarkę.

Może Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych?

Mamy dyplomy, licencjaty, studia magisterskie, staż w zawodzie 25, 30-letni, duże doświadczenie zawodowe. Opłacamy składki. To czemu o trudnej pracy pielęgniarek i opiekunów medycznych w DPS-ach tak mało się mówi i pisze?

Nie jesteśmy elitą w zawodzie pielęgniarek, ale też nie chcemy być ubogą krewną, bo finansowaną przez pomoc społeczną. Nic dziwnego, że nasze pobory bardziej przypominają zapomogę niż wynagrodzenie za pracę. Czy tak powinno być? Dlaczego nie mamy żadnego wsparcia? W raportach pokontrolnych NIK wskazywała zmianę płatnika naszych poborów. I nic w tym temacie się nie dzieje. Nawet renty i emerytury są waloryzowane, ale to nie dotyczy naszych „zapomóg”.

A może koleżanki, które poszukują pracy?

Niewielkie emerytury zmuszają pielęgniarki do podejmowania dodatkowej pracy. I wiele z nas zaczyna pracę w DPS-ach. Warto spróbować! Można tu wykorzystać swoją wiedzę, umiejętności i mieć satysfakcję zawodową, odczuć, że jest się naszym seniorom potrzebnym. Choć w wielu przypadkach okazuje się, że starość wcale nie jest godna ani pogodna.

Na wszystkie argumenty wyłuszczone wcześniej, każdy może mieć swój pogląd. Zgodzić się lub nie. Można odwołać się do definicji prawdy, którą utworzył ks. Tischner: „prawdy są trzy...”

Czytelnik wybierze swoją, jego zdaniem właściwą prawdę, i tom może być wstępem do dyskusji o blaskach i cieniach pracy pielęgniarek w innych działach medycyny. ■

Nietrzymanie moczu u kobiet

wyzwania dla położnych (2)

Nietrzymanie moczu utrudnia lub uniemożliwia korzystanie z pełni życia w komforcie i zadowoleniu. A nieleczone – odsuwa kobiety od aktywności społecznej, pełnienia ról zawodowych, kontaktów towarzyskich i rodzinnych, aż w końcu zamyka je w domu.

Według WHO: *Zdrowie to nie tylko brak choroby, to pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny.* W ostatnich latach rozszerzono pojęcie zdrowia o sprawność do prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego. Nietrzymanie moczu utrudnia lub uniemożliwia korzystanie z pełni życia w komforcie i zadowoleniu. A nieleczone – odsuwa kobiety od aktywności społecznej, pełnienia ról zawodowych, kontaktów towarzyskich i rodzinnych, aż w końcu zamyka je w domu.

A przecież nietrzymanie moczu można skutecznie leczyć.

Słowa te należałoby powtarzać jak mantrę każdej kobiecie od momentu pierwszego porodu, bo już na tym etapie zaczynają się pierwsze problemy z pęcherzem moczowym. Początkowo są one bagatelizowane, później jest trochę lepiej – to zapominamy o nich, ale czas biegnie, życie przynosi różne sytuacje, zawsze brak czasu na zadbanie o zdrowie, na działania profilaktyczne, w końcu okazuje się, że mamy duży problem. Ale powstrzymuje nas wstyd przed przyznaniem się, że ten problem też nas dotyka. Zwykle taki jest me-

chanizm rozwoju dużego wstydliviego problemu z pęcherzem.

Na szczęście w ostatnich latach znacznie wzrosła świadomość społeczeństwa w zakresie zdrowia, działań prozdrowotnych, a w konsekwencji – dbałość o zdrowie. Coraz otwarciej mówi się o nietrzymaniu moczu. W wielu publikacjach różnych czasopism medycznych znaleźć można wypowiedzi, iż duży nacisk kładzie się dzisiaj na nieoperacyjne metody leczenia nietrzymania moczu. Szczególnie na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, we wczesnym okresie powstawania choroby. A są dostępne różne możliwości w tym zakresie: wykorzystanie fizjoterapii i fizykoterapii w celu wzmocnienia mięśni dna miednicy, stosowanie różnych pessariów, farmakoterapia. I jeśli pacjentka zgłosi się do lekarza odpowiednio wcześniej, w początkowym okresie choroby, to są bardzo duże szanse na ustąpienie czy znaczne zmniejszenie gubienia moczu. Decyzja o zabiegu operacyjnym powinna być podejmowana jako ostatnia możliwość, po wyczerpaniu dostępnych metod nieoperacyjnego postępowania terapeutycznego.

Ale oprócz możliwości, jakich dostarcza technologia i wiedza medyczna, potrzebny jest jeszcze dobrze wykwalifikowany personel – również pielęgniarski, posiadający aktualną wiedzę z zakresu dolegliwości uroinekologicznych, przyczyn ich powstawania, sposobów zapobiegania, metod leczenia zachowawczego, fizjoterapii profilaktycznej i po operacjach ginekologicznych. Ale tutaj pojawia się problem – nie ma w naszym środowisku zawodowym możliwości zdobycia odpowiednich, specjalistycznych kwalifikacji do opieki nad pacjentką z problemami uroinekologicznymi. Opieki, która byłaby w pełni adekwatna do potrzeb pacjentek i pozwalała efektywnie wykorzystywać instrumenty terapeutyczne, jakimi dysponuje współczesna medycyna.

Tematyką nietrzymania moczu bliżej zainteresowałam się przypadkiem i dość późno. Wiedziałam, że medycyna zna taki problem zdrowotny. Pierwsza informacja o nietrzymaniu moczu u kobiet pojawiła się w studium medycznym, następnie w pracy „obiło się o uszy” – bo pracowałam przeważnie z kobietami

w ciąży i położnicami – następnie niewielka wzmianka na wykładach z ginekologii podczas studiów, i tyle. Zakres przekazanej wiedzy na ten temat był niewystarczający, niepełny i bardzo ogólnie przedstawiony. Należało doczytać, nauczyć się, doinformować. Problem jednak w tym, iż w podręcznikach przeznaczonych dla pielęgniarek i położnych nie można znaleźć zbyt wielu informacji na ten temat. Powiem nawet inaczej: w ogóle nie ma przystępnych, przedstawionych szeroko i w sposób dostosowany do potrzeb personelu pielęgniarskiego, informacji związanych z nietrzymaniem moczu. Na przykład, drugie uaktualnione wydanie podręcznika dla studiów medycznych „Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii” (red. naukowa dr hab. n. med. Celina Łepecka-Klusek) poświęca zaledwie jedną na czterysta dziesięć stron na informacje o nietrzymaniu moczu. A zaznaczyć należy, że publikacja znajduje się w wykazie obowiązkowej literatury specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, jak również w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i pielęgniarstwa położniczego. Pozostaje żmudne przedzieranie się przez liczne publikacje oraz czasopisma medyczne pisane przez lekarzy i kierowane głównie do lekarzy. Jest to jednak droga dla wytrwałych i zapaleńców, którzy podejmują ją w celu zdobycia lub poszerzenia wiedzy na temat wszystkiego co wiąże się z uroginekologią.

Jednak ta droga, dając wiedzę, nie daje potrzebnych kwalifikacji i uprawnień. A właśnie kwalifikacje i uprawnienia są niezbędne, by móc objąć opieką pielęgniarską w szerokim zakresie pacjentki z nietrzymaniem moczu, zarówno w środowisku jak i placówkach podstawowej opieki zdrowotnej. Już w latach 60. w państwach zachodnich zauważono, że zachowawcze działania terapeutyczne przy nietrzymaniu moczu to zadanie

Problem nietrzymania moczu przestał być tematem tabu we współczesnym świecie. W 2002 roku powstał Program Prospołeczny „NTM – Normalnie Życ” będący pierwszą polską, społeczną kampanią informacyjno-edukacyjną, poświęconą obszernie i profesjonalnie problemowi nietrzymania moczu.

dla położnych i pielęgniarek. W roku 1968 w USA został sformułowany pierwszy model opieki pielęgniarskiej w zakresie nietrzymania moczu. Tam opieka pielęgniarska jest podzielona na kilka poziomów w zależności od kwalifikacji personelu. Obejmuje ona zadania od najprostszych, pomocniczych czynności przy pacjentce poprzez dokonanie oceny wypadania narządów rodnych i podjęcia odpowiednich działań – ze skierowaniem pacjentki na specjalistyczne leczenie do ginekologa, urologa bądź uroginekologa włącznie, aż do wykonania badania urodynamicznego. Nie ma powodu, dla którego polskie położne nie mogłyby posiadać podobnych możliwości objęcia pacjentki uroginekologicznej kompleksową opieką.

Należy jednak zadać sobie tutaj pytanie, czy istnieje w polskim systemie opieki medycznej zapotrzebowanie na pełną i efektywną specjalistyczną opiekę nad pacjentkami z nietrzymaniem moczu sprawowaną przez położne? A jeśli tak, to jak to się ma do realnych możliwości jej dostarczenia?

Akty prawne określające m.in. uprawnienia i kompetencje położnych takie jak ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 roku, jak też Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę i położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, przygotowują ramy do wykonywania pakietu świadczeń związanych

z ochroną zdrowia, wskazują na możliwości podejmowania różnych, określonych działań, ale podają jednocześnie wymóg potwierdzenia kwalifikacji odpowiednimi dokumentami.

Nasz system kształcenia i dokształcenia kadry pielęgniarskiej zupełnie nie nadąża za potrzebami współczesnych wyzwań medycyny i nie zapewnia położnym zdobycia, potwierdzonych odpowiednimi dokumentami, kwalifikacji do pracy z pacjentkami cierpiącymi na schorzenia uroginekologiczne. Nie prowadzi się żadnych kursów, szkoleń, nie umożliwia się zdobycia specjalizacji uroginekologicznej dla położnych, pomimo wzrastającego zainteresowania położnych opieką nad kobietami z problemem nietrzymania moczu. Wprawdzie konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego, wychodząc naprzeciw tym zainteresowaniom, złożyła w 2010 roku do Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych wniosek o uruchomienie specjalistycznego kursu dla położnych w zakresie treningu pęcherza moczowego, ale jest to kropla w morzu potrzebnych działań, aby położne mogły w pełnym zakresie objąć opieką pacjentki uroginekologiczne. Bo do chwili obecnej, zakres działań położnej skupia się głównie wokół kobiety ciężarnej, rodzącej, położnicy i noworodka. A nie powinno tak być. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 roku w art. 5. ust. 1. wskazuje, że położna zajmuje się „kobietą” czyli osobą płci żeńskiej w całym okresie jej

życia i wszystkich jej dolegliwościach, a nie tylko – wycinkowo – kobietą ciężarną, rodzącą i położnicą oraz noworodkiem.

Problem nietrzymania moczu przesłał być tematem tabu we współczesnym świecie. W 2002 roku powstał Program Prospołeczny „NTM – Normalnie Życ” będący pierwszą polską, społeczną kampanią informacyjno-edukacyjną, poświęconą obszernie i profesjonalnie problemowi nietrzymania moczu. Program ten powstał w celu podniesienia świadomości istnienia problemu nietrzymania moczu oraz możliwości jego leczenia, a także przełamania bariery wstydu, jaka istnieje wokół tego tematu. Pacjentki mają większe możliwości dostępu do informacji, pomocy. Zauważa się wyraźny wzrost zainteresowania problematyką nietrzymania moczu w mediach, wiele jest na ten temat w Internecie, powstały liczne portale omawiające ten przykry problem i jego wpływ na jakość życia kobiet. Kobiety dzielą się swoimi doświadczeniami i uwagami, wymieniają informacje między sobą.

I jest to optymistyczny kierunek zmian. Tylko szkoda, że w zmianach tych nie uczestniczą aktywnie wszystkie grupy zawodowe pracowników ochrony zdrowia. Bo w pierwszym rzędzie to wykwalifikowani pracownicy opieki zdrowotnej powinni zapewniać wszelkie świadczenia w celu ochrony zdrowia pacjentów.

Lekarze ginekolodzy dostrzegli problem, i chcąc nadążać za trendami światowymi w medycynie, prowadzą szkolenia i zmagają się w kierunku specjalizacji uroginekologicznej, położne natomiast pozostają daleko w tyle, nie mając możliwości stać się partnerami w interdyscyplinarnych zespołach terapeutycznych. A z pewnością byłoby duże zainteresowanie różnymi formami podnoszenia kwalifikacji w tym zakresie i tematyce.

I na pewno skorzystałyby na tym, przede wszystkim, pacjentki. (cdn) ■

PODZIĘKOWANIA

Pani **Halinie Łuczak-Skowrońskiej** – Kierownikowi Zespołu Pielęgniarskiego Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej III Szpitala Miejskiego im. K. Jonschera w Łodzi – z okazji przejścia na emeryturę, serdeczne podziękowania za długoletnią pełną zaangażowaną pracę zawodową wraz z życzeniami zdrowia, szczęścia, powodzenia w życiu osobistym oraz wszelkiej pomyślności na kolejne lata życia składają

Specjalista ds. Pielęgnacyjno-Opiekuńczych
Kierownicy Zespołów Pielęgniarskich wraz z Zespołami Pielęgniarek
Specjalista ds. epidemiologii
Pielęgniarka społeczna



Serdeczne podziękowania od pacjentki dla **całego personelu ZOZ MSWiA w Łodzi – Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej** – za ich fachowość, profesjonalizm, życzliwość i zaangażowanie, które na zawsze pozostanie w mojej pamięci. Jestem pełna podziwu dla pracy pielęgniarek, które po bardzo długim moim pobycie, stały się dla mnie jak bliska rodzina. Jeszcze raz dziękuję i życzę każdej pracującej na tym oddziale osobie satysfakcji i radości z wykonywanej pracy.

wdzięczna pacjentka Anna Żerek



Panu dr. **Włodzimierzowi Koptasowi oraz całemu personelowi bloku operacyjnego i oddziału chirurgicznego Szpitala w Głownie**, składam serdeczne podziękowania za profesjonalną i troskliwą opiekę po operacji

wdzięczna pacjentka
Iwona Zielińska



Najserdeczniejsze podziękowania dla **personelu pielęgniarskiego Oddziału Klinicznego Neurologicznego z Pododdziałem Chorób Układu Pozapiramidowego i Oddziału Udarowego III Szpitala Miejskiego im. K. Jonschera w Łodzi**, którego to wielkie zaangażowanie i oddanie w sposób niepojęty i sobie tylko znany, jest w stanie złagodzić ból i cierpienie pacjentów, którzy mając możliwość przebywania w tak doskonałym gronie, czują się lepiej nie tyle co fizycznie jak również psychicznie.

z wyrazami wszelkiego szacunku i podziękowania pacjent przebywający w tutejszym oddziale – Tomasz Łazarek

Skóra noworodka niedojrzałego

– jej funkcje i trudności w pielęgnacji cz. 1

U noworodka niedojrzałego skóra może stanowić do 13 proc. masy ciała toteż proces naprawczy uszkodzeń wymaga proporcjonalnie znacznie większej ilości energii.

Skóra noworodka przedwcześnie urodzonego jest niedojrzała, charakteryzuje się zarówno odmienną budową anatomiczną jak i czynnościową i nie zapewnia wcześniakowi prawidłowej homeostazy. Dlatego pielęgnacja i terapia tych dzieci, charakteryzujących się skórą niezwykle delikatną i wrażliwą na powstawanie uszkodzeń, urazów oraz działanie niekorzystnych czynników zewnętrznych powinna być ograniczona do niezbędnego minimum.

Szczególna rola skóry uwidacznia się w okresie adaptacji noworodka do środowiska pozamacicznego, kiedy zaczyna ona pełnić istotne życiowe funkcje w zakresie: ochrony mechanicznej, chemicznej, przeciwbakteryjnej, termoregulacji, odporności, bariery chroniącej przed niewidzialną utratą wody oraz odbierania i różnicowania bodźców czuciowych.

Podstawowe elementy skóry rozwijają się w ciągu pierwszych 60 dni życia płodowego, a ich struktura w większości zostaje ukształtowana do 24 tygodnia ciąży. Dopiero pod koniec ciąży w skórze płodu zachodzą liczne zmiany morfologiczne i czynnościowe, które prowadzą do wytworzenia się warstwy rogowej i innych elementów podobnych do tych które

występują w skórze człowieka dorosłego, jednak jej sprawność funkcjonalna nadal nie jest zupełnie wykształcona, szczególnie u wcześniaków.

W pierwszych 2 tygodniach życia pozałożonego skóra noworodka urodzonego poniżej 34 tygodnia ciąży jest łatwo przenikalna dla wody, gazów i substancji chemicznych. Jej dojrzewanie nabiera tempa po porodzie i niezależnie od wieku płodowego noworodka, po upływie około 2-3 tygodni życia pozałożonego jego naskórek przypomina naskórek dziecka urodzonego o czasie (bodźcem przyspieszającym dojrzewanie skóry wcześniaka jest prawdopodobnie powietrze).

Cechami charakteryzującymi skórę wcześniaka są:

- mierna spójność między skórą właściwą a naskórkiem spowodowana mniejszą ilością włókien kolagenu i elastyny;
- większe zatrzymywanie wody oraz skłonność do obrzęków;
- zwiększona utrata ciepła i wody przez skórę;
- mała wydolność pocenia się jako procesu termoregulacyjnego;
- znacząca (5-6-krotnie większa) wymiana gazowa (O₂, CO₂) zachodząca przez skórę i dotycząca wcześniaków poniżej 1500 g;

– zwiększone pH skóry (do 6,3) tuż po porodzie, które utrzymuje się przez dalsze 4-5 dni, a następnie ulega stopniowemu obniżeniu;

– niedobory w zapasach substancji odżywczych to jest cynku (samoistne, rozległe pęknięcia powłok skóry) oraz wolnych kwasów tłuszczowych (zapalenia skóry);

– większa łamliwość i mniejsza odporność zrogowaciałego naskórka.

U noworodka niedojrzałego skóra może stanowić do 13 proc. masy ciała w porównaniu do 3 proc. u osoby dorosłej, toteż proces naprawczy uszkodzeń wymaga proporcjonalnie znacznie większej ilości energii. Każde przerwanie ciągłości skóry wiąże się ze znacznym wzrostem utraty wody i ułatwioną penetracją drobnoustrojów (najczęściej gronkowców i grzybów z rodzaju *Candida*) oraz substancji toksycznych. Zasiadlenie skóry bakteriami przyczynia się z kolei do przesunięcia odczynu skóry z kwasowego w kierunku obojętnego. Na uszkodzenie skóry wcześniaka wpływają następujące negatywne czynniki:

1. Mechaniczne i fizyczne:

- zmiany w postaci martwicy skóry i śluzówek jako efekt uboczny intubacji nosowo-tchawiczej i stosowania kaniuli nCPAP;

- czynności związane z kaniulacją naczyń, pobieraniem badań, iniekcjami podskórnymi i domięśniowymi oraz wyznaczeniu krwi i leków;

- śródkankowe podawanie składników żywienia pozajelitowego, mogące wywoływać

- zmiany martwicze skóry oraz uszkodzenie mięśni i nerwów leżących głębiej;

- uszkodzenia powodowane stosowaniem materiałów opatrunkowych i ich usuwanie (zerwanie naskórka podczas zdejmowania przylepców i plastrów), urazowa pielęgnacja (długie paznokcie personelu i nieprawidłowa fizykoterapia), otarcia wywołane przez szorstką bieliznę szpitalną, otarcia naskórka w wyniku golenia skóry owłosionej jak również zmiany miejscowe po stosowaniu sond i worków na mocz.

2. Kolonizacja uszkodzonej skóry, która często jest wynikiem nieuzasadnionego i nadmiernego kontaktu personelu z noworodkiem a także:

- agresywnej terapii i techniki monitorowania;

- niedostatecznego przestrzegania reżimu sanitarnego i zasad higieny mycia rąk;

- obecności patogenicznej flory odziałowej;

- konieczności prowadzenia leczenia noworodka poza macierzystym ośrodkiem (ryzyko nadkażenia na kolejnych etapach opieki).

3. Uszkodzenia hipo- i hipertermiczne:

- środki dezynfekcyjne;

- narażenie na zimne bodźce (ręce personelu, słuchawki lekarskie, kąpiel i środki do pielęgnacji);

- przegrzanie (niewłaściwa temperatura w inkubatorze, promieniowanie, nieprawidłowa temperatura kąpiel, niewłaściwe zastosowanie folii ochronnej).

4. Zwiększona absorpcja (100 – 1000-krotnie wyższa w stosunku do noworodka donoszonego) – mechanizm miejscowy i ogólnoustrojowy. Obejmuje wszystkie substancje stosowane zewnętrznie na skórę:

- środki dezynfekcyjne (alkohol, barwniki);

- środki służące do usuwania plastrów (benzyna);

- środki znieczulające;

- leki w postaci maści i płynów (w tym: antybiotyki, salicylany, sterydy, estrogeny, adrenalina);

- środki higieniczne i kosmetyczne (woda, mydła z wyłączeniem modyfikowanych, oliwki, pudry).

5. Zwiększona utrata wody przez skórę w wyniku obniżonej wilgotności otoczenia, przegrzania, fototerapii, niepokoju, utraty naskórka.

6. Zmieniony potencjał elektryczny skóry (łatwiejsza kolonizacja w miejscu kanału wkłucia) – wprowadzanie metalowych igieł.

7. Niedokrwienie – martwica uciskowa w wyniku niewłaściwie zabezpieczonych czujników do nieinwazyjnego pomiaru saturacji, temperatury, mankietów do pomiaru ciśnienia, kaniul donosowych, rurek intubacyjnych, sond, elektrod do zapisu elektrycznej pracy serca, krwiaki, odleżyny.

Wszystkim wymienionym powyżej czynnikom, oddziałującym negatywnie na skórę małego pacjenta, towarzyszy często także ból i stres związany zarówno ze zmianami na skórze jak i ich leczeniem oraz większe ryzyko infekcji wielonarządowej. Dlatego w pielęgnacji i terapii wcześniaków najbardziej niedojrzałych poniżej 28 tygodnia, należy przyjąć zasadę minimal Hanulin, która polega na minimalnym natężeniu wszelkich działań przy maksymalnej ich skuteczności i wykorzystać ją w kilku ogólnych zasadach postępowania:

Ograniczenie pielęgnacji i kontaktu ze skórą dziecka do niezbędnego minimum, co zredukuje ilość niekorzystnych bodźców docierających do noworodka przedwcześnie urodzonego w środowisku OITN, a to w efekcie przełoży się na:

- zmniejszenie częstości patologicznych reakcji ze strony układu oddechowego i krążenia;

- obniżenie częstości i rozległości wylewów śródczaszkowych;

- opóźnienie i zredukowanie zasiedlenia skóry patogenną florą OITN;

- zmniejszenie ryzyka przeniesienia flory pomiędzy pacjentami;

- wydłużenie okresu nieprzerwanego snu, dzięki czemu wcześniak jest spokojniejszy.

Zachowanie maksymalnej delikatności i ostrożności w pielęgnacji skóry noworodka pod kątem oddziaływania fizycznego, chemicznego i bakteriologicznego.

Unikanie uszkodzania, podrażniania i przerywania powłok skórnych oraz śluzówek poprzez ograniczenie agresywnego działania do minimum, które obejmuje:

- zminimalizowanie monitorowania inwazyjnego na rzecz metod nieinwazyjnych;

- wykorzystywanie usystematyzowanych zasad nakłuwania naczyń i terapii dożylnych;

- oszczędne i planowe pobieranie krwi i innych płynów ustrojowych do badań laboratoryjnych;

- wykonywanie koniecznych czynności leczniczo-pielęgnacyjnych w sposób planowy przez odpowiednio wykwalifikowany i doświadczony personel.

Właściwe odżywianie noworodka niedojrzałego dostarczające podaż pierwiastków śladowych.

Uwzględnienie przyszłego wpływu uszkodzeń skóry wcześniaka na jego pozostałe narządy.

Odwołanie się do odmienności niedojrzałej bariery skórnej w toku tworzenia procedur leczniczo-pielęgnacyjnych.

Reasumując przyjęcie zasady „im mniej tym lepiej” w pielęgnacji skóry noworodka przedwcześnie urodzonego pozwoli na uniknięcie licznych, niekorzystnych, wymienionych powyżej konsekwencji. Zaś pielęgniarki/położne pracujące w OITN z uwagi na większą ilość dyspozycyjnego czasu, będą mogły spokojnie zaplanować wszelkie zadania i czynności związane z opieką nad wcześniakiem, co z pewnością przełoży się na większe zaangażowanie i wyższą jakość pracy. ■

BEZ ŚWIADOMOŚCI NIE MA

ekspozycja zawodowa pielęgniarek i położnych

Pielęgniarki i położne zgodnie z ustawą o zawodzie i z racji wykonywanych obowiązków, ryzyka zawodowego, kontaktu z czynnikami szkodliwymi i niebezpiecznymi związanymi z wykonywaną pracą narażone są na szereg zagrożeń zawodowych. Statystyki podają, że wiele pielęgniarek doznaje urazów i choruje wskutek ekspozycji na czynniki szkodliwe w miejscu pracy i odchodzi z zawodu. Dbanie o bezpieczne środowisko pracy pielęgniarek ma korzystny wpływ na realizację prozdrowotnych programów w miejscu zatrudnienia oraz na cały system opieki zdrowotnej – pacjentów, personel medyczny i pracodawców. Bezpieczeństwo i ochrona zdrowia jest jednym z podstawowych celów polityki socjalnej Unii Europejskiej.

Punktem wyjścia jest definicja zdrowia wg WHO: „Zdrowie jest stanem dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego oraz socjalnego, a nie tylko brakiem choroby”. Realizowanie tego celu jest formułowane w dyrektywie ramowej 89/391/WE w sprawie wprowadzenia środków w celu poprawy bezpieczeństwa i zdrowia pracowników w miejscu pracy. Jak wynika ze sprawozdania Głównego Inspektora Pracy przedstawionego podczas kontroli zakładów opieki zdrowotnej inspektorzy PIP stwierdzali m.in., że w wielu placówkach służby zdrowia nie sporządza się dokumentacji powypadkowej w przy-

padkach takich jak zakłucia igłami lub innymi ostrymi narzędziami, stwarzającymi poważne zagrożenie biologiczne. Na szkodliwe działanie czynników biologicznych w miejscu pracy pielęgniarki narażone są zawsze, gdyż ich celem pracy jest opieka nad pacjentem.

W rozumieniu rozporządzenia za szkodliwe czynniki biologiczne uważa się: drobnoustroje komórkowe, pasożyty wewnętrzne, jednostki bezkomórkowe zdolne do replikacji lub przenoszenia materiału genetycznego które mogą być przyczyną zatrucia lub alergii. Wyróżniamy cztery grupy zagrożenia (ryzyka):

Grupa 1 zagrożenia: Czynniki, przez które wywołanie chorób u ludzi jest mało prawdopodobne.

Grupa 2 zagrożenia: czynniki, które mogą wywoływać choroby u ludzi, mogą być niebezpieczne dla pracowników, ale rozprzestrzenienie ich jest mało prawdopodobne. Zazwyczaj istnieją w stosunku do nich skuteczne metody profilaktyki lub leczenia (zakażenia bakteryjne skóry, dróg oddechowych, jelit, biegunki, zakażenia ran, zakażenia wirusowe, opryszka, półpasiec, grypa, katar, borelioza, świerzb, toksoplazmoza). Wykaz obejmuje 140 gatunków bakterii, 56 gatunków wirusów, 20 gatunków grzybów.

Grupa 3 zagrożenia: czynniki, które mogą wywołać ciężkie choro-

W Polsce, jak wynika z badań przeprowadzonych przez wrocławską Akademię Medyczną, co miesiąc dochodzi do zakłucia 1 na 10 pracowników opieki zdrowotnej.

by u ludzi, są niebezpieczne dla pracowników a ich rozprzestrzenianie jest bardzo prawdopodobne. Zwykle istnieją skuteczne metody profilaktyki i leczenia (wirus zapalenia wątroby HCV, HBV, wirus HIV, gruźlica, wirus kleszczowego zapalenia mózgu, wścieklizna). W wykazie ogółem jest 28 gatunków bakterii, 57 wirusów, 10 gatunków pasożytów i 6 gatunków grzybów.

Grupa 4 zagrożenia: czynniki wywołujące ciężkie choroby, są niebezpieczne dla pracowników, rozprzestrzenianie jest prawdopodobne i może prowadzić do śmierci. Zazwyczaj nie istnieją dla nich skuteczne metody profilaktyki i leczenia. Do grupy 4 zakwalifikowano głównie 12 gatunków

OSTROŻNOŚCI

na czynniki biologiczne



wirusów takich jak wirus powodujący gorączkę krwotoczną – Ebola, wirus ospy prawdziwej, wirus Lassa.

Najczęstszą przyczyną wypadków przy pracy oraz zakażeń pielęgniarek i położnych są przypadki zakłucia, skaleczenia lub zanieczyszczenia skóry i błon śluzowych krwią lub innym materiałem biologicznym pochodzącym od pacjenta. Zakaźnymi płynami są: krew, nasienie i wydzielina z pochwy (odgrywają rolę w transmisji seksualnej HIV), jakakolwiek inna wydzielina, płyn ustrojowy zawierający widoczną krew. Potencjalnie zakaźne płyny ustrojowe to: mózgowo-rdzeniowy, stawowy, opłucnowy, otrzewnowy, osierdziowy, owodniowy. Płyny ustrojowe niezakaźne, chyba że zawierają widoczną domieszkę krwi: kał, mocz, wydzielina z nosa, ślina, płwocina, pot, łzy.

Grupą zawodową, u której notuje się najwięcej zakażeń HBV, HCV o etiologii zawodowej są pielęgniarki, zwłaszcza poniżej 40 roku życia.

Ekspozycja pielęgniarek na czynniki biologiczne, takie jak HIV, WZW typu B i C ma poważne skutki. Grupą zawodową, u której notuje się najwięcej zakażeń HBV, HCV o etiologii zawodowej są pielęgniarki, zwłaszcza poniżej 40 roku życia. Miejsca gdzie najczęściej dochodzi do zakłuc to: sala pacjenta 31-50 proc., izba przyjęć 9,4 proc., oddział intensywnej terapii 4,8 – 7,7 proc., gabinet zabiegowy 4 proc. W Światowym Raportcie Zdrowia 2002 WHO donosi, że ze wszystkich 35 milionów pracowników służby zdrowia 2 miliony rocznie ulega ekspozycji przezskórnej na choroby zakaźne gdzie: 37 proc. (740 000) ulega ekspozycji na wirusa WZW typu B (HBV), 39 proc. (780 000) na wirusa WZW typu C (HCV), a 4,4 proc. (88 000) na wirusa HIV/AIDS.

W Polsce, jak wynika z badań przeprowadzonych przez wrocławską Akademię Medyczną, co miesiąc dochodzi do zakłucia 1 na 10 pracowników opieki zdrowotnej. Szacunki wskazują jednak, że niezgłaszanych nigdzie przypadków jest dużo więcej, nawet o 100 proc. Podaje się, że około 10 proc. personelu medycznego rani się narzędziami pracy, 6 proc. ma kontakt z płynami ustrojowymi chorego poprzez uszkodzą skórę, a 4 proc. poprzez śluzówki. Do zakłucia lub zranienia dochodzi zazwyczaj w czasie: pobierania krwi (około 23 proc.) lub bezpośrednio po podaniu leku igłą

lub poprzez zakładania kaniuli (około 21 proc.), szycia powłok i zakładania szwów, oraz ponownego zakładania osłonek na igły (co nie powinno mieć w ogóle miejsca) te procedury uważa się za procedury wysokiego ryzyka. Ryzyko zakażenia związanego z zakłuciem igłą jest:

- większe, gdy igła do iniekcji ma szerokie światło, zawiera we wnętrzu krew (była używana do iniekcji), na igle widoczna jest krew, a zakłucie jest głębokie,

- mniejsze ryzyko jest jeśli igła nie zawiera światła (igła chirurgiczna), a zranienie jest powierzchowne.

Poza drogą krwiopochodną do zakażeń może dojść także za pośrednictwem zakażonych wydaliny i wydzielin, a także w trakcie zabiegów diagnostycznych i leczniczych. Ryzyko zakażenia po kontakcie materiału zakaźnego z błonami śluzowymi jest większe, gdy objętość materiału zakaźnego jest duża, a czas ekspozycji długi oraz wydzieliny zawierały krew. Do zakażenia wystarczy jednorazowy kontakt z zakażonym pacjentem lub materiałem biologicznym i tak do zakażenia wirusem HBV wystarczy 0,00004 ml krwi, a wirusem HIV 0,1 ml. Największe ryzyko zakażenia wirusem HIV w placówkach ochrony zdrowia jest związane z ekspozycją na krew. Zakażenie wirusem HIV w wyniku wykonywanej pracy należy do rzadkości. Udowodniono, że po

jednorazowej ekspozycji przezskórnej ryzyko zakażenia HIV wynosi około 0,32 proc., HBV – 30 proc. a HCV – 5-15 proc. W Polsce dotychczas nie stwierdzono zakażenia wirusem HIV wśród pracowników służby zdrowia w związku z wykonywaną pracą. Na świecie zawodowemu zakażeniu HIV uległo około 300 osób pracujących w służbie zdrowia, natomiast pozostali HIV-dodatni pracownicy medycy ulegli zakażeniu niezawodowemu.

Ekspozycja zawodowa to narażenie pracownika na kontakt z materiałem biologicznym, potencjalnie zakaźnym w związku z wykonywaniem pracy zawodowej.

Statystyki Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi wskazują, że blisko 55 proc. chorób zawodowych wśród pracowników opieki zdrowotnej to choroby zakaźne i inwazyjne przede wszystkim wirusowe zapalenia wątroby różnego typu i gruźlica.

Zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem oraz dyrektywami Unii Europejskiej, obowiązek profilaktyki chorób zakaźnych i inwazyjnych u pracowników spoczywa na pracodawcy. Odnosi się to szczególnie do pracowników opieki zdrowotnej, którzy są stale narażeni na zakażenie przez przeniesienie czynnika zakaźnego z innego gospodarza, leczonego pacjenta lub ze środowiska. Zgodnie z ustawą o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych Dz.U. nr 234 poz 1570 z 2008 roku art. 41 finansowanie leczenia poekspozycyjnego należy do pracodawcy (zleceńodawcy).

Rodzaje ekspozycji

Ekspozycja nie wymagająca szczególnego postępowania:

- ekspozycja wątpliwa: śródskórne („powierzchnowe”) skaleczenie igłą uznaną za nie skażoną krwią, powierzchowna rana bez widocznego krwawienia wywołana przez narzędzia uznane za nieskażone krwią.

Ekspozycja wymagająca postępowania poekspozycyjnego i obserwacji poekspozycyjnej:

- ekspozycja prawdopodobna: śródskórne skaleczenia igłą skażoną krwią, powierzchowna rana bez widocznego krwawienia, wywołana przez narzędzie skażone krwią, wcześniej nabyte skaleczenie skażone krwią, kontakt służówek lub spojówek z krwią lub innym potencjalnym materiałem zakażenia,
- ekspozycja ewidentna: uszkodzenie przenikające skórę igłą skażoną krwią, wstrzyknięcie krwi, skaleczenie lub podobna rana z następstwem krwawienia, wywołane przez narzędzie w sposób widoczny zanieczyszczone krwią.

Profilaktyka poekspozycyjna zakażeń krwiopochodnych

Profilaktyka poekspozycyjna to działania mające na celu zmniejszenie ryzyka zakażenia po kontakcie z materiałem zakaźnym. Terminu tego używa się głównie w przypadku ekspozycji na zakażenia krwiopochodne (HBV, HCV i HIV). Obejmuje działania nieswoiste oraz swoiste zmniejszające ryzyko transmisji wybranych patogenów – HIV i HBV. Jak dotąd nie opracowano skutecznej swoistej profilaktyki poekspozycyjnej dla wirusa C zapalenia wątroby.

Profilaktyka nieswoista

Polega na działaniach nieswoistych zmniejszających ryzyko zakażenia. Po ekspozycji należy:

- przemyć zranioną skórę wodą z mydłem,
- w przypadku ekspozycji na błony śluzowe lub spojówki – przepłukać kilkakrotnie wodą,
- nie należy tamować krwawienia, nie wyciskać rany (krwi),
- zranienie zabezpieczyć wodoodpornym opatrunkiem.
- należy pobrać krew od źródła zakażenia (jeśli jest znane) i pobrać pisemną zgodę na wykonanie ba-

dania w kierunku obecności wirusa HIV, zgodnie z ustawą o zakażeniach z 2008 roku.

O fakcie zaistniałej ekspozycji należy poinformować przełożonego, który powinien odnotować zaistniały wypadek i zgłosić do służby BHP. W każdym zakładzie powinna istnieć procedura postępowania poekspozycyjnego.

Profilaktyka swoista

Zastosowanie profilaktyki swoistej możliwe jest tylko w odniesieniu do zakażenia HIV i HBV. O jej zastosowaniu powinien decydować specjalista chorób zakaźnych po uprzedniej ocenie stopnia ryzyka zakażenia i korzyści płynących z zastosowania leków.

Profilaktyka HIV polega na przyjmowaniu przez 28 dni leków antyretrowirusowych (w przypadku ekspozycji o dużym ryzyku dwóch leków). Leczenie należy wdrożyć jak najszybciej, w ciągu 2 godzin i nie później niż 36-48 godzin od ekspozycji, dlatego też wskazane jest jak najszybsze zgłoszenie się do ośrodka referencyjnego.

Większe jest ryzyko transmisji HBV. Profilaktyka tego zakażenia polega na podaniu swoistej immunoglobuliny osobie nieuodpornionej oraz rozpoczęciu u niej szczepienia. Pracownikom wcześniej poddanym immunizacji, u których nastąpił spadek liczby przeciwciał poniżej miana ochronnego (1:10), podaje się dawkę przypominającą szczepionki.

Nie ma swoistej profilaktyki zakażenia HCV. Jednak dzięki procedurze postępowania poekspozycyjnego, która zakłada również kontrolne wykonanie badań serologicznych pracownika, możliwe jest wykrycie świeżego (ostrej fazy) zakażenia HCV. Stwarza to możliwość odpowiednio szybkiego wdrożenia leczenia przyczynowego, dzięki czemu rokowanie jest lepsze w porównaniu z terapią przypadków przewlekłych.

Do czasu uzyskania ujemnych wyników badań serologicznych, pracownik który uległ ekspozycji powinien

zachować wstrzemięźliwość seksualną lub przestrzegać zasad bezpiecznego seksu (np. stosowanie prezerwatyw), unikać ciąży, nie karmić piersią, wstrzymać się od oddawania krwi, nasienia, tkanek.

Zasady bezpiecznej pracy – profilaktyka przedekspozycyjna

- pomieszczenia pracy wzmożonego ryzyka powinny spełniać warunki łatwego odkażania;
- dla nosicieli wirusa HIV lub podejrzanych o nosicielstwo a także chorych na AIDS powinno być wydzielone osobne stanowisko do dializy;
- wyposażenie pomieszczeń zagrożonych czynnikami biologicznymi powinno spełniać wymagania aseptyki (osobne umywalki do mycia rąk, dostępne środki dezynfekcyjne stosowane do odkażania sprzętu, narzędzi, zmywania powierzchni, środki dezynfekcyjne do rąk i ciała, umiejętność korzystania z dozowników – łokciowe);
- stosować odzież ochronną i ochrony osobistej jednorazowego użytku, której zadaniem jest ochrona przed kontaminacją florą szpitalną oraz zanieczyszczeniem materiałem zakaźnym. Odzież ochronna dzieli się na odzież jednorazowego użytku (np. fartuchy fizele, foliowe) i odzież wielorazowego użytku (mundurki, fartuchy). Błędem jest zabieranie jej do czyszczenia/prania w warunkach domowych;
- używać fartuchów nieprzemakalnych, masek i okularów ochronnych, gogli;
- w sytuacjach awaryjnych (poplamienie krwią lub innymi wydzielinami chorego) powinna istnieć możliwość natychmiastowej wymiany zainfekowanej odzieży ochronnej i rękawic ochronnych, pielęgniarki powinny być poddane obowiązkowym szczepieniom ochronnym;
- bezwzględnie zabronione jest spożywanie posiłków, picie napojów na stanowiskach pracy pielęgniarki,

- dekontaminacja rąk: należy myć i dezynfekować ręce przed i po zabiegach, każdym kontakcie z pacjentem lub jego przedmiotami oraz po przybyciu i opuszczeniu pomieszczenia w którym przebywają chorzy lub wykonywane są zabiegi lecznicze, badania diagnostyczne;
- odpowiednie postępowanie z odpadami medycznymi, komunalnymi, hermetyczne pojemniki na skażone, ostre odpady, odpady zawsze segregować w miejscu tworzenia, nie przekładać, nie przesypywać;
- przy pracy nie nosić biżuterii;
- traktowanie pacjenta, bielizny szpitalnej jako potencjalne źródło zakażenia;
- kontrola i ewidencja skuteczności procesów sterylizacji;
- monitorowanie zakażeń szpitalnych czynne i bierne, szybkie zlokalizowanie źródła i potencjalnych dróg transmisji oraz podjęcie działań interwencyjnych sytuacji pracy w warunkach wzmożonego ryzyka;
- unikać zranień i skaleczeń skóry, jeśli takie istnieją zabezpieczyć je nieprzemakalnym opatrunkiem;
- zawsze używać rękawiczek. Rękawic ochronnych używa się w celu profilaktyki zanieczyszczenia rąk przez mikroorganizmy, co zmniejsza ryzyko przeniesienia drobnoustrojów z rąk personelu na pacjenta; zabezpiecza również pracownika przed zakażeniami krwiopochodnymi. Użycie rękawiczek lateksowych zmniejsza ilość krwi, która dostaje się do miejsca zakłutej igłą do iniekcji o 46-63 proc. Ich użycie nie zwalnia z obowiązku dokładnego mycia i dezynfekcji dłoni;
- materiał biologiczny w czasie transportu powinien znajdować się wyłącznie w zamkniętych pojemnikach, poza skróconym do minimum czasem otwarcia, w związku z niezbędnymi procedurami. Uważać, aby zewnętrzna strona pojemnika nie uległa zakażeniu;
- utrzymywać stanowisko pracy w czystości, dezynfekować go po zakończonym dniu lub w zależności od potrzeby;

- narzędzia i sprzęt wielokrotnego użytku po zabiegu, przed myciem należy umieścić w pojemnikach z płynem dezynfekcyjnym, których zakres działania obejmuje bakterie (B) prątki gruźlicy (Tbc), grzyby (F) wirusy (V) spory (S);
- nie zakładać powtórnie osłonek na igły, kaniule, nie odłączać ręcznie igły od strzykawki;
- czynności, zabiegi aseptyczne (np. cewnikowanie) wykonywać w 2 osoby ma to wpływ na bezpieczeństwo personelu i pacjenta jak i na zapobieganie zakażeniom szpitalnym;
- jeśli istnieje możliwość pobierania krwi przy użyciu probówki- strzykawki i igły, które w technice podciśnieniowej zapewniają ochronę przed kontaktem z pobraną krwią;
- dobrą praktyką byłoby stosowanie igieł typu venflon tzw. bezpiecznych, które to mają system zabezpieczający przed zakłuciem.

Zapobieganie kontaktom z krwią i potencjalnie zakaźnymi płynami ustrojowymi jest podstawowym sposobem profilaktyki podczas wykonywania pracy zawodowej pielęgniarek. Przestrzeganie podstawowych środków ostrożności znacznie zmniejsza prawdopodobieństwo ekspozycji na krew. Do większości ekspozycji na potencjalnie zakaźny materiał biologiczny dochodzi w sytuacjach, które nie powinny się zdarzyć, gdyby przestrzegano podstawowych zasad bezpieczeństwa. Ekspozycje na materiał krwiopochodny najczęściej są wynikiem nieuwagi osób poszkodowanych, dlatego istotnym elementem profilaktyki jest właściwa organizacja miejsca pracy oraz skupienie przy wykonywaniu czynności zabiegowych, operacyjnych i diagnostycznych do końca zadania. Zawodowego ryzyka zakażeń wirusami HBV i HCV wśród personelu pielęgniarskiego ze względu na charakter wykonywanej pracy nie da się całkowicie wyeliminować, ale można i należy starać się zmniejszać częstość ich występowania. Częste szkolenia personelu wpływają na wzrost wiedzy i świadomości. ■

Rola pielęgniarek pracujących na oddziałach psychiatrii

Rolę zawodową pielęgniarki określić można, jako zbiór wykonywanych przez nią funkcji zawodowych wraz z systemem oczekiwanych od niej zachowań i postaw w czasie ich wykonywania. Jest podstawowym ogniwem działań psychoterapeutycznych. Są to nowe trendy w pielęgniarstwie psychiatrycznym, gdzie pielęgniarka występuje w roli psychoterapeuty. W praktyce wygląda to jednak bardzo różnie. W psychiatrycznej opiece zdrowotnej pielęgniarka odgrywa szczególnie ważną rolę. To nie jest osoba wykonująca zlecenia lekarskie, to partner autentyczny, który współdecyduje o rozwiązaniach organizacyjnych, diagnozie, o sukcesie terapeutycznym.

Pielęgniarka to główne ogniwko oddziaływania na chorego. To właśnie od jej sposobu bycia, kultury osobistej, zachowania zależy tak wiele. Pielęgniarka potrafi stworzyć odpowiednią atmosferę bezpieczeństwa, a także ukształtować warunki w oddziale tak, aby pozytywnie wpływać na stan chorych.

Pielęgniarka nie powinna ograniczać swej roli do wykonywania zleceń lekarskich, ale rozszerzyć swą rolę o nowe zadania wynikające z procesu leczenia i rehabilitacji. Pielęgniarka to centralne ogniwko w całej terapii chorych. Pielęgniarka musi posiadać odpowiednie cechy, aby mogła pełnić rolę zawodową na najwyższym poziomie. Cechami tymi są: inteligencja, sprawność, niekonfliktowość, odpowiedzialność, zrów-

W psychiatrycznej opiece zdrowotnej pielęgniarka to nie jest osoba wykonująca zlecenia lekarskie, to partner autentyczny, który współdecyduje o rozwiązaniach organizacyjnych, diagnozie, o sukcesie terapeutycznym

noważenie, aktywność, cierpliwość, oraz dojrzałość psychiczna.

Pielęgniarka psychiatryczna w obecnej psychiatrii klinicznej przeobraziła się w partnera lekarza. Ma więc ona do spełnienia określone zadania dotyczące postępowania diagnostycznego w placówkach lecznictwa psychiatrycznego. Diagnozowanie pielęgniarka prowadzi w dwóch określonych celach:

- ustalenie rozpoznania pielęgniarskiego.
- dostarczenie lekarzowi koniecznych informacji o chorym.

Przez rozpoznanie pielęgniarskie rozumiemy współcześnie ustalenie hierarchii potrzeb biopsychospołecznych chorego w konkretnej sytuacji, w jakiej znalazł się w wyniku zaistniałych zaburzeń psy-

chicznych. Do postawienia diagnozy pielęgniarskiej potrzebne są szczegółowe dane o pacjencie, otrzymane z różnych możliwych źródeł, jak dokumentacja, diagnoza lekarska, bezpośredni kontakt, wywiady rodzinne i środowiskowe. Zebrany materiał wymaga przeanalizowania i obiektywnej oceny. W takim ujęciu diagnoza pielęgniarska jest obiektywną oceną danych o pacjencie, dotyczących całokształtu zagadnień zdrowotno-społecznych, otrzymanych ze wszystkich dostępnych źródeł, jest rozpoznaniem indywidualnych potrzeb zdrowotnych pacjenta dokonanych na podstawie zebranych danych.

Integralną częścią diagnozy pielęgniarskiej są elementy określające sytuację społeczną chorego w jego środowisku. Diagnoza społeczna oznacza na ogół pełną definicję sytuacji społecznej chorego lub jego rodziny i najczęściej odnosi się do tych sytuacji, które są objęte działalnością pracowników socjalnych. Diagnoza pielęgniarska zawiera zarówno elementy diagnozy medycznej stawianej przez lekarza, jak i elementy diagnozy społecznej, które mogą być określone przez samą pielęgniarkę na podstawie wiedzy socjologicznej i znajomości problematyki społecznej. Oprócz wymienionych elementów istnieją jeszcze inne, które pielęgniarka wprowadza na podstawie fachowej i całościowej analizy sytuacji. Na podstawie ustalonego rozpoznania pielęgniarskiego oraz zleceń lekar-

skich powstaje plan opieki nad chorym, który jest realizowany przez cały zespół terapeutyczny.

O stanie zdrowia chorego i jego samopoczuciu świadczy przede wszystkim wyraz twarzy, nastrój, sposób poruszania się, wypowiedzi, sposób reagowania na różne sytuacje oraz stosunek do chorych i personelu, jednym słowem całe zachowanie się chorego. Każde spostrzeżenie jest cenne, zwłaszcza zmiany w wyglądzie chorego, jego zachowaniu i wypowiedziach.

Podstawowym warunkiem dobrej obserwacji jest prawidłowość i ścisłość spostrzeżeń. Pielęgniarka w swoich spostrzeżeniach nie może się kierować sympatią czy antypatią do chorego. Sympatia do chorego i współczucie skłaniają do jednostronności spostrzeżeń, a niechęć do chorego może spowodować niedostrzeżenie go w ogóle lub co gorsza wyolbrzymianie objawów.

Praca pielęgniarska w psychiatrii jest trudniejsza niż w innych specjalnościach, choć jest zapewne mniej wyczerpująca fizycznie niż np. w chirurgii. Psychiatria jest trudna, bowiem zakres opieki psychiatrycznej jest bardzo rozległy, bardziej niż jakiegokolwiek innej opieki zdrowotnej, nie ogranicza się do pielęgnowania poszczególnych chorych pod względem fizycznym, ale dotyczy także, co ważniejsze, oddziaływania na ich przeżycia psychiczne oraz kształtowania stosunków z innymi ludźmi. Z drugiej strony sam kontakt z psychicznie chorymi jest trudniejszy niż z innymi chorymi i wy-

Praca pielęgniarska w psychiatrii jest trudniejsza niż w innych specjalnościach, choć jest zapewne mniej wyczerpująca fizycznie niż np. w chirurgii.

maga od osób sprawujących opiekę nie tylko teoretycznej znajomości zasad opieki psychiatrycznej, umiejętności praktycznych, ale także pewnych właściwości osobistych niezbędnych w prawidłowym kontaktowaniu się z chorym psychicznie, opanowania, taktu, cierpliwości. Z aktywnością w opiece pielęgniarka musi łączyć zdolność hamowania reakcji emocjonalnych.

Na pielęgniarkach spoczywa ciężar bezpośredniej opieki nad chorym, one muszą opanować bardzo trudną sztukę psychoterapii improwizowanej, tj. umiejętności rozwiązywania konfliktów, zmniejszania napięcia chorego, przełamania jego oporu, wywoływania uśmiechu na jego twarzy. Rola pielęgniarki psychiatrycznej jest odmienna od ogólnie przyjętej roli osoby łagodzącej cierpienie fizycznej i pielęgnującej w chorobie somatycznej. Rola ta obejmuje zaspakajanie potrzeb emocjonalnych.

Kontakt pielęgniarki z pacjentem ma znaczenie terapeutyczne, to pielęgniarka wytwarza leczniczą atmosferę. Indywidualnie opiekuje się chorym aktywnie włączając się do całej terapii jako pełnoprawny członek zespołu terapeutycznego. Pielęgniarkę przypada rola decydująca i szczegółna w tworzeniu i funkcjonowaniu społeczności terapeutycznej. To właśnie ona, jako autentyczny partner i członek zespołu terapeutycznego współdecyduje o działaniach organizacyjnych i diagnostycznych, a także uwidacznia się jej rola w psychoterapii, co ma decydujący wpływ na efekty lecznicze. Pielęgniarka pracująca w oddziałach psychiatrii powinna motywować pacjenta do udziału w terapii po to, by zapewnić ciągłość leczenia. Nierzadko pielęgniarka pełni rolę pielęgniarki środowiskowej umożliwiając choremu rozwiązywanie podstawowych problemów dotyczących egzystencji chorego. Tak więc, rola pielęgniarki w procesie leczniczo-rehabilitacyjnym ciągle wzrasta i wymaga podnoszenia poziomu wiedzy i umiejętności z zakresu psychiatrii.

Rola pielęgniarki psychiatrycznej jest odmienna od ogólnie przyjętej roli osoby łagodzącej cierpienie fizycznej i pielęgnującej w chorobie somatycznej. Rola ta obejmuje zaspakajanie potrzeb emocjonalnych.

Pielęgniarka pełni też rolę indywidualną w tworzeniu klimatu terapeutycznego oraz kultury terapeutycznej oddziały. Rola pielęgniarki w zespole terapeutycznym obejmuje pomoc pacjentowi w adaptacji do warunków szpitalnych, wyrabianie nawyków higienicznych, zbieranie wywiadów, oraz udział w różnych formach terapii zajęciowej i psychoterapii. Ważną rolą pielęgniarki psychiatrycznej jest promowanie zdrowia i edukacja chorych. O tych zagadnieniach także szeroko mówi się w świetle nowych zadań dla pielęgniarek. W działaniach pielęgniarki rola dydaktyczno-wychowawcza ciągle wzrasta, a nawet uchodzi do rangi pierwszoplanowej. Pielęgniarka poprzez działanie edukacyjne szczególnie rolę odgrywa w przygotowywaniu chorych do samoopieki i samopielęgnacji. Oddziałuje na psychikę chorych. Zatem działania pielęgniarki w zakresie promocji zdrowia obejmują udział w profilaktyce, szerzeniu oświaty zdrowotnej, głównie poprzez przekazywanie wiedzy. Rola pielęgniarki sprowadza się do doradzania i pomocy człowiekowi w dążeniu do wzmacniania i ochrony zdrowia.

W aspekcie przemian w pielęgniarstwie współczesnym do realizacji nowych zadań pielęgniarka powinna być odpowiednio wyszkolona i przygotowana. Współczesna pielęgniarka, a więc także pielęgniarka psychiatryczna powinna pełnić funkcję higieniczno-profilaktyczną,

leczniczo-pielęgnacyjną, społeczno-wychowawczą i organizacyjno-administracyjną. Roli pielęgniarki psychiatrycznej nie można oddzielić od roli pielęgniarki pracującej na innych oddziałach medycyny klinicznej. Zakres roli pielęgniarki uległ rozszerzeniu, a jej wyrazem jest uczestnictwo w procesie diagnostyczno-leczniczym, w którym pielęgniarka bierze aktywny udział.

Nowe zadania pielęgniarki psychiatrycznej, które wynikają z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19.08.1994 roku, oznaczają bezwzględne odejście od rutynowo wykonywanych czynności pielęgniarskich i przejście z modelu pielęgnacyjnego do modelu opiekuńczo-pielęgnacyjnego. Zmienia się także relacja pielęgniarka – pacjent wraz z pełną akceptacją praw pacjenta. O efektywności pracy pielęgniarki decyduje jasno określona jej rola. Choć nie jest ona decydem w procesie leczenia, to może i powinna inspirować działania na rzecz chorego.

Przegląd literatury na temat roli i zadań pielęgniarki w oddziałach psychiatrii dowodzi, że funkcje pielęgniarek dążą ku zmianom i ciągłemu doskonaleniu. Postęp medycyny doprowadza do przemian w zawodzie pielęgniarki i podniesienia jego rangi we współczesnym społeczeństwie. Działania pielęgniarki muszą być stale modyfikowane, w zależności od stanu zdrowia pacjentów, ich indywidualnych potrzeb, cech osobowości. Dlatego współczesna pielęgniarka staje się samodzielną i odpowiedzialną. Pielęgniarki psychiatrycznej stawia się szczególne wymagania. Nie oczekuje się od niej jedynie specjalistycznego przygotowania i ciągłego doskonalenia swoich kwalifikacji. Najistotniejsza wydaje się postawa szacunku okazywanego osobom, które naznaczone stygmatem choroby psychicznej niejednokrotnie budzą lęk i pogardę oraz są spychane na margines życia społecznego. ■

ZDZISŁAWA KULESZA

Piękna nasza

Wichry wiosny na naszej pierwszej wycieczce w 2011 roku do Chełmna, Chełmży i Golubia Dobrzyń.

Nowoczesnym, wygodnym autokarem dnia 4 kwietnia o godz. 6.45 wyruszamy w podróż. Po powitaniu uczestników przez Benię, pan kierowca Waldek udziela instrukcji jak obowiązkowo należy zapiąć pasy i korzystać z urządzeń.

Jedziemy przez Zgierz, Łęczycę, Włocławek, w Toruniu przez most na Wiśle podziwiamy panoramę miasta, wpisanego w 1997 roku przez UNESCO na listę Światowego Dziedzictwa Kulturowego i Przyrodniczego.

Po 10.00 jesteśmy w Chełmie i udajemy się do Fary, gdzie przechowywane są relikwie św. Walentego. Gotycki kościół z przełomu XIII i XIV wieku robi imponujące wrażenie. Polichromie z XIV-XVI wieku, gotyckie rzeźby apostołów, obraz M.B. Chełmińskiej, barokowe boazerie tworzące jedną całość z ołtarzem.

Udajemy się przed ratusz, gdzie spotykamy się z panem Władysławem Fliegerem, instruktorem przewodnictwa, który w bardzo ciekawy i dowcipny sposób zapoznał nas z układem architektonicznym miasta, jego bogatą historią i pięknymi średniowiecznymi zabytkami.

Udajemy się do zespołu klasztorowego, zbudowanego przez Krzyżaków w XIII wieku – pierwotnie Cysterki, później Benedyktynek a od 1821 roku Sióstr Miłosierdzia, które do dziś

prowadzą działalność charytatywną, opiekując się dziećmi i starcami.

W dwukondygnacyjnym kościele cenne wyposażenie z XVII – XVIII wieku. Manierystyczne stalle i prospekt organowy, barokowe ołtarze. Wśród obrazów m.in. epitafium ksieni M. Mortęskiej (zm. 1632 r.) wybitnej reformatorki życia zakonnego.

Po zwiedzeniu całego obiektu, udajemy się do ratusza (XIII wiek), gdzie mieści się Muzeum Ziemi Chełmińskiej. W kilku salach zgromadzono zbiory z wykopalisk, fragmenty naczyń, koraliki, wyroby z kości, koło młyńskie, druki, kule armatnie, portrety, meble, mundury, sztandary a nawet salę medyczną wyposażoną w stare medyczne akcesoria. Jeszcze raz udajemy się do kościoła teraz z przewodnikiem, który pokazuje głowę renifera uwieszoną na włosach.

Po smacznym obiedzie jedziemy do Chełmży (15 400 mieszkańców) położonej nad jeziorem Chełmżyńskim. Pierwszy gród zwany Łoza w 1222 roku Konrad Mazowiecki podarował biskupowi Christianowi. Stare miasto w kształcie wydłużonego owalu zachowało średniowieczny układ urbanistyczny. Gotycki kościół z XIII – XIV wieku odbudowany do 1971 roku. Ołtarze barokowe i rokokowe (główny około 1650 roku). Ponieważ odbywa się uroczystość chrztu, przechodzimy pojedynczo przez nawy nie zakłócając uroczystości.

Ostatni obiekt naszego zwiedzania to zamek w Golubiu-Dobrzyń

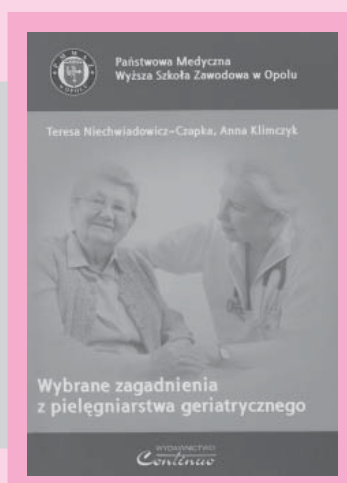
Polska

zbudowany w latach 1293 – 1306 przez Krzyżaków (siedziba komtura). Później założyli miasto, które w 1454 roku wstąpiło do Związku Pruskiego i złożyło hołd Kazimierzowi Jagiellończykowi. W latach 1611 – 1625 oddane Annie Wazównie, która dokonała przebudowy zamku i nastąpił rozkwit miasta. Zrujnowały przez Szwedów popadł w ruinę, w latach 1959 – 1969 został starannie odrestaurowany. Obecnie mieści się tutaj Muzeum Regionalne. W sali filmowej oglądamy film o historii zamku i zwiedzamy poszczególne sale, gdzie zgromadzono zbiory archeologiczne i etnograficzne. Za salą balową przewodniczka pokazuje sekretne drzwi, gdzie Anna Wazówna miała swoje tajemnice, a obecnie w czasie sylwestrowego balu wychodzi z nich aktualna Miss Polonia.

Na zamku organizowane są słynne turnieje rycerskie, konkursy krasomówców, a na zakończenie karnawału przez trzy dni trwa Wielki Karnawał Rycerski.

Zagląдалиśmy też do głębokiego lochu, w którym więzieni byli ludzie a obecnie liczni turyści sypią monety, by jeszcze kiedyś wrócić na piękny zamek.

Mimo silnego wiatru, który nam towarzyszył i zrywał kapelusze z głów, wycieczka była udana. Obejrzeliśmy arcydzieła architektury średniowiecznej, które swą wspaniałością i monumentalnością dodają krajobrazowi uroku i romantycznego czaru odległych epok. ■



Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa geriatrycznego

Teresa Niechwiadowicz-Czapka
Anna Klimczyk
Wydawnictwo Continuo,
Wrocław 2010
ISBN 978-83-62182-09-1

Kolejna, publikacja autorek, które prowadząc wykłady i zajęcia praktyczne z pielęgniarstwa dostrzegły niedobór materiałów szkoleniowych w tej dziedzinie. Po kolejny wyszły naprzeciw studentom i praktykującym pielęgniarcom opracowując podręcznik, który zawiera nie tylko teoretyczne podstawy najczęstszych problemów występujących podczas opieki nad pacjentami w podeszłym wieku, ale przede wszystkim praktyczne wskazówki postępowania w różnych sytuacjach codziennej praktyki pielęgniarstwa. W książce przedstawiono m.in.: problemy zdrowotne i psychospołeczne osób w starszym wieku, wielkie Problemy Geriatryczne (WPG), specyfikę komunikacji pielęgniarki z osobami w podeszłym wieku, zasady odżywiania osób w wieku podeszłym, rolę pielęgniarki w farmakoterapii chorób wieku podeszłego, wybrane problemy dermatologiczne u osób w starszym wieku, wybrane problemy ginekologiczne u starszych kobiet, najczęstsze problemy stomatologiczne występujące u ludzi starszych; pielęgnowanie chorych geriatrycznych w okresie okołoperacyjnym, pielęgnowanie pacjentów z różnymi rodzajami przetok, pielęgnacja pacjenta geriatrycznego po amputacji kończyny, pielęgnowanie pacjentów w wieku podeszłym z przerostem gruczołu krokowego, zastosowanie teorii pielęgnowania Dorothy Orem w praktyce geriatrycznej, rola pielęgniarki w rozpoznawaniu stanów nagłych w geriatric, działania spowalniające proces starzenia. Pokrótkie zaprezentowano również schemat organizacji opieki nad osobami starszymi w Polsce.

Autorki pokładają nadzieję, że prezentowane treści ułatwią studentom przygotowywanie się do zajęć, lepsze zrozumienie i zapamiętanie tematyki zajęć teoretycznych i praktycznych, a także rozbudzą zainteresowania tą mało popularną dziedziną pielęgniarstwa. ■

główny specjalista ds. merytorycznych
mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska

Z żałobnej karty

...Życie jest piękne, pełne obietnic, spełnionych marzeń...
...Życie, ciągle cię mało...

Żegnamy z wielkim szacunkiem wybitną pielęgniarkę, człowieka wielkiego serca i umysłu Panią

mgr Wandę Sobczyk

W latach 1983 – 1999 pełniła funkcję pielęgniarki naczelnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi, niosąc ideę pielęgniarstwa nowoczesnego, pełnego humanitaryzmu i zrozumienia dla człowieka cierpiącego. Kształtowała nowe pokolenia pielęgniarek, wierząc w ich profesjonalizm, samodzielność, zdolność do poświęceń.

Cechowała się wysoką kulturą osobistą, wrażliwością na piękno.
Miała dar niezwykły – pamiętała imiona wszystkich swoich pielęgniarek.
Pozostanie w naszych wspomnieniach ...

personel pielęgniarstwa
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej
Centralnego Szpitala Weteranów w Łodzi

W zadumie nad przemijaniem zawiadamiamy,
że w dniu 23 lutego 2011 roku odeszła na zawsze pani

Alicja Zakowana-Świątek

Przez wiele lat pełniła funkcję Przełożonej Pielęgniarek i Położnych w Kutnie. Była osobą miłą i serdeczną.
Kształtowała wiele kolejnych pokoleń.
Pozostanie w naszej pamięci.

pielęgniarki i położne szpitala w Kutnie

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że 2 marca 2011 roku
przedwcześnie odeszła od nas na zawsze nasza koleżanka

Barbara Pietrzak

Była człowiekiem o wielkim sercu i wrażliwej duszy.
Kochała swój zawód, zawsze pomagała innym, życzliwa, uśmiechnięta, taka pozostanie w naszej pamięci.

pielęgniarki i położne ze Szpitala Samorządowego NZOZ w Kutnie